

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. J. BEŁKOWSKI. Porażenie LANDRY'ego w postaci poronnej. Str. 1337. II. S. K. DZIERZGOWSKI. W sprawie odkażania rur wodociagowych i wody zapomocą chloru. (Dok.). Str. 1341. *Dział sprawozdawczy.* 170. EMERSON BREWER. Leczenie operacyjne raka krtani. Str. 1346.—171. H. MORESTIN. Szczękościsk mięśniowy, operowany sposobem Le DENTU. Str. 1347.—172. HOEBNE. Zapobieganie pooperacyjnemu zapaleniu otrzewnej. Str. 1347.—173. R. PICHEVIN. Operacya MURPHY'ego w rozlanem zapaleniu otrzewnej. Str. 1348.—174. D. GOLDSCHMIDT. Etyologia i patogeniza twardzieli skóry. Str. 1349. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie 25-go października, 8-go listopada 1910 r. Str. 1350. Posiedzenie gastrologiczne 18-go maja 1910 r. Str. 1352. Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne 18-go czerwca, 17-go, 22-go września 1910 r. Str. 1354, 1357, 1358. *Wiadomości bieżące.* Str. 1361. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Porażenie Landry'ego w postaci poronnej.

Podał

J. Bełkowski.

Obserwowany przeze mnie przypadek zaliczyć należy do kategorii porażeń wstępujących LANDRY'ego o przebiegu najłagodniejszym w porównaniu z opisywanymi dotąd przypadkami. Wątpliwości, jakie nasuwały się przy rozpoznawaniu ze względu na niezupełny obraz tej postaci chorobnej, wyklucza, jak to niżej zobaczymy, charakterystyczny przebieg choroby.

12-go czerwca r. b. przybył do szpitala (skierowany przez kol. ŻENCZYKOWSKIEGO) 38-letni cieśla A. K. z powodu niedowładu wszystkich 4-ch kończyn.

Choroba zaczęła się nagle 23-go maja. Podczas zajęcia w fabryce chory dostał darcia w obu łydkach; po upływie kilku godzin stopy stały się jakby drętwe, nogi słabsze. Wieczorem tegoż samego dnia zauważył, że i kończyny górne są nieco słabsze. Przez dwa dni przychodził jeszcze do fabryki, nie chcąc, jak mówił, poddawać się chorobie lecz pracować już nie był w stanie. 3-go czy 4-go dnia zauważył pewną przeszkodę w łykaniu: płyny zwraca-

cał przez nos, pokarmy stałe łykał wprawdzie, lecz z wysiłkiem i doznawał przytem uczucia łechtania i drapania w gardle. Wkrótce potem zjawiała się duszność i kaszel. Usta „zasychały“; język był jakby rozpalony; mowa cicha. Osłabienie w kończynach wzmagało się; do zupełnej jednak utraty władzy nie doszło: mógł przejść po izbie, trzymając się łóżka lub o kiju. Raz jednak nogi „rozsunęły“ mu się tak, że usiadł i nie mógł wstać; innym znowu razem po powrocie od lekarza tak osłabł, że cały dzień następny nie mógł wstać z łóżka. Kończyny górne były nieco lepsze; podczas największego osłabienia nie mógł podnieść kubka do ust. Zaburzeń czynności pęcherza nie było. Kilka razy nie mógł wstrzymać stolca (nie miał, jak mówił, „czucia“). Stan taki trwał do 10-go czerwca. Od tego czasu stopniowo zaczął się poprawiać. Poprawa zaczęła się od tego, że zaczął łykać dobrze płyny. 12-go czerwca, kiedy zapisał się do szpitala, pokarmy stałe łykał jeszcze z wysiłkiem i doznawał przytem dawnych sensacyi; kończyny górne były już silniejsze.

Żonaty, dietny. Dziedziczością nie obarczony. Trunków nie nadużywał. Syfilisu nie przebywał. Będąc dzieckiem, miał ospę. 5 lat temu—reumatyzm stawowy. Na tydzień przed chorobą obecną miał bole brzucha i biegunkę, trwającą kilka dni; biegunka z przerwami wracała kilka razy i w czasie choroby; w wypróżnieniach śluzu, ani krwi nie zauważył.

Po przybyciu chorego do szpitala stwierdzono stan bezgorączkowy, przy tętnie 96 i częstości oddechów—24. Budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Badanie narządów wewnętrznych dało wyniki ujemne. Chory chodzi o kiju lub trzymając się łózek; po dłuższem przejściu pada. Stać bez podtrzymywania nie może. Siedzi dobrze. Podnieść się na łóżku bez pomocy rąk nie może. Mowa wyraźna, dźwięczna. Chory wyciera nos dosyć energicznie. Czynność mięśni twarzy i karku prawidłowa, jak również i mięśni podniebienia i języka. Żrennice równe, oddziałują na światło i przystosowanie. Brzuch napina się przy nadymaniu nieźle. Kończyny górne do linii poziomej chory podnosi z trudnością; z lewej strony nieco gorzej. Przedramiona i dłonie zgina z dość znaczną siłą; wyprostowuje daleko słabiej; ruchy nawrotne daleko silniejsze od wywrotnych. W drobnych mięśniach rąk zsuwanie i rozsuwanie palców oraz odwodzenie (*abductio*) palucha znacznie osłabione; inne ruchy lepsze. W kończynach dolnych zginanie i odwodzenie uda—słabe; wyprostowywanie i przywodzenie dość dobre. Ruchy stopami chory wykonywa ze znaczną siłą; ruchy palcami słabo. Wszystkie odruchy ścięgnowe zniesione. Odruchy brzuszne zniesione; odruch podeszwowy wyraźny. Objawu BABIŃSKIEGO niema. Żywa nadszłość splotu barkowego z obu stron i punktów łopatkowych; mniejsza znacznie nn. promieniowego i pośrodkowego. Nerwy kulszowe bardzo wrażliwe prawie na całej przestrzeni; nn. udowe i lędźwiowe wrażliwe, ale w mniejszym stopniu. Inne nerwy nie są wrażliwe.

Co do czucia, to oprócz nieznacznego osłabienia czucia dotykowego i bolowego dolnej połowy obu „goleń“ i obu stóp, innych zaburzeń nie stwierdzono.

Odpowiedzi chory daje stanowcze; wszelkie sensacje, jakie przy badaniu otrzymuje, określa wyraźnie i trafnie.

Przekłucie łądzwiowe dało płyn zupełnie przezroczysty bez drobnoustrojów, z nielicznymi limfocytami. We krwi w 1 mm. sz.—8315 białych ciałek. Ilość dobową moczu 1300 ctm. sz., o ciężarze właściwym 1.023; białka, ani cukru nie znalezione.

Łaknienie dobre, stolce regularne.

Badalem u chorego pobudliwość elektryczną prądem stałym i przerywanym. Wybitne osłabienie pobudliwości okazywały krótkie mięśnie paluchów u rąk, a poniekąd i międzykostne. Skurcze z mięśni paluchów otrzymywałem prądem stałym dopiero przy 12—16 mamp., kiedy inne mięśnie kończyn górnych oddziaływały przeważnie przy 3—6 mamp. (międzykostne oraz lewe naramienny i dwugłowy ramienia przy 6—10 mamp.). Skurcze mięśni paluchów zjawiały się wcześniej przy zamykaniu anodą niż katodą (częściowy odczyn zwyrodnienia). Na prąd przerywany mięśnie paluchów oddziaływały także trudniej, niż inne mięśnie (5—90 odległości cewkowej, kiedy inne mięśnie kończyn górnych dawały skurcze przy 90—140; mięśnie międzykostne i tu zajmowały stanowisko pośrednie).

Zmiany w oddziaływaniu elektrycznym w porażeniu LANDRY'ego w przypadkach przewlekłych, jak wiadomo, nie należą do osobliwości i wielokrotnie były notowane.

Dalszy przebieg choroby polegał na stopniowym wracaniu siły w osłabionych mięśniach i stopniowym zjawianiu się odruchów utraconych, tak ścięgowych, jak też i skórnych.

17. VI. Chory posługuje się obu rękami przy myciu; przedtem mógł myć się tylko jedną. Łatwiej mu, jak mówi, zapinać guziki.

21. VI. Zjawily się odruchy brzuszne (4 tygodnie od początku choroby). Czucie na stopach nie osłabione.

24. VI. Chory wstaje z krzesła bez pomocy rąk. Lewą ręką może podnieść szlafrok, prawa słabsza.

7. VII. Chory chodzi po schodach, trzymając się poręczy; łatwiej mu wchodzić na górę, niż schodzić na dół.

10. VII. Chodzi po schodach bez pomocy rąk.

23. VII. Zjawił się odruch mosznowy z lewej strony. Chory chodzi dobrze. W rękach w mięśniach drobnych palucha ruchy najslabsze. Czynność pozostałych mięśni dobra. Chorego wypisano ze szpitala.

Po wyjściu ze szpitala chory raz w tygodniu pokazywał nam się na oddziale; mieliśmy więc możność dalszej obserwacji.

18. VIII. Chory wrócił do swego zajęcia w fabryce. Siła, jak mówi, w rękach i w nogach większa, niż przed chorobą.

25. VIII. Zjawił się słaby odruch kolanowy z prawej strony (po 3-ch miesiącach od początku choroby).

1. IX. Odruchy kolanowe są z obu stron; z lewej znacznie słabszy.

23. IX. Odruchy kolanowe dobre z obu stron. Brak odruchów ze ścięgien Achillesa i prawego mosznowego; lewy mosznowy bardzo żywy.

Od tego czasu straciliśmy chorego z oczu.

Rozpoznanie w danym przypadku dla nikogo chyba nie będzie następczą wątpliwości: szybki postęp niedowładu, wstępujący jego charakter, łagodne, ale wyraźne objawy opuszkowe (zwracanie płynów przez nos, duszność, mowa cicha), dość szybka poprawa w porażonych kończynach, a bardzo powolny powrót odruchów—wszystko to dostatecznie chyba usprawiedliwia rozpoznanie poronnego porażenia LANDRY'ego zapewne na tle zapalenia nerwów mnogiego (nadczułość licznych pni nerwowych, zaburzenia w oddziaływaniu elektrycznym, nawet częściowy odczyn zwyrodnienia). Poronny charakter choroby nie polegał tu na jej skróceniu: wyraźne przesilenie choroby ku lepszemu nastąpiło po dwu tygodniach, termin, który zwykle, o ile go chory doczeka, budzi nadzieję wyzdrowienia w tej chorobie. Chodzić chory zaczął dość swobodnie dopiero po 7-u tygodniach, a odruchy zaczęły powracać dopiero po 3-ch miesiącach. Natomiast natężenie objawów chorobnych utrzymywało się w moim przypadku na wyjątkowo niskim stopniu. W opisywanych przypadkach, nawet zakończonych pomyślnie, na szczycie choroby dochodziło zwykle do objawów groźnych dla życia (objawy opuszkowe), a porażenia kończyn były zupełne (co najwyżej pozostawały ślady ruchów) oraz mniej lub więcej długotrwałe. W przypadku naszym, jak widzieliśmy, chory jedną tylko dobę przeleżał w łóżku. Objawy opuszkowe były bardzo łagodne i krótkotrwałe. Niedowład kończyn, mianowicie górnych, wystąpił tylko w słabym stopniu.

Przypadek ten należałoby więc zaliczyć do postaci poronnych porażenia LANDRY'ego. Był on najłagodniejszy z 5-u spostrzeganych na naszym oddziale ¹⁾ i ze wszystkich, które udało mi się wynaleźć w naszym i obcym piśmiennictwie ²⁾. Łagodny charakter i w innych przypadkach nie tyle cechował się czasem trwania choroby, ile brakiem lub złagodzeniem objawów opuszkowych oraz mniejszym stopniem porażenia kończyn. Odruchy kolanowe zwykle późno wracały; wyjątkiem pod tym względem jest jeden z przypadków WINIARSKIEGO i WOLFRAMA, w którym już po dwu tygodniach od początku choroby pojawił się odruch kolanowy w jednej z kończyn.

Możliwość istnienia postaci poronnej choroby LANDRY'ego najzupełniej zgadza się z domniemaną etyologią tego cierpienia, której, sądząc z dotychczasowych spostrzeżeń, należałoby się doszukiwać w zakażeniu lub zatruciu ustroju (w naszym przypadku niedowład poprzedzała jakaś biegunka). W zależności więc od siły i natężenia czynników chorobotwórczych możliwe są najrozmaitsze gradacje tej postaci chorobnej, poczynając od najłżejszych, jak w naszym przypadku, do gwałtownych, które w kilka dni mogą zakończyć się śmiercią.

¹⁾ 3 przypadki, opisane przez WINIARSKIEGO i WOLFRAMA (Kronika Lekarska 1901 r.) i jeden przypadek STARKIEWICZA (Gazeta Lekarska 1905 r.).

²⁾ Przypadki do 1900 r. przeglądałem w pracy MARTINET'a (La paralysie ascendante aigñe 1897) i DYDYŃSKIEGO (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1900 r.); późniejsze lata—w rocznikach VIRCHOW'a i HIRSCH'a.

II. W sprawie odkażania rur wodociągowych i wody zapomocą chloru.

Przez

S. K. Dzierzgowskiego.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 52).

Dezynfekcyja wodociągów kronsztackich wykonana została w ten sposób, że roztwory chlorku bielącego i kwasu siarkowego wprowadzano do rury smokowej, doprowadzającej wodę na stacyę ciśnień, roztwory zaś rozkładające chlor i kwas solny dodawano na stacyi ciśnień przed samem puszczeniem wody do pompy tłoczącej.

Wodociąg Kronsztatu otrzymuje wodę wprost z zatoki Fińskiej, a raczej z zatoki Newskiej, opływającej wokoło wyspę Kronsztat. Smok wodociągowy, o 24-calowej średnicy, jest wysunięty na 216 sażeni od brzegu wglęb wody.

Na brzegu, w odległości 15 sażeni od linii wodnej, jest urządzony wąż, poza którym rura smokowa dzieli się na dwie: 14-calową i 12-calową; rury te doprowadzają wodę do studni przy stacyi ciśnień, skąd dalej jest już tłoczona pompami.

Rury smokowe są ułożone w ten sposób, że woda naturalnym spadkiem dochodzi do studni stacyjnej; ponieważ jednak ilość otrzymanej w ten sposób wody nie wystarcza na zapotrzebowanie, przeto w punkcie rozgałęzienia 24-calowej rury smokowej, przy obu jej ramionach, t. j. przy 14- oraz przy 12-calowych rurach, ustawiono pompy wirowe, które, wprowadzone w ruch kolejno lub jednocześnie, mogą dostarczyć ilości wody, dostatecznej nawet przy maksymalnym zapotrzebowaniu jej w mieście. Przestrzeń pomiędzy studnią 24-calowej rury smokowej a studnią stacyi ciśnień wynosi 385 sażeni, czas zaś, potrzebny na przebycie tej przestrzeni przez wodę, — 13,5 minuty przy największej szybkości, resp. maksymalnym zapotrzebowaniu. Postanowiono skorzystać z tej okoliczności i użyć wymienionego węża do wprowadzenia przezeń środków dezynfekcyjnych. Około węża zbudowano barak tymczasowy, w którym ustawiono cysterny dla przyrządzania roztworów kwasu siarkowego i chlorku bielącego oraz beczki dla wprowadzania tych roztworów do przepływającej przez rurę smokową wody.

Cysterny, przeznaczone do przyrządzania roztworów, zostały ustawione na wysokim pomoście, aby roztwory można było bez trudu przelewać wprost do beczek, umieszczonych na podłodze obok węża do studni 23-calowej rury smokowej; beczki te spełniały rolę aparatów regulujących i wprowadzających środki dezynfekcyjne do wody. Pojemność każdej cysterny wynosiła 290 wiader. Posiadały one boczne krany, umieszczone na wysokości, której odpow-

wiadała pojemność 90-u wiader; na wysokości zaś, odpowiadającej ogólnej pojemności 290-u wiader [czyli pojemności 200-u wiader od poziomu, na którym umieszczone zostały krany], były urządzone specjalne znaki.

Dla przygotowania roztworu chlorku bielącego przeznaczono 3 cysterny, dla roztworu kwasu siarkowego—2 cysterny.

Aby ułatwić kierownictwo robotami przy odkażaniu wody, przyrządzano wszystkie roztwory równoważne i tak przytem stężone, żeby na 850,000 wiader odkażanej wody, czyli całodziennej konsumpcyi, wypadało po 600 wiader każdego roztworu, t. j. roztworu chlorku bielącego i kwasu siarkowego.

Roztwór chlorku bielącego przed użyciem go do dezynfekcyi wyklirowywał się przez osadzanie wodzianu wapnia [wapna gaszonego $\text{Ca} [\text{OH}]_2$], który zbierał się w dolnej części rezerwoaru; wystałe zaś 200 wiader roztworu ściągano przez kran, umieszczony na poziomie, odpowiadającym pojemności 90-u wiader. Ponieważ osadzanie się wodzianu wapnia trwało 6—7 godzin, przyrządzanie zaś samego roztworu—1-ą godzinę, zatem 3 cysterny, dające po 200 wiader, zupełnie wystarczały dla wyprodukowania potrzebnych w ciągu doby 600 wiader roztworu chlorku bielącego, pod warunkiem jednak, aby co 8 godzin opróżniona cysterna była niezwłocznie napełniana nowym roztworem.

Roztwór kwasu siarkowego przygotowywano w ten sposób, że do cysterny, napełnionej wodą aż po linię, oznaczającą pojemność 200-u wiader, wlewano wprost odmierzoną ilość stężonego kwasu siarkowego o 96° Bè; przyczem starannie mieszano wiosłami zawartość cysterny.

Dla przyrządzenia roztworu chlorku bielącego, wlewano do cysterny wodę do $\frac{2}{3}$ pojemności, następnie dosypywano na wagę odpowiednią ilość wapna chlorowanego, mieszając przytem dokładnie zawartość cysterny w celu lepszego wylugowania soli kwasu podchlоровego z nadmiaru wodzianu wapnia; poczem napełniano cysternę wodą do znaku i, wymieszawszy powtórnie, pozostawiano go w spokoju na 7 godzin.

Dla oznaczenia chloru czynnego, zawartego w chlorku bielącym, odważano 10 gr. chlorku bielącego i rozcieńczano do 1-go litra wodą destylowaną; po przefiltrowaniu 10-u ctm. sz. otrzymanego roztworu, dodawano do niego 200 ctm. sz. wody, zakwaszano kwasem siarkowym, wreszcie dodawano jodku potasu [KJ] i skrobi, poczym titrowano zapomocą tiosiarczianu sodu, ustawionego tak, że jego 1 ctm. sz. odpowiadał 1-u mgr. chloru. Ilość ctm. sz. roztworu tiosiarczianu sodu, użytego przy titrowaniu 10-u ctm. sz. powyższego roztworu chlorku bielącego, odpowiadała procentowej zawartości chloru w badanym chlorku bielącym.

Zależnie od wysokości procentowej chloru, zawartego w chlorku bielącym, sypano go do cysterny w większej lub mniejszej ilości, dla przyrządzenia roztworu tej samej mocy.

Następująca tablica określa, jaką ilość chlorku bielącego należało wsypywać do cysterny dla przygotowania 200-u wiader roztworu. Pierwsza kolumna oznacza zawartość procentową chloru czynnego, druga—ilość chlorku bielącego, wsypywanego do cysterny.

I		II		I		II	
45%	25 pud. 14 fun.	27%	42 pud. 24 fun.	27%	42 pud. 24 fun.	27%	42 pud. 24 fun.
44 "	26 " 1 "	26 "	54 " 9 "	26 "	54 " 9 "	26 "	54 " 9 "
43 "	26 " 30 "	25 "	46 " — "	25 "	46 " — "	25 "	46 " — "
42 "	27 " 15 "	24 "	47 " 36 "	24 "	47 " 36 "	24 "	47 " 36 "
41 "	28 " 5 "	23 "	50 " — "	23 "	50 " — "	23 "	50 " — "
40 "	28 " 30 "	22 "	52 " 10 "	22 "	52 " 10 "	22 "	52 " 10 "
39 "	29 " 19 "	21 "	54 " 30 "	21 "	54 " 30 "	21 "	54 " 30 "
38 "	30 " 10 "	20 "	57 " 20 "	20 "	57 " 20 "	20 "	57 " 20 "
37 "	31 " 1 "	19 "	60 " 21 "	19 "	60 " 21 "	19 "	60 " 21 "
36 "	31 " 18 "	18 "	63 " 35 "	18 "	63 " 35 "	18 "	63 " 35 "
35 "	32 " 34 "	17 "	67 " 25 "	17 "	67 " 25 "	17 "	67 " 25 "
34 "	33 " 33 "	16 "	71 " 35 "	16 "	71 " 35 "	16 "	71 " 35 "
33 "	34 " 34 "	15 "	76 " 26 "	15 "	76 " 26 "	15 "	76 " 26 "
32 "	35 " 37 "	14 "	82 " 5 "	14 "	82 " 5 "	14 "	82 " 5 "
31 "	37 " 4 "	13 "	88 " 18 "	13 "	88 " 18 "	13 "	88 " 18 "
30 "	38 " 18 "	12 "	95 " 33 "	12 "	95 " 33 "	12 "	95 " 33 "
29 "	39 " 26 "	11 "	104 " 21 "	11 "	104 " 21 "	11 "	104 " 21 "
28 "	41 " 3 "	10 "	115 " — "	10 "	115 " — "	10 "	115 " — "

Oba roztwory: chlorku bielącego i kwasu siarkowego ściągano z cystern zapomocą węzów gumowych do dwu beczek, każda o pojemności 30-u wiader, skąd przez dorobione u dołu krany wprowadzano je otworem wężu do wody w 24-calowej rurze smokowej. Smok znajdował się w tem miejscu na głębokości 26-u stóp, woda zaś w studzience rewizyjnej stała na wysokości 12-u stóp. Ażeby więc wprowadzić roztwory odkażające [chlorku bielącego i kwasu siarkowego] w strumień wodny, wpuszczono do studzienki deskę, kantem w kierunku biegu wody; do deski przymocowano dwa węże gumowe, których dolne wyloty zostały, w odległości 12-u cali od dna, połączone z aparatami, rozprowadzającymi roztwory, górne zaś wyloty łączyły się z dwoma emalowanymi lejkami; do tych ostatnich przez krany w beczkach wlewano roztwory odkażające. Do rozprowadzenia roztworów odkażających w wodzie, przepływającej przez rurę smokową, użyto szklanych kolbek z okrągłym dnem, o pojemności 500 gr., na których powierzchni znajdowało się po 60 dziurek milimetrowej średnicy. W ten sposób roztwory odkażające, wprowadzone w sam środek strumienia wodnego, rozchodziły się nakszałt promieni we wszystkich kierunkach, dzięki czemu osiągnięto pożądaný rezultat, mianowicie: szybkie i równomierne przemieszanie ze wszystką przepływającą przez rurę wodą. Wielce pomocnymi były tu również pompy wirowe, które przyjmowały wodę w odległości 15-u sażeni od miejsca, w którym dodawano roztwory odkażające.

Ażeby uregulować ilość dodawanych roztworów: chlorku bielącego i kwasu siarkowego, użyto kranów, zaopatrzonych w podziałkę, odpowiadającą pewnym określonym ilościom cieczy, wypływającej przy danem ustawieniu kranu. Równomierność zaś wyptywania cieczy przy danem ustawieniu kra-

nu osiągnano w ten sposób, że stale utrzymywano płyny w beczkach na tym samym poziomie, nieustannie zastępując wyciekającą ilość dopływem świeżej z cystern.

Podzialka kranów posiadała 3 znaki, odpowiadające ilości 6, 5 i 4 litrów płynu na minutę, przezco osiągnięto możność nadawania odpowiedniego stężenia [10 mgr. chloru na 1 litr wody] zarówno przy maksymalnym zapotrzebowaniu wody—42 tys. wiader na godzinę, jak przy przeciętnem—31 tys. wiader, oraz minimalnem w nocy—21 tys. wiader na godzinę. Krany regulowano stosownie do wskazówek stacyi ciśnień, gdzie obliczano szybkość przepływu i ilość wody, wstępującej do wodociągów miejskich. W czasie dezynfekcyi rur wodociągowych, której dokonano zapomocą wody z chlorem, dodawano do wody większą ilość roztworów odkażających; ilość chloru, zawartego w wodzie, wynosiła wówczas na stacyi ciśnień 13 mgr. na 1 litr wody.

Dla zubożenia chloru w wodzie, wpływającej do studni przy stacyi ciśnień, na stacyi tej zaprowadzono urządzenia, analogiczne do wyżej opisanych.

Na pomoście, zbudowanym wewnątrz budynku z pompami, ustawiono niedaleko od studni dwie cysterny dla przyrządzania roztworów; poniżej umieszczono cysternę, przeprowadzającą płyn do studni, z której czerpią wodę pompy tłoczące.

Górne cysterny, o pojemności 200-u wiader, były ustawione w ten sposób, że roztwory same przez się przepływały zapomocą kranów i węzów gumowych do dolnej cysterny. Z tej ostatniej roztwór wypływał przez kran do lejka, z którego zapomocą węza gumowego spływał do szklanego aparatu, działającego w opisany już wyżej sposób, skąd wydzieliał się równomiernie i zubożniał wodę, pochlanianą następnie przez pompy tłoczące. Ponieważ wysokość poziomu wody w studni wynosiła 30 stóp, zatem i tutaj aparat, wydzielający roztwory, został wraz z węzem gumowym przymocowany do deski, którą wpuszczono w głąb studni i umieszczono po środku między obiema rurami, doprowadzającymi wodę od pierwszej tłoczni do studni stacyjnej.

Roztwór, zubożniający chlor, był równoważny do roztworu chlorku bielącego i zawierał równoważne względem siebie ilości tiosiarczanu sodu i sody. 1 ctm. sz. tego roztworu najzupełniej zubożniał wszystkie chlor, otrzymany ze zmieszania 1-go ctm. sz. chlorku bielącego i roztworu kwasu siarkowego.

Teoretycznie ilość roztworu neutralizującego powinna być równa ilości roztworów chlorku bielącego i kwasu siarkowego, dodawanych do wody przez studzienkę rewizyjną 24' rury smokowej; w praktyce jednak okazało się, że roztworu neutralizującego należy brać nieco mniej, ponieważ pewną część chloru i kwasu siarkowego absorbują: zanieczyszczające wodę substancye organiczne, osad rur, wreszcie materyał, użyty do wyrobu rur, t. j. żelazo. Wobec tego ilość roztworu, wprowadzonego do wody na stacyi ciśnień, musi być zmienna, a regulować ją należy tak, aby po zubożeniu wszystkiego chloru pozostał w wodzie zaledwie niewielki nadmiar tiosiarczanów i sody.

Dla sprawdzenia, o ile dokładnie dokonywa się wychlorowywanie wody,

co kilka minut brano półlitrowe próby z najbliższego, otwartego stale kranu na stacyi ciśnień i zapomocą titrowania oznaczano nadmiar tiosiarczanu sodu; w ten sposób, ciągłym regulowaniem ilości wprowadzanego do wody roztworu neutralizującego, wychlorowywanie wody doprowadzono do tego stopnia dokładności, że nadmiar tiosiarczanów wahał się między 0,5 a 1-ym mgr. na 1 litr wody.

Jednak po dłuższym przeciągu czasu i dokładniejszym zbadaniu reakcyi, zachodzących podczas przepływu wody od studzienki rewizyjnej [na 24' rurze] do studni na stacyi ciśnień, okazało się, że wolny chlor, stykając się z alkalicznym złożem rur, przechodzi częściowo w sole kwasu podchlorawego i w tej postaci nie poddaje się działaniu tiosiarczanów na stacyi ciśnień, skutkiem czego woda nabiera pewnego smaku, określanego zazwyczaj słowami: „czuć apteką“. Ażeby temu zapobiedz, należy przez studzienkę rewizyjną [na rurze 24'] wprowadzić taką ilość kwasu siarkowego, aby woda, wpływająca do studni przy wieży ciśnień, posiadała reakcyę kwaśną, zobojętniającą się zapomocą nadmiaru sody. Bez porównania praktyczniej byłoby wobec tego, gdyby dodawanie tiosiarczanów i sody odbywało się na stacyi ciśnień z osobną; przy takim bowiem urządzeniu możnaby wprowadzać przez studzienkę rewizyjną większe ilości kwasu siarkowego bez obawy, że, zobojętniając go na stacyi ciśnień, dodamy za dużo tiosiarczanów.

Badania bakteryologiczne nad wodą odkażoną zapomocą chloru [w stosunku 5—10 mgr. na 1 litr] wykazały prawie zupełne wyjałowienie. Jako *maximum* oznaczono w miseczkach, Petri 3 kolonie na 1 ctm. sz., w większości jednak miseczek wcale bakteryi nie znaleziono. Ten świetny wynik odkażania wody zapomocą chloru dowodzi bez wątpienia, że w walce z epidemiami, roznoszonymi przez wodę, posiadliśmy środek pierwszorzędnej wartości.

Koszt odkażania wody zapomocą chloru waha się między 5 a 25 kop. od 100 wiader, co wynosi 0,5—0,25 kop. od osoby na dobę. Niewątpliwie jest to koszt duży, ale zarazem niezmiernie mały, jeżeli go porównamy z osiągniętymi wynikami, z ceną życia ludzkiego, z ogólnemi stratami, jakie społeczeństwo ponosi skutkiem wybuchu epidemii, a nawet z wydatkami, które pociągała dotychczasowa bezskuteczna walka z cholera.

Sprawa odkażania wody zapomocą chloru jest względnie nowa i mało zbadana. Przy urządzeniach kronsztackich napotkaliśmy cały szereg niespodzianek i zagadek, których rozwiązanie wymagać będzie dużo czasu i pracy, ale niezawodnie zdobędzie niniejszej metodzie uznanie, jako potężnej broni w walce z epidemiami wodnemi.

Kończąc to krótkie sprawozdanie, dodam jeszcze, aby nie być źle zrozumianym, że odkażanie wody zapomocą chloru uważam wyłącznie za tymczasowy środek walki z epidemiami wodnemi. Jedyne racjonalne rozwiązanie kwestyi zaopatrzenia miast w zdrową wodę jest niewątpliwie dostarczenie wody rzecznej zapomocą odpowiednio urządzonych filtrów, ozonu i promieni ultrafioletowych. Obok tego wszakże zrobię uwagę, że w razie nagłej potrzeby szybkiego dostarczenia miastom dobrej wody, odkażanie zapomocą chloru

jest środkiem dużo skuteczniejszym, aniżeli odezwy specjalistów od walki z cholera, wykręcających się frazesami o konieczności wprowadzenia pewniejszego pod względem zdrowotnym systemu dostarczania wody do picia, co często wymaga szeregu lat i olbrzymich kosztów, na które dzisiaj miasta środków nie posiadają.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 0 —

170. Emerson Brewer. Leczenie operacyjne raka krtani.

Autor operował 18 raków krtaniowych: 7 *per thyreostomiam*, bez żadnego zejścia śmiertelnego, i 11 *per laryngectomiam totalem*, przyczem miał 5 śmierci operacyjnych. Z liczby 6-u, którzy pozostali przy życiu *post laryngectomiam*, jeden nie ma nawrotu już 10 lat i 3 miesiące, drugi—3 lata i 1 miesiąc, trzeci—2 lata i 4 miesiące; z 3-ch pozostałych: 1 umarł na zapalenie płuc niezadługo po operacji, u drugiego wystąpił nawrót w 4 miesiące po opuszczeniu szpitala, wreszcie trzeciego widział autor w 5 miesięcy po operacji bez nawrotu, lecz od tego czasu stracił go zupełnie z oczu. Wyniki były wysoce zadowalające dla ostatniej seryi 4-ch przypadków, co autor przypisuje udoskonaleniom, jakie wprowadził do swej techniki *laryngectomiae*, którą tu warto streścić w ogólnych zarysach.

A więc uprzednia tracheotomia niska, wykonana mniej więcej na 10 dni przed wycięciem krtani. Rurka tchawiczna jest owinięta gazą jodoformową również boczne powierzchnie tchawicy są wyłożone tą gazą; wszystko to zakryte opatrunkiem zabezpieczającym, który jednak przepuszcza powietrze. Chory dzień i noc pozostaje pod stałą opieką doświadczonej dozorczyńni. Gdy nieuniknione zapalenie tchawicy już się uspokoiło, gdy ciepłota się obniżyła, wtedy przystępuje się do wycięcia krtani.

Uśpienie: chloroformowe przez rurkę tchawiczną lub eterowe przez odbytnicę; można też z powodzeniem zastrzyknąć uprzednio skopolaminę-morfinę. Cięcie skórne biegnie pionowo od kości gnykowej do rauy w tchawicy; od górnego brzegu tego cięcia odgałęziają się dwa cięcia boczne, biegnące w górę i na zewnątrz do przednich brzegów mięśni mostkowosutkowych. Otrzymane w ten sposób dwa płaty trójkątne zostają odwinięte na zewnątrz. Przecięcie mięśni mostkowognykowych i mostkowotarczowych na linii ich górnych przyczepów. Podwiązanie dwu górnych tętnic tarczowych, przecięcie nerwów krtaniowych górnych; wycięcie wszystkich gruczołów i wszystkiej tkanki tłuszczowej sąsiedniej. Przecięcie przyczepów dolnego zwieracza. Częściowe odłuszczenie tylnej powierzchni chrząstki pierścieniowatej razem z przełykiem. Gdy szkielet krtani zostanie już prawie obnażony, przecina się tchawicę tuż pod chrząstką pierścieniową. Dolny odcinek zostaje natychmiast zakryty kompresami, aby nie dopuścić do jego wnętrza krwi i wydzieliny gardzieli. Lewy wskaziciel, wprowadzony do górnego odcinka, podnosi krtani ku górze i umożliwia przeto łatwe oddzielenie krtani od przełyku i gardzieli; gdy to już wykonano, pozostaje tylko całkowicie usunąć organ, przecinając rogi chrząstki tarczowej i błony tarczowognykowej. Po obejrzeniu pola operacyjnego, aby nie pozostawić żadnej cząstki nowotworu, ranę gardzielową owalną zaszywamy dwoma piętami katgut, następnie całą górną część pola

operacyjnego wykładamy gazą jodoformową, przygotowując jednocześnie kikut tchawiczny. Zbyteczną jego część przecinamy aż ponad otwór tracheotomijny, gdzie przechodzi rurka, słuzówkę tchawicy wycinamy nożem lub wypalamy; pozostały kikut jest mocno wyłożony gazą jodoformową. Zgłębnik Nr. 30 zostaje wprowadzony do przełyku przez lewe nozdrze. Wreszcie zeszywamy ranę szyjną, oprócz jej części dolnej, do której wprowadzone zostają tampony.

Leczenie pooperacyjne powinno być nader dokładne. Zgłębnik przełykowy, służący do żywienia, może być zazwyczaj usunięty po 8-u dniach. Opatrunki trzeba zmieniać często. Kikut tchawiczny wkrótce pokrywa się ziarniną i zagojenie następuje bez powikłań. Operowany, oczywiście, musi nosić rurkę.

(*Annals of Surgery*, 1909, Nr. 5, t. 50, listopad).

W. Dobrowolski.

171. H. Morestin. Szczękościsk mięśniowy, operowany sposobem Le Dentu.

Stały szczękościsk pochodzenia mięśniowego może być łatwo usunięty przez odłuszczenie przyczepu mięśnia żwacza i m. skrzydłowego wewnątrznego. Jest to operacja „elegancka“ i łatwa, wykonana po raz pierwszy przez Le DENTU w r. 1891. Krótkie cięcie, przeprowadzone bezpośrednio pod kątem żuchwy, pozwala na bezpieczne obnażenie tego występu kostnego i linii, na której zlewają się przyczepy obu pomienionych mięśni. Należy wtedy skrobaczką (*rugine*) uwolnić obie powierzchnie ramienia wstępującego na takiej przestrzeni, jaka jest potrzebna dla całkowitego zniesienia oporu. Pęczki mięśniowe, nieznacznie uszkodzone przez narzędzie, z nieuszkodzonym unerwieniem zachowują zdolność powrotu do swych czynności po upływie niedługiego czasu, przyczepiając się nieco wyżej. Opisany zabieg wykonał MORESTIN u 49-letniego osobnika, który przebył *osteoperiostitis mandibulae*, czego następstwem był całkowity szczękościsk. Wynik operacji był taki, że w 15 dni później chory mógł swobodnie otwierać usta na tyle, że odległość między siekaczami wynosiła więcej niż 2 cm.

(*Journ. de Chir.* 1910, Nr. 8).

W. D.

172. Hoehne. Zapobieganie pooperacyjnemu zapaleniu otrzewnej.

Punktem wyjścia niniejszych dociekań były prace GLIMM'a z r. 1906. Mianowicie GLIMM, na podstawie doświadczeń na królikach, twierdził, że wlewanie do otrzewnej 10%-ego olejku kamforowego zapobiega posocznicy pochodzenia otrzewnego. Zależy to, jego zdaniem, od zatkania dróg chłonnych przez olejek, wskutek czego drobnoustroje i ich toksyny nie mogą przeniknąć do układu krążenia. Uznając wartość leczniczą wlewań olejku kamforowego, autor nie może jednak zgodzić się z takim pojmowaniem mechanizmu ich działania. Ażeby naczynia chłonne zostały zatkane przez olejek, trzeba go wlać w tak znacznej ilości, któraby wywołała zatępienie płucne, jak to widać z pierwszej seryi doświadczeń. Dalej, jeżeli wstrzykujemy królikom hodowlę bardzo złośliwą [l. okrężnicy] nieco wcześniej, lub nieco później, lub wreszcie jednocześnie z pewną ilością [8 cm. sz.] olejku kamforowego, to zwierzęta giną prawie wszystkie od rozlanego zapalenia otrzewnej, na równi ze zwierzętami kontrolującymi. Jeżeli w tych samych warunkach robić doświadczenia z prątkiem krwawym (*b. prodigiosus*), to, wydostając krew z serca przez przekłucie włosowate, przekonamy się, że

prątek krwawy zjawia się w ogólnym krwiobiegu z jednakową szybkością i w jednakowej obfitości u zwierząt, którym wlewano olejek kamforowy, i u tych, którym go nie wlewano. Mimo to wszystko, nie można jednak powiedzieć, aby propozycje GLIMM'a nie zasługiwały na uwagę. Jeżeli bowiem wlewanie olejku kamforowego odbyło się wcześniej od wlewania hodowli o 20 do 24-ch godzin co najmniej, lub o 3 do 4-ch dni co najwyżej, to wchłanianie bakterii jest znacznie zmniejszone lub nawet zupełnie wstrzymane, i zwierzęta nie zdychają. Wlewanie olejku kamforowego wywoływało nieszkodliwy odczyn zapalny, któremu towarzyszył mniej lub więcej obfity wysięk, co bez wątplenia zamykało drogi wchłaniania. Otóż, nie olej, lecz kamfora wywołuje to aseptyczne zapalenie otrzewnej; tenże wynik możemy otrzymać, używając innych czynników, jak: olejek krotonowy, szkło rozżarte na proszek lub hodowle drobnoustrojów niezłośliwych. Wystarcza, aby ów czynnik był dostatecznie drażniącym, i dlatego też wlewania fizjologicznej surowicy lub proste wystawianie otrzewnej na działanie powietrza okazują się nieskutecznymi. Elementy bakteryjne, zawarte w otrzewnej, stopniowo tracą na swej liczbie i złośliwości, jak to wykazały odnośne badania. Zatem, doświadczenia laboratoryjne stwierdzają, że wlewanie do otrzewnej ciał, zdolnych wywołać wysięk aseptyczny, zabezpiecza otrzewną od zakażenia w czasie operacji, dokonywanej wkrótce po tem wlewaniu. 10%-owy olejek kamforowy zupełnie czyni zadosyć tym wymaganiom. Można go wlewać zupełnie bezpiecznie u człowieka w ilości 30 ctm. sz., w przeddzień operacji. W tym celu robimy małe cięcie podłużne ściany brzusznej, poniżej pępka, aż do otrzewnej w znieczuleniu miejscowym, a następnie wlewamy olejek kamf. pod kontrolą oka. Płyn powinien być zagrzany do ciepłoty ciała, wlewać należy powoli. Następnie małą ranę zamykamy zwykłym sposobem.

Takie zapobiegawcze wlewania do otrzewnej stosowano w klinice w Kie-
lu w 42-u przypadkach i otrzymano wyniki zadowalające.

(*Münch. med. Woch.* 1909, Nr. 49).

W. Dobrowolski.

173. R. Pichevin. Operacja Murphy'ego w rozlanem zapaleniu otrzewnej.

Po krótkim przeglądzie różnych sposobów operowania w rozlanem zapaleniu otrzewnej, autor zatrzymuje się dłużej nad sposobem, zaproponowanym przez chirurga amerykańskiego MURPHY'ego i przyjętym już przez wielu bardzo innych chirurgów. Technika tej operacji jest następująca: cięcie pośredkowe poniżej pępka lub dwa boczne, stosownie do przypadku, pod koka-iną; usunięcie widocznego podstawowego cierpienia; pozostawienie w jamie otrzewnej jednego lub kilku drenów i wreszcie po dokonaniu zabiegu—nada-nie choremu pozycyi FOWLER'a, t. j. napót siedzącej.

Chorym, leczonym według tej metody, zastrzykiwano oprócz tego jesz-cze pewną ilość surowicy podskórnie, bezpośrednio do żyły lub przez odbyt.

Sposób MURPHY'ego ma na celu skrócenie czasu trwania zabiegu, zmniej-szenie rozmiarów cięcia, zabezpieczenie od wstrząsu, zdarzającego się często przy innych sposobach operowania i wreszcie przeciwdziałanie wprowadzaniu zbyt wielkiej ilości odkażających płynów do jamy otrzewnej, jak również prze-sadnemu osuszaniu jej przy pomocy tamponów, które często ranią otrzewną.

Jakkolwiek teoretyczne wywody przemawiają przeciw tej teorii, staty-styka jednak przekonująco świadczy za skutecznością sposobu MURPHY'ego.

Autor nie wypowiada się wyraźnie ani za, ani przeciw tej metodzie, ra-dzi tylko indywidualizować poszczególne przypadki i robić szerokie cięcie tam, gdzie mamy do czynienia z licznymi i odosobnionymi zatokami, aby lepiej oryen-tować się w położeniu.

(*La Semaine Gynécologique.* 1910 r., Nr. 15).

K. J. Ostrzycki.

174. D. Goldschmidt. Etiologia i patogeneza twardzieli skóry.

Teorię nerwową i naczyniową tej choroby wkrótce odrzucono ze względu na brak wyraźnych zmian w układzie nerwowym, oraz niestalość zaburzeń naczyniowych. Wprawdzie VIDAL, CROCKER, P. MEYER, MERY i wielu innych wykazali sekcyjnie w przypadkach twardzieli skóry nie tylko zmiany w naczyniach skóry, ale i rozległą *endarteritis sclerosans* wielu narządów wewnętrznych, atoli w szeregu innych przypadków tego cierpienia nie znaleziono żadnych zaburzeń nawet w większych naczyniach.

Pochodzenie reumatyczne, zapoczątkowane jeszcze przez ALIBERTA [1817] i popierane przez wielu autorów [VERNEUIL'a, LASÈGUE'a i in.], głównie MEYER'a, który napisał nawet obszerną w tej kwestyi monografię, spotkało się też z ostrą krytyką.

Obecnie jedni próbują wiązać etiologię twardzieli skóry z zaburzeniami gruczołu tarczowego i pośrednio z reumatyzmem przewlekłym, inni zaś [DUPRÉ, KAHN] identyfikują ją z symetryczną martwicą kończyn — t. zw. chorobą RAYNAUD'a. I te zmiany, towarzyszące niekiedy twardzieli skóry, są niestałe, spotykamy bowiem przypadki, w których trudno wykryć jakiekolwiek zaburzenia reumatyczne lub w zakresie gruczołu tarczowego.

Do zmian stałych w twardzieli należy więc li tylko nadzwyczajny rozrost tkanki łącznej. Według MEYER'a rozrost ten polega na zgrubieniu i zbieciu w warstwy pęczków łączno-tkankowych *corii*, tworzących wskutek tego pokład więcej spójsty, niż w skórze normalnej. Zgrubienie to, postępując coraz dalej, może powodować stopniowy ucisk zrazików tłuszczowych i w końcu nawet ich zanik.

Ostatecznie sprawa może posuwać się coraz głębiej aż do ścięgien i okostnej, tak iż skóra staje się zbitą, twardą i nierozciąglą masą, tamującą ruchy danej okolicy.

UNNA, potwierdzając powyższe badania anatomiczne, uważa rozrost tkanki łącznej za pierwotny, a innym zmianom twardzielowym przypisuje pochodzenie czysto mechaniczne. Pogląd ten nie wyjaśnia jednak, skąd się biorą w przebiegu twardzieli zaburzenia stawowe w okolicach ze zdrową skórą i dlaczego cierpieniu temu towarzyszą tak często stany zapalne w naczyniach nawet narządów wewnętrznych, przyczem tkanka łączna bardzo małe lub wcale zmian nie okazuje. Ze względu na te sprzeczności kliniczne i mikroskopowe GOLDSCHMIDT wyraża przypuszczenie, że w sklerodermii mamy do czynienia ze sprawą infekcyjną lub toksyczną. Tegoż zdania są: THIBIÈRE, BESNIER, LEREDDE, THOMAS i HOPPE-SEYLER.

W ten tylko sposób, zdaniem autora, można poniekąd wytłómaczyć różnorodność zaburzeń w różnych przypadkach twardzieli skóry.

Pewną analogię spotykamy w wielu chorobach zakaźnych, w których toksyny niezawsze atakują stale te same narządy; najczęściej zaś oddziałują na narządy najmniej odporne.

Poszukiwania mikroskopowe i szczepienia w celu wykrycia swoistego zarazka dotąd były bezowocne. Być może, że czynnik etiologiczny sklerodermii niezawsze bywa jednakowy, występuje bowiem twardziel skóry w przebiegu lub następstwie bądźto rozmaitych chorób zakaźnych (róża, gruźlica, tyfus, płonica, dyfteryt), bądźto cierpien na tle niedostatecznej czynności gruczołowej [choroba BASEDOW'a].

Bull. et Mem. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris. 1909, Nr. 27.

Al. Racinowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie 25-go października 1910 r.

1) LANDAU ANASTAZY wygłosił odczyt p. t. „Kwas moczowy, dna i artrytyzm“. Na wstępie L. omawia poglądy panujące co do istoty pojęcia „artrytyzm“ w piśmiennictwach francuskim, angielskim, niemieckim i naszym, a przyznając pewną dozę słuszności zapatrywaniom autorów francuskich którzy wprowadzili do patologii pojęcie o zwolnionej przemianie materji, nie może jednak zgodzić się na zbyt szerokie uogólnianie tego pojęcia [na cały szereg tak zwykłych cierpień neuro-artrytycznych] i skłania się raczej do poglądów angielskich i niemieckich, których wyznawcą u nas był ś. p. DUNIN. Następnie L. zajął się kwestyą zachowania się kwasu moczowego w warunkach normalnych i w dnie, podkreślił doniosłość badania krwi na kwas moczowy, bagatelizując pod tym względem wyniki badania moczu, które wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu ma bardzo podrzędne znaczenie, wyjaśnił budowę chemiczną kwasu moczowego, podzielił jego na endo- i egzogeniczny, omówił wreszcie ogłoszone w ostatnich czasach badania nad wpływem radu na zachowanie się kwasu moczowego w ustroju. W końcowej części odczytu LANDAU poddaje analizie te przypadki, które w codziennej praktyce jesteśmy pochopni zaliczać do kategorii artrytyzmu i w myśl poglądu swego, że tylko tam, gdzie istnieją typowe napady dny, albo tam, gdzie znajdują się prawdziwe złogi kwasu moczowego w okolicy stawów, albo wreszcie tam, gdzie stwierdzono wzmózoną zawartość kwasu moczowego we krwi—wolno rozpoznawać artrytyzm, dochodzi do wniosku, że zazwyczaj owe codzienne przypadki nie mają nic wspólnego z prawdziwą dną, ani nawet z usposobieniem dnawem i że w znacznej większości należy je odnieść do dziedziny neurastenji lub przewlekłego gościa; podkreśla w końcu fakt, że u nas stosunkowo rzadko dają się obserwować przypadki typowej dny, a więc i ta okoliczność powinna nas powstrzymywać od tak częstego dpatrywania śród chorych usposobienia artrytycznego.

Posiedzenie 8-go listopada 1910 r.

W dyskusji wiceprezes HEWELKE wyjaśnia poszczególne etapy przemian nukleoproteidów, zaznacza że organizm może wewnątrz siebie syntetycznie wytwarzać rozmaite związki nukleinowe, uważa również za decydujące dla dny wzmózenie kwasu moczowego jedynie we krwi przy normalnej przemianie ciał purynowych, widzi analogię między nieogłędnem rozpoznawaniem dny a dyagnozowaniem influency w rozmaitych chorobach gorączkowych o typie nieokreślonym, sądzi, że nie posiadamy dość pewnych danych klinicznych, by zaliczać alkohol do czynników dnotwórczych, wreszcie w kwestji leczenia zastanawia się pomiędzy innemi nad nieuzasadnionem odróżnianiem mięsa białego i czarnego, opierając się na wynikach nowszych rozbiórów analitycznych.

St. MUTERMILCH zaznacza, że przeróbka ciał purynowych zachodzi w ustroju dzięki swojej czynności całego szeregu zaczynów, między którymi najważniejsze są nukleaza i ferment urykolityczny; pod jego wpływem kwas moczowy przechodzi w organizmie zwierzęcym w alantoinę, w ciele ludzkim zaś prawdopodobnie w mocznik; obfity w narządach zwierzęcych, w nikłych tylko ilościach znajduje się w ustroju ludzkim, wskutek czego właśnie, być może, zwierzęta nie zapadają na dnę; mowca przypomina, że w okresie ostrych napadów dny przy podawaniu pokarmów obfitujących w związki purynowe przeciąga się na czas dłuższy wydzielanie kwasu moczowego, co może służyć poniekąd za znak rozpoznawczy dla skazy moczanej; trudność w poszukiwaniach

kwasu moczowego we krwi [wymaga to 200 ctm. sz. krwi do jednego określenia] znakomicieby się zmniejszyła, gdyby się okazał dobrym nowy sposób jego określenia, polegający na natychmiastowej redukcji świeżo przygotowanego roztworu węglanu srebra pod wpływem jednej tylko kropli surowicy.

Sekretarz Stały SOKOŁOWSKI sądzi, że poglądy prelegenta nie są nowe przed kilkunastu laty głosiła je szkoła wiedeńska z HEBRA na czele, a berlińska z VIRCHOW'em], są zato zbyt radykalne i często osoby, które zapadły na atak podagry, przedtem w ciągu szeregu lat doświadczały innych zaburzeń, stawianych w ogóle w związku z dyatezą artrytyczną [migrena, astma, kolka nerkowa lub wątrobną, wysypki skórne, przedwczesna skleroza]; często w tej samej rodzinie u poszczególnych członków istnieją to jedne, to drugie z omawianych cierpień, a gdzie rodzice byli niemi dotknięci, u potomstwa, mimo zachowania wszelkich środków profilaktycznych, występowały owe objawy t. zw. artrytyczne. Istnieje więc pewne usposobienie dziedziczne, mogące się manifestować w sposób różnorodny i choć istoty jego dziś jeszcze nie możemy ściśle określić, nie można odnośnych zaburzeń wyłączyć z pojęcia „artrytyzm“ i odnieść do również bliżej nam jeszcze nieznaney neurastenii; ścisłego pokrewieństwa ich z dną typową dowodzi wreszcie skuteczność jednych i tych samych metod leczniczych.

WE. JANOWSKI sądzi, że w artrytyzmie zarówno iść może o hipooksydację [niedostateczność utleniania], jak i o paraooksydację [inne nieprawidłowości] ciał nukleinowych, a zależnie od tego, jakie jest natężenie tej nieprawidłowości, który z gruczołów wewnętrznych działa bardziej nienormalnie i która z tkanek odznacza się wrodzoną zmniejszoną odpornością — występuje chroniczne cierpienie tego lub owego narządu [mięśnie, skóra, nerwy, n rki i t. d.]; uważa, że dokładne wywiady i wszechstronne zbadanie rzeczowe większe „mają znaczenie w dyagnozie, niż analiza moczu; nie wierzy, aby próba, polegająca na wstrzykiwaniu osobnikom podejrzanym o dnę kwasu nukleinowego, ułatwić mogła rozpoznanie; stwierdza wreszcie, że najnowsze badania teoretyczne w niczem nie posunęły naprzód sprawy leczenia artrytyzmu.

WINIARSKI, nie mogąc zgodzić się na stanowisko prelegenta, podkreśla istnienie pewnych cierpień skóry [pryszczycą], dróg oddechowych (przewłękłe nieżyty oskrzeli, a nawet zapalenie płuc z wydzielaniem się kwasu moczowego z płwociną), obwodowego układu nerwowego (rwa kulszowa, bole i zapalenia nerwów w obrębie *plexus brachialis*), powstających niezawodnie na tle artrytyzmu — na co zwracali uwagę klinicyści wszystkich krajów, nie wyłączając Anglii, tej ojczyzny artrytyzmu.

BRUZIŃSKI podnosi, że stany chorobne u dzieci (skłonność schorzeń błon śluzowych, wypryski, złe tolerowanie nawet pokarmu kobiecego), zwane we Francji artrytyzmem, w Anglii litemią, a przez CZERNY'ego skazą wysiękową (*exsudative Diathese*), zaproponował SROELTZNER nazywać *oxyphthia*. Nie idzie tu jednak bynajmniej o kwas moczowy, lecz o zatrucie kwasem fosforowym (przy sztucznem karmieniu niemowląt).

POLIKIER zarzuca prelegentowi, że zbyt mało uwzględnił stronę kliniczną, zwłaszcza t. zw. asteniczne postaci dny i podkreśla nadzwyczajną rzadkość dny u dzieci.

BELKOWSKI, zwracając uwagę na produkty rozpadu, otrzymywane przy utlenianiu kwasu moczowego *in vitro*, sądzi, że w pewnych warunkach przy takim rozpadzie i w ustroju może powstawać większa ilość kwasu szczawiowego, który w ten sposób może być pochodzenia endogenicznego; przemawiają poniekąd za tem przypuszczeniem kamienie nerkowe, składające się przeważnie ze szczawianu wapnia.

PAWIŃSKI podkreśla rolę układu nerwowego w powstawaniu skazy moczauowej, wspominając o osobnej postaci neurastenii, t. zw. *neuroarthritis*

francuskich autorów, w której zawodzi leczenie (dieta mleczno-roślinna, Karlsbad, parówki i t. d.), stosowane zazwyczaj w zwolnionej przemianie materji, natomiast [daje dobre wyniki tonizacja ogólna układu nerwowego (klimat nadmorski, ogólna hydropatya i t. d.); sądzi, że czem jest gościec dla serca, tem jest artrytyzm dla naczyń: usposabia on je do wczesnej miażdżycy, wywołując wzmożone ciśnienie tętnicze, zależne, według HAIGA, od zatkania naczyń włosowatych solami kwasu moczowego (*collaemia*). Leczenie w skazie winno być skierowane na podniesienie ogólnej sprawności ustroju i poszczególnych narządów.

Rzętkowski z naciskiem przypomina, że istnieją tylko trzy zupełnie ściśle wyodrębnione choroby przemiany materji: otyłość, dła i moczówka cukrowa, ale żaden autor nie dowiódł jeszcze, że w ogóle zaburzenia tego rodzaju zachodzą w stanach, oznaczanych mianem „artrytyzm“, „neuro-artrytyzm“ i t. d., a w szczególności, że idzie tu o zaburzenia w przemianie purynowej, ewentualnie w wydzielaniu kwasu moczowego; nie mamy prawa tak sądzić jedynie *ejuvantibus*, tem bardziej, że badania krwi, dokonane przez mowcę u tego rodzaju chorych, nigdy nie wykazywały wzmożonej zawartości ciał purynowych: omawiane dolegliwości, „być może, dałyby się objaśnić na zasadzie zjawisk anafilaksy, czy autointoksykacji ze strony kanału pokarmowego przez obce (*fremdartig*), jak mówią Niemcy) białko lub jakieś zaczyny, a za takim przypuszczeniem przemawia pomiędzy innymi podobieństwo między wysypkami t. zw. artrytycznymi a objawami skórnyimi w idyosynkrazyach; omawiane dolegliwości nie zależą też od zatrucia kwaśnego, albowiem odnośne badania krwi nie wykazały zmian w jej zasadowości.

W odpowiedzi AN. LANDAU powtarza raz jeszcze, że oblicze chemiczne podagry jest ściśle określone, a formuła wszystkich innych omawianych tu dolegliwości t. zw. artrytycznych nie jest wyświetlona. WINIARSKIEMU odpowiada, że dny i chronicznego reumatyzmu stawowego nie można zbliżyć w jedną całość, bo istota pierwszej jest znana, drugiego zaś — nie; zresztą on sam nie stanowi jednolitej postaci nozologicznej. HEWELKEMU — że zapomocą dużych dawek alkoholu wywoływał u ludzi zdrowych zmiany w wydzielaniu endo- i egzogenicznego kwasu moczowego, identyczne ze spotykanemi u chorych na dnę; co się tyczy różnicy między mięsem białem a czarnem, sądzi, że w procesach oksydacji zachowują się one jednakowo, wpływają natomiast odmiennie na wydzielenie soków trawiennych. BŁEKOWSKIEMU wreszcie, — że kwas szczawiowy nie spala się zupełnie w ustroju i przestał dawno już być miernikiem procesów oksydacyjnych.

Ad. Lande.

Posiedzenie gastrologiczne 18-go maja 1910 r.

JUDR. [] Rentgenoskopia dróg pokarmowych (z pokazem przezroczy).

Rentgenologia żołądka uczyniła w czasie ostatnim duże postępy. Momentalne zdjęcia pozwalają na otrzymywanie obrazów wyraźnych, o granicach ostrych, a wiernie oddzwierających poszczególne okresy fizjologiczne, oraz kształt, położenie i rozmiary żołądka, jamę powietrzną z wciskającym się weń wierzchołkiem serca. Pod jamą ową lekkie wcięcie obwodowe (*incisura cardiaca*), dalej dno i ciało, obie krzywizny, norę odźwiernikową, wreszcie wąską smugę odźwiernika samego.

Odźwiernik [nie stanowi bynajmniej, jak twierdził do niedawna HOLZKNECHT i GOLDAMMER, najniższego punktu żołądka. Najczęściej żołądek posiada kształt haczykowaty z uniesionym o parę centymetrów odźwiernikiem. Atoli oś ciała żołądka jest raczej pionowa, niż poprzeczna, o ile badamy

w pozycji stojącej chorego. Znacznie rzadziej napotykaną bywa żołądek z odźwiernikiem nisko położonym [kształt rogu wołu]. Mniej typowe jest położenie żołądka. W dużym stopniu zależy ono od pozycji badanego. Gdy badany leży, nie widać zwykle przestrzeni powietrznej oraz uwypuklenia dolnego. Najmniejszemu odchyleniu ulega odźwiernik.

Rozmiary żołądka można określać nader ściśle albo zapomocą pomiarów ortodiagraficznych, albo też, jak serce w czasie ostatnim, telorentgenograficznie, to jest zapomocą zdjęć z odległości 2—3-ch metrów.

Ze stanów patologicznych rentgenoskopia oraz rentgenografia momentalna rozpoznaje przede wszystkim rozszerzenie i opuszczenie żołądka.

Możemy określać t. zw. typ „*megalogastricae*“ z przerostem mięśni przy zwężeniu lub przyrośnięciu odźwiernika. Żołądek zyskuje kształt workowaty, szeroki u dołu. Osłabienie elastyczności i napięcia mięśniowego, „*ectasia atonica*“, przy utracie napięcia mięśniowego daje kształt żołądka wydłużony z przewężeniem po środku.

Odróżniać można jeszcze typ rozszerzenia wskutek utraty normalnej podpory przy opuszczeniu jelit lub brzucha obwisłym. Tu również niema utraty napięcia mięśniowego.

„*Gastroptosis*“ tworzy, według HOLZKNECHT'a i SCHÜRMEYER'a, rozszerzenie pionowe, zależne od opuszczenia przepony. Jednak rentgenoskopia takiego przemieszczenia przepony nie znajduje, natomiast stwierdza opuszczenie i przesunięcie odźwiernika na lewo. Należy więc mówić raczej o „*pylo-roptosis*“.

Dalej, rentgenografia stwierdza żołądek typu zegara piaskowego, zrosty z wątrobą [ścianą brzuszną, jelitami (*perigastritis, pericholecystitis*)], wreszcie w niektórych przypadkach guzy żołądka.

Oczywiście, w wielu innych przypadkach rozpoznawanie rentgenograficzne guzów napotyka niezwalczone trudności. Wrzód okrągły żołądka również tworzy teren niedostępny dla dyagnostyki rentgenoskopowej lub rentgenograficznej.

Zapewne, że ulepszenia techniczne pozwolą w przyszłości na zdobywanie nowych danych.

Zato wdzięczne pole stanowią spostrzeżenia nad czynnością żołądka. Pod tym względem rentgenoskopia tworzy metodę o znaczeniu doniosłym, acz dotychczas mało stosowaną [ruchy robaczkowe duże, ruchy faliste drobne, ruchy faliste głębokie,—ruchy robaczkowe zwrotne, skurcze poszczególnych odcińków żołądka, rola zwieracza odźwiernikowego, akt trawienia, wydzielanie soku żołądkowego, niedomoga żołądkowa i t. p.].

Wybitną rolę w badaniu żołądka zapomocą promieni ROENTGEN'a odgrywa ciało, wprowadzane dla otrzymywania konturów tego narządu. Obecnie czynione są doświadczenia z szeregiem nowych przetworów. Wymienię tlenek toru i cyrkonu, jako zdobywcę dni ostatnich.

Przełyk jest nader wdzięczną dziedziną badań rentgenologicznych. Wprowadzając bizmut lub inne przetwory podobne, otrzymać można nader plastyczne, jasne obrazy cierpień tego narządu. Wymienić należy przede wszystkim nowotworowe zwężenia przełyku, uchyłki, skurcz spastyczny i rozszerzenia, ciała obce [nie wszystkie] i zmiany czynnościowe, zależne od utraty napięcia mięśniowego (*atonía oesophagi*), wreszcie stosunek tętniaków i guzów śródpiersia do przełyku w celach różniczkowych.

Demonstracja 40-u negatywów i dyapozytywów.

W dyskusji GRUNDZACH sądzi, że obecne badania mogą na nowo obudzić zaufanie do rentgenoskopii, nieco zachwiane przez HOLZKNECHT'a.

LANDAU sądzi, że o ile promienie ROENTGEN'a odłajają już obecnie znaczne usługi w rozpoznaniu chorób przełyku, o tyle w cierpieniach żołądka zna-

czenie tej metody jest dotąd niewielkie; zapomocą innych metod, np. rozdymania żołądka, możemy osiągnąć ten sam skutek; z nowych metod przyszłość ma gastroskopia.

REJCHMAN od dawna powątpiewał o słuszności poglądów HOLZKNECHT'a, gdyż przy laparotomiach widzimy wszak położenie odźwiernika, zresztą zrosty odźwiernika nigdy nie zdarzają się ze ścianą przednią żołądka, lecz z wątrobą i t.p. Obrazy rentgenoskopowe żołądka nie odpowiadają rzeczywistości—takie jest przekonanie R., oparte na szeregu własnych spostrzeżeń. Prawdopodobną przyczyną tego faktu jest jakiś, dotąd nieznany, błąd w samym wykonywaniu rentgenoskopii. Metoda ta nie może jeszcze obecnie dawać nam dokładnego pojęcia o kształcie i pojemności żołądka.

JUDT w odpowiedzi dodaje, że jeśli widzimy na rentgenogramacie wyraźne kontury żołądka od wpustu do odźwiernika, to mamy wszelkie prawo mówić o kształcie, położeniu i rozmiarach żołądka. Widzimy nawet więcej, np. przewężenie Hisa i nory odźwiernikowej lub rozmaite fale ruchowe, a więc takie objawy, które bez rentgenografii są zgoła nieuchwytnie.

Różnice kształtu żołądka, widzianego podczas operacji, objaśnić można brakiem zawartości, gdy rentgenografia mówi o narządzie, zawierającym 400,0 kaszy bizmutowej. Są to różnice natury fizyologicznej.

W. Robin.

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne 18 go czerwca 1910 r.

1) ŁAPIŃSKI T. Przypadek zwyrodnienia padaczkowego (?).

Mężczyzna lat 31, wykazuje cechy zwyrodnienia moralnego od lat 30-u; od lat 3-ich przebywa w szpitalu Jana Bożego, od lat kilku miewa napady o charakterze epileptycznym. Badanie: chory orientuje się nieźle, wzmoczone samopoczucie, czynny impulsywny, zmienność usposobienia, ubóstwo słów i ruchów, stany podrażnienia, omamy zastraszające, niedorozwój umysłowy i moralny [szereg czynów świadomych, a wykazujących brak taktu i przyzwoitości]. Mowca wyklucza psychozę maniakalnodepresyjną [ubóstwo kojarzeń, niedorozwój umysłu] i uzależnia niedorozwój od padaczki.

2) JAROSZYŃSKI. a) Przypadek padaczki, powikłanej histeryą z zaburzeniami ruchowymi.

Chora, lat 22, cierpi od lat 8-u na typowe ataki epileptyczne oraz na bardzo dotkliwe parestezye w ręce prawej, wskutek których chora nie porusza kończyną [bojąc się wywołać te parestezye], ani nie pozwala nią poruszać biernie, co trwa od 8-u tygodni. Porażenia, ani przykurezenia niema, czucie zachowane: zaburzenie to ma raczej charakter *akinesiae algerae*, zlokalizowanej w jednej kończynie. Na grzbiecie ręki wyraźny obrzęk. Mowca rozpoznaje padaczkę u chorej na histeryę. Obrzęk jest zjawiskiem wtórnym, zależnym od nieporuszania ręką.

ŁAPIŃSKI i STERLING uważają, że niema potrzeby [przypuszczać histeryę, gdyż i sama padaczka może wywołać podobne objawy.

KOPCZYŃSKI zna chorą dawniej jako histeryczkę, cierpiącą pozatem na padaczkę.

FLATAU zastanawia się nad obrzękiem, który jest, zdaniem jego, objawem zaburzeń naczynioruchowych. Podobne zdanie wypowiada KOELICHEN.

JAROSZYŃSKI odpowiada, że sama padaczka nie wystarcza do wytłómaczenia zaburzeń w kończynie, zwłaszcza zaś obrzęku, który jest skutkiem nieporuszania ręką.

b) Przypadek bez władu postępującego, czy też stwardnienia wielogniskowego?

Chory, lat 28; przed 6-u laty uraz w głowę. Przed 2-ma laty napady drgawek z utratą przytomności, od 1 $\frac{1}{2}$ roku drżenie rąk oraz zaburzenia mowy. Badanie przedmiotowe: odruchy ścięgnowe wzmożone, obustronny *clonus*, brzuszne zachowane, dno oka bez zmian, mowa typowo dyzartryczna [zacinanie się, przestawianie, drżenie warg i języka], drżenie rąk o charakterze zamiarowym. Mowca waha się pomiędzy rozpoznaniem *paralysis progress.* [mowa dyzartryczna] a stwardnieniem wielogniskowym [brak innych zaburzeń poza drżeniem]. Drgawki są prawdopodobnie wyrazem padaczki alkoholicznej.

Zdaniem ŁAPIŃSKIEGO, STERLINGA i BORNSTEIN'a mamy do czynienia ze *sclerosis multiplex.* Mowa ma, ich zdaniem, i element skandowania.

KOPCZYŃSKI uważa mowę za niezwykłą dla stwardnienia wielogniskowego [drżenie warg, języka], przeciwko niemu też przemawiają odruchy brzuszne [zachowane]. To samo twierdzi HIGIER.

FLATAU przychyliła się za rozpoznaniem *sclerosis.* Podobnie MĘCZKOWSKI [uraz, jako moment przyczynowy].

3) HIGIER. a) Przypadek nowotworu rdzenia.

Chory, lat 25. Od 12-u lat skrzywienie kręgosłupa, stopniowo powiększające się. Od pół roku osłabienie nóg, od dwu miesięcy zaburzenia ze strony stolca i pęcherza. Badanie przedmiotowe: lewostronna skolioza w części grzbietowej. Niedowład lewej nogi z zanikiem mięśni. Czucie wszelkiego rodzaju osłabione na prawej nodze i prawej stronie tułowia aż do łopatki, na lewej zniesione w wąskim pasie na tułowiu. Odruchy ścięgnowe żywe po stronie lewej, objaw BABIŃSKIEGO, odruchy brzuszne zniesione po lewej. Mowca wyklucza syfilis i stwardnienie wielogniskowe oraz próchnicę kręgów [brak bólów, wychudzenia] i rozpoznaje glejak, wychodzący z 5—8 segmentów rdzenia.

STERLING uważa sprawę za wewnątrzrdzeniową i przypuszcza syringomyelię.

BREGMAN podnosi wczesne wystąpienie zmian odżywczych.

BYCHOWSKI podkreśla posuwanie się sprawy chorobnej od środka ku obwodowi.

b) Przypadek atetozy samoistnej, powstałej w wieku młodzieńczym.

Mężczyzna, lat 26; od 16-go r. życia niezgrabne ruchy, stopniowo wzmagające się w nasileniu. Badanie: niedowład lewej połowy ciała, zwłaszcza twarzy, ruchy mimowolne w mięśniach twarzy i karku. Chód beładny. Ruchy współrzędne w ręce lewej przy jednoczesnych poruszeniach w innych kończynach. Mowa wybuchowa, dyzartryczna. Mowca wyklucza płasawicę przewlekłą i chorobę tików oraz rozpoznaje atetozę, podnosząc osobliwości przypadku: obustronność, umiejscowienie w mięśniach szyjnych oraz artykulacyjno-fonacyjnych, brak wyraźnej etyologii, początek od wieku młodzieńczego.

STERLING, KOELICHEN nie sądzą, aby można było w zupełności wykluczyć płasawicę przewlekłą.

BORNSTEIN przypuszcza raczej *athetose double* [nie wykonywanie ruchów w spokoju].

FLATAU zaznacza, że niema pewności, czy chory nie miał podobnych ruchów w dzieciństwie.

HIGIER podnosi progresywność cierpienia, czego nie bywa w sprawach podobnych pozapalnych [w dzieciństwie].

4) STERLING. a) Przypadek drżenia połowiczego.

Chory, lat 40; przed 10-u mies. zauważył trzęsienie prawej nogi oraz ręki, z! jednoczesnem lekkim osłabieniem władzy, które nie ustaje dotychczas na jedną chwilę. Powodu zewnętrznego żadnego nie było. Przedmiotowo: osłabienie prawych kończyn *en masse.* Drżenie prawostronne o amplitudzie dość dużej, tempie niezbyt szybkim, zwiększającym się przy ruchach dowol-

nych. Drżenie we śnie znika. Pod wpływem wzruszeń wzmagają się; zabiegi psychoterapeutyczne bez skutku. Mowca rozpoznaje nieznaną sprawę funkcyjną wobec niemożności rozpoznania połowiczego PARKINSONA [nietypowe drżenie, brak hipertonii].

HIGIER również powstrzymuje się od rozpoznania, w każdym razie wyklucza cierpienie organiczne.

KOPCZYŃSKI powołuje się na własne przypadki analogiczne drżenia, które wystąpiło po silnem wzruszeniu i podnosi potrzebę wyodrębnienia nowej jednostki chorobnej czynnościowej — nerwicy emotywniej.

b) Przypadek *ophthalmoplegiae chronicae progressivae*.

Chory, lat 23; zaraz po urodzeniu matka zauważyła opuszczenie powieki górnej prawej, stopniowo wzmagające się; od dwu lat oko jest zamknięte zupełnie. Prócz tego skrzywienie gałki ocznej na prawo, stopniowo potęgujące się od urodzenia aż do chwili obecnej. Od dzieciństwa bole głowy, od 5-go roku życia napady migreny. Badanie przedm.: *ptosis completa dextra*, skrzywienie gałki na prawo; ruchy możliwe tylko na zewnątrz. Żrenica prawa rozszerzona, nie reaguje na światło, ani na nastawienie. Wzrok osłabiony w oku prawem. Mowca wyklucza *migraine ophthalmoplegique* wobec tego, że cierpienie było częściowo wrodzone, migrena zaś wystąpiła później, oraz rozpoznaje cierpienie pośrednie pomiędzy *ophthalmoplegia chronica progressiva* a „*infantiler Kernschwind*“ MOEBIUS'a.

KOPCZYŃSKI rozpoznaje w danym przypadku jednostronne zupełne porażenie nerwu okoruchowego, z którym *ophthalmoplegia chronica progressiva*, jako cierpienie systemowe obustronne, nie ma nic wspólnego.

BORNSTEIN również odgranicza obie postaci chorobne i przypuszcza w danym przypadku „dziecięcy zanik jądrowy“ MOEBIUS'a.

FLATAU podnosi progresywność cierpienia w wywiadach, co przemawia za rozpoznaniem *ophthalmopl. chr. progr.*

6) KOPCZYŃSKI St. a) Przypadek *peripachymeningitidis spinalis acutae purulentae*. [Pokaz preparatu].

Chłopiec, lat 16, nagle dostał zaburzeń w urynowaniu i oddawaniu stolca, na drugi dzień bezwładu nóg. Badanie przedm.: porażenie dolnych kończyn z zachowaniem odruchów, czucie zmiesione do kolan. Dalszy przebieg choroby w szpitalu: następnego dnia porażenie mięśni brzusznych ze zniknięciem odruchów ścięgowych i skórnych na kończynach dolnych, zaburzenia czucia podniosły się wyżej. 4-go dnia porażenie obwodowych części rąk; zwężenie szpary ocznej prawej, 5-go dnia porażenie mięśni oddechowych; zaburzenia czucia podniosły się jeszcze wyżej; 6-go dnia chory zmarł. Autopsya: obecność ropy pomiędzy oponą twardą a kręgosłupem (*phlegmone*), co przedstawia obraz *peripachymeningitis*. Punkt wyjścia cierpienia — zropiały gruczoł oskrzelowy; w ropie — same gronkowce.

FLATAU uznaje za potrzebne badanie drobnowidzowe rdzenia, gdyż zajęcie szarej istoty nie jest wykluczone.

KOPCZYŃSKI dodaje, że makroskopowo widać było, że cała sprawa nacieczenia ograniczała się do luźnej tkanki ponad oponą twardą.

b) Przypadek nowotworu mózdzku. [Pokaz preparatów].

Preparat pochodzi od chorego 19 letniego, przedstawionego w Sekcji Neurologicznej w marcu 1909 r. z rozpoznaniem nowotworu mózdzku [bole głowy, nudności, wymioty, ślepotą, porażenia nerwów okoruchowych]. W czerwcu roku zeszłego dokonano trepanacji paliatywnej [BORZYMOWSKI], po której nastąpiło wypadnięcie części mózdzku z ustąpieniem objawów ogólnomózgowych. Ślepotą pozostała. W jesieni roku zeszłego nawrot objawów mózgowych. Choremu dokonano trzykrotnie przekłucia przepukliny mózgowej i wypuszczano po 150—200 ctm. sz. płynu. Ulga w samopoczuciu krótkotrwała. Do-

konano nowej trepanacji; tym razem znaleziono guz pomiędzy półkulami mózdku, co potwierdzono dokładniej na autopsji [w parę dni później]. Czaszka na całej przestrzeni bardzo scieżczała od wzmózonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Posiedzenie 17-go września 1910 r.

1) MĘCZKOWSKI i JAROSZYŃSKI. Przypadek przypuszczalnego ucisku rdzenia.

Chory, lat 40, od 5-u miesięcy cierpi na silne bole na stronie wewnętrznej przedramienia i dwu małych palców ręki prawej. Miesiąc temu opadnięcie powieki prawej i osłabienie władzy w kiści prawej. Przedmiotowo: zwężenie źrenicy prawej, zwężenie szpary ocznej, zapadnięcie gałki ocznej, podniesienie ciepłoty ręki prawej, osłabienie opozycji dwu ostatnich palców, osłabienie pobudliwości elektrycznej dwu ostatnich międzykostnych, Pocenie się po stronie prawej. Rozpoznanie: nowotwór płuc, ew. opłucnej, idący w stronę rdzenia [zajęcie korzonków, wychodzących z 1 grzb.—8 szyjnych odcinków oraz centrum *cilio-spinale*].

BYCHOWSKI rozpoznaje w danym przypadku nowotwór klatki piersiowej i ucisk na splot ramieniowy.

Męczkowski uważa, że nowotwór jest bliżej rdzenia [bolesność w jamie nadobojczykowej].

2) HIGIER. a) Przypadek idiotyzmu rodzinnego TAY-SACHS'a, powikłanego wodogłowiem wewnętrznym.

Chłopiec, 2 $\frac{1}{2}$ lat, od 5-go miesiąca życia tracił intelligencyę. Ślepotą zupełną. Drgawki. Odruchy wzmózone, objaw BABIŃSKIEGO obustronny. Zanik nerwu wzrokowego. Zmiany na tarczy swoiste dla idiotyzmu TAY-SACHS'a: wiśniowo-czerwona plama na białem tle. Wzmózenie ciśnienia podczas przekłucia łądźwiowego. Referent rozpoznaje prócz choroby TAY-SACHS'a—wodogłowia wewnętrzne, za czem przemawiają: drgawki, objaw BABIŃSKIEGO, wzmózenie ciśnienia, powiększenie objętości czaszki.

STERLING nie sądzi, by drgawki nie były typowemi dla choroby TAY-SACHS'a, która, jak inne postaci idiotyzmu, może kojarzyć się z padaczką.

b) Przypadek *polioencephalomyelitis variolosa*.

Panna, 21 lat, 22 tygodnie temu przechodziła ospę, poczem dostała bólów głowy, stała się nieprzytomną, kończyny były porażone, łykać mogła z trudnością. Po 5 u tygodniach stopniowa poprawa. Przedmiotowo: *paraparesis inf.*, osłabienie górnych kończyn. Drżenie zamiarowe. Łykanie upośledzone. Mowa eksplozyjna, skandowana. Odruchy ścięgnowe żywe, brzuszne słabe. Rozpoznanie: *polioencephalitis diffusa variolosa* z siedliskiem głównych ognisk w moście Varola—prawdopodobnie ta ostra sprawa przejdzie z czasem w *sclerosis multiplex*.

3) ŁAPIŃSKI. Przypadek padaczki powikłanej syryngomyelią.

Mężczyzna, lat 32, cierpi na drgawki od 2-go roku życia z przerwami o charakterze epileptycznym. Kilka miesięcy temu ostra psychoza halucynacyjna z zaburzeniami orientowania się. Od paru miesięcy utrata władzy w palcach u rąk. Przedm.: zбочzenie kręgosłupa, palce u obu rąk w postaci szponowatej, sine, o niskiej ciepłocie, ranki niegojące się. Zniesienie czucia na ciepło i zimno oraz gdzieniegdzie na ból. Referent rozpoznaje jamistość rdzenia oraz padaczkę, łącząc je pod względem etyologicznym (*gliosis cerebrospinalis* na tle wrodzonej nieprawidłowości rozwoju).

4) STERLING. Przypadek porażenia nerwu odwodzącego po nakłuciu łądźwiowem.

Chora, lat 26, 1 $\frac{1}{2}$ miesięcy temu dostała bólów głowy z wymiotami, później

drgawek połowicznych z zachowaniem przytomności. Badanie przedmiotowe: po tygodniu od rozpoczęcia się choroby—bezład prawostronny z objawami BABIŃSKIEGO po stronie prawej [w kilka dni potem i na lewej]. Po kilku dniach drgawki ustaly, porażenie powoli przeszło. Ze względu na silne bole głowy dokonano przekłucia lędźwiowego, po którym tego samego dnia wystąpiło dwojenie się w oczach—stwierdzono porażenie *n. abducentis dextri*. Referent rozpoznaje w danym przypadku *meningitis serosa*. Porażenie nerwu VI nastąpiło niezależnie od tego cierpienia [gdyż objawy ogniskowe były już minimalne] — wystąpienie jego po przekłuciu, bez wprowadzenia substancji znieczulającej do płynu rdzeniowego, należy do rzadkości.

5) R. RADZIWIŁOWICZ. William James [wspomnienie pośmiertne].

Charakterystyka psychologa amerykańskiego, jako wyznawcy metody introspekcyjnej w psychologii, empiryka w sposobach badania, zdecydowanego krytyka kierunku asocjacyjnego. Był on zwolennikiem kierunku ewolucjonistycznego, który przenika wszystkie jego filozoficzne poglądy—dlatego też był on dla psychologii tem, czem był DARWIN dla biologii. Twórca pragmatyzmu, t. j. kierunku praktycznego, uznający za konieczny wymagalnik prawdy — stwierdzenie jej użyteczności w życiu, jej przydatności dla jego udoskonalenia. Zostawił po sobie wiele dzieł z psychologii, filozofii o wartości pierwszorzędnej.

Posiedzenie 22-go września 1910 r.

1) St. PECHKRANC. Obecny stan wiedzy o gruczolach z wydzieliną wewnętrzną.

Prelegent po krótkich uwagach historycznych przedstawił z początku wyniki ostatnich prac, dotyczące budowy histologicznej i embryologii gruczolów; dalej omawiał produkty wydzielnicze rozmaitych gruczolów, ich skład chemiczny, bliżej zastanawiając się nad dobrze zbadanym wytworem gruczolowym—adrenaliną. Następnie prelegent omawiał wpływ gruczolów na wzrost ciała, na układ nerwowy, przemianę materii, analizując bliżej sprawę wzajemnego stosunku funkcjonalnego gruczolów, czyli t. zw. korelacji histochemicznej. Fakt ten synergii [współdziałania] jest dziś przeceniany, zdaniem autora. W związku z korelacją jest fakt wielogruczolowości większości chorób dystroficznych oraz fakt częstego łączenia się zespołów chorobnych u jednego osobnika [np. akromegalia ze śluzozbrękiem, BASEDOW'a z ADDISONEM], co ma prawdopodobnie znaczenie pod względem leczenia. Wreszcie referent rozpatrywał szczegółowo ostatnie wiadome dane w zakresie czynności każdego gruczolu z osobna.

T. Jaroszyński.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku „Kalendarz Lekarski“ krakowski na r. 1911, ułożony bardzo starannie przez prof. L. K. GLUZIŃSKIEGO, z przerobionym gruntownie podręcznikiem terapeutycznym, uzupełnieniem braków w innych działach i dodaniem działu bardzo pożytecznego i w kalendarzu odpowiedniego, obejmującego „Technikę częściej stosowanych zabiegów leczniczych“. Spis lekarzy obejmuje wszystkich lekarzy, mieszkających w Galicji, oraz lekarzy ordynujących w zdrojowiskach krajowych i zagranicznych. Dzięki tym zaletom posiada Kalendarz krakowski tę samą wagę, co i inne kalendarze, że pomimo cienkiego papieru i drobnego, a bardzo wyraźnego druku, stanowi książkę, która jako notatnik jest niedogodna, bo za duża.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Dr. Ig. Baranowski

PILULAE SANGUINALIS

KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na
Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

BEZKRWISTOSCI i BLEDNICY.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb., Chinin. mur., Jodem, Ichthyolem, Lecithiną, Natr. cinnam
Extr. Rhei.

KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem.

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem
przez ministerium Przemysłu i Handlu.

Kantor pr paratów chemicznych St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne
pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué

Peruol

Środek niezawodny przeciwko świerzbie.

Bezbarwny — Niedrażniący — Bezwonny.

Próby i piśmiennictwo na żądanie.

Actien - Gesellschaft für Anilin - Fabrikation.

PHARMACEUT. ABTEILUNG

BERLIN S. O. 36.

Ziarnista **KOLA** Rozpuszczalna
ASTIER

Reguluje serce
Pobudza układ mięśniowy
ŚRODEK
PRZECIWNEURASTENICZNY
Sprzedaż we wszystkich aptekach

Gabinet Roentgenolecznicy
D-ra J. Wiśniewskiego
ordynatora Szp. Ewang
Choroby skóry, włosów i weneryczne.
Warszawa, Zielna 29, tel. 165-85.

Przeciwno
kokluszowi, astmie, przy katarach krtani
i oskrzeli i we wszystkich wypadkach cho-
rób płuc
„TUSSIN“
J. Saskiego w Brześciu-Litewskim. Po-
zwol. Rady Medycznej, Grand Prix w Hadze.
Cena fl. 1 rb. Przesyłka od 2-ch. fl. darmo.

Miejscowość
lecznicza, klimatyczna i kąpielowa

HELOUAN w pobliżu Kairu (Egipt).
Hotel „Al - Hajat.”

Szczegółowy prospekt illustrowany
wysła na żądanie bezpłatnie re-
dakcyja gazety „Głos Moskwy”

Moskwa, Leontjewskij zaułek.

Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.



4 Sanatoria:

LEYSIN

na linii Symplonskiej Szwajcarya
francuska
1450 m. nad p. m. Cały rok otwarte
Grand Hotel Pensjonat od 12 fre.
Montblanc } łącznie z { „ 11 „
Chamossaire } lecze- { „ 9 „
Anglais } niem { „ 11 „
Dyrekcya

Specjalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powie-
trzem górskim. Prospekty bezpłatnie.



VITTEL
GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm

podagrę
artretyzm

Reprezentant: **Charles Fortier**
Moskwa

Małaja Łubianka N-r 14.