

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 17.

Warszawa d. 29 (16) Kwietnia 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nowotworach rdzenia. Podali E. Flatau i Wł. Sterling. (Ciąg dalszy). — Stan obecny nauki o nagminnym zapaleniu opon mózgodrdzeniowych (dętwicy karku) oraz wyniki badania krwi odnośnych przypadków dokonanego przez autora. Podał d-r St. Klein. — Streszczenia i wyciągi. 31. Przyczynki do wewnętrznego leczenia nieżyty pęcherza, urotropina i leki ją kojące. 32. Cukromoczowa dwójka. 33. Ciężar właściwy ustroju jego zmiany i znaczenie. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 7 lutego 1905 r. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Wydział higieny ludowej. — Odcinek. O urządzaniu oddziału wodoleczniczego (hidroterapeutycznego) przy zakładzie kąpielowym w Ciechocinku. Przez d-ra F. Arnsteina. — Rucho chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 marca do 14 kwietnia r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) E. FLATAU i Wł. STERLING — Sur les néoplasmes de la moelle. 2) D-r St. KLEIN — La méningite cérébro-spinale épidémique et les résultats des recherches hématologiques de l'auteur.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) E. FLATAU und Wł. STERLING — Ueber die Neubildungen des Rückenmarks. 2) D-r St. KLEIN — Der gegenwärtige Stand der Lehre von der epidemischen Genikstarre und die Ergebnisse der vom Verfasser ausgeführten Blutuntersuchung betreffender Fälle.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

O NOWOTWORACH RDZENIA.

(Przypadek operowanego nowotworu rdzenia zewnątrzrdzeniowego, przebiegającego bez bólów dotkliwych).

Podali

E. FLATAU i Wł. STERLING.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 16).

U osobnika, znajdującego się w pełni zdrowia, zaczyna się cierpienie od bólu wzdłuż przodu podżebrza, który najsilniejszy bywał nocą

i nie ulegał natężeniu ani podczas ruchów dowolnych, ani podczas kaszlu lub oddechu. Ból ten bynajmniej nie odznaczał się silnym natężeniem, chory wypełniał przez dłuższy czas swoje zajęcia i chodził bez trudności. Zaznaczymy tutaj, że i bóle, które mieliśmy obserwować i później podczas pobytu chorego w szpitalu, także nie odznaczały się silnym natężeniem; usuwały się więc one w obrazie chorobowym zupełnie na plan drugi.

Dopiero po trzytygodniowym mniej więcej okresie bólów dołączyło się osłabienie koń-

czyn dolnych, przyczem znacznie wcześniej słabnąć zaczęła prawa noga. Od samego zaś początku choroby istniało zatrzymanie moczu. Zaznaczymy tutaj, że ani w przeszłości chorego, ani jego rodziny nie znajdujemy żadnych stygmatów przymiotu albo gruźlicy. Charakter porażenia kończyn dolnych był stale postępujący, przyczem już w pierwszym okresie choroby, kiedy objawy ze strony uczucia były zaledwie zaznaczone, mieliśmy już dokładnie wyrażony charakter spastyczny porażenia. Wtedy także stwierdzić można było przewagę objawów porażeniowych po prawej, zaburzeń zaś czuciowych po lewej stronie, a więc zlekka zaznaczony typ BROWN-SÉQUARD'a, który zatarł się później przy dalszym rozwoju objawów czuciowych i ruchowych. Już wtedy pomimo bardzo słabo wyrażonych objawów ze strony korzeni, powzięliśmy podejrzenie, że mamy tutaj do czynienia z uciskiem rdzenia; choremu zalecono jednak kurację rtęciową, która nie tylko nie przyniosła polepszenia, lecz przeciwnie — sprawa posuwała się ciągle naprzód. Przypuszczenie ucisku na rdzeń zzewnątrz zyskało jeszcze więcej na prawdopodobieństwie z chwilą, kiedy udało się wykryć ograniczoną bolesność IV kręgu grzbietowego przy wyczuwaniu, opukiwaniu i prądzie galwanicznym. Wtedy już sprawa była tak zaawansowana, że chory z trudnością mógł chodzić, podpierając się na kiju. Już wtedy zaproponowaliśmy choremu zabieg operacyjny, lecz chory nie chciał się zgodzić i wypisał się ze szpitala.

Gdy po dwu miesiącach powrócił do naszego oddziału, chodzić już zupełnie nie mógł, a górna granica zaburzeń czuciowych dochodziła z przodu do VIII żebra (*epigastrium*), z tyłu zaś prawie do dolnego brzegu łopatek — bez hiperestezji z góry. Bóle istniały i wtedy, lecz nieznaczne, jak dawniej umiejscowione głównie w *hypochondrium dextrum*.

Zaznaczamy odrazu, że nawet w okresie zadecydowanej operacji rozpoznanie nasze nie było absolutnie pewne. Już samo rozstrzygnię-

cie pytania, czy mamy tutaj do czynienia ze sprawą wewnątrz- czy zewnątrz rdzeniową, napotykało na poważne trudności. Przeciwno przewlekłemu zapaleniu rdzenia przemawiał sam przebieg cierpienia, początek choroby od bólów wprawdzie mało charakterystycznych, lecz niewątpliwych, wystąpienie wybitnych objawów czuciowych dopiero w późniejszym okresie choroby, ograniczona bolesność kręgosłupa, silne kurczowe ściągania kończyn dolnych (jakkolwiek objawowi temu od czasu, gdy JOLLY opisał ściągania takie w przypadku czystego zapalenia rdzenia bez zajęcia opon, niepodobna przypisywać znaczenia rozstrzygającego). Przeciwno zaś tej postaci stwardnienia wieloogniskowego, która przebiega pod postacią zapalenia rdzenia, i którą niedawno opisali FLATAU i KOELICHEN, przemawiały bóle w pierwszym okresie choroby oraz wybitne zaburzenia czuciowe w późniejszym okresie.

Blizszem już prawdy wydawało się przypuszczenie *meningomyelitidis dorsalis lueticae*, lecz ani w badaniu najdokładniejszym chorego, ani w wywiadach, dotyczących chorego i jego rodziny, nie znaleźliśmy żadnego punktu oparcia dla rozpoznania przymiotu, pomijając już zupełną bezsilność zastosowanej przez nas kuracji specyficznej. A zresztą *meningomyelitis syphilitica* nie rozwija się w sposób tak postępujący i równomierny i rzadko ogranicza się do raz zajętego terytorium. Istnieje wprawdzie jeszcze jedno cierpienie opon, wywierające ucisk na rdzeń, a mianowicie opisane przez CHARCOT'a *pachymeningitis hypertrophica*, lecz dotychczas było ono spostrzegane wyłącznie w części szyjowej rdzenia, pozatem nie dałoby się ono pogodzić z zaznaczonym w pierwszym okresie choroby typem BROWN-SÉQUARD'a.

Wreszcie przeciwko przypuszczeniu nowotworu wewnątrzrdzeniowego przemawiał początkowy okres bólowy i ograniczona bolesność kręgosłupa.

Dyssocyacja czuciowa, cytowana przez niektórych autorów (SCHULTZE, STARR), nie może być objawem rozstrzygającym (sami spostrzegaliśmy ją wyrażoną w sposób niezwykle wybitny w stwierdzonym sekejnie przypadku *spondylitis tuberculosa*).

Tak więc drogą wyłączenia dochodzimy do przekonania, że mamy tutaj do czynienia ze sprawą uciskową rdzenia. Za przypuszczeniem tem przemawiała jeszcze jedna okoliczność, której dotychczas nie poruszaliśmy ani w historii choroby, ani w uwagach epikrytycznych. Chodzi tu mianowicie o wyniki badania czucia wibracyjnego w naszym przypadku.

W pracy p. t. „Badanie nad czuciem wibracyjnym i jego znaczeniem klinicznym“ jeden z nas doszedł do przekonania, że w sprawach uciskowych rdzenia zaburzenia czucia wibracyjnego chronologicznie częstokroć poprzedzają zmiany innych kategorii czucia. Otóż, badając u chorego naszego czucie wibracyjne w pierwszym okresie choroby, kiedy zmiany czucia skórniego były zaledwie zaznaczone, stwierdziliśmy zupełne zniesienie czucia wibracyjnego.

Że w przypadku niniejszym nie mamy do czynienia z gruźlicą kręgow — nie wymaga to dłuższego uzasadnienia: tęga budowa chorego, brak jakiegokolwiek objawów umiejscowionej lub ogólnej gruźlicy, brak ropni opadowych, zaznaczony typ BROWN-SÉQUARD'a, a przede wszystkim brak jakiegokolwiek deformacji kręgosłupa i długotrwałe istnienie objawów korzonkowych były nam w tym kierunku najważniejszą wskazówką.

Oparłszy się wreszcie na rozpoznaniu sprawy nowotworowej, którą przyjęliśmy z wielkim prawdopodobieństwem, jakkolwiek nigdzie nie znaleźliśmy ogniska pierwotnego — musieliśmy jeszcze rozstrzygnąć pytanie, gdzie był umiejscowiony nowotwór: w kręgosłupie, w oponach (wewnątrz- lub zewnątrzoponowo) czy też w samej substancji rdzenia? Jakkolwiek rozpoznanie ta-

kie *intra vitam* nigdy nie jest absolutnie pewne, jednakże z wielkim prawdopodobieństwem mogliśmy przypuścić, że nowotwór nie wychodzi ani z substancji rdzeniowej, ani z kręgosłupa, lecz z opon. Pierwsze przypuszczenie wyłączyliśmy już w ciągu rozumowania poprzedniego. Co się tyczy sprawy w kręgosłupie — to z nowotworów spotykamy tam prawie wyłącznie raki i mięsaki (BRUNS, SCHLESINGER, GOLDSCHIEDER); pierwsze są zawsze przerzutowe, a w naszym przypadku brak było jakiegokolwiek ogniska pierwotnego; drugie zaś bardzo prędko prowadzą do deformacji kręgosłupa, czego nie było u chorego naszego. Po za tem nowotwory kręgosłupa wywołują ból przy ucisku na kręgosłup daleko gwałtowniejszy, aniżeli to miało miejsce u naszego chorego. Tak więc rozpoznanie nasze musiało zatrzymać się na nowotworze opon, uciskającym na korzenie i rdzeń.

Z chwilą, kiedy chory zakwalifikowany został do operacji, trzeba było przystąpić do bardzo ważnej części rozpoznania, a mianowicie do ścisłej segmentalnej dyagnozy przypuszczalnego nowotworu. Zazwyczaj przy określaniu poziomu, zajmowanego przez nowotwór, bywają nam pomocnicze 2 okoliczności: 1) całkowity rozwój objawów chorobowych i ich kolejne narastanie oraz 2) gotowy komplet objawów przed samą operacją. Zazwyczaj w tym pierwszym okresie najważniejszym objawem są dla nas bóle, które, o ile są stałe i charakterystyczne, dają nam bardzo cenne wskazówki co do punktu wyjścia nowotworu z danego umiejscowienia *resp.* jego korzeni. Według BRUNS'a ścisłe rozpoznanie lokalne nowotworu rdzenia może być uczynione z całą pewnością dopiero wtedy, gdy terytorium korzonkowe, wskazane przez objawy bólowe w pierwszym okresie choroby, ściśle się zgadza z terytorium rdzeniowym, zarządzającym mięśniami i czuciem skórnym, które uległy porażeniu i znieczuleniu, czyli jeżeli pierwotne objawy korzonkowe ściśle zgadzają się co do umiejscowienia z następującymi objawami

rdzeniowymi). Jak to widoczne było z przytoczonej historii choroby, pierwszy jej okres pod względem lokalno-dyagnostycznym zupełnie nie mógł być spożytkowany. Bóle nie tylko że nie były ani wybitne, ani charakterystyczne, lecz pod względem charakteru i natężenia zupełnie nie przypominały bólów, spostrzeganych zazwyczaj przy nowotworach rdzenia i jego opon. To samo da się powiedzieć o objawach porażeniowych oraz o niewyraźnie zaznaczonym typie BROWN-SÉQUARD'a w pierwszym okresie. Dopiero końcowy komplet objawów przed samą operacją z kompletną paraplegią, z zaburzeniami czuciowymi, z ostro zarysowaną granicą (bez hiperestezji w pasie powyżej leżącym), wskazujące na zupełną kompresję rdzenia, a co najważniejsza ograniczona bolesność czwartego kręgu grzbietowego przy wyczuwaniu, opukiwaniu i prądzie galwanicznym—pozwalały zorientować się co do terytorium, zajmowanego przez nowotwór.

Zaznaczmy odrazu, że całkowitego obszaru, zajmowanego przez nowotwór w części grzbietowej, nie byliśmy w stanie określić ściśle, gdyż przy nowotworach grzbietowej części rdzenia nigdy prawie nie jesteśmy w stanie oznaczyć jego dolnej granicy, albowiem część nowotworu, zajmująca okolice poniżej miejsca kompresji rdzenia wskutek przerwania komunikacji nie dodaje do istniejących objawów chorobowych żadnych nowych objawów charakterystycznych. Dlatego też t. zw. segmentalna dyagnostyka nowotworu ogranicza się zazwyczaj do określenia jego granicy górnej. Z chwilą, kiedy ucisk rdzenia na jakiegokolwiek wysokości staje się zupełny, jak to miało miejsce w naszym przypadku, objawy, określające miejsce zajęcia rdzenia, wskazują nam zarazem górną granicę nowotworu. W naszym przypadku musieliśmy kierować się specjalnie zaburzeniami czuciowymi i na jednej z licznych na zasadzie badań doświadczalnych i klinicznych zestawionych tablic należało odczytać, jakiemu korzon-

kowi terytorium to odpowiadało. Tablic istnieje kilka, że wymienimy tylko STARR'a, THORBURN'a, SHERRINGTON'a, SEIFFER'a. Obecnie posługujemy się schematem SEIFFER'a. Otóż zaburzenia czucia, sięgające w przypadku naszym z przodu do 8 żebra, wskazują nam na zajęcie VII korzonka grzbietowego.

Lecz przy lokalnej dyagnozie nowotworów rdzenia posługiwać się musimy prócz tablic schematycznych jeszcze t. zw. prawem SHERRINGTON'a. Doświadczenia autora tego na małpach wykazały z całą stanowczością, że o ostrem odgraniczeniu terytorium innerwacyjnych pojedynczych korzeni rdzeniowych tak, ażeby każdy korzeń ruchowy unerwiał zupełnie określone mięśnie, a każdy korzeń czuciowy określone okolice czuciowe bez połączenia z innymi terytoriami, nie może być nawet mowy. W każdym terytorium skórnem anastomozują w unerwianiu zakończenia ostateczne 3 korzeni rdzeniowych — jednego środkowego, który zazwyczaj podawany bywa w schematach oraz korzeni powyżej i poniżej leżący. Dopiero, kiedy trzy takie korzenie uległy zniszczeniu, występuje w odpowiednim terytorium znieczulenie. Tak samo zachowują się i korzenie przednie; każdy mięsień unerwiony jest co najmniej przez 3 korzenie i każde porażenie, a przedewszystkiem zaniki ze zmianami elektrycznymi występują dopiero wtedy, jeżeli zniszczeniu uległy wszystkie trzy w grę wchodzące korzenie — zachowanie choćby jednego z nich wystarcza, ażeby nie dopuścić do występowania powyższych objawów. BRUNS na zasadzie własnego doświadczenia sądzi nawet, że u człowieka łączenie się pojedynczych korzeni idzie jeszcze dalej, że być może w unerwianiu określonego mięśnia lub określonego terytorium skóry przyjmują udział oprócz korzenia środkowego jeszcze dwa górne i dwa dolne korzenie.

Rzecz prosta, że w naszym przypadku, w którym nowotwór w określonym terytorium doprowadził do przerwania przewodnictwa w rdze-

niu, korzenie, leżące poniżej owego korzenia środkowego, który na zasadzie wysokości zaburzeń czuciowych, określiliśmy jako VII-y grzbietowy nie mogły odgrywać roli, albowiem wobec przerwane go przewodnictwa ku ośrodkom, nie mogły one przyczyniać się do zachowania czucia w dotkniętym terytorium. Natomiast wobec tego, że zniesienie czucia do określonej przez nas granicy było kompletne — musiał więc sięgać nowotwór ku górze nie tylko do VII-go korzenia, lecz i do VI-go, a ewentualnie nawet do V-go korzenia grzbietowego, co też, jak się później okazało, rzeczywiście miało miejsce.

Nieuwzględnienie powyższego prawa SHERRINGTON'a tłumaczy fakt, że w wielu przypadkach przy operacji szukano nowotworów z byt niski, co dotyczy nawet słynnego przypadku GOWERS'a i HORSLEY'a.

(C. d. n.).

Stan obecny nauki o

Nagminnem zapaleniu opon mózgodzeniowych (drętwicy karku) oraz wyniki badania krwi odnośnych przypadków dokonanego przez autora.

Podał

D-r Stanisław Klein

Ordynator szpitala Starozakonných

Aczkolwiek zapalenie nagminne opon mózgodzeniowych występuje przeważnie w postaci epidemii, jednakże oddzielne przypadki tego cierpienia zdarzają się od czasu do czasu wszędzie, i to częściej nawet, niż przypuszczamy. Niekiedy cierpienie wybucha w postaci lokalnych epidemii, czy to w pewnej okolicy lub mieście, czy też nawet w pewnych ulicach i domach. Zauważono, iż najbardziej sprzyja masowemu zachorowaniu skupienie biednej, źle

odżywianej ludności, w mieszkaniach niehigienicznych, wilgotnych, nieprzewietrzanych. Jeden przypadek, w takich warunkach powstały, może się stać punktem wyjścia całej epidemii. Tem też zapewne objaśnia się, iż klasy zamożne zwykle oszczędzane bywają przez tę chorobę. Choroba najczęściej wybucha zimą i na wiosnę, rzadziej jesienią i latem, najczęściej przytem napada dzieci i wogóle osobniki młode. Groźba epidemii polega nie tyle na jej rozległości — liczba zachorowań rzadko bywa wysoka — ile na ciężkości oddzielnych przypadków i natężeniu objawów subiektywnych i śmiertelności. Ta ostatnia bywa niekiedy bardzo wysoka i dochodzi do 70%. Średnia odsetka śmiertelności wynosi natomiast 37, przyczem zdarzają się epidemie z niską bardzo śmiertelnością, jak np. ostatnia, która panowała u nas w r. 1893. Grozę położenia pogarsza jeszcze ta okoliczność, iż w wielu przypadkach, jako następstwo choroby, pozostają stałe zmiany organiczne, bardzo dotkliwe, w postaci niemoty, głuchoniemoty, charłactwa i t. d.

Podkład anatomiczny cierpienia stanowi ostre ropne zapalenie opon mózgu i rdzenia. Pod tym względem właściwie nie różni się ono od innych postaci zapalenia opon, które często także zajmują opony mózgu i rdzenia, tembardziej że bywają przypadki nagminnego zapalenia opon z zajęciem przeważnie mózgu lub rdzenia oraz przypadki *poliomyelitidis* oraz *encephalitis* z zajęciem opon, przyczem znajdowano nawet w takich razach bakterye swoiste dla epidemicznej postaci. Najrozleglejsze zmiany znajdujemy na podstawie mózgu i na tylnej powierzchni rdzenia. Jednocześnie nagromadza się w komorach mózgowych płyn niekiedy nawet ropny, wskutek czego następuje ucisk i zanik substancji mózgowej. Przy dłuższem trwaniu sprawy następuje zgęszczenie wysięku ropnego ze zgrubieniem opon. Niekiedy oprócz zmian oponowych bywają i zmiany

zapalne, rozsiane w samej substancji mózgu i rdzenia (drobne ropnie), przyczem stale znajdujemy nacieczenie drobnokomórkowe naokoło naczyń.

W przypadkach, przebiegających bardzo gwałtownie i szybko kończących się śmiercią, zmiany mogą być minimalne, aczkolwiek są przypadki, gdzie ropę znajdowano już po 12 godzinem trwaniu choroby. Po za temi podstawowemi zmianami znajdujemy zmiany parenchymatyczne w mięśniach, zmiany zapalne w płucach, opłucnie i osierdziu, w kiszkaach, nerkach i wątrobie. Niekiedy bywają zajęte i stawy, w których dojść może do ropienia. Trupy osób zmarłych dają obraz straszliwego wychudnięcia, rzadko napotykanego w innych chorobach. Częste są także zmiany w uszach (*otitis media*), bywa tu także zapalenie ropne lub krwotoczne błędniaka, takimże zmianom może ulegać oko, w którym cierpienie stopniowo prowadzić może do *panophthalmitis* i *phthisis bulbi*. Bardzo często także rozwija się *papillitis* i *neuritis optica*, prowadzące do zaniku nerwu wzrokowego.

Objawy. Choroba zaczyna się prawie zawsze nagle, po lekkim niedomaganiu, trwającym 1—2 dni, dreszczem i gorączką. Jednocześnie zjawia się gwałtowny ból głowy, wymioty, i jednocześnie prawie tężec mięśni karku. Jestto typowy początek choroby; w przypadkach lekkich objawy te występują stopniowo, niekiedy rudymenarnie. Dalszy przebieg podlega wielu wahaniom i nie jest jednostajny. Podział choroby na okresy, jak w zapaleniu opon grzliczem, nie daje się tu przeprowadzić. Szczególnie w przypadkach, trwających dłużej, zwolnienia i obostrzenia choroby wciąż się powtarzają, przyczem natężenie ich bywa za każdym razem rozmaite. W każdym razie można odróżnić 3 typy w przebiegu choroby: 1) postać piorunująca (*meningitis siderans*), 2) postać poronna, 3) postać ostrawa i ostra.

1) *Meningitis siderans*. Choroba występuje nagle bez zwiastunów, podczas pracy, zaba-

wy (u dzieci), przy uprzednio najlepszym stanie zdrowia. Chory po 1—2—3 godzinach niedomagania dostaje gwałtownych bólów głowy, wpada w stan gwałtownego pobudzenia, poczyna bredzić, występują drgawki, wymioty, tężec karku, utrata przytomności, zapaść z małym przyspieszonym tętnem, i w ciągu 6—36 godzin następuje śmierć. Takie przypadki zdarzają się zwykle w początku wybuchu epidemii.

2) Postać poronna cechuje się mniej lub więcej wyraźnym tężcem karku, bolesnością mięśni karku i bólem głowy rozmaitego natężenia. Wymiotów, bezsenności, gorączki brak często, tak że chorzy weale nie kładą się do łóżka, conajwyżej na 1 lub 2 dni. W niektórych przypadkach bywają także bóle krzyża i nadczołość. Choroba trwa 10—14 dni, przyczem ból głowy i stężenie karku znika i znów powraca. Postać ta niekiedy przechodzi stopniowo w następną.

3) Postać ostra i ostrawa jest typowa dla omawianego cierpienia. Objawy jej są następujące.

a) Ból głowy, umiejscowiony w czole i w skroniach. Jest to tak gwałtowny ból, że chorzy jęczą, krzyczą, rzucają się i nie mogą sobie znaleźć miejsca. Niekiedy chorzy wyskakują z łóżka, wpadają w szal i bez przytomności tłuką naokoło siebie, co im w rękę wpadnie. Nocą ból wzmagą się, chorzy budzą się ze snu z krzykiem (*cri hydrocéphalique*). Ból ten niekiedy pozostaje nawet po zniknięciu choroby (zgrubienie *piac*). Jednocześnie z bólem głowy bywa i zawrót.

b) Wymioty zjawiają się bardzo wczesnie i zwiększają się wraz z natężeniem bólu głowy, później znikają. Wymioty mogą być bardzo gwałtowne, częste i uporczywe. W tym ostatnim przypadku wpływają niepomyślnie na rokowanie, gdyż upośledzają odżywianie i prowadzą do upadku sił.

c) Wciągnięcie powłok brzusznych zależy nie od skurezu mięśni brzucha, lecz od skurezu kiszek, który znów, podobnie jak

i wymioty, jest następstwem podrażnienia nerwu błędnego. Objaw ten nie zawsze istnieje, niekiedy nawet bywa wzdęcie brzucha; to ostatnie częściej zjawia się w okresie ostatnim choroby, paralitycznym. Następstwem tonicznego skurczu kiszek jest zaparcie.

d) Tężec bolesny mięśni karku. Jestto najstalszy i najbardziej uderzający objaw choroby. Głowa zostaje tu wygięta w tył (*opisthotonus*), próba wyprostowania jej wywołuje ból i jest niemożliwa, tężec nawet wtedy się powiększa i wprost występuje, jeżeli nie był wyraźny. Objaw ten ulega w przebiegu choroby ciągłym wabaniom, to słabnie, to wzmacnia się. W dalszym przebiegu choroby nastąpić może porażenie mięśni karku, tak, że chory nie jest w stanie unieść głowy lub utrzymać jej, gdy się ją uniesie. Niekiedy porażenie to występuje od razu bez poprzedniego tężca.

e) Ból grzbietu i krzyża posiada to samo znaczenie, jako objaw zajęcia opon rdzenia, co ból głowy przy zajęciu opon mózgowych. Ból zajmuje cały grzbiet, najdotkliwiej jednak daje się odczuć w krzyżu. Gwałtowność jego w tem ostatniem miejscu przewyższa niekiedy ból głowy, wzmacnia się przez ruchy, wstrząśnienia, kaszel, ucisk; następstwem bólu jest napięcie mięśni grzbietu i ograniczenie ruchów.

f) Bóle błyskawiczne promieniująca e wzdłuż nerwów kończyn, głównie dolnych, występujące także wskutek ruchów i wstrząśnień; bóle te sięgają niekiedy aż do *epigastrium*.

g) Zaburzenia czucia w postaci nadczułości skóry najczęściej kończyn dolnych. Nadczułość rozciągnąć się także może na mięśnie i na kości; najmniejszy wtedy ucisk wywołuje ból. Jestto bardzo ważny objaw choroby, gdyż rzadko zdarza się w innych cierpieniach. Nadczułość jest niekiedy tak znaczna, że chorzy nie dają się dotknąć i nawet, w głębokiej śpiączce pogrążeni, krzyczą, gdy łóżko się poruszy. Nadczułość może także wystąpić ze strony zmysłów słuchu i wzroku.

h) W związku z nadczułością są skurcze mięśniowe, a między nimi wspomniany wyżej tężec mięśni karku. Objawem tych skurczów jest także sztywność całego kręgosłupa (*orthotonus*), napięcie mięśni twarzy, szczękocisk, kurcze. Kończyny dolne, jeśli nawet nie znajdują się w stanie skurczu, to jednakże dają objaw KERNIG'a.

Do powyższych podstawowych i dyagnostycznie ważnych objawów zaliczyć należy następujące, występujące w dalszym przebiegu choroby.

i) Objawy ze strony mózgu. Bezsenność, zajęcie sensorii, stan pobudzenia lub przygnębienia, niepokój, bredzenie, stupor, senność i śpiączka. Te ostatnie 3 objawy są *signum mali ominis*, chociaż nie zawsze; w przypadkach piorunujących objawy przygnębienia zjawiają się bardzo wcześnie. Zresztą objawy ze strony mózgu, do których zaliczyć także należy utratę mowy, zjawiającą się zresztą zwykle po przejściu choroby, wykazują dziwne i krótkotrwałe wahania w swem natężeniu.

j) Drgawki ogólne występują często we wczesnym okresie choroby, głównie u dzieci. Zdarzają się także drgawki kloniczne, ograniczone w obrębie nerwu twarzowego lub mięśni ocznych (*nystagmus*).

k) Porażenia występują w dalszych okresach choroby i jako jej następstwo — zajęty bywa tu *oculomotorius* (rozszerzenie źrenicy, zez rozbieżny, opadnięcie powieki), *abducens* (zez zbieżny) i *facialis* w części obwodowej.

l) Odruch kolanowy może z jednej strony zniknąć. Wzmocnienie odruchów było również obserwowane.

m) Niekiedy występuje utrata węchu i smaku w przebiegu, częściej zaś w następstwie choroby. Utrata słuchu jest również bardzo częsta i na nieszczęście pozostać może na stałe. Przy obustronnem zajęciu uszu u małych dzieci pozostaje głuchoniemota.

Ze strony o czu występuje podrażnienie łącznicy *irido-choroiditis*, zapalenie ropne tkanki tłuszczowej oczodołu i *panophthalmitis*. Prócz tego *keratitis* i porażenie mięśni ocznych. Źrenice są z początku zwężone, niekiedy bywa jednostronne rozszerzenie źrenicy (porażenie *ocu-*

lomotorii) — ważna oznaka rozpoznawcza. Przed śmiercią występuje silne rozszerzenie źrenic. Wspomniana wyżej *neuritis optica* z zanikiem nerwów wzrokowych również może wywołać ślepotę.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

31. POSNER. Przyczynek do wewnętrznego leczenia nieżytu pęcherza; urotropina i leki ją zastępujące.

Jakkolwiek metody miejscowego leczenia cierpienia pęcherza w ostatnich latach się udoskonaliły, wszelako nie należy sobie i dziś lekceważyć zadania wewnętrznego leczenia w tem cierpieniu. Lekarzowi nie - specjaliście udaje się często przy pomocy wewnętrznych leków w wielu cierpieniach pęcherza osiągnąć zadawalające wyniki. Wszystkie ostre nieżyty pęcherza, szczególnie tryprowego pochodzenia, ulegają wyleczeniu bez użycia narzędzi; lecz i niektóre przewlekłe cierpienia daleko lepiej się leczą na drodze dyetetycznej i farmaceutycznej, a i tam, gdzie bez miejscowego leczenia obejść się nie można, w wewnętrznych lekach znajdujemy w każdym razie cenny, nieraz nieunikniony pomocniczy środek.

Godnem jest jednak uwagi, w jak wysokim stopniu wewnętrzne metody leczenia uległy zmianie w ostatnich czasach. Już w sprawie stosowania wód mineralnych zaczynają się różnice zdań; gdy dawniej woda Wildungen uważana była za panaceum w cierpieniach pęcherza, obecnie poglądy są nieco krytyczniejsze.

Wielu lekarzy skłonnych jest w ostrych przypadkach zalecać łagodniejsze wody, jak Fachingen, Bilin, Giesshübl. i t. p.

Autor na mocy osobistego doświadczenia radzi w bardzo ostrych nieżytych pęcherza zaniechać wszelkich wód mineralnych, gdyż mo-

zopędne ich działanie zwiększa cierpienia chorych, w podostrych nieżytych wyżej wyliczone łagodniejsze wody, w przewlekłych wodę Wildungen.

Największa jednak różnica zdań dotyczy leków farmaceutycznych. Od czasu, gdy dzięki poszukiwaniom NICOLAIER'a wprowadzona została do praktyki urotropina, zdawało się wielu, że kwestya przynajmniej zasadniczo jest rozwiązana.

Doświadczenie praktyczne potwierdziło skuteczne działanie tego leku, mającego podług NICOLAIER'a własności przeciwnie — wywierającego przeciwnie działanie na pęcherz przez wytwarzanie w ustroju formaldehydu; jednocześnie przekonano się, że nawet wielomiesięczne użycie tego leku nie sprowadza żadnych nieprzyjemnych przypadłości. Pod względem skuteczności działania autor przypomina spostrzeżenia HEUBNER'a, który stosował przez długi czas urotropinę w uporczywych nieżytych pęcherza u dzieci, EBSTEIN'a, który zwrócił uwagę na zapobiegawcze działanie tego leku przeciw zakażeniu, spowodowanemu cewnikowaniem. Takie zapobiegawcze działanie zdaje się posiadać urotropina w ogólnych cierpieniach zakaźnych, jak w durze; zdaje się nawet, że wcześniej podawana, może zapobiedz zapaleniu nerek w płonicy (BUTTERSACK).

Pomimo tak niezaprzeczenie pomyślnych skutków, osiągniętych za pomocą urotropiny, dziwnymi wydawać się muszą poszukiwania wo-

statnich czasach nowych środków, zastępujących urotropinę.

Dowodzi to, że urotropina nie ziszcila pokładanych w niej nadziei, że zdarzają się przypadki, w których lek ten okazuje się bezskutecznym.

Nie usprawiedliwia to jednak, zdaniem autora, poszukiwań nowych leków, gdyż skuteczność lub bezskuteczność urotropiny zależy od rodzaju zakażenia pęcherza. Już badania NICOLAIER'a, następnie CASPER'a, COHN'a (z polikliniki autora) wykazały, że w niektórych cierpieniach pęcherza urotropina jest bezskuteczna, tu należą w pierwszym rzędzie przypadki gruźliczego, w drugim tryprowego pochodzenia. Właściwym polem dla leczenia urotropiną są zwyczajne zakażenie, wywołane przez *bacillus coli*, paciorkowce i t. p., jakie spotykamy już to przy cewnikowaniu, już bez niego, przy zwężeniach cewki, przy przeroście prostoty. W tych przypadkach, czy one są lekkie, czy ciężkie, czy odczyn moczu jest przy nich kwaśny, czy alkaliczny, urotropina stanowi dziś najcenniejszy środek, co więcej, jeśli w pozornie łagodnym przewlekłym nieżycie pęcherza urotropina zostaje zupełnie bez skutku, należy podejrzewać gruźlicze cierpienie pęcherza.

W celu podniesienia działania urotropiny resp. formaldehydu próbowano w ostatnich czasach kombinacji różnego rodzaju. Szczególnie połączenie urotropiny z metylenkwasem cytrynowym, wprowadzone do handlu przez fabrykę Bayer'a pod nazwą helmitolu, przez fabrykę Schering'a jako neuurotropina, było z różnych stron (HEUSS, MÜLLER, ROSENTHAL) entuzjastycznie chwalone. Zaraz po wprowadzeniu nowych tych leków autor w poliklinice i w praktyce prywatnej stosował je w przypadkach, w których urotropina pozostała bez skutku. Nadzieje, pokładane w tych nowych środkach, zawiodły w zupełności, co znalazło w ostatnich czasach usprawiedliwienie teoretyczne w pracach NICOLAIER'a¹⁾, który wykazał, że środki te przy przejściu do moczu posiadają bardzo nieznaczne własności przeciwnilne. GOLDBERG oprócz te-

go widział często szkodliwe uboczne działanie helmitolu, wyrażające się krwiomoczem.

Z dotychczasowych prób wnosić należy, że wprowadzenie helmitolu do praktyki nie oznacza bynajmniej postępu w tym kierunku, i że wogóle tego rodzaju kombinacje, tak łatwo przez chemików tworzone, pożytku nie przynoszą. To samo, co o helmitolu, powiedzieć można o poleconych w ostatnich czasach dwóch nowych derywatach hetralinie i griserinie.

W obecnym więc stanie pozostać musimy przy twierdzeniu, że w ostrych zapaleniach cewki i pęcherza pochodzenia tryprowego najlepsze usługi oddają balsamica, które i w przewlekłych zapaleniach wywierają działanie kojące, że pośród leków wewnętrznych przeciwnilnych, szczególnie w zapaleniach pęcherza, wywołanych przez *bacillus coli*, paciorkowce, nie znamy dotąd żadnego, któryby przewyższał pod względem skuteczności urotropinę; w gruźlicy zaś niewiele osiągamy tak za pomocą urotropiny, jak i środków zastępczych.

(Berliner klin. Wochenschr. N. 2. 1905).

F. Arnstein.

32. L. WEBER. Cukromoczowa dwójka. (Le diabète à deux).

W ostatnich latach zaczęły zwracać na siebie uwagę przypadki cukromoczu u obojga małżonków. Przypadki takie stosunkowo rzadko się zdarzają, więc też i rzadko bywają notowane. Fakt nie ulega jednak wątpliwości.

Z pośród trzydziestu leczonych przez autora dyabetyków miał on sposobność trzy razy stwierdzić istnienie cukromoczu łącznie i u męża i u żony. W pierwszym z tych przypadków u męża rozwinęły się objawy cukromoczu po ośmioletnim istnieniu ich u żony, zmarł on w 5 lat po jej śmierci. W drugim mąż wśląd za żoną zmarł po upływie dwóch lat z powodu ciężko i burzliwie przebiegającego cukromoczu, którym oboje kolejno byli dotknięci; trzeci wreszcie przypadek, pozostający jeszcze pod jego obserwacją, tyczy się mężczyzny, którego żona już od lat 10 cierpi na *diabet. mellitus*, u którego przed dziesięcioma miesiącami stwierdzono w moczu cukier, pojawiający się jednak z przerwami i w ilości, nie przenoszącej 1%.

¹⁾ Ueber Urotropin, Helmitol, Neuurotropin. Deut. Arch. f. kl. Med. Tom LXXXI.

W przypadkach omawianych nie dało się stwierdzić pomiędzy małżonkami żadnego pokrewieństwa, podobieństwa temperamentów, usposobień, konstytucyi, wogóle współmałżonkowie cielesnie i duchowo znacznie się od siebie różnili; dzielili jedynie warunki życia domowego, jego zwyczaje, ustrój, pożywienie i t. d., lecz sypiali zawsze w jednym łóżku.

Fakty te pozostają faktami, lecz bardzo trudno je objaśnić, boć na jakiej zasadzie mówić tu o infekcyi? Autor wyraża przypuszczenie, że może na zdrowie zdrowego dotąd współmałżonka tak szkodliwy wpływ wywiera aceton z powietrza, wydechanego przez współmałżonka chorego, oraz z jego potu; może być, że przez lata całe wzięwany, — za pośrednictwem krwi i układu nerwowego oddziaływała on na fizyologiczną funkcję wątroby i trzustki względem dekstrozy i na tej drodze staje się powodem cukromoczu.

Bądź, jak bądź, mając względy powyższe na uwadze, autor wypowiada się przeciw stałemu sypianiu w jednym łóżku z osobą, dotkniętą omawianą chorobą.

(Medic. Record. N. 1770 — 1904 r.)

F. Gr.

33. P. FERRIER. Ciężar właściwy ustroju, jego zmiany i znaczenie.

W nauce, jak dotąd, w stosunku do ustroju i jego tkanek mało zwraca się uwagi na ciężar właściwy. Z wyjątkiem może określenia gęstości płuc — i to też jedynie w celach sądowo-lekarskich — badania pod tym względem leżą niemal odłogiem; a dzieje się tak głównie dlatego, że na pierwszy rzut oka przynajmniej nie dają one bezpośrednio praktycznego pożytku, zastosowania, o które w nauce lekarskiej najwięcej idzie. Otóż w pracy swej autor pragnie wykazać, że dane, jakie można otrzymać przy tego rodzaju badaniach, mogą mieć nieraz doniosłe znaczenie praktyczne. Nie idzie mu jednak tutaj o oznaczenie ciężaru właściwego każdej tkanki ustroju z osobna, gdyż takie u żywego człowieka jest niemożliwe — a stara się jedynie o wykazanie takich cech, które bez użycia szczególnych przyrządów mogłyby przy określaniu dać pojęcie o ogólnej ciężkości właściwej ustroju, o stanie niektórych ważniejszych jego tkanek, i zarazem pozwoliłyby i o prawidłowym

lub nieprawidłowym stanie jego wnioskować. Przytoczywszy więc tylko pobieżnie liczby, wskazujące ciężar właściwy różnych płynów oraz tkanek jego, zwraca głównie uwagę na tkankę tłuszczową, mięśniową, a szczególniej kostną. Mniejszy lub większy rozwój tej lub owej z nich znaczny wpływ okazuje na zachowanie się ciała w wodzie.

Wiadomem jest, że ludzie z obfitym przeobrażeniem rozwojem tkanki tłuszczowej, której ciężar właściwy = 0,941, okazują się lżejszymi od wody, a więc łatwo wypływają na powierzchnię jej; przeciwnie, osobniki z silnie rozwiniętymi mięśniami — ciężar właściwy tkanki mięśniowej = 1,06 — jako ciężsi od wody, łatwiej się w niej pogrążają, toną. Ze względów praktycznych jednak nie tyle zwraca on uwagę na dwa powyższe rodzaje tkanek, które co do składu swojego przedstawiają mniej więcej wartości stałe, ile raczej na tkankę kostną, której ciężar właściwy — średnio 1,975 — w stanach chorobowych — podlega zmianom. Aczkolwiek liczba, powyżej podana, jest jedynie wartością średnią i może się zmieniać, stosownie do tego, czy określa się ciężkość właściwą całego szkieletu, czy też pojedynczych tylko kości, to jednak pamiętać należy, że ciężar właściwy tkanki kostnej prawidłowej jest zawsze wyższy od ciężkości wody. Jeśli więc kości stają się lżejszemi od niej — wskazuje to na zmniejszenie się w nich ilości soli wapiennych — na ważne zaburzenia ustrojowe — *eo ipso* — staje się to już wskaźnikiem sprawy chorobowej. Sprawy takie stwierdzane były na kościach przez niektórych badaczy (VINCENT, LANGENDORFF, MOMMSEN, WEIDMANN) za pomocą wymiarów i obrachunku. SENATOR określa ciężar właściwy kości osteomalatycznych cyfrą 0,721. MOMMSEN i LANGENDORFF wykazali obok zmniejszenia się ciężaru wł. kości osteomalatycznego ubytek w tymże 15,62% w stosunku do wagi normalnej. Inni — jak TROUSSEAU — wykazywali bez obrachunków, li tylko na zasadzie wyraźnych cech zewnętrznych — lekkość i brak sprężystości kości krzywicznych. Inni jeszcze wreszcie na drodze chemicznej wykazywali mniej lub więcej znaczne zmniejszenie się ilości soli wapiennych w kościach, dotkniętych sprawą krzywizną lub osteomalatyczną. Znajdowali oni w takich razach

nie tylko zmniejszenie się ilości owych soli, lecz także i substancyi organicznych azotowych i tłuszczu, natomiast znacznie zwiększoną procentową zawartość wody. BENEKE w gruźlicy — znajdował w niedotkniętych sprawą gruźliczą kościach 38,8%, w zołzach zaś również w nienaruszonych kościach — aż 64,4% wody.

Przy tego rodzaju badaniach — stosunkowo największe znaczenie ze względów praktycznych ma dla lekarza zmniejszenie się ciężaru właściwego całego ustroju, t. j. wypływanie tegoż przy pogrążaniu w wodę. Tkanka mięśniowa, jako stale cięższa od wody, w tym kierunku roli grać nie może — może więc ono być zależne albo od obfitej tkanki tłuszczowej, co jednak zwykle łatwo wykazać się daje, albo też — co autora głównie tu interesuje, od kości, które pod wpływem spraw chorobowych mogą ulegać zmianie co do chemicznego składu swojego. Otóż u niektórych osobników z nędną tkanką tłuszczową oraz z miernie lub słabo rozwiniętą tkanką mięśniową — można było stwierdzić zjawisko bardzo ciekawe, a mianowicie, że niekiedy trzeba było pomocy aż dwóch osób, ażeby ciało ich utrzymać pogrążone w wodzie; bez tej pomocy osobnik taki natychmiast — przy zupełnie biernem zachowaniu się wypływał na powierzchnię jej (SAILLANT). W innych znów obserwowanych przez autora przypadkach — osobnik dla utrzymania się w wodzie — w wannie, w pozycji siedzącej — musiał w rękach, podniesionych na głowę (co już samo wpływa na zwiększenie ciężaru właściwego ciała w wodzie), trzymać ciężary około 9 kilogramów wagi. Poza tem autor spostrzegał przypadki — aczkolwiek mniej wybitne — w każdym razie jednak znamienne. Tak szczególne zachowanie się ciała w wodzie w opisanych powyżej przypadkach mogło jedynie zależeć od tego, że ciężar właściwy kości stał się mniejszy od ciężaru właściwego wody — wskutek zaburzeń chorobowych. I rzeczywiście, w niektórych z nich można było stwierdzić osteomalaciam i klinicznie i anatomicznie, w niektórych klinicznie jedynie, w niektórych znów należy przyjąć, że istniała, lecz nie zarysowała się dostatecznie, ażeby ją można było klinicznie wykazać.

Naodwrot u pewnej liczby osobników, dla których trudnem lub nienozłiwem prawie było

ciało swoje utrzymać zanurzonem w wodzie (wypływali),—autor po podawaniu przez dłuższy czas węglanów lub fosforanów wapnia stwierdził, że ci stopniowo coraz lepiej w niej się zanurzają, a nawet niektórym z nich, dobrym pływakom, z czasem z pewną trudnością przychodziło utrzymać się na jej powierzchni. Wszystkie badani zlekka jedynie utyli, choć muskulatura ich prawie że nie uległa zmianie. Ponieważ więc tkanka mięśniowa nie mogła tu wpłynąć na zmianę ciężkości właściwej, a powiększenie się ilości tkanki tłuszczowej było jedynie bardzo małoznaczne, przeto na zwiększenie się ciężkości ciał mogły tu wpłynąć tylko zmiany, jakie zaszły w składzie tkanki kostnej pod wpływem przyjmowanych soli wapiennych.

Odwapnianie kości może następować z wolna, skrycie, nie budząc pod tym względem żadnego podejrzenia, doszedłszy jednak do pewnego stopnia, przy błahym nieraz urazie lub nieznacznym wpływie mechanicznym, staje się nieraz przyczyną złamań lub skrzywień. Wczesne więc rozpoznanie sprawy takiej jest rzeczą niezmierniej wagi.

M. PONCET w pracy swojej o rozmiękczeniu kości (*osteomalacia*) twierdzi, że kość, która zawiera mniej niż 40% fosforanów wapnia staje się niezdolną do wypełniania właściwej sobie funkcji.

BOUCHARD zaś powiada, że osteomalacia w krańcowym stopniu swojego rozwoju jest bezsprzecznie chorobą rzadką, lecz że jej postaci słabo zarysowane, nierozwinięte zdarzają się bardzo często, a więc, że obok tych rzadkich postaci jej, gdzie odwapnienie staje się już powodem wykrzywień kości, i gdzie mikroskop wykazuje chrząstko-podobny stan ich, istnieją bardzo liczne przypadki, w których tylko zmniejsza się w nich zawartość fosforanów wapnia, powodując jedynie mniejszą ich krzepkość i odporność, pozornie jednak nie zmieniając zewnętrznych cech ich fizycznych; a więc, że wadliwe odżywianie tkanki kostnej może pozostać utajonem, że nie kończy się ono zniekształceniem, nie powoduje bólów, że ujawnia się dopiero niekiedy niespodzianie złamaniem pod wpływem siły, nie odpowiadającej tak poważnemu uszkodzeniu.

Tak więc, zdaniem autora, który po bliższe szczegóły odsyła do dawniejszych prac swoich, osteomalacia z początku nie ujawnia wyraźnych cech klinicznych, a więc w utajonym, niby zlekka zarysowanym okresie swoim przedstawia ogromne trudności rozpoznawcze. Wszystko przeto, co sprzyja wczesnemu jej rozpoznaniu, a tem samem przeciwdziałaniu i zapobieżeniu jej rozwojowi, winno stanowić cenny nabytek nauki lekarskiej.

Niestety, jak dotąd, pod tym względem prawie że nic nie zrobiono, a trudności potęgują się jeszcze przez to, że osobnik dotknięty, nie stwierdzając u siebie wyraźnych objawów, które w późniejszym dopiero okresie (ból, nieudolność fizyczna, zaburzenia, spowodowane niekształceniami, ewent. złamaniami) zwracają na siebie jego i jego otoczenia uwagę, w czasie właściwym nie przeciwko sprawie chorobowej nie przedsięwzięje.

Nie opierając się jedynie na danych, jakie ocena ciężaru właściwego dać może, przyczem niekiedy ze względu na tkankę tłuszczową lub mięśniową omyłki zdarzyłyby się mogły, autor zwraca uwagę na niezmiernie ważną, zdaniem jego, wskazówkę rozpoznawczą, jaką daje badanie zębów danego osobnika, boć zmiany w chemicznym składzie ich idą w parze ze zmianami, jakie zachodzą wogóle w kościach szkieletu. Tracą one lub odzyskują sole wapienne tak samo, jak i tamte, ich ciężkość właściwa, względnie, twardość stoi w ścisłym związku z ich składem chemicznym. To też konsystencya dentyny, stosownie do większej lub mniejszej zawartości związków wapnia może to dorównywać, że tak powiem, twardości kamienia, to znów równać się miękkości chrząstki. Autor twierdzi, że stan zębów pozwalał mu niemal zawsze wnioskować o stanie keści *resp.* o ciężarze właściwym. Dobre „zęby“ pozwalały mu przewidywać zwiększenie lub prawidłowość, złe „zę-

by“ zmniejszenie tegoż. To też nieraz znajdował on, że u osób, odpowiednio leczonych, wraz z ogólną poprawą i zęby zrazu słabe, że tak powiem, miękkie, znów stawały się twardymi. Tu jednak czyni zastrzeżenie, że pod złymi zębami rozumie nie zęby, które nieestetycznie przedstawiają się z wyglądu i wykazują pewne braki co do całości lub ilości, lecz takie jedynie, które stają się małoodpornymi wskutek niedostatecznej zawartości w nich soli wapiennych.

Jak więc odróżnić „złe zęby“ od „dobrych“?

Przy zębach dotkniętych próchnicą (*caries*) rozpoznanie wspiera na liczbie ich, dotkniętych nią, na miękkości warstwy, leżącej pod zwierchnią warstwą zabarwioną. Nadto próchnica miękka (*caries mollis*) wyglądem czarnawym, nierównym i matowym odróżnia się od próchnicy twardej (*caries dura*), przy której powierzchnia dotknięta pozostaje gładką i błyszczącą.

Przy niedotkniętych zaś próchnicą rozpoznanie złych zębów opiera się na ich kredowo-białem, niebieskawem lub szaro-żółtawem zabarwieniu, na ich opóźnieniu w rozwoju, nie normalnej ruchliwości i zupełnym braku albo śladach jedynie nieznacznych kamienia zębowego (?).

Kończy autor pracę swoją propozycją, aby nazwy takie, jak *osteopsathyrosis* czy też *osteoclasia*, które nie zawierają w sobie żadnego pojęcia o lekkości, zastąpić tu nazwą, takie pojęcie właśnie wyrażającą — powołując się w tym celu aż na Achilleśa o lekkich nogach (*ὀχδς*). Proponuje więc raczej dwie nazwy: *osteocia* i *odontocia* i podaje niejako za prawidło, że przy rozpoznawaniu pierwszej należy brać pod uwagę, kierować się — drugą.

(Archives gener. de Medecine. 48. 1904 r.).

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 lutego 1905 r.

TREŚĆ: KOZERSKI. — Przedstawienie przypadku *lupus erythematosus*. 2) KIJEWSKI Stanisław. — Przedstawienie fotogramów perystaltyki żołądka i kiszek 3) KOPCZYŃSKI Stanisław. — Badania doświadczalne z zakresu fizjologii i anatomii korzeni rdzeniowych (z przedstawieniem preparatów mikroskopowych na epidiaskopie.)

1) KOZERSKI przedstawił przypadek rzadkiej postaci *Lupus erythematoses faciei*. Początek choroby chora zauważyła przed 6 laty. Przybyła do oddziału K. Wówczas stwierdzono: rozległe, kilka cali w średnicy mające wykwity na prawym policzku i prawej części czoła i wiele małych na lewym policzku, w sąsiedztwie nosa i na jego lewym boku i na brodzie. Wszystkie wykwity miały wspólne i od początku istnienia wyraźnie uwydatnione cechy: nacieczenie dość twarde, wypukłe, lila-sinawej barwy o nieregularnych zarysach na obwodzie wykwitów i bliznowato zanikły, zapadły środek, widoczny w najmniejszym nawet wykwicie. Powierzchnia gładka bez łusek, bez rozszerzenia por skóry.

Szerzenie się odśrodkowe, obwodowe, nacieczenie i przekrwienia bez grudek i gruzelków, zanik w środku, brak wszelkiej dążności do rozpadu, ropienia lub owrzodzenia wyłączały wszelkie inne rozpoznanie prócz wilka rumieniowatego. Przypadek ten wyróżniał się od innych: 1) siną barwą zamiast zwykłej ceglastej; 2) brakiem łusek, tłustych złogów i rozszerzonych wylotów łojowych, w podobnych przypadkach tak charakterystycznych, że pierwsi badacze uznali zmiany w naskórku i gruczołach łojowych za pierwotne i istotne. W ostatnich jednak czasach przeważa mniemanie, że L. e. jest to granuloma, prawdopodobnie zakaźne, (JADASSOHN) lub plasmoma (UNNA), mające za punkt wyjścia naczynia sieci podbrodawkowej i skóry właściwej.

Dalej ciekawy też jest wynik leczenia. K. zastosował metodę HOLLAENDER'a polegającą na podawaniu przez 5 dni po 0,3 — 0,5 chininy 2

razy dziennie z pendzlowaniem nalewką jodową chorych miejsc w 10 minut po zażyciu proszka. 5 dniowy okres leczenia przeplatają 5 dniowe pauzy. U chorej K. powtórzono zabieg 9 razy. Wynik jest doskonały. Lekkie ślady wykwitów widać tylko na czole. Metodę tę na zasadzie swego doświadczenia osobistego K. uważa z istniejących za najlepszą.

2) Stanisław KIJEWSKI (ambulatoryum szpitala D-ka Jezus) przedstawił w szeregu niknących obrazów momentalne zdjęcie fotograficzne z powłok brzusznych dwojga chorych, dokonane „à vol d'oiseau“.

Obrazy te odtwarzają:

1) „Perystaltyczny ruch żołądka“: na powierzchni brzucha uwypukła się opuszczony i rozszerzony żołądek; bródka perystaltyczna, przebiegająca po żołądku od dna ku odźwiernikowi, została utrwalona na kliszy w połowie drogi (szewe lat 50; bliznowate zwężenie odźwiernika; *resectio pylori* — LEŚNIEWSKI — z powodu podejrzanego wyglądu tkanek; światło odźwiernika przepuszcza zaledwie gęsie pióro).

„Tężec albo sztywnienie kiszek“: na powierzchni brzucha uwypukła się kilka mocno rozszerzonych pętlic kiszkowych, porozdzielanych głębokimi brózdami (służąca lat 63; zwężenie kiszek; w odstępie 2 lat dwa razy ciężkie zaburzenia drożności kiszek; nie operowana; obecnie od 5 miesięcy czuje się zdrową, ciężko pracując).

3) KOPCZYŃSKI Stanisław wypowiedział rzecz p. t. „Badania doświadczalne z zakresu fizjologii i anatomii tylnych korzeni rdzeniowych“ i przedstawił szereg obrazów mikroskopowych na epidiaskopie.

Mówca przecinał małpom tylne korzenie rdzeniowe ze splotu szyjowego. Jednej małpie przeciął VII tylny korzeń szyjowy, drugiej VIII szyjowy i I, II i III tylny korzeń grzbietowy, trzeciej V, VI, VII i VIII szyjowy i II, III, IV i

V grzbietowy. Następnie badał zaburzenia ruchowe, powstałe w następstwie tego przecięcia, i zmiany anatomiczne w układzie nerwowym.

Wyniki tych badań pod względem fizyologicznym były następujące:

1) Przecięcie jednego tylnego korzenia rdzeniowego, tyczącego się pewnej kończyny, najmniejszych zaburzeń w ruchu tą kończyą nie wywołuje.

2) Przecięcie kilku tylnych korzeni, nawet siedmiu, lecz nie całej, odpowiadającej danej kończynie seryi, wywołuje pewne zaburzenia ruchowe, polegające na pewnym bezładzie ruchów, pewnej niezręczności, zwłaszcza w używaniu palców; zaburzenia te po kilku dniach zupełnie się wyrównują.

2) Rola VIII tylnego korzenia szyjowego, zaopatrującego w czucie znaczną część powierzchni kiści, nie jest tak doniosła; oszczędzenie bowiem I tylnego grzbietowego korzenia, a prawdopodobnie i każdego innego z seryi, należącej do danego splotu, jest w stanie wyrównać zaburzenia ruchowe, powstałe po przecięciu reszty korzeni z danej seryi.

4) Przecięcie całej seryi korzeni czuciowych, odnoszących się do danej kończyny, bynajmniej nie wywołuje zupełnego zniesienia w niej ruchów, a jedynie w wybitnym stopniu ruchy te upośledza. Choć wykonywanie znieczuloną ręką ruchów chwytnych, uwieńczonych efektem, jest niemożliwe, za to okazują się wykonalnymi różne ruchy w ramieniu i przedramieniu, a nawet w kiści i w palcach, które stopniowo stają się coraz rozleglejszymi i coraz doskonalszymi. Bieganie jest możliwe, choć utrudnione, znieczulona ręka bywa podwijana, i przy chodzeniu zwierzę opiera się często o grzbietową powierzchnię kiści.

5) Przecięcie całej seryi korzeni czuciowych, odnoszących się do danej kończyny, wywołuje w znieczulonej kończynie wybitną wiotkość i zanik mięśni.

Pod względem zaś anatomicznym wyniki tych badań były następujące:

1) Pęczek przecinkowy SCHULTZE'go utworzony jest prawie wyłącznie ze zstępujących gałązek korzeni tylnych; domieszka włókien, przechodzących z szarej istoty rdzenia, jest w nim

bardzo nieznaczna. Im niżej przecinamy tylne korzenie rdzeniowe, szyjowe i grzbietowe, tem dalej w kierunku *conus medullaris* sięga owo przecinkowe zwyrodnienie. Jednak nawet po przecięciu dolnych szyjowych i górnych grzbietowych tylnych korzeni do V-go włącznie *fasciculus dorsomedialis* w części lędźwiowej i w części krzyżowej rdzenia nie ulegają żadnemu zwyrodnieniu.

2) Pojedyncze tylne korzenie rdzeniowe po wejściu do rdzenia ulegają znacznemu stopniowemu przesuwaniu się ku linii środkowej, jednak nie tworzą nigdzie zbitej jednolitej masy, a z sąsiednimi korzeniami wzajemnie się przeplatają i w miarę posuwania się ku górze wyraźnie cienieją.

Po przecięciu tylnych korzeni rdzeniowych po jednej stronie, o ile eksperyment wykonany został bez zarzutu, żadne zwyrodnienia w przeciwległych słupach tylnych nie występują; zwyrodnienia, rozsiane w słupach przednio-bocznych, zależą od pewnych zaburzeń w krążeniu krwi szarej istoty lub uszkodzeniu przeważnie części obwodowych istoty białej, co przy usunięciu łuków kręgowych jest rzeczą niemal nieuniknioną.

4) Podział słupów tylnych na pęczki GAL-L'a i BURDACH'a odnosi się, właściwie mówiąc, tylko do górnych odcinków szyjowych. *Septum paramedianum* w dolnych szyjowych i w górnych odcinkach grzbietowych bynajmniej granicy między tymi pęczkami nie stanowi, gdyż granica wewnętrzna zwyrodnienia przedstawia linię prostą, a nie esowatą, jak *septum paramedianum*.

5) Część włókien słupów tylnych w niektórych przypadkach przechodzi bezpośrednio po przez jądra słupów tylnych do przeciwległej pętli i biegnie w kierunku kory mózgowej.

6) Po przecięciu tylnych korzeni rdzeniowych żadnych zmian w odpowiednich komórkach ruchowych rogów przednich i prawie żadnych zmian w korzeniach przednich stwierdzić nie można; uzależnianie obserwowanych w tych razach zaburzeń ruchowych od zwyrodnienia komórek ruchowych i przednich korzeni jest nieuzasadnione.

7) W tylnych korzeniach, po przecięciu ich pomiędzy zwojami międzykręgowymi a

rdzeniem, części centralne (przy rdzeniu) ulegają zupełnemu zwyrodnieniu, części zaś obwodowe (przy zwojach) żadnych zwyrodnień, nawet po upływie 30 dni od chwili operacji, nie przedstawiają, i t. zw. „durchziehende Fasern“, t. j. włókien, idących od komórek rdzenia w kierunku obwodu po przez tylne korzenie i zwoje mię-

dzykręgowę, u małych operowanych nie stwierdziliśmy.

8) Zwoje międzykręgowe w 30 dni po operacji przecięcia tylnych korzeni zmian zwyrodnienia wstecznego nie przedstawiają.

T. Korzon.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział higieny ludowej.

Na posiedzeniu wydziału dn. 25/I p. inż. R. KORNILOWICZ mówił: o potrzebie utworzenia nowego wydziału — wykonawczego w Tow. Higienicznym, mianowicie dla postępu higieny ludowej. Za główne przyczyny niedostateczności dotychczasowych wysiłków Tow. Higienicznego w tym właśnie kierunku K. przedewszystkiem uważa: 1) Oglądanie się za pomocą zzewnątrz, — od władz, chociaż doświadczenie dotychczasowe wskazuje że tylko rachowanie na własne siły dawało dotąd pożądane wyniki w pracach towarzystwa. 2) Brak wytrwałości w doprowadzaniu rozpoczętej sprawy do należytego końca. Dość byłoby przejrzeć protokoły towarzystwa, żeby się przekonać, ile spraw u nas było projektowanych lub nawet rozpoczynanych i nie ukończonych. 3) Brak znajomości warunków miejscowych życia naszego ludu, jego konserwatyzmu, jego obawy przed każdym nowym wydatkiem, jego inercji psychicznej, którą łatwiej pokonać impulsem uczuciowym, niż rozumowaniem.

Wszystkie te względy wskazują potrzebę utworzenia wydziału wykonawczego, którego członkowie cały swój czas poświęcaliby celom towarzystwa, nadając przez to ciągłość jego działalności. Tak jak jest dziś, jednostki z towa-

ryzstwa poświęcają mu tylko dorywczo godziny wolne od zajęć obowiązkowych. Wydział wykonawczy, złożony z lekarza, technika z pomocnikiem i prawnika, kosztowałby jakieś 4 tysiące rubli. Wydział ten rozciągnąłby opiekę nad nowobudującymi się osadami, dawałby bezpłatne wskazówki, sporządzał plany, ofiarowywał sam swe usługi. Zetknięcie wydziału z życiem pozwoliłoby mu przeprowadzać dokładne i jednolite badania w wielu ważnych sprawach higienicznych.

W rozprawach zwracano uwagę, że skromny budżet towarzystwa nie rozporządza żądanymi 4 - ma tysiącami rubli, nawet gdyby one były wystarczające. 4 - ch członków projektowanego wydziału nie wystarczyłoby na obsłużenie całego kraju, choćby w najbardziej ograniczonym zakresie. Wątpliwem jest, czy lud zechciałby korzystać z ofiarowanych mu bezinteresownie usług projektowanego wydziału, czy uwzględniłby wypracowane przezeń plany. Zgodzono się natomiast z panem K., że trzeba zwrócić uwagę na projekty, starania i prace towarzystwa, rozpoczęte a nie dokończone.¹⁾

Dr. Kl. ŁAZAROWICZ odczytał pracę: ziemstwa i pomoc w nich lekarska. Skreś-

¹⁾ W myśl projektu p. R. Kornilowicza powstało niedawno biuro porad higienicznych przy stowarzyszeniu techników.

liwszy pokrótce ustrój wewnętrzny ziemstw i rozległy zakres ich działania na polu oświaty ludowej, dróg i opieki nad zdrowiem ludności, zastanawiając się bliżej nad organizacją pomocy lekarskiej ziemskiej, Ł. na ogół gorąco chwalił pożyteczną działalność ziemstw, ale wytykał jej słabe punkty w organizowaniu pomocy lekarskiej. Zwykle w każdym powiecie ziemstwo tworzy 2—3 posterunki lekarskie, każdy z mniejszym lub większym szpitalem. Pomoc lekarską i lekarstwa cała ludność ma bezpłatnie. Tu i owdzie tylko wprowadzono opłatę 5 kop. za lekarstwo i to jedynie dla usunięcia nadużyć, takich np. jak: udawanie choroby w celu otrzymania butelki albo tłuszczu do smarowania butów w postaci oleju rycynowego lub tranu. Ponieważ wobec wielkich obszarów w Cesarstwie i braku w niem lekarzy ani owe posterunki lekarskie, ani wogóle lekarze ziemscy nie wystarczają na obsłużenie ludności, więc lwią część obowiązków lekarskich składa się na felcerów i akuszerki, z których pierwsi, mianowicie, praktykują zupełnie samodzielnie i wydają lekarstwa.

Pierwszy więc słaby punkt pomocy lekarskiej ziemskiej, to pielęgnowanie felczeryzmu. W Cesarstwie może to jeszcze jest konieczne, u nas byłoby już szkodliwe.

Drugi punkt słaby — to przeciążenie lekarzy ziemskich pracą, zwłaszcza nadmiarem porad ambulatoryjnych i pisaniną, wobec wymaganego wciągania każdej porady do ksiąg oraz przygotowywania kłopotliwych sprawozdań miesięcznych i rocznych. Natomiast razi brak lekarzy specjalistów.

To też dr. Ł. sądzi, że w razie wprowadzenia ziemstw do Królestwa Polskiego należałoby zastanowić się nad przewodnim planem organi-

zacji w nich pomocy lekarskiej. Wszak mamy i w Królestwie zorganizowaną na wzór ziemstw pomoc lekarską w zakładach przemysłowych oraz pomoc lekarską w gub. płockiej. Ani jedna, ani druga jednak bynajmniej nie cieszy się u nas uznaniem. Mniej może u nas chodziłoby o to, żeby cała ludność, bez względu na stopień zamożności, miała bezpłatnie poradę i lekarstwo, co ma wiele stron ujemnych, a pociąga za sobą ogromne koszty.

Daleko ważniejszą za to rolę u nas gra czynnik zaufania chorego do lekarza, możność wyboru lekarza. Taki przytłoczony pracą lekarz u nas ze stałą pensją, pełniący czynności na wzór ziemskiego, nie ma powodu a zresztą i możności dbać o wzbudzenie do siebie zaufania w chorych, to też ci zwykle u nas nie są z niego zadowoleni. Że zaś organizacja pomocy lekarskiej mogłaby być inna, mamy przykład na niemieckich kasach chorych i ich umowach z lekarzami.

Co do bezpłatnych porad i lekarstw, te należałoby zostawić tylko ubogim. Przy tem war toby może przypomnieć, że w dawnej Polsce a nawet w Królestwie jeszcze przed 40 laty sprawą leczenia biednych zajmowała się dobroczynność publiczna, tak jak to dzieje się do dziś w Anglii. Może i dziś, w razie przywrócenia samodzielności instytucyom dobroczynnym, a opieki i kontroli nad nimi ogółowi, ofiarność publiczna podałaby zadaniu leczenia ubogich.

Jakkolwiek bądź, są to sprawy ważne i zasługują na wszechstronne rozpatrzenie.

Po rozprawach (dr. Męczkowski, JAKIMIĄK) zgodzono się na wniosek d-ra Ł. poświęcenia całego szeregu posiedzeń wydziału sprawie samorządu ziemskiego i organizacji w nim pomocy lekarskiej.

O D C I N E K.

O URZĄDZENIU oddziału wodoleczniczego (hidrotera- peutycznego) przy zakładzie kąpielow- ym w Ciechocinku.

Przez

Dra Feliksa Arnsteina.

Lekarza zdrojowego w Ciechocinku.

W roku przeszłym na posiedzeniu Wydziału balneologicznego Towarzystwa higienicznego w Warszawie, odbytem w dniu 23 marca, wygłosiłem odczyt¹⁾ „O potrzebie urządzeń wodoleczniczych w Ciechocinku”. Potrzebę hidropaty w Ciechocinku, choćby w szczerpłym zakresie, motywowałem głównie stałym i znacznym zwiększeniem się frekwencji kuracuszów wogóle w naszym zdrojowisku w ostatnim dziesięcioleciu, a co ważniejsza, zwiększającą się z roku na rok liczbą osób, przybywających do Ciechocinka, które z przyczyny różnorodnych chorób kwalifikują się bardziej do wodoleczenia, aniżeli zdrojowo-kąpielowego, co poparłem liczbami danymi, wyciągniętymi z urzędowych wykazów lekarzy, praktykujących w Ciechocinku, w pewnej zaś części słyszanem niejednokrotnie zdaniem, wygłaszanem przez większość naszych lekarzy, jak i inteligentniejszą publiczność, o wielkiej potrzebie i pożyteczności wodoleczenia w Ciechocinku. Oprócz tego przytoczyłem argumenty, jakie były przytaczane poprzednio na posiedzeniu lekarskiem, odbytem w sezonie letnim w Ciechocinku, przeciw hidropaty w naszym zdrojowisku, które poddałem ścisłej krytyce i których bezzasadność starałem się wykazać. W końcu zaznaczyłem, że, zgodnie z powszechnie dziś przyjętymi zapatrywaniami, takie pier-

wszorzędne dziś zdrojowisko, do jakich mamy prawo zaliczyć Ciechocinek, gromadzący dziś już nie setki, lecz tysiące kuracuszów, powinno być zaopatrzone we wszelkie urządzenia lecznicze, nie wyłączając naturalnie hidropaty, jak to ma miejsce w pierwszorzędnym zdrojowiskach zagranicznych: Karlsbadzie, Maryenbadzie, Meranie, naszej Krynicy i t. p.

Z zadowoleniem zaznaczyć muszę, że, pomimo pewnych trudności i przeszkód, głos mój i rozprawy, w Towarzystwie Higienicznym toczony nad moim odczytem, nie pozostały głosem wołającego na puszczy, lecz że zarząd zakładu kąpielowego w Ciechocinku, zawsze dbały o dobro pierwszego naszego zdrojowiska, i który w ostatnich czasach dał już tyle dowodów swej pożytecznej i owocnej działalności, postanowił w najbliższej przyszłości otworzyć przy zakładzie kąpielowym w Ciechocinku oddział hidropatyczny, który już w roku bieżącym będzie ukończony i oddany do użytku leczącej się publiczności.

Z planem urządzenia wodoleczenia w Ciechocinku, z jego wykonaniem i z niektórymi szczegółami, dotyczącymi przyszłej hidropaty w naszym zdrojowisku, chcę dziś zapoznać czytelników.

Pod wpływem rozpraw w wydziale higienicznym nad wspomnianym powyżej odczytem moim i na skutek starań moich sprawa wodoleczenia w Ciechocinku weszła na porządek dzienny jednego z posiedzeń lekarskich, odbytych w ostatnim sezonie letnim w Ciechocinku pod przewodnictwem prof. uniwersytetu Warszawskiego BRUSIANINA, członka komitetu, zarządzającego zakładem kąpielowym w Ciechocinku, na którym to posiedzeniu szczegółowo omawiano sprawę hidropaty.

Na posiedzeniu tem przedstawiłem wspólnie z kolegą GRUDZIŃSKIM, lekarzem zdrojowym

¹⁾ Drukowany w „Zdrowiu” z roku przeszłego.

w Ciechocinku, opracowany przez nas plan urządzenia wodoleczenia w naszym zdrojowisku, który w głównych szczegółach był przyjęty przychylnie przez biorących udział w tem posiedzeniu, i który następnie miał być przesłany do komitetu, zarządzającego zakładem kąpielowym.

Ponieważ na posiedzeniu wspomnianem postanowiono istniejący już dawniej oddział dla natrysków przez dodanie kilku gabinetów zamienić na oddział wodolecznicy, przeto prof. BRUSIANIN od siebie przedstawił komitetowi opracowany przez siebie ostateczny projekt urządzenia wodoleczenia. Pozwalamy sobie przytoczyć go *in extenso*: Ze względu na to, że komitet postanowił istniejący dotychczas oddział dla natrysków zamienić na oddział wodolecznicy przez dodanie kilku sąsiednich gabinetów kąpielowych i kilku pokojów, znajdujących się w sąsiednim budynku, mam zaszczyt przy niniejszem przedstawić projekt zamiany oddziału dla natrysków na oddział wodolecznicy, zgodnie z tem, czego nas pod tym względem nauczyła praktyka, i na wzór lepszych tego rodzaju zakładów.

Przy układaniu projektu miano na względzie:

1) Przy urządzeniu zakładu wodoleczniczego zawsze starać się należy, by każda procedura wodolecznicza dokonywana była w możliwie obszernem pomieszczeniu przy dużym dostępie powietrza i światła, i by chory nie był ograniczony w ruchach. Z tego powodu wszelkie procedury wodolecznicze powinny być wykonywane w gabinetach, nie przedzielonych ściankami dla odosobnienia chorych. Ponieważ główny kontyngens chorych zakładów wodoleczniczych stanowią nerwowie, na których otoczenie wywiera wielki wpływ, przeto obszerne pomieszczenie, czystość i dobre wewnętrzne urządzenie odrazu usposabia chorego dobrze do wodoleczenia, którego skuteczne działanie nie długo da na się czekać. Z tego powodu im przestronniejsze i widniejsze będzie pomieszczenie dla oddziału wodoleczniczego, tem lepiej.

Z lekarskiego punktu widzenia nie należy pozostawiać chorych w oddzielnych małych gabinetkach, szczególnie przy długotrwałych procedurach, ponieważ takie odosobnienie nie pozwala lekarzowi jednocześnie widzieć wszystkich chorych i nie daje możności we właściwym

czasie poczynić tę lub ową zmianę lub nawet przerwać procedurę.

2) Wszystkie procedury hidropatyczne dzielą się, jak wiadomo, na krótkotrwałe (do 2 minut) i długotrwałe (do $\frac{1}{2}$ godziny i więcej). Stosownie do tego oddział wodolecznicy składać się powinien jakby z dwóch połów, jednej dla krótkotrwałych procedur (półkąpiele, natarcie i natryski), drugiej dla długotrwałych (szafki parowe, zawijania w koce). Co się tyczy nasiadówek, to ze względu na to, że projektuje się mieć ich tymczasem dwie, i że nie trzeba się przy nich w zupełności rozbierać, przeto mogą one być umieszczone w gabinecie, przeznaczonym dla półkąpiele i natarcia.

3) Przy takim podziale oddziału wodoleczniczego konieczna jest oddzielna sala do rozbierania się, złożona przynajmniej z 15 do 16 oddzielnych gabinetek (następują motywy i proponowane przeróbki techniczne).

4) Obok rozbieralni winno być pomieszczenie na poczekalnię.

5) Dla wykonania długotrwałych procedur konieczne są dwie sale: w jednej mieścić się powinny dwie szafki dla kąpiele parowych, w drugiej dwie kanapki dla zawijań w koce. W sali dla zawijań w koce powinien się znajdować wąż gumowy z kranem, doprowadzającym wodę, służącą do zmaczania prześcieradeł. Szafki parowe winny być tak urządzone, by stosownie do potrzeby mogły być w nich wykonane kąpiele gorącopowietrzne.

6) W oddziale natryskowym obok niektórych technicznych przeróbek do katedry WINTERNITZ'owskiej (w którą już dawniej był zaopatrzony oddział natryskowy), należy dodać rurę, przeprowadzającą parę wodną dla szkockich natrysków.

7) Co się tyczy podłóg, w dwóch salach, przeznaczonych na krótkotrwałe procedury, winna być ułożona drewniana siatkowana, taka sama, jak w dotychczasowym oddziale natryskowym, a w dwóch drugich należy ułożyć kokosowe chodniki.

8) We wszystkich salach należy urządzić wentylację.

9) Przy oddziale konieczny jest wychodek.

10) Nakoniec do całego oddziału wodoleczniczego przeprowadzić należy słodką wodę.

Zgodnie z opracowanym przeze mnie i kolegę GRUDZIŃSKIEGO planem urządzenia wodoleczenia w Ciechocinku i z przedstawionym przez prof. BRUSIANINA projektem przeróbki oddziału natryskowego na oddział wodoleczniczy, zarząd zakładu kąpielowego urządził oddział wodoleczniczy w następujący sposób: Oddział wodoleczniczy mieści się w łazienkach N. 1, ma oddzielne wejście od ulicy, składa się z 9 sal: poczekalni, rozbieralni, sali dla półkąpieli, nasiadówki, natarcia, sali natryskowej, sali dla kąpieli parowych i gorącopowietrznych szafkowych, sali dla zawijań w koce, pokoju dla służby kąpielowej ze składem bielizny, gabinetu dla lekarza i wateklozetu.

Oddział wodoleczniczy zaopatrzony został we wszelkie przyrządy i utensylia, służące do wykonania większej części procedur wodolecznicznych. Oprócz tego zakład kąpielowy zaopatrzył się w wykwalifikowaną służbę kąpielową męską i żeńską.

Przy takim urządzeniu oddziału wodoleczniczego stosowane w nim będą następujące procedury wodolecznicze: natarcie częściowe i całe, półkąpiele i całe kąpiele, nasiadówki, kąpiele nożne, kąpiele parowe i gorąco-powietrzne szafkowe, zawijanie w koce, wszelkiego rodzaju natryski miejscowe i ogólne, wodne i parowe o cie-

płocie, dającej się regulować, i o różnym ciśnieniu, nakoniec okłady i opaski.

Co się tyczy prowadzenia wodoleczenia, będzie ono ambulatoryjne, tak jak to ma miejsce w wielu zdrojowiskach, posiadających urządzenia dla wodoleczenia. Ordynować w hidropatyi będą wszyscy lekarze, praktykujący w Ciechocinku, główny zaś nadzór nad wykonaniem procedur wodolecznicznych i wykonanie ważniejszych procedur, jak np. natrysków, powierzone będzie jednemu z lekarzy.

W niektóre jeszcze szczegóły, dotyczące zewnętrznego i wewnętrznego urządzenia wodoleczenia w Ciechocinku, nie wchodzę; nie wiele się one zresztą różnią od przyjętych w innych zakładach wodolecznicznych.

Z powyższego opisu przekonać się można, że oddział wodoleczniczy w zakładzie kąpielowym w Ciechocinku, jak na początek, będzie dosyć obszerny i dosyć bogato urządzony; wątpić jednak nie należy, że z biegiem czasu dokonane w nim będą ulepszenia i dopełnione braki.

Już w tym zakresie oddział wodoleczniczy w Ciechocinku oddać powinien duże usługi, a miejmy nadzieję, że w niedalekiej może przyszłości stanie w naszym zdrojowisku pierwszorzędny zakład wodoleczniczy wraz z internatem, który umożliwi korzystanie z wodoleczenia w najszerszym zakresie i wpłynie na dalszy rozwój pierwszego naszego zdrojowiska.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 marca do 14 kwietnia 1905 r.

Pozostało z ubiegłego miesiąca 91 chorych (45 m. 46 k.), przybyło 90 (43 m. 47 k.), wyzdrowiało 79 (39 m. 40 k.), przewieziono do innych szpitali stosownie do rodzaju choroby 4 (3 m. 1 k.), zmarło 9 (5 m. 4 k.), zostaje w leczeniu 89 (41 m. 48 k.)

Według rodzaju chorób zapisano na:

Różę nowych chorych 24 (12 m. 12 k.), z ubiegłego miesiąca pozostało 20 (7 m. 13 k.),

wydzrowiało 15 (8 m. 7 k.) przewieziono do innych szpitali 2 (1 m. 1 k.), pozostało 27 (10 m. 17 k.) Chorzy przebyli dni szpitalnych 752 (245 dni 19 m., 507 d. 25 k.) Stopień natężenia choroby, jak w ubiegłym miesiącu. Chorzy przybyli z następujących ulic i domów. Brukowa 2, Dzielna 19, 2 p., Elektoralna 8, Hoża 21, Krochmalna 23, Kacza 10, Krakowskie Przedmieście 7, Lipowa 13, Łucka 14, Miodowa 17, Mazo-

wiecka 20, Plac Krasińskich 6. Podwale 25, Raszynska 18, Targowa 28, ze wsi Mysaków, Sielce, Wola i m. Radom.

Ospa. Przybyło 21 (14 m. 7 k.), z poprzedniego miesiąca pozostało 23 (12 m. 11 k.), wypisano zdrowych 15 (8 m. 7 k.), zmarło 3 (2 m. 1 k.), pozostało na miesiąc następny 26 (16 m. 10 k.) Ospowi chorzy przebyli dni szpitalnych 406 (26 m.), 307 (18 k.). Wśród ospowych chorych 14 (9 m. 5 k.) było nieszczepionych, a tylko 7 (5 m. 2 k.) szczepionych. Przebieg choroby nie był tak ciężki, jak w poprzednim miesiącu. Chorzy zapisani byli z następujących ulic i domów: Chmielna 32, Dobra 8, Krochmalna 73, Litewska 11, Nowogrodzka 37, Mińska 20, Miła 20, Pańska 77, Ś-to Krzyska 2, Wronia 57 (2 p.), 66 (2 p.), Wolska 44, Żelazna 77 i 1 ze wsi Sączkowiec.

Tyfus wysypkowy. Przybyło 12 (4 m. 8 k.), wypisano zdrowych 8 (5 m. 3 k.), zejść śmiertelnych nie było, pozostało na miesiąc następny 9 (3 m. 6 k.), 1 m. odesłano do szpitala Ś-go Łazarza.

Dni szpitalnych przebyli chorzy 135 (9 m.), 123 (9 k.)

Chorzy zapisani z następujących ulic: Ciepła 7, Dzika 29, Gnojna 11, Jerozolimska 8, Miedziana 25, Przemysłowa 19, Twarda 3, Wielka 39, Wolska 11, Wronia 82, Złota 65 i ze wsi Wola.

Tyfus brzuszny. Pozostało z ubiegłego miesiąca 10 (5 m. 5 k.), przybyło 3 (2 m. 1 k.), wypisano zdrowych 6 (3 m. 3 k.), zmarło 4 (2 m. 2 k.), na miesiąc następny zostaje 3 (2 m. 1 k.) Dni szpitalnych przebyli 108 (7 m.), 72 (6 k.) Przybyli z ulic: Dzika 73, Wolska 47, Pańska 109.

Płonica. Dwa przypadki (1 m. 1 k.) pozostały z ubiegłego miesiąca, dwie kobiety przybyły w miesiącu sprawozdawczym, wypisano zdrowych 2 (1 m. 1 k.), 1 k. zmarła, jedna pozostaje na miesiąc następny.

Dni szpitalnych przebyli: 31 (1 m.), 32 (3 k.).

Błonica. Pozostało 4 (2 m. 2 k.), 1 k. przybyła, wypisano zdrowych 3 (1 m. 2 k.), — 2 (1 m. 1 k.) pozostaje na miesiąc następny. Dni szpitalnych przebyli 47 (2 m.), 42 (3 k.).

Odra. Pozostało z poprzedniego miesiąca 4 (1 m. 3 k.), 1 k. przybyła, 4 (1 m. 3 k.) wypisało się zdrowych, 1 k. pozostała. Dni szpitalnych przebyli 24 (1 m.) i 18 (4 k.).

Krzusiec. Przybyła 1 k., pozostało z ubiegłego miesiąca 4, wyzdrowiało 3 (1 m. 2 k.), 1 mężczyzna z powodu powikłań ze strony opłucny po przebyciu krzusa przewieziony do szpitala Dz. Jezus, na miesiąc następny pozostał 1 m. Dni szpitalnych przebyli 73 (3 m.), 50 (2 k.).

Gryp a. Przybyło 5 (2 m. 3 k.), wyzdrowiało 3 (1 m. 2 k.), pozostało na miesiąc następny 2 (1 m. 1 k.). Dni szpitalnych przebyli 10 (2 m.) 26 (3 k.).

Następnie przybyli chorzy na biegunkę krwawą 1 m., gorączkę płożową 2, różyczkę (rubeola) 2 m., pozostają w leczeniu, przebywszy 9 dni szpitalnych w miesiącu sprawozdawczym; na pokrzywkę 2 (1 m., 1 k.) wypisało się zdrowymi po przebyciu 18 dni szpitalnych, zimnicę 1 m. pozostał z ubiegłego miesiąca, gościec stawowy 1 zostaje w leczeniu, po zapaleniu opon mózgowych urazowem 1 m., zapalenie płuc 3 m., 2 ostre zapalenia błon śluzowych dróg oddechowych, 2 ostre zapalenia gardła ogniskowe, 2 nieżyty żołądka i kiszek, 2 ostre nieżyty kiszek, 1 zapalenie nerek, 1 zapalenie tkanki okołomocicznej, 1 plamica krwotoczna, 1 rumień (*erythema*).

Prócz tego pozostają w szpitalu z poprzedniego miesiąca na uwiad starczy 2 k., kontuzję goleni 1, rany postrzałowe 2 (1 m. 1 k.).

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym 181 chorych przebyli 2817 dni szpitalnych.

Zamiejscowych chorych przybyło 11 (6 m. 5 k.).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława, wydano 15 (11 m. 4 k.). Śmiertelność miesięczna 4,97%.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= WILDHOLZ opisuje chorą 57-letnią, u której od wielu lat występowały na niektórych palcach objawy zapalne, znikające po kilku dniach, lecz z pozostawieniem nierównych stwardnień. W następstwie skóra pozostawała stale zaczerwieniona i napięta; na niektórych palcach utworzyły się małe owrzodzenia, z których wydzielala się ziarnista, gęstawa żółtawo-biała, niekiedy zawierająca złogi wapienne masa. Podobne, acz w słabszym stopniu, zjawiska spostrzegano i na palcach stóp. W okolicy stawu łokciowego powstała przetoka przy objawach gwałtownego zapalenia, z której przez wiele dni wydobywała się wapienno-kaszowata

masa; po zagojeniu się pozostały liczne guziki powiększające się, bolesne, które musiano ostatecznie wyluszczyć. Dokładne badanie drobnowidzowe tych złogów nie wyjaśniło ani etiologii, ani patologii sprawy; znajdowano stale dokoła nich przemianę wsteczną tkanki, poprzedzającą, jak się zdaje, odkładanie się wapna. Guziki przypominały wyraźnie artrytyczne, lecz składały się prawie wyłącznie z soli fosforowych i węglanów, bez śladu kwasu moczowego. (Podobny przypadek zakomunikował niedawno w Tow. Lek. DUNIN).

(Arch. f. Derm. n. Syph. T. 70).

Wiadomości bieżące.

— Odczyty zgłoszone na Zjazd balneologiczny, mający się odbyć w d. 6 i 7 maja r. b.

1) D-r F. ARNSTEIN. Jakie stanowisko zająć winno leczenie balneoterapeutyczne kamicy moczowej?

2) D-r K. DŁUSKI. Drugie sprawozdanie z działalności Sanatorium dla chorych piersiowo w Zakopanem (od d. 1/5 1904 do 1/4 1905 r.).

3) D-r H. DOBRZYCKI. O sanatoriach w Królestwie i zabranym Kraju.

4) Prof. d-r W. JAWORSKI i d-r K. FLIS. Wyniki badań fizykalno-chemicznych polskich wód zdrojowych i znaczenie ich dla balneologii.

5) Prof. d-r L. KORCZYŃSKI. O organizacji i administracji krajowych zdrojowisk.

6) Doc. d-r J. LEMBERGER. O źródłach wody mineralnej w Głębokiem.

7) Tenże. Czy można zastąpić naturalne wody mineralne sztucznymi?

8) Rada dworu d-r J. MERUNOWICZ. O przepisach budowniczych w zdrojowiskach.

9) D-r Z. PELCZAR. Leczenie chorób serca w Truskawcu.

10) D-r T. PRASCHIL. Temat zastrzeżony.

11) Prof. d-r W. SZAJNOCHA. Temat zastrzeżony.

12) D-r E. WAJGIEL. Higiena zdrojowisk.

13) D-r J. ZANIEŁAWSKI. O nowszych metodach elektrolecniczych w stosunku do postępów balneologii (z demonstracją).

14) D-r Z. WĄSOWICZ (Krynica) i Jan hr. POTOCKI (Rymanów). Najistotniejsze potrzeby i braki zdrojowisk i uzdrowisk krajowych.

— Otrzymaliśmy 23 sprawozdanie za rok 1904 z działalności Kasy pomocy dla osób, pracujących na polu naukowym imienia d-ra med. Józefa MIANOWSKIEGO. Członków założycieli miała kasa 87, członków honorowych 157, członków rzeczywistych wniosło roczną składkę w 1904 r. 1029. Z funduszu obrotowego wydano na cele i badania naukowe 8795 rb.; na wydawnictwa naukowe 10,698 rb. 55 kop., z funduszy specjalnych wypłacono 12,466 rb. 77 kop., czyli ogółem 31,960 rb. 32 k.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
Własność rządowa francuska



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przysługujące użyte Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzywiasz, podagra, cukrzyca.

Wytworzy ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

VICHY GRANDE-GRILLE

PASTILLES VICHY-ÉTAT
Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Słabości wątroby i organów śluzki wydzielających.

VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Römerbad

Stacya kolei południowej.
Początek sezonu 1 Maj.

Najsukuteczniejsza Akrottherma Styryi 36° do 37° stopni C., działa jak Gastein, Teplitz, Pfäfers przy podagrze, gośćcu, chorobach kobiecych i nerwowych, w stanach osłabienia, urazach i influenzy i ich następstwach.

Łagodny, podalpejski klimat. Nowoczesny komfort. Tani pobyt. Połączenie kuryerem z Wiednia 8, z Tryestu 5, z Budapesztu 9 godzin.

Prospekty darmo za pośrednictwem Dyrekeyi Kąpielowej, Römerbad w Styryi.



VITTEL
GRANDE SOURCE

PODAGRA

KAMIENIE

ARTRETYZM

Sezon od 21 Maja do 25 Września.

VITTEL-PALACE, Hotel urządony z wielkim komfortem.

Liczne hotele i wille.

Kasyno—Klub—Teatr—Hydroterapia

Objaśnień udziela: Henryk Mendelssohn, w Warszawie Leszno 12.

Zakład hydropatyczno-leczniczy

„CHOJNY” POD ŁODZIĄ

pod kierunkiem lekarskim D-ra A. Landego.

Sezon letni od 1 maja r. b.

Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych (z wyjątkiem umysłowych i zakaźnych). Kanalizacya, wodociąg, waterklozety, ogrzewanie centralne, oświetlenie elektryczne. Ogród owocowy, park, lasek, staw z łódkami. Wszelkie metody racjonalnego leczenia fizykalnego (hydropatya, kąpiele specjalne, elektryzacya, masaż i t. d.) i dyetetycznego. Specyalne urządzenie dla kąpieeli powietrznych i słonecznych. Wody mineralne. Kefir. Połączenie telefoniczne.

Prospekty gratis.

NAŁĘCZÓW

Zakład leczniczy cały rok otwarty. W sezonie zimowym ceny niższe (od rb. 3 kop. 50 dziennie całkowite utrzymanie wraz z leczeniem). Prospekty na żądanie gratis i franco.

D-r B. Landau

były ordynator sanatorium Leysin, lekarz polak
ordynuje jak lat poprzednich

w **San-Remo**

Via Vittorio Emanuele, 22 Casa Rubino.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny

i pracownia, przyrządów ortopedycznych D-ra Reichsteina, Warszawa, Twarda 10, telef. 4217.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy aptece

FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville Faschingen i Selters.

ROK III.

BIBLIOTEKA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK

poświęcony wydawnictwu podręczników z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych
pod redakcją D-ra Józefa Zawadzkiego.

Cena roczna rb. 8 w Warszawie, rb. 10 z przesyłką pocztową, półrocznie rb. 4 w Warszawie, a 5 na prowincyi. Cena ogłoszeń za stronę rb. 10.

Cena wraz z „Kroniką Lekarską“ (tylko rocznie)
W Warszawie rubli 14 rocznie.
Na Prowincyi rubli 16 rocznie.

WARSZAWA, SZKOLNA 8.

Wyszły z druku i są do nabycia:

Prof. G. DIEULAFOY. *Podręcznik chorób wewnętrznych. Tom I (Choroby narządów oddechania i krążenia)*, Cena rb. 4, w oprawie 4.50. II (*Choroby narządów trawienia, wątroby i trzustki*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50. III (*Choroby nerwów i układu nerwowego*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50. IV (*Choroby zakaźne*).

2) Prof. LANDERER. *Dyagnostyka chirurgiczna. Część I-sza ogólna z 36 rysunkami*. Cena rb. 1 kop. 20. Cz. II *Dyagnostyka chirurgiczna szczegółowa z 66 rysunkami*. Cena rb. 1.20.

3) Prof. RUNGE. *Położnictwo. Część I. (Fizjologia ciąży, porodu i połogu Operacje akuszerskie)*, z 73 rysunkami w tekście. Cena rb. 2 kop. 50. Część II *Patologia i terapia ciąży połogu i porodu (z 34 rysunkami)*. Cena rb. 2 kop. 50.

4) Dr. W. MORACZEWSKI (ze Lwowa) *Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych (badania moczu, kału, treści żołądkowej, śliny, krwi etc.)* Cena rb. 1.50.

Wkrótce rozpoczęty zostanie druk dzieł następujących:

1) J. BRUNER. *Technika bakteriologiczna w zastosowaniu do badań klinicznych*. 2) J. COMBY. *Podręcznik chorób dzieci*. 3) Prof. JESSNER. *Krótki podręcznik chorób skórnych*. 4) Prof. SAMUEL POZZI. *Choroby kobiece*. (Ginekologia kliniczna i operacyjna z licznymi rysunkami). 5) Prof. SONNEBURG i R. MUHSAM. *Technika operacji i opatrunków (z licznymi rysunkami)*. 6) Dr. W. MORACZEWSKI *Dyabetyka*. 7) Dr. W. OLTUSZEWSKI. *Choroby mowy*.

Rok II

GINEKOLOGIA

Rok II

miesięcznik poświęcony chorobom kobiecym i położnictwu wychodzi w Warszawie przy udziale najwybitniejszych sił fachowych polskich.

Przedpłata roczna Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Redaktor: D-r Czesław Stankiewicz.

Adres Redakcyi: ZŁOTA 3, w Warszawie. Zeszyt okazowy na żądanie