

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Kilka uwag o rozpoznawaniu płonicy i jej nawrotach. Napisał Feliks Arnstein. — Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej (meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica) z niezwykle zaburzeniami odżywczemi. Podał St. Koczyński. (Ciąg dalszy). — **WYKŁADY KLINICZNE.** Zapalenia stawów czyli artrytyzmy pochodzenia gościecowego, dnawego i innych, w świetle nowszych pojęć lekarskich. Skreślił d-r J. Majkowski. (Ciąg dalszy). — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 18 marca r. b. — **ODCINEK.** Zdrojowiska i miejscowości lecznicze w Niemczech oraz nasze względem nich stanowisko. Podał H. Dobrzycki. — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Arnstein — Quelques remarques sur le diagnostic de la fièvre scarlatine et les rechutes de cette maladie. 2) D-r St. Koczyński — Un cas de méningomyélite sacrolombaire syphilitique avec de troubles de nutrition extraordinaires.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r F. Arnstein. — Einige Bemerkungen ueber die Diagnose des Scharlachs und seine Rückfälle. 2) D-r St. Koczyński — Ein Fall von meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica mit ungewöhnlichen Ernährungsstörungen.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Kilka uwag o rozpoznawaniu płonicy i jej nawrotach.

Napisał

FELIKS ARNSTEIN (Kutno — Ciechocinek).

Typowa, szkarłatna, drobnopunkcikowa wysypka na skórze, charakterystyczne cierpienie gardzieli, połączone z obrzmieniem gruczołów podszczękowych i szyjowych, jako też gorączka mniejszego lub większego natężenia, oto trójca objawów, występująca w prawidłowo przebiegającej płonicy i pozwalająca na wczesne rozpoznanie tej choroby; w żadnym bowiem cierpieniu zakaźnym ostrem nie spotykamy kombinacji tych 3 objawów. Rozpoznanie płonicy nie przedstawiałoby przeto żadnej trudności, gdyby nie to, że objawy chorobowe, wywołane przez zakażenie płonicze, przedstawiają wielką różnorodność, że nieprawidłowo przebiegające przypadki płonicy nie są bynajmniej rzadkie, że owa trójca objawów, o jakiej powyżej wspominaliśmy, nie w każdym przypadku występuje tak jaskrawo, i że z jednej strony brak często jednego z powyższych objawów np. wysypki, a z drugiej — każdy z powyższych objawów sam przez się, a szczególnie najważniejszy — wy-

syпка płonicza na skórze występuje i w innych cierpieniach, nie wspólnego z zakażeniem płoniczym nie mających. To jest powodem, że łatwe na pozór rozpoznanie płonicy nie zawsze jest takie, a pomyłki rozpoznawcze, dotyczące płonicy, nie są bynajmniej rzadkie, jak o tem niejednokrotnie miałem sposobność się przekonać.

Źródła pomyłek rozpoznawczych mogą być bardzo liczne. Do najważniejszych zaliczyć należy brak w danej miejscowości epidemii płonicy, zwo-dnicze wywiady, brak najważniejszego objawu płonicy — wysypki charakterystycznej na skórze (*scarlatina sine exanthemate*), podobieństwo wysypki w płoniczej do wysypek w innych cierpieniach.

Płonica występuje najczęściej epidemicznie, przez co rozpoznanie choroby zostaje w przypadkach niejasnych, nietypowych ułatwione. Przypadki jednak sporadyczne, szczególnie w większych miastach, nie są bynajmniej rzadkie i mogą być przy braku charakterystycznych objawów i w postaciach nietypowych choroby nierozpoznane lub błędnie rozpoznane. To samo tyczy się przypadków, na samym początku epidemii się pojawiających. Istnienie przeto w danej miejscowości lub w bliskim jej sąsiedztwie epidemii w pewnym stopniu ułatwia rozpoznanie płonicy w pojedynczych przypadkach.

Na wywiadach niewiele oprzeć się można przy rozpoznaniu płonicy. Często bowiem w nieulegających wątpliwości przypadkach płonicy rodzice oświadczają nam, że dziecko już raz przechodziło płonicę, czem łatwo wprowadzić mogą w błąd.

Wszelako, jeśli się dowiemy, że dziecko kilkakrotnie chorowało na wysypki podobne do płoniczej, co więcej, jeśli się nam uda osiągnąć szczegółowe wiadomości o przebiegu dawniej przebytej choroby, wtedy przy nieco uważniejszej analizie faktów łatwo uniknąć pomyłki rozpoznawczej.

Brak wysypki na skórze w płonicy — *scarlatina sine exanthemate* — był już niejednokrotnie spostrzegany i opisany. Nie zaprzeczając istnienia płonicy bez wysypki, gdyż sam tego rodzaju przypadki widziałem, winniem jednak zaznaczyć, że przypadki tego rodzaju są stosunkowo rzadkie i niewątpliwie radsze, aniżeli by to sądzić można z podania rodziców. Daleko częściej przy lekkim przebiegu choroby wysypka niezbyt wyraźna bywa przez otaczających przeoczona, gdyż nieraz szybko znika, co szczególnie ma miejsce w klasie, mało zwracającej uwagę na dzieci i późno nieraz lekarza wzywającej.

Brak wysypki w wysokim stopniu utrudnia rozpoznanie płonicy i czyni je przez dłuższy czas wątpliwem. Ile to razy wzywany bywa lekarz do dziecka, u którego zjawił się obrzęk powiek, dopiero na mocy istniejącej epidemii i białkomoczu stwierdza przebytą płonicę. Przy braku wysypki na skórze rozpoznanie opierać się może głównie na istniejącej w miejscowości i epidemii, na współczesnem istnieniu gorączki znacznego natężenia i silnego zajęcia gardzieli, stanowiącym jeden z najstalszych objawów płonicy, o czem zresztą jeszcze niżej szczegółowo pomówimy.

Podczas panowania epidemii rozpoznanie płonicy bez wysypki jest najczęściej jeszcze możliwe; w przypadkach sporadycznych, w samym początku epidemii zawsze przez krótszy lub dłuższy czas pozostaniemy w wątpliwości, czy mamy do czynienia z nieżytkową, wrzekomo-błoniczą lub nawet błoniczą anginą, czy też z płonicą, i dopiero nieraz dalszy przebieg choroby przekona nas, z czem właściwie mamy do czynienia. Spostrzegany przezemnie nieda-

wno przypadek w początku panującej obecnie w Kutnie epidemii godny jest pod tym względem uwagi. Dziecko 5-letnie, od kilku dni niedomagające, przed wieczorem pewnego dnia dostało gorączki i zaczęło się skarżyć na ból gardła, stopniowo się wzmagający i utrudniający polykanie. Wezwany nazajutrz rano znalazłem ciepotę ciała podniesioną do 40,5° przeszło, na skórze nigdzie ani śladu wysypki; przy obejrzeniu gardzieli znalazłem rozlane, silne zaczerwienienie błony śluzowej, silnie powiększone migdały, pokryte szarym nalotem, gruczoły podszczękowe obrzmiałe i bolesne. Na mocy powyższych objawów i ich natężenia jakoteż w tym czasie widzianych nielicznych jeszcze przypadków płonicy rozpoznałem z wielkim prawdopodobieństwem płonicę bez wysypki, co się też na 3-ci dzień sprawdziło, gdyż drugie dziecko w tej samej rodzinie zachorowało przy tych samych objawach, przyczem na skórze okazała się typowa wysypka płonicza.

Na tego rodzaju przypadki należy szczególną zwrócić uwagę, pomnąc zresztą o tem, że objawy ze strony gardzieli często wcześniej występują, aniżeli wysypka na skórze.

Częstem bardzo źródłem pomyłek rozpoznawczych są wysypki na skórze podobne do wysypki płoniczej, w ostatnich czasach dopiero lepiej poznane. Nie mówiąc już o różyczce (*rubeola*), przy której wysypka więcej podobna do odrowej niekiedy podobną się staje do płoniczej lub przeciwnie, i opisana jest przez Filarow'a i innych jako *rubeola scarlatinosa*, nie mówiąc już o różnych wysypkach skórnych pochodzenia autointoksykacyjnego, wywołanego przez zaburzenia w trawieniu, lub toksycznego, wywołanego przez jady i leki (salicylan sodu, antypiryna, chinina i t. p.), na szczególną naszą uwagę zasługuje postać chorobowa, znana pod nazwą *erythema scarlatiniforme* — rumień płoniczy, przedstawiająca tak wiele podobieństwa do płonicy, że staje się częstem źródłem pomyłek nawet ze strony lekarzy doświadczonych. Wielce pouczający pod tym względem przypadek miałem sposobność spostrzegać przed 9-ciu laty. Do 8-letniego Stasia G. wezwany byłem na wieś. Po przybyciu na miejsce matka oświadczyła mi, że synek ciężko zachorował na szkarlatynę. Przy obejrzeniu chorego znalazłem ciepotę ciała podniesioną do 40°; chłopiec przytomny, skarży się tylko na palenie twarzy i uszu, i pomimo znacznej gorączki nie robi wrażenia ciężko chorego. Na całym ciele, nie wyłączając twarzy, jednostajne zaczerwienienie drobnopunkcikowe skóry, podobne zupełnie do wysypki płoniczej; twarz, a szczególnie uszy silnie obrzękłe i zaczerwienione. Przy obejrzeniu gardzieli nie znalazłem nic godnego uwagi; błona śluzowa gardzieli niezmieniona, migdałki nie obrzmiałe, jak również gruczoły podszczękowe ani obrzmiałe, ani bolesne. Ze względu na zupełny brak objawów ze strony gardzieli, jak bólu przy polykaniu, jakoteż obrzmienia migdałków i gruczołów na szyi przy tak obfitej wysypce na skórze, a w części ze względu na to, że na wsi jakoteż nigdzie w okolicy nie panowała epidemicznie płonica wyłączyłem stanowczo płonicę, a rozpoznałem rumień szkarlatynowy, co też i dalszy przebieg potwierdził. Na drugi bowiem dzień po środkiem czyszczącym ciepota ciała spadła prawie do normy, zaczerwienienie znacznie się zmniejszyło, po 3 dniach zaczęło się obfite łuszczenie, a po kilku dniach chłopiec wrócił do zupełnego zdrowia. W przypadku tym godne jest uwagi silne natężenie wysypki na twarzy i uszach i szybkie łuszczenie. Jeszcze dodać winienem, o czem się później dowiedziałem, że chłopiec przed kilku tygodniami przechodził podobną, choć znacznie słabszego natężenia, wysypkę. W kilka tygodni potem chłopiec, bawiąc

z matką w Warszawie, zachorował przy tych samych zupełnie objawach. Wezwani dwaj lekarze, z których jeden pedyatra, rozpoznali płonicę, i dopiero oświadczenie matki, że chłopiec przed kilku tygodniami przechodził podobną chorobę, i szybki spadek ciepłoty ciała, jaki nastąpił na drugi czy 3-ci dzień, wpłynęły na zmianę rozpoznania

Drugi podobny przypadek miałem sposobność spostrzegać w roku zeszłym. Dziewczynka 10-letnia zachorowała przy objawach nieznacznej gorączki i wysypki szkarłatnej na całym ciele. Wezwany jeden z kolegów rozpoznał płonicę i zalecił ściśle odosobnienie. Wezwany nazajutrz inny kolega, dowiedziawszy się, że dziewczyna chorowała przed kilku tygodniami przy podobnych objawach i że we wczesnym dzieciństwie przechodziła niewątpliwie płonicę, wyraził wątpliwość co do tej choroby, na skutek czego tego dnia wieczorem wezwano mnie. Przy badaniu znalazłem stan ogólny chorej zadawalniający, ciepłotę ciała podniesioną zaledwie do 38°; na skórze szyi, piersi, brzucha, grzbietu i kończyn niezbyt obfitą wysypkę, podobną zupełnie do płoniczej. Przy obejrzeniu gardzieli nie znalazłem ani zaczerwienienia błony śluzowej, ani powiększenia gruczołów na szyi. Opierając się na względnie dobrym ogólnym stanie chorej, na ujemnych wynikach badania gardzieli, w części na wywiadach i jednorazowym wprawdzie badaniu moczu, w którym ani śladu białka nie znalazłem, przychyliłem się do zdania drugiego kolegi i wyłączyłem płonicę. Jak się po kilku dniach dowiedziałem, dziewczynka wkrótce wróciła do zupełnego zdrowia.

Rumień szkarłatnowy (*erythema scarlatiniforme*) nie jest u nas prawdopodobnie cierpieniem tak rzadkiem, jakby się to na pozór zdawać mogło, sądząc z nielicznych dotąd spostrzeganych i opisanych przypadków. W naszej literaturze pojawiła się dopiero niedawno praca kolegi J. KRAMSZTYKA ¹⁾ o tej chorobie, na którą w tem miejscu szczególną zwracam uwagę. Kolega KRAMSZTYK opisuje 3 spostrzegane przez siebie przypadki tej choroby, z których w jednym nawrót choroby miał miejsce 9 razy, w dwóch pozostałych po 2 i 3 razy. We wszystkich przypadkach wysypka na skórze była zupełnie podobna do płoniczej, rozpoznanie opierało się głównie na nawrotach choroby, a w części na innych objawach, a przede wszystkim na braku objawów ze strony gardzieli, choć w jednym przypadku kol. K. znalazł lekkie zaczerwienienie błony śluzowej. W zupełności zgodzić się można z kolegą KRAMSZTYKIEM, że nawroty choroby stanowią najcharakterystyczniejszy jej objaw, decydujący o rozpoznaniu, wszelako rozpoznanie tej choroby i wyłączenie płonicy jest najczęściej zupełnie możliwe na mocy ściśle przeprowadzonej analizy towarzyszących objawów i ich kombinacji.

Wspomnieć jeszcze muszę o wysypce w grypie, niekiedy towarzyszącej tej chorobie i najbardziej podobnej do płoniczej.

Jak z powyższego widzimy, źródła pomyłek rozpoznawczych mogą być dosyć liczne.

Dla uniknięcia pomyłek w rozpoznaniu płonicy należy przede wszystkim nie zadawać sobie wyłącznie objawami skórnymi i na nich oprzeć rozpoznanie. Wysypka w płonicy jest wprawdzie bardzo charakterystyczna, lecz z przyczyny podobieństwa do niej wysypek, towarzyszących innym chorobom, nie może w żadnym razie mieć decydującego znaczenia. Istnieją jednak pewne różnice w rodzaju wysypki, pozwalające niekiedy na odróżnienie pło-

¹⁾ O rumieniu powracającym podobnym do płonicy „Medycyna“ 1900.

nicy od podobnych do niej wysypek, a szczególnie od rumienia. KRAMSZTYK ²⁾ podaje następujące cechy, wyróżniające w rzeczy samej wysypkę przy rumieniu od wysypki przy płonicy. Wysypka przy rumieniu szybko obejmuje całe ciało, nie wyłączając i twarzy; towarzyszy jej silniejsze daleko swędzenie, aniżeli w płonicy. Dodałbym od siebie, że wysypka na twarzy jest przy rumieniu daleko obfitsza, aniżeli przy płonicy, jak to miało miejsce w pierwszym podanym przeze mnie przypadku tej choroby. Łuszczenie przy rumieniu występuje daleko wcześniej, aniżeli przy płonicy, jest obfitsze i szybciej się kończy. Pomimo to z przyczyny wielkiej niestałości powyżej podanych cech wysypki słusznie twierdzi KRAMSZTYK, że nie są one same przez się dosyć charakterystyczne dla odróżnienia dwóch tych chorób.

Szczególną za to uwagę zwrócić należy i wielką wagę przywiązywać należy przy rozpoznaniu płonicy do objawów ze strony gardzieli. Są one ze wszystkich objawów płonicy najstalsze. Najczęściej jeszcze przed pojawieniem się wysypki na skórze i współcześnie z pojawieniem się gorączki dzieci starsze skarżą się na ból przy polykaniu, a obejrzenie gardzieli wykazuje już we wczesnym okresie choroby mniejsze lub większe jednostajne zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli i podniebienia, które stopniowo się zwiększa, i w cięższych przypadkach wcześniej znaleźć można migdałki silnie obrzmiałe i pokryte wrzekomo błoniczym nalotem.

Zajęcie gardzieli uważam za objaw tak stały, że bez niego istnienie płonicy zawsze jest więcej, niż wątpliwe. Nie widziałem w wieloletniej mej praktyce przypadku płonicy, w którymby błona śluzowa gardzieli nie była zmieniona, także sądzę, że *scarlatina sine angina* chyba wcale nie istnieje. Brak silnego zajęcia gardzieli przy istnieniu wysypki płoniczej ma decydujące pod względem rozpoznania znaczenie i zawsze przemawia przeciw płonicy. Na tę okoliczność, jako mającą duże, zdaniem mojem, znaczenie, należy zawsze zwrócić uwagę, chcąc uniknąć pomyłki rozpoznawczej. Na mocy braku zajęcia gardzieli wyłączyłem tak w powyżej opisanych przypadkach, jakoteż i w kilku innych płonicę, i zawsze dalszy przebieg choroby mnie przekonał, że miałem rację. Przy wysypkach bowiem podobnych do płoniczej, jak różyczce, rumieniu, wyjątkowo spotykamy znaczniejsze zaczerwienienie gardzieli z obrzmieniem gruczołów chłonnych na szyi. KRAMSZTYK w jednym z trzech przypadków rumienia i w jednym z 3-ch przypadków innych wysypek, podobnych do płoniczej ³⁾, widział zaczerwienienie gardzieli.

Co więcej, natężenie sprawy w gardzieli najczęściej idzie w parze z natężeniem gorączki i ciężkością płonicy, choć od tego niejako prawidła są liczne wyjątki. W przypadkach płonicy bez wysypki i objawy ze strony gardzieli są mniejszego natężenia, choć i tu zdarzają się wyjątki, jak to zresztą miało miejsce w powyżej przytoczonym przypadku *scarlatinae sine exanthemate*.

²⁾ L. c.

³⁾ KRAMSZTYK. Epidemia różyczki i odry w bezpośrednim po sobie następstwie. Kilka słów o wysypkach podobnych do szkarlatyny. Kraków. 1891.

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA I Z PRACOWNI
D-RA MED. E. FLATAU'A.

PRZYPADK SYFILISU OPON I RDZENIA W CZĘŚCI LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEJ

(*meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica*)

z niezwykle mi zaburzeniami odżywczemi.

Podał

STANISŁAW KOPCZYŃSKI

b. ordynator kliniki.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 15).

Wyniki badania drobnowidzowego były następujące:

N. tibialis sinister. Na preparatach, barwionych metodą MARCHI'ego, tak podłużnie, jak i poprzecznie przeciętych, widać bardzo wibitne zmiany: większych bryłek zbitych (kompaktnych) myeliny nie widać, natomiast widać liczne porozrzucające ziarenka, a raczej może bryłki, złożone z drobnych okrągłych ziarenek. Obraz mikroskopowy wskazuje na stadium dalsze sprawy, w którym nastąpiło wessanie się rozpadniętej myeliny. Zmiany te dotyczą wszystkich pęczków nerwowych.

Metoda WEIGERT'a. Zmiany w nerwach mniej więcej te same. Nerwów z zachowanymi włóknami myelinowymi nie widać wcale. Pozostały tylko porozrzucające drobne bryłki myeliny w formie przeważnie okrągłej lub wydłużonej, składające się z różnej wielkości tworów okrągłych lub drobnych ziarenek; gdzie niegdzie widać ciemne bryłki o budowie więcej jednolitej, wykazującej pewną koncentryczność. Świadczy to o wcześniejszym stadium zwyrodnienia. Oprócz tych większych bryłek na całym przekroju poprzecznym w każdym pęczku widać wielką liczbę drobnych okrągłych ziarenek. Na przekrojach podłużnych normalnych włókien nerwowych również nie widać, natomiast jest widoczne układanie się bryłek rozpadającej się myeliny w podłużne zygzakowate pasemka o paciorkowatej formie. Lecz i tu przeważa tkanka łączna nad właściwą tkanką nerwową. (Fig. I i II).

Metoda van GIESON'a. Na preparatach, barwionych tą metodą, widać nadzwyczajny rozrost tkanki łącznej wśród pęczków i włókien nerwowych. Cylindrów osiowych w bardzo wielu miejscach nie widać wcale. Liczba oczek siatki łączno-tkankowej, w której cylindry osiowe zachowały się, do oczek bez cylindrów ma się mniej więcej, jak 1:30:50.

Endoneurium nie wydaje się mocno zgrubiałem; jest to więcej zajęcie śródmiażdżowe nerwu (*neuritis parenchymatosa*). Na preparatach, barwionych karminem i alunową hematoksyliną, widać silne zgrubienie *membranae intimae* w naczyniach, rozrzuconych w liczbie nieco zwiększonej, w *epineurium*. Oprócz tego ocalałe cylindry osiowe przedstawiają się różnorodnie, niektóre z nich są mocno zgrubiałe, inne bardzo cienkie.

N. tibialis dexter. Metoda MARCHI'ego. Zarówno na przekrojach podłużnych, jak i na przekrojach poprzecznych — pochewki myelinowe zachowa-

ne są niezłe: wyglądają, jak dość jednolite żółtawe, okrągłe nieco pogięte pasemka lub dość prawidłowe żółtawe kulki; tu i owdzie wśród owych pochewek myelinowych i pomiędzy nimi rozrzucone są drobne czarne ziarenka, w liczbie, nieco może przewyższającej normę. Dużych bryłek z rozpadniętą myeliną nie widać.

Metoda WEIGERT'a. Obrazy mikroskopowe preparatów bardzo zbliżone do poprzednich, t. j. że nerw przedstawia się prawie normalnie. Tylko w drobnych pęczkach, zwłaszcza na przekrojach poprzecznych, widać rozrzucone niewielkie przestrzenie, pozbawione ciemnych bryłek myelinowych.

Metoda van GIESON'a. Na preparatach, barwionych za pomocą tej metody, otrzymane obrazy przedstawiają się prawidłowo. Cylindry osiowe wszędzie zachowane, niezmienione. Nawet w miejscach, w których barwienie poprzednimi metodami wykazało brak myeliny, cylindry osiowe przedstawiają się prawidłowo. (Fig. III).

Barwienie karminem dało obraz identyczny. Barwienie ałunową hematoksyliną nie wykazało nigdzie ani nacieczenia drobnokomórkowego, ani zwiększenia jąder tkanki łącznej. Tylko ściany małych tętniczek, w porównaniu ze światłem, okazały się nieco zgrubiałe.

N. peroneus sinister. Metoda WEIGERT'a. Zmiany bardzo wybitne. Na przekrojach podłużnych pasemka myeliny leżą w pewnych odstępach od siebie. W wielu miejscach pasemka te są nadzwyczaj cienkie; w innych widać zamiast ciągłych nitek oddzielne czarne bryłki. Na przekrojach poprzecznych widać w poszczególnych pęczkach całe pola, wolne od pochewek myelinowych. Tu i owdzie rozrzucone są drobne czarne ziarenka, to znów czarne bryłki o różnej wielkości, to wreszcie koncentryczne czarne paski.

Metoda van GIESON'a. Zmiany bardzo wybitne. Cylindrów osiowych prawie że nie można znaleźć. *Endoneurium* mocno rozwinięte: czerwone, grube smugi łączno-tkankowe wypełniają niemal całe pole widzenia. Wśród tych grubych smug łączno-tkankowych na przekrojach poprzecznych widać rozrzucone puste oczka o różnej wielkości. Bardzo rzadko spotkać w nich można cylinder osiowy zwykle mocno ścięczały. Barwienie karminem wykazało również zmiany bardzo wybitne, podobne do tych, jakie dała poprzednia metoda. Barwienie ałunową hematoksyliną wyraźnych nacieczeń drobnokomórkowych nigdzie nie wykazało. Naczynia nie przedstawiały zmian wyraźnych, oprócz nieznacznego zgrubienia ich ścian.

Rdzeń kręgowy z ogonem końskim. Przecięcia różnych wysokości, barwione metodą MARCHI'ego.

Ogon koński przy końcu *conus terminalis*. Przy słabem powiększeniu (Okular 2, Obj. AA, ZEISS = 1×50) widać całe pola, odpowiadające pojedynczym korzeniom rdzeniowym, zupełnie jasne w nich gdzieniegdzie rozrzucone żółte kępki barwnika krwi. W niektórych z owych pól jasnych, zwłaszcza położonych zdala od stożka rdzeniowego, widać gęsto rozrzucone drobne czarne ziarenka, niby pył węglowy; w bardzo nielicznych polach, również położonych na obwodzie, widać żółtawe smugi lub kulki, jakie spotykamy na przekrojach nerwów, traktowanych kwasem osmowym; wśród nich rozrzucone czarne bryłki lub ziarenka o różnej konfiguracji i różnej wielkości. Przy silnem powiększeniu widać, że metodą tą zabarwiły się tylko niektóre korzenie rdzeniowe, położone na obwodzie; przytem wykazują one wybitne zmiany: widać w nich mnóstwo drobnych lub większych ziarenek, już to zawartych w żółtawych pochewkach myelinowych, już to leżących swobodnie.

Wysokość 5-go odcinka krzyżowego. W rdzeniu w tylnych częściach w wąskim pasie między tylnymi rogami, na obwodzie u wejścia korzonków tylnych widać czarne niekształtne bryłki myelinowe, dość gęsto rozrzucone. Liczne czarne drobne i większe ziarenka, rozrzucone po całym rdzeniu, który ma wygląd mocno białawy i zwykłych żółtych pochewek zawiera bardzo mało.

Co się tyczy korzeni rdzeniowych z *cauda equina*, przylegających do rdzenia, to i tu również, jak na poprzednim preparacie, zauważyć można, że w bliskości rdzenia większość korzeni jest zupełnie zwyrodniała i żadnego zabarwienia nie przedstawia; w niektórych miejscach naokoło tych białych pól widać liczne czarne bryłki i ziarenka. W korzeniach rdzeniowych, położonych jaknajdalej od rdzenia, a więc w korzeniach, wychodzących z wyżej leżących odcinków lędźwiowych, widać tu i owdzie żółtawe pochewki; nieliczne pęczki ocalały w nich dość dobrze, w innych pęczkach tego samego korzenia widać zaledwie czarne ziarenka o różnej konfiguracji, rozrzucone na jasnym tle.

Wysokość 5-go odcinka lędźwiowego. Rdzeń na przekroju poprzecznym wykazuje wybitne zmiany. Cały przekrój ma wygląd jasny, tylko w tylnych pęczkach widać mnóstwo czarnych bryłek z czarnymi ziarenkami w środku. T. zw. *Ventrales Hinterstrangsfeld* przedstawia mniejszą nieco liczbę czarnych bryłek zwyrodniałych. Oprócz tego liczne drobne czarne ziarenka, rozrzucone pomiędzy bryłkami. Takież maleńkie ziarenka spotkać można tu i owdzie w innych częściach jasnego rdzenia, jednak bez wyraźnych skupień. Wzdłuż tylnych rogów biegną pezerowane czarne pasemka, złożone z czarnych ziarenek. Odpowiadają one tylnym korzeniom, wchodzącym do rdzenia na danej wysokości. Przednio-boczne słupy przedstawiają budowę więcej siatkowatą (areolarną), świadczącą, że sprawy zwyrodnienia odbywały się tu dawniej, i metoda MARCHI'ego zmian charakterystycznych już nie dała.

W korzeniach rdzeniowych widać podobne zmiany, co i na poprzednim przekroju. Korzenie rdzeniowe, położone bliżej rdzenia, a zwłaszcza z tyłu, przedstawiają puste, jasne pola, z nielicznymi drobnymi ziarenkami, skupionymi niekiedy pomiędzy owymi polami. Korzenie rdzeniowe, położone daleko od rdzenia, zwłaszcza z przodu i z boków, niektóre zachowane nieźle, w innych widać zmiany, wskazujące na zachodzącą w nich świeżą sprawę zwyrodnienia: bryłki myeliny jednolite lub z ziarenkami o różnej konfiguracji.

Wysokość 11-go odcinka grzbietowego. Na przekroju poprzecznym widać, jak całe tylne pęczki przedstawiają obraz zwyrodnienia. Liczne bryłki zwyrodniałe rozrzucone są na całej przestrzeni pomiędzy tylnymi rogami aż do *comissura posterior*. Natężenie zwyrodnienia jest wszędzie jednakowe. Na pozostałych polach rdzenia widać zlekka rozrzucone drobne czarne ziarenka bez wyraźnych skupień. W tylnych rogach nic nienormalnego zauważyć nie można.

Wysokość 5-go odcinka grzbietowego. Tu również całe tylne pęczki bez ograniczeń i wyjątków przedstawiają zwyrodnienie, dają pod mikroskopem liczne bryłki i ziarenka różnej wielkości zwyrodniałej myeliny. Oprócz tego na obwodzie rdzenia, w okolicach, odpowiadających drogom mózdkowym i pęczkom GOWERS'a, widać również większą liczbę czarnych bryłek i ziarenek myeliny, aniżeli w pozostałych częściach słupów przednio-bocznych.

Metoda WEIGERT-PAHL'a (modyfikacja WOLTERS'a).

1) Ogon koński przy końcu *conus terminalis* (fig. IV). Większość pól, odpowiadających pojedynczym korzeniom rdzeniowym, jest jasna, najmniejszego śladu zabarwienia nie przedstawia. Bardzo nieliczne korzenie rdzeniowe, położone zdala od stożka rdzeniowego, zabarwiły się tą metodą dość dobrze, większość wykazuje zmiany w myelinie: czarne bryłki myelinowe są rzadsze, przedzielają je pola bezbarwne. Na korzeniach, przeciętych podłużnie, widać w wielu miejscach na jasnym tle wąskie paciorkowate, często przerywane pasemka, leżące nie w zbitej masie, lecz w wolnych odstępach.

Wysokość 5-go odcinka krzyżowego. Biała substancja całego przekroju poprzecznego rdzenia barwi się tą metodą słabo. Przy silnym powiększeniu pasemka myelinowe w szarej istocie i krążki myeliny w białej rozrzucone są rzadko. Cienkie nitki myeliny posiadają tu i owdzie zgrubienia. Więcej drobnych ziarenek, niż grubszych bryłek. Niektóre korzenie rdzeniowe zdala od rdzenia z przodu i z boku zabarwiły się dobrze, wszystkie korzenie tylne i te, co leżą bliżej rdzenia, albo są bezbarwne zupełnie, albo gdzieś w nich widać w nich czarne punkciki. W niektórych korzeniach rdzeniowych również, jak i na preparatach, barwionych metodą MARCHI'ego, widać małe ograniczone pola, zupełnie zwyrodniałe, obok pól, zachowanych zupełnie dobrze.

Wysokość 5-go odcinka lędźwiowego. Tu również cały przekrój poprzeczny rdzenia jest bladawy. Słabo są zabarwione słupy przednio-boczne. W kilku miejscach lewego słupa przednio-bocznego widać kilka ognisk zupełnie bezbarwnych, t. j. pozbawionych myeliny. Istota szara przy słabym powiększeniu wygląda zupełnie blade, a przy silnym zaś widać w niej liczne ścięćzate pasemka myeliny. Pęczki tylne przedstawiają silne zwyrodnienie—zabarwione są bardzo słabo. Nieco więcej czarnych punktów widać w przednim polu słupów tylnych (t. zw. *Ventrales Hinterstrangsfeld*). Z korzeni rdzeniowych tylko kilka z przodu i kilka (2 — 3) z boku, przytem położonych zdala od rdzenia, zabarwiło się częściowo nieźle. Reszta przedstawia bezbarwne pola, gdzieś w nich, więcej ku obwodowi, widać w nich czarne punkciki.

Wysokość II-go odcinka grzbietowego. Na przekroju poprzecznym uderza bardzo słabe zabarwienie tylnych pęczków. Przy *comissura posterior* zabarwienie tą metodą jest nieco wyraźniejsze. W pozostałych częściach rdzenia, oprócz zwiększonej nieco bladeści szarej istoty, zmian wyraźnych nie widać.

Wysokość 5-go odcinka grzbietowego. Tu również uderza wybitna bladeść pęczków tylnych, przytem *Ventrales Hinterstrangsfeld* zabarwione jest nieco lepiej. Słupy CLARCK'a nieco bladejsze, niż na normalnych preparatach. (Fig. V).

Barwienie płynem van GIESON'a, karminem i następnie alunową hematoxyliną.

Ogon koński przy końcu *conus terminalis*. Zmiany bardzo wybitne. Wiele korzeni rdzeniowych, zwłaszcza położonych bliżej środka, stanowią zbite pęczki łączno-tkankowe, zabarwione intensywnie na różowo. Mocniej zabarwione smugi koliste pozwalają wyodrębnić poszczególne korzonki. W innych znowu czerwone pola łączno-tkankowe tkwią w względnie mniej zwyrodniałych korzonkach t. j. w tych, które na preparatach, barwionych poprzednimi metodami, zachowały resztki zmienionej myeliny; w innych znowu korzeniach rdzeniowych, zwłaszcza położonych centralnie, widać siatkę o mniejszych

lub grubszych oczkach; cylindrów osiowych nigdzie jednak zauważyć nie można. Pomiedzy korzeniami rdzeniowymi, które w wielu miejscach są zrosnięte i przedstawiają zbitą masę łączno-tkankową, widać liczne naczynia ze zgrubiałymi ścianami i z nacieczeniem drobnokomórkowem naokoło ścian. W niektórych drobnych tętniczkach błona wewnętrzna zgrubiała, śródbłonek kolisto oderwał się od niej, i wewnątrz jego światła, a zarówno jak i na zewnątrz od śródbłonka, pomiędzy nim a błoną wewnętrzną, widać czerwone krążki krwi. W niektórych drobnych naczyniach skrzepy uległy szklistemu zwyrodnieniu. Opona twarda wszędzie mocno zgrubiała, w niektórych miejscach leży swobodnie, tak że *spatium subdurale* zachowane, w innych zrosnięta mocno ze zwyrodniałymi korzeniami rdzeniowymi za pomocą pasów łącznotkankowych.

Pomiedzy niektórymi korzeniami rdzeniowymi, przedstawiającymi, właściwie mówiąc, smugi łączno-tkankowe, i wewnątrz nich widać pola, zabarwione mocno na czerwono, dość ograniczone, o różnej konfiguracji. Kiedy naokoło tych pól widać wybitne nacieczenie drobnokomórkowe, w samych polach jądra barwią się bardzo blado lub wcale się nie barwią; w niektórych z tych pól widać światło drobnych naczyń o ścianach zupełnie niezróżnicowanych, a przechodzących bezpośrednio w otaczającą zbitą tkankę. Pola te sprawiają wrażenie tkanki gumatycznej, granulacyjnej z ogniskami zserowacenia i z bliznami łączno-tkankowemi. Liczba naczyń, rozrzuconych po całym polu widzenia, znacznie powiększona.

Wysokość 5-go odcinka krzyżowego. Tak w samym rdzeniu, jak i w otaczających go korzeniach rdzeniowych, widać zmiany bardzo wybitne. Rdzeń barwi się karminem i metodą van GIESON'a bardzo źle. Szara istota konfiguracją swą nie odróżnia się niemal wcale od istoty białej. Cokolwiek wyróżniają się rogi tylne. Zresztą na blado czerwona tle, usianem licznymi oczkami, świadczącymi o rozpadzie samej istoty rdzenia, widać mnóstwo małych naczyń, przeważnie włosowatych; światło w większości z nich wypełnione krwią. Trudno rozstrzygnąć, czy owe dość szerokie i liczne naczynia włosowate powstały z rozszerzenia się starych, czy powstały na nowo. W wielu miejscach pola mikroskopu czerwone krążki leżą swobodnie. Ani jednego cylindra osiowego na całym przekroju poprzecznym rdzenia spotkać nie można. Również żadnej komórki nerwowej w szarej istocie rdzenia nie widać. W niektórych miejscach na obwodzie rdzenia, zwłaszcza w okolicy prawego tylnego rogu i w okolicy pęczka przednio-bocznego po stronie prawej, widać pola, zabarwione mocniej na czerwono. Ogólna liczba jąder neuroglii nieco zwiększona, choć skupień drobno-komórkowych w istocie rdzenia nie widać.

Korzenie rdzeniowe, jak i na poprzednim preparacie, wykazują zmiany bardzo wybitne. W pęczkach, położonych bliżej rdzenia, zwłaszcza z boków i z tyłu, pojedynczych korzeni odróżnić nie można. W niektórych miejscach obwód rdzenia, opona miękka, korzenie rdzeniowe i nawet opona twarda przedstawiają jednorodną masę tkankową, mocno nacieczoną drobnymi komórkami, bez śladów cylindrów osiowych, z zachowanymi gdzieś niedługo oczkami, z licznymi naczyniami, mocno zmienionymi; w wielu miejscach widać obfite skupienia drobno-komórkowe i mniejsze lub większe wyboczyny krwawe. W korzeniach nerwowych, położonych zdaleka od rdzenia na przodzie, widać w niektórych miejscach lepiej, w innych gorzej zachowane cylindry osiowe. Niektóre z nich są mocno zgrubiałe, silnie zabarwione, inne

obok w sąsiednich oczkach, bardzo cienkie, inne znów bardzo blade. Po przegrodach łączno-tkankowych *perineurium* widać tu i owdzie nacieczenia drobno-komórkowe, biegnące do środka korzeni rdzeniowych. *Arteria spinalis anterior* zgrubiała, światło w niej zwężone; błony elastycznej trudno dojrzeć; z jednej strony w przestrzeni limfatycznej naokoło błony zewnętrznej widać skupienie drobnych komórek. *Vena spinalis anterior* zmian wyraźnych nie przedstawia.

W dwóch miejscach widać z boku i z przodu niewielkie pola, zabarwione mocno na czerwono, o charakterze tkanki gumatycznej ze zwyrodnieniem serowatym i przeistoczeniem w bliznę łączno-tkankową; pole to przypomina podobne miejsce, opisane na poprzednim przekroju.

Wysokość 3-go odcinka krzyżowego. Na preparatach, zabarwionych alunową hematoksyliną, widać liczne skupienia drobno-komórkowe naokoło naczyń, w przestrzeniach limfatycznych błony zewnętrznej, pomiędzy korzeniami rdzeniowymi, wokół *arteria spinalis anterior*, w zgrubiałej oponie miękkiej, otaczającej początek *sulcus longitudinalis anterior*. Liczba naczyń mocno zmienionych znacznie powiększona. W niektórych korzeniach rdzeniowych, w miejscach zwyrodnienia, zajmujących niekiedy połowę przekroju takiego korzenia, widać ostro odgraniczone pola z bardzo licznymi jądrami tkanki łącznej, obok pól z nieźle zachowanymi cylindrami osiowymi i z prawidłową liczbą jąder.

Istota rdzenia mocno zmieniona, rozrzedzona, siatkowata. Liczne wybroczyny krwawe i drzewiaste naczynia włosowate. Komórek nerwowych, ani cylindrów osiowych nie widać.

Opisanych wyżej zserowaciałych gumatów ani pomiędzy oponami, ani pomiędzy korzeniami rdzeniowymi nie widać.

Wysokość 5-go odcinka lędźwiowego. Rdzeń na przekroju poprzecznym przedstawia zmiany słabsze nieco, niż na poprzedniej wysokości. Budowa ogólna nieco lepiej zachowana, i wyraźniej różniczkuje się istota szara od istoty białej, choć wogóle wygląd cały rdzenia, jego budowa siatkowata, wskazuje na rozpad jego istoty. W szarej istocie rdzenia w rogach przednich widać komórki ruchowe mocno zmienione: barwią się one całe jednolicie lub przedstawiają ziarnkowatą masę, mają kształt więcej kulek, w większości z nich wyrostków protoplazmatycznych lub osiowych nie widać wcale, przestrzenie okołokomórkowe są znacznie rozszerzone. Jądra dają się zauważyć tylko w niektórych z nich: leżą wtedy przeważnie na obwodzie. Naczyń włosowatych dużo jest i w białej istocie rdzenia, głównie jednak jest ich dużo w przednich rogach istoty szarej.

Istota biała wybitnie zmieniona. Cylindry osiowe spotkać można gdzieś, jako drobne czerwone punkciki w słabo zabarwionych żółtawych pochwach myelinowych. Przeważają luki i dość szerokie oczka we wszystkich pęczkach białej istoty. Skupień drobnokomórkowych w rdzeniu nie widać. W korzeniach, otaczających rdzeń, zmiany są takie same, jak i na poprzednich preparatach: zwyrodnienia łącznotkankowe wielu pęczków (czerwone smugi), zrośnięcie wielu korzeni pomiędzy sobą i z oponami miękką i twardą w jedną masę, pośród której tu i owdzie widać obfite nacieczenia drobnokomórkowe. Tylko na dalekim obwodzie preparatu widać nieźle zachowane cylindry osiowe, i budowa korzeni przedstawia się dość normalnie.

W pośród przednich korzeni po obu stronach widać dwa charakterystyczne pola wielkości małego ziarnka prosa. Pola te karminem barwią się

mocno na czerwono, przy silnem powiększeniu przedstawiają kilka zlanych ze sobą pól, złożonych z cienkich dość luźno wijących się smug czerwonych; w środku niektórych z owych pól widać światło naczyń, których ściany mocno się zmieniły i budowę swą zupełnie utraciły. Owe smugi koliste układają się współśrodkowo przeważnie naokoło światła owych naczyń. Ałunowa hematoksylina w całych tych polach nie wykazuje zupełnie jąder neuroglii. Gdziekolwiek pomiędzy owymi czerwonymi smugami widać cylindry osiowe mocno zmienione, już to jako duże silnie czerwone bryłki, już to jako drobniutkie bladoczerwone punkciki. Mocno nabrzmiałe cylindry osiowe w wielu miejscach leżą tuż obok innych, znajdujących się w stanie zaniku. Pola te, bez wątpienia przedstawiające tkankę gumatyczną ze zwyrodnieniem serowatem i z przeistoczeniem łącznotkankowem (porównaj: SCHMAUS. Pathologische Anatomie des Rückenmarks Wiesbaden 1901 fig. 162), dość ostro przechodzą w blado siatkowatą tkankę z licznymi nacieczeniami drobnokomórkowemi (fig. 6).

Arteria spinalis anterior ma wyraźnie zgrubiałą błonę wewnętrzną: grubość jej przewyższa dwukrotnie grubość błony mięśniowej i błony zewnętrznej, razem wziętych. Błonę elastyczną nie wszędzie można rozpoznać. Nacieczeń drobnokomórkowych w błonie wewnętrznej nie widać: są to raczej pojedyncze okrągłe i podłużne jądra. Żyły przedstawiają mniejsze zmiany, choć np. szczeliny w błonie zewnętrznej *vena spinalis anterior* są dość duże. W niektórych silnie zgrubiałych drobnych naczyniach widać *vasa vasorum*.

Wysokość 3-go odcinka lędźwiowego. Zmiany w istocie rdzenia daleko mniejsze. Budowa rdzenia na przekroju poprzecznym zbliża się do normalnej. Komórki nerwowe w rogach przednich szarej istoty we wszystkich grupach zmienione niewiele. Biegące z nich wyrostki do rogów przednich zachowane dość dobrze. Cylindry osiowe w słupach przedniobocznych zachowane nieźle. Gdziekolwiek spotkać można zwiększone oczka bez cylindrów osiowych. W słupach tylnych wybitny przerost neuroglii i tkanki łącznej. Warstwa neuroglii na obwodzie rdzenia, t. zw. *Gliaschicht* nieco zgrubiała. Opona miękka w tylnych częściach nieco zgrubiała i miejscami nacieczona drobnymi komórkami. Korzenie przednie, nawet leżące tuż przy rdzeniu, normalne. Korzenie tylne, zwłaszcza po stronie lewej jeszcze zwyrodniałe, lecz nie w takim stopniu, jak na poprzednich przekrojach. Już nawet w korzeniach tylnych, położonych w bliskości rdzenia, gdziekolwiek spotkać można słabo zabarwione cylindry osiowe.

Wysokość 11-go odcinka grzbietowego. Rdzeń na przekroju poprzecznym przedstawia się prawie normalnie z wyjątkiem rozrostu neuroglii i tkanki łącznej w tylnych słupach. Zabarczenie tych słupów na czerwono jest intensywniejsze, aniżeli na poprzednim przekroju. Zresztą w rdzeniu nic szczególnego zauważyć nie można. Uderza tylko wybitne zwyrodnienie korzenia rdzeniowego tylnego, położonego po stronie prawej. Widać w nim silny rozrost tkanki łącznej. Korzeń tuż jest przyrośnięty do zgrubiałej opony miękkiej, która w tem miejscu jest nieco nacieczona drobnymi komórkami. Tylny korzeń rdzeniowy po stronie lewej, jak również korzenie przednie, również zwyrodniałe, choć w stopniu słabszym, nacieczenie komórkowe również w nich wyraźne. Niektóre pęczki w korzeniach przednich wykazują zwiększoną liczbę smug łącznotkankowych z odpowiedniami swoistymi zmianami.



Fig. I.

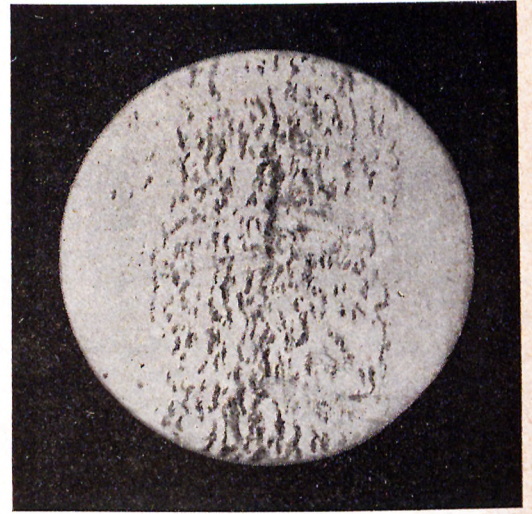


Fig. II.

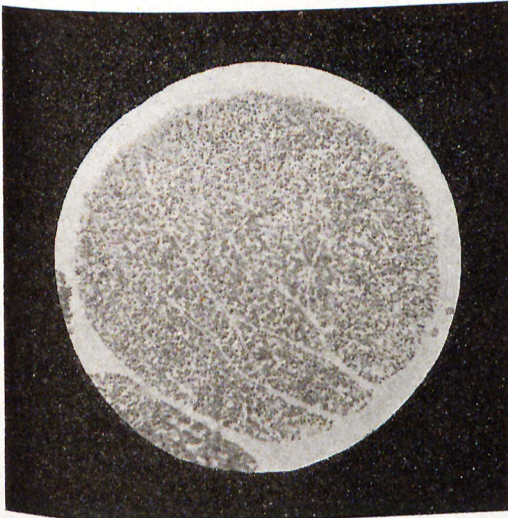


Fig. III.

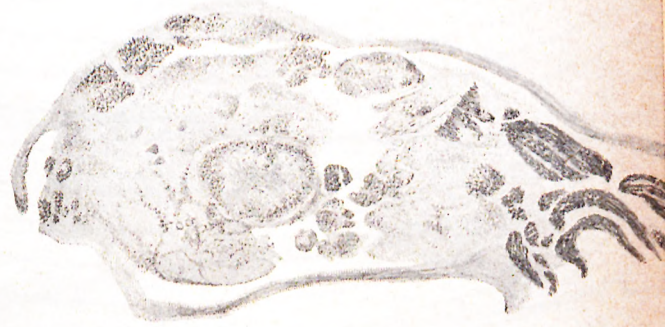


Fig. IV.

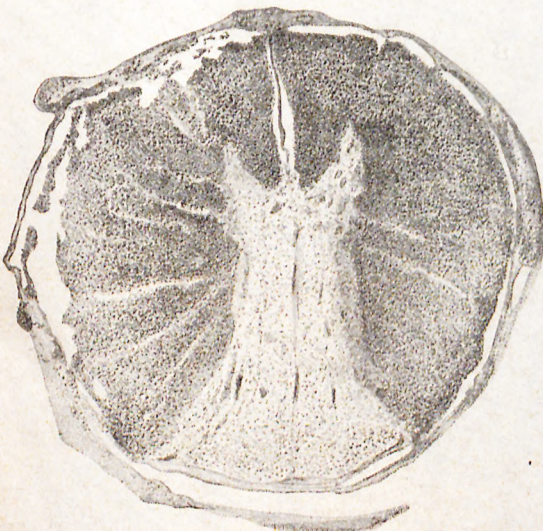


Fig. V.

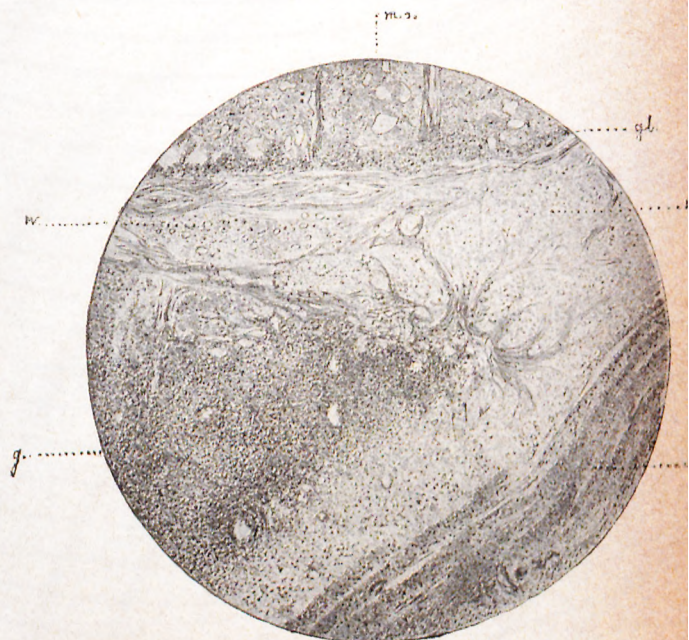


Fig. VI.

O b j a ś n i e n i a :

Wysokość 5-go odcinka grzbietowego. Rdzeń zmian nie przedstawia, z wyjątkiem wspomnianego wyżej zwyrodnienia w słupach tylnych, przy czem widać, jak rozrost neuroglii i tkanki łącznej idzie głównie od przegród łącznotkankowych, po których wchodzą naczynia do rdzenia. Korzenie tylne po obu stronach, zwłaszcza po stronie prawej, na przekrojach poprzecznych zawierają więcej smug łącznotkankowych, i smugi te są nieco grubsze. Korzenie przednie przedstawiają zmiany podobne w stopniu słabszym. Na obwodzie w okolicach, odpowiadających drogom mózdkowym i pęczkom GOWERS'a, widać zmiany, charakterystyczne dla zwyrodnień wtórnych: siatkowata budowa tkanki, brak lub zwyrodnienie cylindrów osiowych, zwiększona ilość neuroglii, napęczniałe otoczki myelinowe. W słupach przednio-bocznych liczba widocznych naczyń zwiększona.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

ZAPALENIA STAWÓW CZYLI ARTRYTYZMY

POCHODZENIA GOŚCICOWEGO, DNAWEGO i INNYCH.

w świetle nowszych pojęć lekarskich.

Skreślił

Dr. JULIAN MAJKOWSKI

starszy lekarz szpitala św. Mikołaja i zakładu zdrojowego w Busku.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 15).

Ze stanowiska anatomo-patologicznego poczytujemy za typowe te przypadki dny, w których znajdujemy na błonie maziowej i chrząstkach stawowych złogi dwumoczanu sodu i wapna, bądź w postaci masy kredowatej, papkowatej, lub jako delikatny, pyłkowaty nalot, bądź w postaci drobnych ziareczek, wdrażonych w tkankę międzykomórkową, w okostną i więzy stawowe (ROKITANSKY). Przy dłuższem trwaniu choroby powstają z tych złogów guzy: denniaki (*tophi arthritici*), które niekiedy do potwornych dochodzą rozmiarów, niekiedy pod wpływem ucisku przedziurawiają skórę i wydostają się na zewnątrz.

Obok złogów znajdujemy w stawie zmiany zapalne i ich następstwa, zgrubienia błony maziowej, zrosty (*ankylosis*) i nadwicznienia stawów. Leczniki powyższe i bez złogów powstawać mogą. Wydarza się to wtedy, gdy do zgorzeli tkanek — a zatem i do złogów (osadów) nie dochodzi, a sprawa chorobowa ogranicza się do przekrwienia, zapalenia i jego następstw, które — pomimo swego swoistego pochodzenia, cech odrębnych mogą nie posiadać, tak, że o ich pochodzeniu dnawem tylko na podstawie objawów klinicznych za życia decydować można.

W symptomatologii dny, idąc za przykładem EBSTEIN'a, rozróżniamy trzy okresy choroby:

1) Okres objawów zapowiadających, czyli zwiastunów (*prodroma*), które można uważać za objawy, zdradzające usposobienie do dny — wrodzone czyli familijne lub nabyte.

2) Ostry napad typowy dny, czyli poroksyzm.

3) Okres między napadami — czyli przestanków.

Typowy napad podagry jest to mniej lub więcej ostra sprawa zapalna — aseptyczna.

Powierzchnowy wygląd stawu, zajętego ostrą podagrą, niekiedy bardzo jest podobny do róży (*erysipelas*), a przy większym obrzmieniu tkanki łącznej podskórnej do zapalenia tejże (*phlegmone*), i nie raz zdarzyły się co do tego błędne rozpoznania. Ciepłota ciała podczas napadu podagrycznego dochodzi do 38,5° C., najwyżej do 39° C. Napad bólu zwykle przychodzi nagle — nocą; niekiedy tylko uprzedzają go bóle ciągnące w odnośnej kończynie. Uprzywilejowany jest staw śródstopo-paliczkowy (*artic. metatarso-phalang.*) wielkiego palca. Lecz żaden staw nie stanowi wyjątku, zdarza się więc: chiragra, omagra, gonagra i t. d.). Niekiedy sprawa chorobowa zajmuje kilka stawów jeden po drugim, jak w ostrym gościecu. Złogi rozwijają się zwykle podczas napadu, niekiedy poprzedzają napad.

Oprócz denniaków stawowych spostrzegano złogi: na muszli usznej, powiekach, policzkach, skrzydłach nosowych i na prąciu.

Tu należy wspomnieć o t. zw. guzach HEBERDEN'a (*noduli Heberdeni*). Są to dość płaskie, niekiedy tylko wynioślejsze górkę na końcach stawowych palców u rąk, a czasem i nóg, jak równie i na samych paliczkach (*phalanges*), powstają one najczęściej u kobiet, w późniejszym wieku, czasem niepostrzeżenie i bardzo pomalu, z niewielkim lub żadnym odczynem zapalnym. HEBERDEN, GARROT i CHARCOT przypisywali tym twórcom pochodzenie reumatyczne, zaś PFEIFFER stanowczo poczytuje je za podagryczne. Sprawa dotąd jest sporna. U nas górkę HEBERDEN'a wydzarzają się często — zwłaszcza u starszych kobiet. Według moich licznych spostrzeżeń, poprzedzają one niekiedy wybuch typowej dny. W innych razach stanowią bardzo długo jedyne objawy i zmiany chorobowe u osób, dziedzicznie dną familijną obciążonych.

Tu także należy skurczenie dłoniowe DUPUYTREN'a (*contractura palmaris s. curvatura digitorum*), które, zdaniem większości autorów, ma być pochodzenia dnawego.

Wracamy do objawów dny — zapowiadających tę chorobę, co do których należy zaznaczyć, że też same objawy bywają także spostrzegane i w okresie przestankowym. Objawy te są następujące: wrażliwość i ból okostny na ucisk — szczególnie w kościach goleniowych (*tibia*), mniej często okostny żeber i kości mostkowej (*sternum*), często ponawiający się gościec mięśni lędźwiowych (*lumbago rheumatica*) i innych mięśni. SYDENHAM, który na własnym ciele wystudował podagrę i klasycznie ją opisał, podaje, jako objawy dny, niesłuchanie bolesne, trudne do zniesienia, kurcze w mięśniach łydkowych. CONHEIM, który sam cierpiał na ciężką podagrę, doznawał bardzo przykrego osłabienia mięśni, przed i po napadzie podagrycznym, a jeszcze inny lekarz doznawał dotkliwych bólów w mięśniach oka, szczególnie przy każdym poruszeniu gałki ocznej.

Objawy ze strony żołądka i kiszek, tak często w dnie spotykane, że stanowią niejako jej charakterystykę, mogą wynikać z przypadkowej niestrawności lub innych doraźnych przyczyn, lub też mogą być wyrazem skazy moczanowej i t. zw. dny wewnętrznej.

Toż samo tyczy się objawów ze strony innych narządów — i tu wkraczamy w obszerny zakres t. zw. dny wewnętrznej czyli trzewiowej, która właściwie wykracza już z granic naszego zadania. Ograniczę się więc do wzmianki, że stary aforyzm „*totum corpus est podagra*“ najczęściej bywa stwierdzony umiejscowieniem dny: w nerkach jako *Nephritis interstitialis chron.* i *Lithiasis*, w sercu — jako *Stenocardia* i *Vitium organic.*, w tętnicach — jako *arteriosclerosis*, a w nerwach obwodowych — jako neuralgia, (najczęściej *ischias*) i t. d.

Pamiętać także należy, że otyłość, cukrzyca i dna — te trzy przedstawicielki zwichniętej przemiany materii — wikłają się z sobą i nieraz jedna ustępuje miejsce drugiej u jednego i tegoż samego osobnika, co przy leczeniu powinno być uwzględnione. Pokrewieństwo tej „trójcy“ pomiędzy sobą starano się w ostatnich czasach objaśnić wspólnością ostatecznej przyczyny ich powstawania, którą ma być wadliwość zarodki (protoplazma) komórek i ich jąder.

(D. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 18 marca r. b.

TREŚĆ: 1) J. BRUDZIŃSKI — przedstawienie chłopca z przemieszczeniem serca naprawo (dextrocardia). 2) A. KOZERSKI — a) przedstawienie chorej z nietypowym owrzodzeniem syfilitycznym w nosie i na górnej wardze; b) przedstawienie chorej z t. zw. „*dermatite polymorphe douloureuse*“. 3) R. Skowroński — przedstawienie chorego z przykurzeniami Dupuytren'a. 4) Stan. KOPCZYŃSKI — przedstawienie chorej z powikłaną afazją zmysłową. 5) S. BRONOWSKI — „Przypadek pierwotnego mięsaka osierdzia“ (z demonstracją preparatu). 6) Jan PILTZ — „O paradoksalnem oddziaływaniu żrenie na światło“ (z demonstracją chorego).

1) Kol. J. BRUDZIŃSKI przedstawił chłopca 8-letniego, u którego klinicznie stwierdził destrokardję: stłumienie serca po prawej stronie mostka. Uderzenie koniuszczkowe serca wyczuwa się nieco nazewnątrz od *linea mamillaris dextra*. Tony serca po stronie lewej słychać głucho, po stronie prawej bardzo wyraźnie. Roentgenografia wykazała brak cienia serca po lewej stronie. Dla braku danych B. przypuszcza nie przemieszczenie serca, lecz destrukardję właściwą, pomimo iż wątroba i śledziona znajdują się na właściwym miejscu.

2) Kol. A. KOZERSKI przedstawił a) chorą kobietę z nietypowym owrzodzeniem syfilitycznym w nosie i na górnej wardze. Chora ma lat 36, w wywiadach podejrzenie przymiotu. W grudniu r. z. utworzyło się owrzodzenie na górnej wardze ust, następnie wypadła kostka z nosa. W marcu r. b. K. stwierdził: brak całej przegrody nosowej chrząstkowej i dużej części przegrody kostnej, w środkowej części górnej wargi widać owalne owrzodzenie, mające wygląd płaskowzgorza, równo brzytwą ściętego. Dno owrzodzenia tłusto obłożone, miękkie. Gruczołów podszczękowych wyczuć nie można. Po wyłączeniu wrzodu twardego pierwotnego, wilka, nabłoniaka, twardej nosa (*rhinoscleroma*), K. rozpoznaje w danym przypadku nietypowe owrzodzenie syfilityczne. Za tem przemawia również poprawa po leczeniu swoistem.

b) Kol. K. przedstawił fotografię chorej, znajdującej się w jego oddziale, u której rozpoznał „*Dermatite polymorphe douloureuse*“. Cierpienie to DUERING wydzielił z grupy „*Pemphigus*“. Cechują je: zaburzenia czucia, wielopostaciowość wysypki, napadowy rozwój choroby, dobry stan ogólny. U chorej kol. K. wysypkę poprzedzają miejscowe swędzenia, pieczenia, a nawet bóle. Wysypka ukazuje się jako rumień wielopostaciowy z wieńcami pęcherzy lub pęcherzyków, ustawionych w grupach lub w spóśrodkowych kołach. Pęcherze i pęcherzyki

powstają przeważnie na czerwonym pasie wykwitów. Wysypki nadchodzą napadami. K. przedstawił schematyczne rysunki wykwitów.

3) Kol. Roman SKOWROŃSKI przedstawił chorego z t. zw. skurczem DUPUYTREN'a. Chory ma lat 40, murarz. Od lat 8 zauważył kurczenia się ostatnich dwóch palców obu rąk. Stwierdzono skurcz DUPUYTREN'a, spowodowany skurczeniem się rozścięгна dłoniowego (*aponeurosis palmaris*). S. podnosi rzadkość tego cierpienia, opisuje stopniowy jego rozwój i zaznacza, że w początkowych okresach tego cierpienia masaż i stałe wyprostowywanie palców za pomocą odpowiednich szyn i przyrządów daje dobre wyniki, w przypadkach zastarzałych jedynie wycięcie całego rozścięгна prowadzi do celu.

4) Kol. Stanisław KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek afazyi zmysłowej, powikłanej afazyą amnestyczną, parafazyą, aleksyą i hemianopsyą: Chora lat 58, nauczycielka prywatna. W listopadzie r. z. atak apoplektyczny z utratą przytomności. Kiedy chora przyszła do siebie, otoczenie zauważyło, że chora przekręca wyrazy i że nie rozumie tego, co się do niej mówi. 4 marca chora przybyła do szpitala św. Ducha do oddziału d-ra PAWIŃSKIEGO. Badanie przedmiotowe stwierdziło wzmożone napięcie naczyń, białko w moczu, brak zaburzeń w sferze ruchowej, czuciowej i odruchowej, obok umiarkowanej myopii ($\frac{1}{5}$) *chorioido-retinitis* (kol. CETNAROWICZ) i *hemianopsiam homonymam bilateralem dextram*, wyraźne osłabienie słuchu po stronie prawej pochodzenia centralnego (kol. SINOŁĘCKI) i wybitne zaburzenia mowy o charakterze następującym: dowolnie chora mówi krótkie zdania dowolne, o ile nie używa w nich rzeczowników. Dyzartryi żadnej zauważyć nie można. Przy dłuższej rozmowie widać, że chora nie może wcale przypomnieć sobie imion własnych, nazw przedmiotów lub nazwy te zupełnie przeinacza. Powtarza nawet wyrazy złożone bez błędu. Gdy słyszy rozkaz, zwłaszcza złożony, sprawia wrażenie, że nie rozumie zupełnie, o co chodzi. Wskazanych przedmiotów chora zupełnie nazwać nie umie, nawet pomagając sobie innymi myślami (dotykaniem, smakowaniem i t. p.). Pisze chora dowolnie i za dyktandem zupełnie poprawnie, kopiuje gorzej. Wyrazy napisane czyta, ale nie rozumie ich treści. Te wszystkie zaburzenia mowy występują również przy próbach w języku francuskim i niemieckim. K. stwierdza u swej chorej przedewszystkiem afazyę zmysłową (*sensorielle Aphasie, Worttaubheit, la Sourdité verbale*), a jako powikłania — afazyę amnestyczną, parafazyę, aleksyę, afazyę optyczną i hemianopsyę prawostronną. K. rozpatrzył szczegółowiej dane zaburzenia mowy na zmodyfikowanym nieco schemacie LICHTHEIM'a-WERNICKE'go, jako podkład anatomiczny w danym przypadku, K. przyjmuje ognisko rozmiękczenia w górnym t. j. w pierwszym lewym zawoju skroniowym (*gyrus temporalis I*) w następstwie sprawy naczyniowej w tylnej odnodze trzeciej gałązki *art. fossae Sylvii sinistrae*. *Hemianopsia* zależy od przerwy w lewym szlaku wzrokowym, a dodatkowe zaburzenia mowy zależą od przerwy w drogach asocjacyjnych, biegnących od *gyrus angularis* i *lobus occipitalis* do *lobus temporalis*.

5) Kol. SZCZĘSNY-BRONOWSKI wygłosił rzecz p. t. „Przypadek pierwotnego mięsaka osierdzia — *sarcoma epicardii* (z demonstracją preparatu).

Mówca przedstawił preparat serca M. Ł., zmarłej w jego oddziale na Pradze. Cały narząd przedstawia się co najmniej 4 razy większy. *Epicardium* w okolicy prawego uszka dość szeroko ku dołowi pokryte guzem, niby z wielu polipowatych narośli złożonym. Cała pozostała powierzchnia epikardii pokryta również mnóstwem guzów rozmaitej wielkości polipowatych, wiszących przeważnie na nóżce, konsystencji tłuszczowej. Mięsień serca o połowę ścieńczały. Jamy obu komór i prawego przedsionka o połowę zmniejszone. Zastawki sercowe bez

zmian. Godnem jest uwagi, że po otwarciu klatki piersiowej całe prawie śródpiersie przednie wypełnione było chełboczącym guzem, wielkości co najmniej głowy 10-letniego dziecka. Guz ten zawierał około $1\frac{1}{2}$ litra krwawego płynu. Nowotwór ten podług badań kol. MARKOWSKIEGO okazał się limfosarkomatem. Następnie mówca zaznacza, że trzy objawy mogły nasunąć na myśl właściwe rozpoznanie: 1) stała duszność, 2) bezskuteczność środków sercowych, 3) obecność krwawego płynu w jamie osierdzia przy braku objawów jego zapalenia.

W dyskusyi J. PAWIŃSKI podnosi rzadkość przypadku, jego trudności rozpoznawcze, które w podobnych razach powodują często rozpoznanie wady zastawkowej serca lub prostej niedomogi serca. P. podnosi znaczenie spotykane go w tych razach objawu duszności i rozpatruje częstość i jakość nowotworów, spotykanych w sercu i w osierdziu.

Kol. SZTEYNER wspomina, że nie uwzględniono roentgenografii.

Kol. BRONOWSKI w odpowiedzi podnosi utrudnione warunki badania chorej wobec ciężkiego jej stanu.

6) Kol. J. PILTZ wygłosił rzecz p. t. „O paradoksalnem oddziaływaniu źrenic na światło“ (z demonstracją chorego). Po szczegółowem rozpatrzeniu wszystkich przypadków paradoksalnego oddziaływania źrenic, znanych w literaturze, P. przedstawił chorego, dotkniętego zanikiem nerwów wzrokowych pochodzenia syfilitycznego; u którego ten objaw występował w następujących warunkach: jeżeli przy sztucznem oświetleniu zasłonić choremu jedno oko, wtedy obie źrenice wyraźnie się zwężają. Chory ma lat 39. Przymiot przeszedł w 18 roku życia. Od $2\frac{1}{2}$ lat zaniewidział. Obecnie ze strony oczu stwierdzić można następujące zmiany; ambliopia w znacznym stopniu, słaby *exophthalmus*, słaby stopień *strabismus divergens* i niedostateczność mięśni wewnętrznych. Rozszerzenie obu źrenic. Oddziaływanie źrenic na przystosowanie prawie O. Zbliżanie do oka lub usuwanie żegadła PAQUELIN'a nie wywołuje żadnych zmian w źrenicach. Przy mocnem zamykaniu oczu źrenice wyraźnie się zwężają (odruch orbikularny). Oddziaływanie na światło bezpośrednio z lewej strony O, z prawej bardzo nieznaczne, współczulne z lewej O, z prawej słabe. Przy raptownem zasłonięciu prawego oka występuje zwężenie bardzo wyraźne i raptowne zwężenie obu źrenic, zwłaszcza prawej, a przy raptownem zasłonięciu lewego oka, spostrzegamy za każdym razem nieznaczne i prędko przemijające zwężenie lewej źrenicy i bardzo wyraźne prawej. Silny bodziec świetlny wywołuje więc w danym przypadku ledwie widoczny skurcz źrenic, a zmniejszenie lub usunięcie silnego bodźca świetlnego pociąga za sobą znaczne i bardzo wyraźne zwężenie źrenic. Chory ten, będąc prawie ślepy, lepiej widzi przy pochmurnem niebie lub przy księżycu, aniżeli przy oświetleniu słonecznem. Każdorazowe zasłonięcie oka powoduje jakiś blask. Mówca znalazł w literaturze zaledwie 5 niewątpliwych przypadków paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło.

W dyskusyi kol. Z. KRAMSZTYK podnosi rzadkość i wyrazistość objawu u demonstrowanego chorego i zaznacza trudności objaśniania podobnych objawów. Prawdopodobnie chodzi tu o zmiany w ilościowej czynności danego nerwu. Zapewne górna granica oddziaływania nerwu wzrokowego na bodźce o pewnem natężeniu obniżyła się i włókna źreniczne na silne bodźce, na mocne światło nie oddziałują wcale, na słabe zaś oddziałują nieźle. Oczywiście jest to tylko hipoteza, i o ścisłem objaśnieniu tego zjawiska nie możemy dziś mówić.

St. Koczyński.

ODCINEK.

ZDROJOWISKA i MIEJSCOWOŚCI LECZNICZE w NIEMCZECH

oraz

nasze względem nich stanowisko.

Podał

H. DOBRZYCKI.

Kto po za swymi fachowymi obowiązkami poczuwa się jeszcze do obowiązków względem społeczeństwa, którego żywą częścią stanowi, ten uzna nie tylko za pożyteczne, lecz nawet za konieczne rozpatrzenie stosunku, jaki się ostatnimi czasy wytworzył pomiędzy naszym społeczeństwem a potężnym Państwem Niemieckim.

Naturalnie, że my lekarze, zwłaszcza w piśmie lekarskiem, możemy stosunek ten rozpatrywać li tylko ze stanowiska lekarskiego, mając przedewszystkiem na uwadze interes zdrowia lub bezpieczeństwo osobiste naszych pacjentów.

Że poświęcenie temu przedmiotowi nieco uwagi ma wszelką rację bytu, będziemy się starali uzasadnić w rozwinięciu obecnego artykułu. Na wstępie zaznaczyć uważamy za właściwe, że niezależnie od sformułowanego w nagłówku tematu, zamiarem naszym jest poruszyć i inne sprawy z zakresu zdrojownictwa, mając głównie na uwadze sprawy własne, które nas przedewszystkiem winny obchodzić.

Stosunki nasze lekarskie z Niemcami, jak dotąd, polegały na wysyłaniu naszych pacjentów do ich wód leczniczych oraz do różnych miejsc kąpielowych i klimatycznych, do kąpeli morskich, wreszcie do różnych zakładów specjalnych, nakoniec tyczyły się sprowadzania wód mineralnych niemieckich. Wprawdzie posyłamy także naszych pacjentów, chcących się udać na kurację zagranicę, do różnych krajów koronnych Austrii, do Szwajcaryi, Francji lub Włoch i sprowadzamy również ztamtąd wody; ale jeśli cyfrowo stosunki te rozpatrzmy, to się okaże, iż Niemcy w tym względzie mają znaczną przewagę, nawet co do sprowadzania od nich wód mineralnych, tak, iż jako pewnik przyjąć można, że suma wszystkich osób, wyjeżdżających z kraju do miejscowości niemieckich, nie wyrówna tej, jaka się do Niemiec udaje. Inną grupę osób, które mają z Niemcami stosunek pośredni, stanowią ci, którzy, lubo nie wyjeżdżają z kraju, prowadzą jednak kurację wodami mineralnymi niemieckimi. Ze względów praktycznych dogodniej będzie, jeśli o tych ostatnich, to jest o wodach, do nas sprowadzanych najpierw mówić będziemy, gdyż te torują poniekąd drogę do miejscowości niemieckich; bowiem już sam fakt sprowadzania tej lub owej wody niemieckiej w znaczniejszej ilości utrwała wśród ogółu to przekonanie, że, jeżeli taka np. woda Emska, Kissingen, lub Obersalzbrunn dziesiątkami tysięcy butelek się do nas sprowadza, to cóż to za cudowne skutki być muszą, gdy się wody te pije na miejscu? Krok dalej, a myśl, iż ponad te wody nie masz już nic lepszego, staje się wśród ogółu faktem. Przyznać należy, iż nawet pewna część lekarzy dzieli do pewnego stopnia podobne poglądy, gdyż są one dość wygodne,

i nie zadaje sobie trudu z przepisywaniem innych wód, uważając za rzecz pewniejszą kroczyć już utartą drogą. Ponieważ zapotrzebowanie wód tak pod względem ich jakości, jako i ilości zależne jest przeważnie, jeśli nie wyłącznie, od lekarzy, przeto cenniki, jakie rok rocznie są wydawane, i jakie każdy z nas ma w swoim ręku, mogą być uważane za wyraz potrzeb lekarskich w danym zakresie. Wprawdzie cenniki te pod względem rodzaju sprowadzanych wód małym ulegają zmianom, lecz i to nie jest bez znaczenia, dowodzi bowiem, że albo zakres potrzeb balneoterapeutycznych stoi w mierze, albo też, że zdrojownictwo nie wiele nowych ma do dostarczenia środków.

Wobec przewidywania, iż dość ryzykowne będzie dla każdego polaka udanie się na kurację do Niemiec, nasuwa się siłą samej konieczności pytanie, czy zdrojowiska i zakłady lecznicze niemieckie, do których ludzie takimi masami od nas wyjeżdżają, dadzą się zastąpić zdrojowiskami i zakładami leczniczymi innych krajów? oraz czy wody i przetwory balneoterapeutyczne niemieckie, jakie dziś sprowadzamy, nie dałyby się zastąpić bez szkody dla naszych chorych takimiż przetworami innych krajów?

Zabierając się do rozstrzygnięcia tych pytań, mających doniosłe znaczenie nie tylko pod względem lekarskim, lecz i ekonomicznym, a następnie pragnąc wywołać dyskusję w tym przedmiocie wśród lekarzy, musimy na wstępie jako rzecz zasadniczą wypowiedzieć, że stanowisko, jakie w rozbiórce tej ważnej sprawy zajmiemy, będzie ściśle obiektywne, wolne od wszelkich ubocznych wpływów. Nie stałby na wysokości swego zadania lekarz, który, będąc przeświadczony o tem, że ten lub ów niemiecki zakład leczniczy lub zdroj może jedynie jego pacjentowi pomódz, skierowałby go gdzieindziej, powodując się politycznymi względami, lub też rasowymi nienawiściami. Dla nas ostatnią i najwyższą instancją jest i być powinna zasada: *Salus aegroti suprema lex.*

Zacniemy tedy od przeglądu wód mineralnych niemieckich, do nas sprowadzanych, pomijając inne przetwory balneoterapeutyczne, jak ług, muł, szlam, borowinę i t. d., gdyż co się odnosi do wód mineralnych, o których mowa, odnosić się też będzie i do wspomnianych przetworów.

Przy rozbiórce powyższego pytania, przedewszystkiem nasuwa się tu konieczność określenia stosunku, zachodzącego pomiędzy wodami naturalnymi a wodami sztucznymi, czyli oznaczenia roli, jaką jedne i drugie pod względem skutków leczniczych odgrywają, albo innemi słowy, czem one w istocie różnią się od siebie? Gdyby bowiem identyczność obu rodzajów wód była powszechnie uznana, zastąpilibyśmy wszelkie wody naturalne sztucznymi, a tym sposobem kwestya sprowadzania wód naturalnych upadłaby sama przez się. Dziś jednakże poglądy nie są jeszcze w tym względzie ustalone. Nie wchodząc w szczegółowy rozbiór tego pytania, gdyżby nas to od głównego przedmiotu za bardzo oddaliło, zaznaczymy tylko, iż obecnie panują poglądy, przemawiające za identycznością obu rodzajów wód, mianowicie wobec tego faktu, iż chemia współczesna doszła do takiej ściśłości w naśladowaniu wód naturalnych, iż najbieglejszy chemik jednych od drugich wyróżnić nie może; a jeżeli technika w ich przygotowywaniu przed laty mogła budzić pewne wątpliwości, to dziś nie ma ku temu najmniejszej podstawy. Upadek teleologizmu w medycynie podkopał już oddawna powagę źródeł naturalnych, a wynalezienie kwasu węglanego płynnego może najwięcej ich specyficzność zakwestyonowało. Wytwór ten nowoczesnych poszukiwań odegrał poniekąd rolę pośrednika pomiędzy wodami naturalnymi a sztucznymi, gdyż użyty został do poprawienia wód naturalnych; bowiem bardzo wiele wód naturalnych, nawet tych, które same przez się spory zapas go posiadają,

są nim sztucznie nasycane. Wiele wód alkalicznych bardzo podrzędnego znaczenia po nasyceniu nim zyskały na wartości; solanki proste za jego sprawą zamienione zostały na wyborne szczawy solankowe; wody żelaziste z obfitym osadem węglanu żelaza, nie mające prawie żadnego znaczenia, nasycone nim, dają się doskonale w celach leczniczych spożytkować; wreszcie możliwość urządzenia wszędzie, gdzie zechcemy, kąpeli kwaso węglanych lepszych, niż w naturze, gdyż w nich czynnik główny, t. j. kwas węglany, daje się ściśle dozować, odjęty niemało powagi i uroku takim Kissingenom, Wisbadenom i Nauhaimom i znakomicie uniezależniły zalecenia lekarskie. Wreszcie wkrótce po wprowadzeniu kwasu węglanego płynnego do fabrykacyi wód powstało mnóstwo wód stołowych, z wody źródlanej wyrabianych, które stanęły do konkurencyi z wodami stołowemi naturalnemi. Okoliczność pod względem ekonomicznym bardzo ważna.

Tą drogą różnice pomiędzy wodami naturalnemi a sztucznymi zaczęły się stopniowo zacierać, i zaufanie ogółu do wód sztucznych obudzać. Jako jeden z dowodów, że znaczenie wód mineralnych naturalnych straciło na swej sile, może posłużyć ten fakt, iż w Niemczech, pomimo tego, że wody mineralne naturalne są tam bardzo tanie, w każdym nawet mniej ludnem mieście istnieje po kilka fabryk wód mineralnych sztucznych. Aby się przekonać, jak ta sprawa stoi, udaliśmy się piśmiennie do firmy J. F. Heyl et C. w Berlinie, utrzymującej największy skład wód mineralnych naturalnych niemieckich, prosząc o nadesłanie nam cen *loco* Berlin najwięcej używanych wód naturalnych, i wybraliśmy te wody, które się przeważnie do nas sprowadza, aby się zarazem o różnicy pomiędzy cenami berlińskimi i warszawskimi przekonać.

NAZWA ZDROJU	Kosztuje w Berlinie duża butelka.		Kosztuje w Warsza- wie taż butelka ko- piejek
	fenigów	kopiejek	
1. Adelheidsquelle	63	29,6	80
2. Kreuznach Elisabethbr.	60	28,2	80
3. Homburg Elisabethbr.	59	27,7	75
4. Soden.	55	25,8	80
5. Schwalbach Stahlbrun.	51	24,0	70
6. Pyrmont Stahlbrun	49	23,0	85
7. Weilbach Schwefelq.	49	23,0	70
8. Kissingen Rakoczy	48	22,5	70
9. Obersalzbrunn.	46,5	21,9	60
10. Wiesbaden Kochbr.	45	21,1	75
11. Wildugen	43	20,2	70
12. Friedrichshaller Btw.	43	20,2	65
13. Hallerjodquelle	41	19,3	55
14. Ems Kraenchen	40	18,8	65
15. Fachingen	35	14,3	60
16. Apolinaris	43	20,2	70
17. Oberselters.	35	14,3	60
18. Niederselters	26,3	10,7	45

Należy zwrócić uwagę, że obliczenia powyższe są podług naszego niskiego kursu. Gdyby kurs nasz stał *al pari*, to w Berlinie możnaby mieć najdroższą wodę mineralną ze sprowadzeniem z miejsca za 19 kopiejek, a najtańszą za 8 kopiejek. Jeżeli zatem w Niemczech wody mineralne naturalne są takie tanie, a pomimo tego wyrób wód mineralnych sztucznych idzie na wielką skalę, to nie będzie chyba naciąganem twierdzenie, iż wiara w większą skuteczność wód naturalnych, niż sztucznych, przynajmniej w Niemczech, nie jest tak powszechna.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LEYDEN wypróbował w 14 przypadkach szkarlatyny działanie „surowicy rekonwalescentów“, to jest surowicy, pochodzącej od osobników, które niedawno przechodziły szkarlatynę. W 5 przypadkach autor widział znakomite polepszenie, w 9 innych działanie surowicy było mniej wybitne. Powikłań ze strony nerek nie zauważono ani razu; wobec tego autor w przyszłości myśli powiększyć dawkę surowicy i zamiast, jak dotychczas, 10 — 20 ctm. sz. dawać po 40 ctm. sz. surowicy jednorazowo. (Münch. med. Woch. 28. L. 1902).

= DUER bardzo rzadko spotykał przypadki podagry i ostrego gościca w Indyach. U tubylców autor prawie nigdy nie widywał ciężkich postaci gościca z wysoką gorączką i powikłaniami ze strony serca. Co ciekawsze jednak — i europejczycy rzadziej zapadają tutaj na tę chorobę. Obserwacje autora możnaby spożytkować w celach leczniczych. (Brit. med. Journ. 28. XII. 1901).

= ERNEST UNGER (w klinice KARWASKIEGO) znalazł gonokoki we krwi 18-letniego chłopca, cierpiącego na reumatyzm rzeżączkowy. Badanie prowadził autor w sposób następujący: podczas nasilenia gorączkowego wzięto z żyły pośrodkowej ramienia 10 ctm. sz. krwi, którą następnie przeniesiono do

próbówek, zawierających po 20 ctm. sz. bulionu wodnego. W próbówce, do której dodano 5 ctm. sz. krwi, po 2-ach dniach wyrosła biało-niebieskawa błonka, składająca się ze zbitej masy dwoinek, które odbarwiały się metodą GRAAM'a. Po przeszczepieniu na agar glicerynowy autor otrzymał typowe drobne kolonie gonokoków. (Deutsch. med. Woch. 19. XII. 1901).

= NATHAN RAW opisuje 7 przypadków zapalenia płuc, powikłanego zapaleniem stawów: w wysięku stawowym autor znajdował czystą hodowlę dwoinek FRAENKEL'a. Trzy przypadki zakończyły się śmiercią. Wysięk był w 2 przypadkach surowiczny, w 5 pozostałych ropny. (The Brit. med. Journ. 21. XII. 1901).

= O. LUBARSCH zwraca uwagę na istnienie pewnych odmian drobnoustrojów, z wyglądu podobnych do lasecznika KOCH'a i podobnie, jak ten ostatni, nie odbarwiających się w kwasach. Autor znalazł taki *bacillus acidophilus* 6 razy w różnych sprawach, które z pewnością nie były pochodzenia gruźliczego, jak tego dowiodły próby na świnkach morskich. A mianowicie: w jamie płucnej, w ropie stawowej, w ropniu i 3 razy w płwocinie. (Deutsch. Aerzte Z. Nr. 20 r. 1901).

Ż

SPROSTOWANIE. Na str. 328 w wierszu 20 od góry zamiast „nadmrożenie“ powinno być „nadmrożenie“. Na tejże stronie 328 w wierszu 4 od dołu po wyrazach „następująca teoryę“ powinno być: zamiast.

Do dzisiejszego numeru dołącza się tablica do pracy D-ra St. Kopezyńskiego.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава 4 Апрель 1902 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

sterylizowanych z przyrządem

KONTROLUJĄCYM

Z PRACOWNI STERYLIZACYJNEJ

D-ra Borzymowskiego

Żądać w każdej aptece.

Skład główny:

Warszawa, Solna 17

Pracownia Sterylizacyjna.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryticznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Fizykalno-Dyetetyczna

Lecznica

D-ra A. Tarnawskiego

w Kosowie w Galicyi

w południowo-wschodnich Karpatach otwarta od 1-go maja do końca października.

Stacya kol. Zabłotów.

MATKA i DZIECKO

WYCHOWANIE FIZYCZNE i MORALNE DZIECI DO LAT 7-miu w okresie przedszkolnym). Z. J. v. Wedell'a, przełożyła St. Sempołowska Cena rub. 1.

ZASADY HYGIENY

Wskazówki popularne pielęgnowania zdrowia

Z oryginału wydanego przez Berliński Urząd Zdrowia, wolny przekład D-ra J. Świętochowskiego. Z rysunkami w tekście i dwiema tablicami litograficznymi. Cena kop. 70, w kartonie kop. 80.

Wydawnictwa Gebethnera i Wolffa.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzymanie, leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp.
Chorych na uszy od 12—2 pp.

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Największy skład naczyń

APTECZNYCH CHEMICZNYCH I DOKTORSKICH

oraz

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

E. CH. SZEDROWICZA

Warszawa, ulica Zimna Nr. 6.

Towar wyborowy.

CENY UMIARKOWANE.

Mydła przetłuszczone

hygieniczne oraz lecznicze

stosownie do wymagań nowoczesnej dermatologii wyrabia

Apteka

M. Malinowskiego

Nowy Świat Nr. 35.