

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 18.

Warszawa d. 6 Maja (23 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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł 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 nagminnem zapaleniu opon mózgodzeniowych (dętwicy karku) oraz wyniki badania krwi odnośnych przypadków dokonanego przez autora. Podał d-r St. Klein. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 34. Działanie kwasu chinowego na przemianę wapnia. 35. Wczesne rozpoznanie i leczenie wiału. 36. Ekstrakt słodowy jest cennym środkiem spożywczym. 37 O dziedziczności zezu zbieżnego i jego leczeniu. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 23 i 29 lutego i 7 marca 1905 r. — XXII zjazd internistów w Wiesbaden. Podał A. Simon z Wiesbaden. — Kronika. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w kwietniu 1905 roku. — 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. 17).

Tyle o stosunku nowotworu w naszym przypadku do korzeni grzbietowych rdzenia. Co się tyczy stosunku jego do odcinków rdzenia,

to tutaj kierowaliśmy się zasadą, której sformułowanie kliniczne jest zasługą BRUNSA. Wykazał on mianowicie, że nowotwór, jako też i uraz w zadziwiający sposób oszczędza korzenie, przebiegające wewnątrz kręgowo, a specjalnie te, które pochodzą z segmentów, leżących ponad właściwym umiejscowieniem nowotworu, i przechodzą przy nowotworze tylko ku swojemu wyjściu z kanału kręgowego, podczas kiedy oczywiście korzenie, wychodzące z miejsca, odpowiadającego siedlisku nowotworu, zniszczone już są przez samo zajęcie rdzenia. Stąd wynika bardzo ważne dla umiejscowienia nowotworu prawidło,

polegające na tem, że gdy najwyżej zlokalizowane objawy zniesienia funkcji (t. zw. Ausfallsymptome), wskazują w danym przypadku na zajęcie określonego terytorium korzeniowego, to zajęcie to miało miejsce tuż przy wyjściu korzeni tych z rdzenia (na wysokości odcinka), a nie na wysokości odpowiedniego korzenia podczas jego przebiegu wewnątrzkręgowego.

Tak więc górny brzег nowotworu powinien był leżyć w przypadku naszym nie na wysokości V i VI korzenia, lecz V i VI odcinka grzbietowego.

Tyle co do lokalnej dyagnozy nowotworu, która stwierdzona została na sekcji. Rozumowanie to zgadzało się także z klinicznie bardzo ważnym faktem bolesności III i IV kręgu grzbietowego, gdyż różnica w wysokości górnego brzegu odcinka, oraz górnego brzegu kręgu wynosi w części grzbietowej według skali GOWERS'a mniej więcej 1½ ciał kręgowych. Tak więc utworzono przy operacji III i IV, a następnie i II krąg grzbietowy.

LEYDEN i GOLDSCHIEDER mówią w najnowszym wydaniu swego dzieła (1904 r.): „ze względu na zabieg operacyjny niezbędne jest określenie wysokości z dokładnością mniej więcej trzech wysokości kręgów, ponieważ może się zdarzyć, jak wskazuje doświadczenie, że wyjęto kilka łuków żebrowych, i nie znaleziono, i musiano przerwać operację, ażeby nie uczynić zbyt wielkiego obrażenia, podczas gdy nowotwór znajdował się tuż obok“. Coś podobnego miało miejsce i w naszym przypadku. Jak widzimy, najdokładniejsze rozpoznanie czasem w praktyce zawodzi, i my, uniknąwszy przy uwzględnieniu postulatów SHERRINGTON'a pomyłki zbyt wysokiego otwarcia kanału kręgowego, poszliśmy przy operacji za mało ku dół, gdyż, jak się okazało na sekcji, nowotwór znajdował się tuż pod dolnym brzegiem otworu kostnego nie więcej, jak o jakie 2—3 mm. poniżej. Pod tym względem przypadek nasz jest istotnie interesujący. SCHLESINGER w monogra-

fii swojej mówi: „należy to w każdym razie do rzadkości, ażeby miejsce kompresji znalazło się w niżej położonym punkcie, aniżeli by na to wskazywały dane kliniczne“.

Gdyby dane kliniczne były absolutnie pewne, wtedy skłonilibyśmy chirurga do rozszerzenia otworu kręgowego i do rozcięcia opony twardej, a wtedy nowotwór byłby jak na dłoni, podczas operacji bowiem uderzyło nas zjawisko, że rdzeń zupełnie nie pulsował.

BRUNS opisuje podobne zjawisko w pierwszym ze swoich ogłoszonych w r. 1896 przypadków, w którym także nowotworu nie znaleziono podczas operacji, lecz znaleziono go na sekcji. Lecz — powtarzamy — przebieg kliniczny nie był o tyle przekonywający, ażeby upoważniał do przedłużania bądź co bądź bardzo poważnej operacji — a zwłaszcza odbierał nam tę pewność brak charakterystycznych objawów bólowych, tak ważną odgrywającą rolę w omawianym już powyżej postulatcie BRUNS'a.

Tym to objawom bólowym w naszym przypadku musimy jeszcze poświęcić słów kilka. Jak wiadomo, bóle, stanowiące najbardziej charakterystyczny objaw nowotworów rdzenia, odznaczają się wielką gwałtownością; chorzy określają je, jako palące, świdrujące, krające, łamiące, należą one do najcięższych bólów, jakie wogóle spostrzegać można w patologii i noszą charakter wyraźnie neuralgiczny, ograniczając się albo do określonego terytorium, albo też promieniując, na zasadzie prawa ekscentrycznej projekcji wrażenia. Nic podobnego nie można było spostrzegać w naszym przypadku: bóle przeważnie w *hypochondrium dextrum*, które istniały od początku choroby i były prawie stałe — odznaczały się tak nieznaczem napięciem i były tak mało charakterystyczne, że wogóle w obrazie klinicznym nie mogły być brane w rachubę. W literaturze udało nam się odnaleźć zaledwie 4 przypadki nowotworów rdzenia, w których bólów zupełnie nie było: są to przypadki M. CLARKE'a, SIBELIUS'a, JAFFE'go, BARLEY'a, oraz 2 przypad-

ki SCHULTZE'go, w których natężenie bólów było bardzo nieznaczne. LEYDEN i GOLDSCHIEDER sądzą, że odgrywa tu być może rolę konsystencya nowotworu, przypuszczenie, któremu trudno przyznać słuszość. Również bezpodstawne jest twierdzenie SCHULTZE'go, jakoby nowotwór w niektórych przypadkach już zawczasu do tego stopnia uciskał tylną istotę szarą, że bóle, powstające, jako objaw podrażnienia tylnych korzeni — nie mogą, jako takie, być przeprowadzone ku górze.

Pozostaje nam do roztrząśnięcia jeszcze jedno interesujące pytanie teoretyczne, mianowicie: jaki byłby przebieg cierpienia i czy można byłoby oczekiwać wyzdrowienia, ewentualnie znacznego polepszenia, gdyby nowotwór był znaleziony i usunięty, gdyż, jak wykazało badanie pośmiertne, był on najzupełniej wyluszczalny? Od czasu słynnego przypadku GOWERS'a i HORSLEY'a, który stanowi prawdziwy tryumf naszej nauki — nie ulega najmniejszej wątpliwości, że istnieją nowotwory rdzenia, które mogą być usunięte drogą operacyjną i że przed chirurgią rdzenia utworzyło się szerokie pole działania.

Podajemy tutaj według LEYDEN'a i GOLDSCHIEDER'a najnowsze zestawienie wyników na polu chirurgii nowotworów rdzenia. Dotychczas istnieje w literaturze 45 przypadków operacyjnego usunięcia t. zw. ukrytych nowotworów rdzenia.

1) HORSLEY i GOWERS. 1887. (Przypadek nowotworu rdzenia z wyleczeniem po usunięciu).

2) HORSLEY. (British. med. Journ. 1890. Bd. II). Śmierć.

3) ROY. 1890. (New York med. Record. 1890). Polepszenie.

4) LAQUER i REHN. (Neurologisches Centralblatt. 1891. S. 193). Poprawa.

5) FENGER, CHURCH i EISENDROTH. 1890. (American Journal of the Medical sciences. 1892). Śmierć po 5 dniach.

6) PESCAROLO i CAPONOTTO. (Verhandlun-

gen des X internationalen Congresses. Bd. IV. S. 9). Bez zmiany.

7 i 8) LICHTHEIM i MIKULICZ. (Deutsche medicinische Wochenschrift. 1891. Str. 1386). Śmierć.

9) RANSOM i THOMSON. (British. med. Journ. 1894, Bd. I, pag. 395). Śmierć.

10) SAENGER i F. KRAUSE. (München. medicinische Wochenschrift. 1894. N. 22). Śmierć.

11) BRUNS i LINDEMANN. (Neurologisches Centralblatt. 1894, oraz Archiv für Psychiatrie. Bd. XXVIII). Śmierć.

12) STARR i COSH. (The Americ. Journ. of med. Sciences. 1895). Śmierć.

13) KÜMMEL. (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. 1895). Poprawa.

14 i 15) ABBE. (New York med. Record. 1889 i 1890). W jednym przypadku poprawa, w drugim śmierć po 9 dniach.

16) QUENSEL i GARTEN. (Neurologisches Centralblatt. 1898). Śmierć po 6 dniach.

17 i 18. QUANTE. (Inaugural-Dissertation. Kiel. 1899). W jednym przypadku bez zmiany, w drugim śmierć po 6 dniach.

19) BÖTTGER i F. KRAUSE (Deutsche med. Wochenschrift. 1900). Poprawa.

20) TRENDELENBURG i WILMS. (Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1898). Nieznaczna poprawa objawów rdzeniowych. Śmierć po 9 miesiącach.

21. PUTNAM i WARREN. (The med. Journ. of the med. scienc. 1899). Znaczna poprawa.

22 i 23) STARR. (Centralblatt für Chirurgie. 1901). W 1 przypadku poprawa, w drugim śmierć po 4 tygodniach.

24) OPPENHEIM i SONNENBURG. (Berliner klinische Wochenschr. 1902. N. 2). Śmierć po 18 dniach.

25, 26, 27, 28) SCHEDE i F. SCHULTZE. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1901. Bd. XVI. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte im Hamburg. 1901. Centralblatt

für Chirurgie. 1901. Mittheilungen aus den Grenzgebieten. 1903). 3 wyleczenia, 1 śmierć.

29) SCHULTZE i GRAFF. Tamże. Poprawa.

30) HENSCHEN i LENNANDER. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten. 1902). Wyleczenie.

31 i 32) E. HAHN. (Berliner klinische Wochenschrift. 1902). W jednym przypadku śmierć, w drugim wyleczenie.

33) OPPENHEIM i SONNENBURG. (Berliner klinische Wochenschrift. 1902. Nr. 39). Wyleczenie.

34) PUTNAM, KRAUSS i PARK. (The americ. Journ. of the med. sciences. 1903). Wyleczenie.

35) RAYMOND i CESTAN. (Revue neurolog. 1903. N. 4). Rezultat niewiadomy.

36) STARR. (Philad. med. Journ. 1902). Wynik niewiadomy.

37) REMAK i F. KRAUSE. (Berliner klinische Wochenschr. 1902. Deut. med. Woch. 1902). Śmierć.

38) ISRAEL. (Berliner klinische Wochenschrift. 1903). Wyzdrowienie.

39) THORBURN i GARDNER. (Brain. 1903). Śmierć.

40) BAILEY. (Journ. of nerv. and ment. diseases. 1903). Wyzdrowienie.

41) CURTIS. (New York. Record. 1898). Śmierć po 16 dniach.

42) DAVIES-COLLEY. (Clin. Society London. 1892). Poprawa.

43) ESKRIDGE i ROGERS. (Philad. med. Journ. 1898). Śmierć po 9 dniach.

44) ESKRIDGE i FREEMAN. (Ibidem. 1898). Poprawa.

45) IGNATOFF. (Medicinisches Journal. St. Petersburg. 1896). Poprawa.

Z tych 45 przypadków w 11 nastąpiło wyleczenie lub też poprawa prawie równoznaczna z wyleczeniem, w 11 poprawa po usunięciu nowotworu. W 2 przypadkach (PESCAROLO i QUANTE) pozostał stan niezmienny, gdyż rdzeń z nadto już ucierpiał wskutek długotrwałego uci-

sku. W 19 przypadkach nowotwór wprawdzie znaleziono, lecz bezpośrednio po operacji nastąpiła śmierć wskutek wstrząśnienia, posocznicy, zapalenia opon, krwotoku następczego i t. d. Do tego dołączyć należy 5 przypadków niepełnej operacji nowotworu; w jednym przypadku (BRUNS i KREDEL) nowotwór znaleziono, lecz nie rozpoznano, w innym (CLARK-BRAIN 1895) można było usunąć tylko kawałek nowotworu, gdyż nastąpiła zapaść. W przypadku PUTNAM'a, KEEN'a i WARREN'a znaleziono nowotwór, lecz niepodobna go było usunąć, w przypadku MICHELL'a CLARKE nastąpiła zapaść, utrudniająca dokończenie operacji. W przypadku STARR'a i M. BURNAY'a nie można było usunąć doszczętnie mas gruczolanych. W przypadku SCHULTZE'go i SCHEDE'go, usunięty został tylko kawałek nowotworu. Te przypadki śmiertelne, w których dokonano otwarcie kanału kręgowego, lecz nie znaleziono nowotworu, który w istocie był — nie zaliczone zostały do powyższego zestawienia, gdyż liczbę ich trudno jest określić.

Jak widzimy, odsetka przypadków szczęśliwie operowanych jest dość duża, przekonywamy się jednakże jednocześnie, jak znaczny jest procent śmiertelności nawet w takich przypadkach, w których ze względu na dokładność lokalnej dyagnostyki i szczęśliwe warunki umiejscowienia nowotworu, można byłoby spodziewać się pomyślnych wyników.

Według nas olbrzymią rolę w niepomyślnych wynikach operacji rdzeniowych odgrywa niedostatecznie jeszcze wyrobiona technika operacyjna oraz wskutek specjalnych warunków położenia i ukrwienia kości kręgosłupa oraz rdzenia trudność uniknięcia infekcji. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że rękoczynny dokonywane na kośćcu kręgowym przy pomocy dłuta i młotka, nie mogą pozostać obojętne dla delikatnej tkanki rdzenia, gdzie tak wielka liczba ośrodków skupiona jest na bardzo nieznanym terytorium (pod tym względem warunki są znacznie pomyślnie, aniżeli w korze mózgowej).

W przypadku naszym, jakkolwiek operacja dokonana była wyłącznie przy pomocy szczypców kostnych, zupełnie bez zastosowania dłuta i młotka, stwierdziliśmy zniknięcie bezpośrednio po operacji odruchów kolanowych, które poprzednio były olbrzymio wzmożone. Tak więc pewnego wstrząśnienia nie zdano uniknąć i tym razem. Kto wie, czy udoskonalenie techniki operacyjnej, operowanie za pomocą bardziej subtelnych instrumentarium (np. trepan z motorem elektrycznym), nie rozszerzy owocnie zakresu chirurgii rdzenia nawet na te przypadki, w których dotychczas pozostaliśmy bezsilni.

(C. d. n.).

Stan obecny nauki o

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

Podał

D-r Stanisław Klein

Ordynator szpitala Starozakonných

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 17).

n) O objawach ze strony przewodu pokarmowego była mowa wyżej; ze strony narządu oddechowego zanotować należy oddech przyspieszony, przyczem w końcu choroby może wystąpić oddech CHEYNE-STOKES'a. U dzieci jest to objaw bardzo częsty, ale nie groźny. Niekiedy występuje zapalenie płuc, jako powikłanie. Serce zajęte bywa rzadko, śledziona jest umiarkowanie powiększona.

o) Na skórze znajdujemy jeden z bardzo ważnych objawów, a mianowicie wyprysk, umiejscawiający się najczęściej na wargach, nosie, policzkach, czole, powiekach i uchu. Wyprysk zjawia się już w pierwszych dniach cho-

roby, pomiędzy 3 a 6 dniem. Dla rokowania objaw ten niema żadnego znaczenia. Poza tem zjawia się niekiedy różyczka i wylewy krwawe drobne. U dzieci i osobników młodych występuje niekiedy zaczerwienienie skóry szkarłatne, rzadziej pokrzywka. Wysypki bywają niekiedy symetrycznie rozsypane.

p) O zajęciu stawów mówiliśmy już wyżej, zdarzają się także odleżyny i zakrzepy żył.

q) Mocz wydziela się bardzo obficie, zawiera niekiedy trochę cukru lub białka, walczki. W większości przypadków daje odczyn diazowy.

r) Wychudnienie następuje w większości przypadków stosunkowo bardzo szybko i sięga wybitnych rozmiarów, tak że tęgi, dobrze zbudowany mężczyzna przemienia się w szkielet, obciążony skórą. Głównym powodem tego wychudnienia jest długotrwałość choroby, głównie zaś wymioty.

s) Tętno jest zawsze przyspieszone, niekiedy nieregularne (u dzieci). Tętno 120—140 w późniejszych okresach choroby jest objawem niepomysłnym.

t) Gorączka, którą często poprzedza dreszcz, jest stałym objawem choroby, sięga niekiedy dużego natężenia i trwa dość długo. Przed śmiercią spada ciepłota niżej normy, albo też występuje temperatura hyperpyretyczna (do 43,75°), wzmagająca się jeszcze po śmierci. W przypadkach o średnim natężeniu gorączka stała po kilku dniach przybiera charakter nieprawidłowo-remitującej z rozmaitymi wahaniami. Bywają nawet pauzy bezgorączkowe, zapowiadające, zdawałoby się, ustępowanie choroby, po pewnym jednak czasie występuje nowy wybuch gorączki, niekiedy niebezpieczny. Zwykle następne nasilenia bywają coraz słabsze, ale nie zawsze tak bywa. Jeżeli wahania te trwają długo, to chory ginie z wyczerpania. Crisis występuje rzadko, niekiedy znów choroba przebiega zupełnie na podobieństwo malaryi, niekiedy zaś gorączka przez cały czas jest słaba, a nawet

zdarza się tak, że gorączki wcale już niema, a mimo to choroba wraz z jej nasileniami i zwolnieniami wciąż tygodniami całymi się ciągnie. Gorączka wogóle nie znajduje się w żadnym związku z natężeniem choroby.

Już wyżej wspomnieliśmy, iż choroba pozostawia po sobie ślady; najczęstsze bywają w postaci: utraty słuchu i wzroku, głuchoniemoty i niemoty, osłabienia władz umysłowych i pamięci, w postaci bólu głowy i wreszcie porażen. Te ostatnie jednak często po paru miesiącach znikają, podczas gdy poprzednie trwają długo i małej ulegają poprawie.

Etiologia. Choroba ma pochodzenie pasorzytnicze. Oprócz warunków, sprzyjających jej powstawaniu, najważniejszą przyczyną, ją wywołującą, są pasorzyty. W pewnej liczbie przypadków szczególnie sporadycznych, znajdowano pneumokoki. Najczęściej jednak, i to w postaci nagminnej, znajdują się w wytworach zapalnych wykryte przez WEICHELBAUM'a podwójne koki, nazwane przez niego *diplococcus intracellularis*; są to płaskie szerokie koki z poprzeczną brózdą, nadającą im kształt bułki, otoczone wąską bardzo obwódką, nie dającą się jednak niekiedy stwierdzić. Koki układają się niekiedy po 4 sztuki, dlatego też nazwał je JÄGER *tetracoccus*. Bakteryje te znajdowano także w wydzielinie nosowej i gardzieli chorych.

Rokowanie jest trudne nawet w przypadkach piorunujących a także w przypadkach poronnych. Jak pierwsze mogą niespodzianie przyjąć postać łagodniejszą, tak drugie ni ztąd, ni zowąd gwałtownie mogą uleść pogorszeniu. W przewlekłych zaś przypadkach trudno z góry przewidzieć, ile choroba da nasilen, i jakie będzie ich natężenie. Zresztą długotrwały przebieg choroby, którego nie można przewidzieć, też kryje w sobie nie dające się określić niebezpieczeństwo. W każdym razie kierować się należy przy rokowaniu następującymi wskazówkami.

1) U dzieci jednorocznych a nawet 2—3 letnich rokowanie jest niepomysłne, chociaż nie bezwzględnie.

2) U dzieci starszych, dobrze odżywianych rokowanie jest względnie najlepsze.

3) Rokowanie pogarszają objawy przygnębienia: *sopor*, *coma*, porażenie nerwu błędnego.

4) Częste drgawki i uporeczywe wymioty szczególnie u dorosłych, są oznaką bardzo niepomysłną.

5) Daleko posunięte wycieńczenie rokuje źle.

6) Długie trwanie choroby rzadko daje wyzdrowienie zupełne.

Rozpoznanie różniczkowe.

a) Od zapalenia opon wyłącznie mózgowych odróżnia się choroba obecnością objawów rdzeniowych (objawy ze strony krzyża, kręgosłupa, bóle w kończynach, odruchy) i etiologią. W przypadkach sporadycznych zapalenia opon mózgorrdzeniowych należy przedewszystkiem dokładnie zbadać zwykłe punkty wyjścia zmian zapalnych opon, a więc: uszy, nos, zatoki czołowe, oskrzela i migdałki, i przekonać się, czy nie poprzedziły choroby zapalenia płuc, influenza lub inne cierpienia zakaźne, które bywają niekiedy punktem wyjścia zapalenia opon. Dopiero w braku wszystkich tych okoliczności można dany przypadek, klinicznie zbadany, uważać za sporadyczne zapalenie opon mózgorrdzeniowych. *Menigitis serosa* daje bardzo niską gorączkę i przezroczysty płyn mózgorrdzeniowy, którego wypuszczenie daje szybką poprawę.

b) Od zapalenia opon gruźliczego choroba odróżnia się z trudnością. Pierwsza ciągnie się znacznie dłużej, ma skryty i niewyraźny początek, daje słabszy odczyn i słabszą gorączkę. Wyprysku zwykle niema. Ułatwia rozpoznanie obecność zmian gruźliczych w innych narządach a szczególnie cechy płynu mózgorrdzeniowego, dobytego za pomocą punk-

eyi QUINCKE'go. Płyn mózgodzeniowy jest w gruźlicy opon przeważnie przezroczysty, posiada ciężar gatunkowy 1010 i zawiera do 2^o/₁₀₀ białka. W przypadkach ropnych, szczególnie w postaci epidemicznej, płyn jest zawsze prawie mętny, niekiedy ropny, ciężar gatunkowy wynosi 1015, płyn zawiera 8—9^o/₁₀₀ białka. Dane te, niestety, ulegają znacznym wahaniom, tak że absolutnie pewne nie są. Zaznaczyć tu jednak należy, iż i w nagminnym zapaleniu opon, również jak i w gruźliczem, płyn może mieć charakter surowicy, brak wtedy lasieczników gruźliczych (rzecz częsta w gruźliczej postaci) rozpoznania nie rozstrzygnie. W takich razach należy szukać koków swoistych dla naszej choroby; obecność koków ropnych będzie wtedy przemawiała za charakterem ropnym zwykłym zapalenia.

Ponieważ jednak nie zawsze próba QUINCKE'go daje się przeprowadzić, a innych objawów, absolutnie odróżniających obie te choroby od siebie, brak, nie od rzeczy będzie, jeśli podam kilka wskazówek, jakie udało mi się wykryć, badając epidemię zapalenia opon nagminnego, jaka panowała u nas w Warszawie na wiosnę r. 1893. Część przypadków miałem możność dokładnie obserwować w szpitaliku dziecięcym imienia Bersonów i Baumanów w oddziale kol. Juliana KRAMSZTYKA. I tu trudność odróżnienia niekiedy obu tych cierpień była tak wybitna, że rozpoznanie wahało się przez ciąg kilku tygodni.

Wychodząc z założenia, że w przypadkach cierpień czysto gruźliczych liczba leukocytów krwi nie bywa wzmożona, z drugiej znów strony wobec tego, że w przypadkach ostrych spraw ropnych, a za taką chyba uważać należy zapalenie nagminne opon mózgodzeniowych, leukocytoza znajduje się prawie zawsze, postanowiłem z badać krew na leukocytozę w całym szeregu przypadków *meningitidis cerebro-spinalis epidemicae*, jakie mi się nastęrczały w oddziale kol. KRAMSZTYKA. Niestety nie udało mi się otrzymać oddziałowych kart szpitalnych, tak że nie jestem w stanie podać danych klinicznych;

ograniczę się zatem tylko na zaznaczeniu, iż wszystkie te przypadki należały do typowej postaci epidemicznej i miały przeważnie zejście pomyślne (epidemia wogóle była dość łagodna), co już samo przemawia za ścisłością rozpoznania; co się zaś tyczy przypadków, gdzie rozpoznanie było wątpliwe (o jednym pamiętam bardzo dobrze, jak długo kol. KRAMSZTYK słusznie na razie obstawał przy rozpoznaniu *meningitis tuberculosa*), wszystkie one również skończyły się pomyślnie, co również rostrzygnęło kwestyę rozpoznania na korzyść postaci nagminnej. Otóż we wszystkich tych przypadkach (wyjątki były nieliczne i tyczyły się tylko oddzielnych badań) znajdowałem mniej lub więcej wybitną leukocytozę, szczególnie w początku choroby. Oto są dane liczebne, najbardziej wybitnych przypadków, które udało mi się zachować.

1) Choinka, lat 9, (zejście pomyślne).

Kwiecień.

6	9	12	14	17
19500,	25000,	24000,	25800,	38500,

Maj

19	22	26	28	3	6
22400,	10800,	11040,	14200,	9000,	15100.

2) Sznajman, lat 3 (zejście w charłactwo i śmierć).

Kwiecień.

7	9	12	14	17
14100,	15700,	28600,	29400,	11000,

Maj

19	22	26	3	6	7
14500,	15460,	13860,	17400,	16400,	28600,

Czerwiec

3
17440.

3) Talmud l. 4.

Kwiecień.

7	9	12	14	17	19
9800,	10200,	15800,	14000,	12800,	10100,

4) Zajdenwerk l. 7.

Kwiecień.

7	9	12	14	17
25300,	19140,	14100,	11500,	23100,

19	22	26
12300,	11600,	12700.

5) Dikstein, l. 7 (obraz *men. tuberc.*).

Maj				Czerwiec
11	13	17	28	3
43200,	22000,	23400,	14400,	13300,

7	13	23
10150,	11320,	16400.

6) Szlezyn gier, l. 2½.

Maj 28 — 30000.

7) Rymel l. 3.

Maj 28 — 18600, Czerwiec 3 — 24400.

8) Szpigiel sztein, lat 3.

Czerwiec				Lipiec
3	7	13	23	9
29720,	19000,	13260,	14000,	17200.

Perkin (przyp. b. łagodny).

Lipiec 9 — 11080.

Z danych przytoczonych widzimy: 1) iż w większości przypadków liczba leukocytów już w początku choroby bywa bardzo wysoka (raz nawet 43.200); 2) w niektórych przypadkach liczba ta z biegiem choroby jeszcze bardziej się zwiększa; 3) w miarę zbliżania się końca choroby i pomyślnego jej zejścia liczba leukocytów stopnio-

wo się zmniejsza; 4) w przypadkach, długo się ciągnących, liczba leukocytów wciąż jest wysoka i stała, taką bywa aż do śmierci; 5) w przypadkach łagodnych liczba leukocytów bywa prawie normalna.

Okazuje się zatem, iż cechą krwi chorych na zapalenie nagminne opon jest wybitna i dość stała leukocytoza; wobec braku jej, a przynajmniej rzadkiego występowania jej w zapaleniu grzłiczem opon, można obecność tej leukocytozy uważać za bardzo poważną oznakę rozpoznawczą omawianej przez nas choroby. Rozumie się, iż i tu, zarówno jak w zapaleniu wyrostka robaczkowego, znaczenie leukocytozy, szczególnie w kwestyi rokowania, znacznie ograniczone zostaje rozmaitemi właściwościami ustroju, jego odpornością i zdolnością odpowiadania na bodźce chorobowe, ujawniającą się w postaci leukocytozy.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

34. Ernst OBERNDÖRFFER. Działanie kwasu chinowego na przemianę wapnia.

Większość prac o przemianie wapnia u człowieka, ogłoszonych dotąd, odnosiła się do tych stanów ustroju, w których znajdujemy zmniejszenie ilości wapnia; tu należą *rhachitis* i *osteomalacia*. Zwiększane wydzielanie soli wapnia znajdujemy również w chorobach gorączkowych, w gruźlicy, cukrówce. Nie mniej jednak ważnym jest wiedzieć o stanach, w których znajdujemy zwiększoną ilość wapnia w organizmie. Ma to znaczenie w arteriosklerozie, *arthritis deformans*. Jak walczyć z patologicznym

odkładaniem się wapnia, o tem pisano nie wiele. Nie mówiąc już o znaczeniu klinicznym podobnych prób, rozpatrzmy, w jaki sposób wogóle możemy zmniejszyć w ciele ilość wapnia.

W pierwszej linii stoi tu zmniejszenie dowozu, czyli diety uboga w wapień. Dowiedziono, że w takich razach organizm oddaje część swego wapnia, a mianowicie wydzielał BREITHAUPT dziennie 0,05 gr. wapnia (CaO), i 0,075—0,202 gr. CaO *cum faecibus*. BUNGE jest zdania, że przy diecie, złożonej z mięsa i chleba, łatwo osiągnemy zubożenie ciała w wapno, ponieważ te środki odżywcze (z wyjątkiem żółtka jaja i mleka)

zawierają tylko bardzo małą ilość wapnia. Trzeba jednak dodać, że organizm zdolny jest dopasować się do ekonomii wapnia, t. j. w razie braku tegoż rezorbuje go więcej z pokarmów, a oddaje mniej, niż zwykle. Dla tego dyeta uboga w wapień może mieć znaczenie, jeżeli trwa krótko, przy dłuższem bowiem trwaniu organizm dostosowywa się do niej.

Z pomiędzy środków lekarskich, które mogą zwiększyć wydzielanie się wapnia, już a priori na pierwszym miejscu stoją kwasy. Myśl, że kwasy, rozpuszczając wapień, sprzyjają wydzielaniu się tego ostatniego z ustroju, jest tak naturalna, że długi czas uważano zatrucie się kwasami jako przyczynę zmięknienia kości, tem bardziej że znajdowano kwas mleczny w moczu i kościach w tej chorobie. Dopiero dalsze badania wykazały, że ta kwestya nie jest tak prosta.

Już SALKOWSKI wykazał, że kwasy, czy to spożyte, czy wytworzone w ustroju, przy wydzielaniu się z organizmu są połączone z zasadami. Z początku temi zasadami mogą być mineralne części składowe, ale w dalszym ciągu organizm broni swoich zasad przez wytwarzanie amoniaku, szczególnie u mięsożernych.

Z prac WALTER'a, GAEHTGENS'a, RÜDEL'a, CASPARY'ego, GERHARDT'a i SCHLESINGER'a wypływa ten fakt, że jest możliwem odjąć organizmowi znaczną ilość wapnia za pomocą kwasów. Ten problemat znalazł przez RUMPF'a praktyczne zastosowanie. RUMPF spostrzegł mianowicie, że pacjenci z arteriosklerozą z zaburzeniami sercowemi czuli się gorzej przy dyecie mlecznej, niż przy żywieniu się mieszanem. Ponieważ z dużej ilości wapnia, jakie się znajduje w mleku, znaczna część zatrzymuje się w organizmie, RUMPF ułożył dyetę ubogą w wapno. Wprowadzał mianowicie do organizmu 0,4—0,8 gr. CaO dziennie, gdy tymczasem dowóz wapnia przy wyłącznej mlecznej dyecie wynosi 4 gr. dziennie. Przy tem za pomocą medykamentów starał się zwiększyć wydzielanie się wapnia. Tymi ostatnimi były mieszanina z *Natr. bicarbon.*, *Natr. citric.*, *Natr. chlorat.*, dalej roztwór kwasu mlecznego i mleczanu sodu; również *Natr. phosphor.*, *Natr. salicyl.*, kwas solny i kwas mleczny. Środki te zwiększały znacznie ilość wydzielanego wapnia, jak to widać z załączonej tablicy.

Przed leczeniem	0,95 gr. CaO dzien.
W okresie kwasu mlecznego	1,44 " "
" <i>Natr. phosphor</i>	0,71 " "
" <i>Natr. bicarb.</i>	1,27 " "

Tym sposobem wydzielanie się wapnia wzrastało o 40—50% przy użyciu środków lekarskich. Chorzy czuli się znacznie lepiej. Ci zaś, którzy poddani byli samej tylko dyecie ubogiej w wapno, ale bez innych środków wewnętrznych, czuli się gorzej. RUMPF sądzi na zasadzie swych badań, że w ten sposób możemy powstrzymać proces zwapniania naczyń, ale uważa za wątpliwe zniknięcie już utworzonych złogów wapna.

OBERNDÖRFFER robił doświadczenia z kwasem chinowym. Ten ostatni, jak wiadomo, nie spala się w organizmie, może być używany w dużych dawkach (do 50 gr.), nie ma smaku przykrego, wreszcie tworzy bardzo rozpuszczalną sól wapnia (1 : 6 wody przy 16°). Doświadczenia dokonał na sobie samym. Określał ilość wapnia w moczu i *faeces* przed zażywaniem kwasu chinowego i w okresie zażywania. Ilość wydzielanego wapnia w okresie drugim podniosła się o 70% w moczu i o 30% *in faecibus*. W organizmie kwas chinowy przechodzi w kwas benzoesowy. 60 gramów zażytego wewnątrz kwasu chinowego mogły związać 6 gramów wapnia. Wydzielone zostało o 7 gr. więcej, a zatem liczby mniej więcej się zgadzają, i możemy wnosić, że wapno może się wydzielać z organizmu, połączywszy się z kwasem chinowym.

Takie było działanie kwasu chinowego (*Chinasäure*) na organizm zdrowy; jakie może być na chorego, przyszłość niedaleka pokaże.

(Berliner klinische Wochenschrift. 1904. 4).

35. SCHULTZE. Wczesne rozpoznanie i leczenie wiału.

Dyagnoza wiału mleczka w formie typowej jest, ma się rozumieć, bardzo łatwa; nie trzeba tylko uważać symptomu ROMBERG'a jako podstawowego, gdyż symptom ten występuje w późniejszych dopiero stadyach choroby, zdarza się i w innych chorobach i zresztą może być też symulowany, jako dobrze znany ogółowi. Główne oznaki wiału są: bóle strzelające, brak odruchu żrenie na światło i odruchu kolanowego i Achilles'a, dalej przeróżne parestezye, hyperestezye i hypestezye. Leczą wszystkie te główne

cechy wiądu nie zniewalają chorego do zwrócenia się do lekarza, aż nie wystąpi jakiś objaw, męczący chorego.

Z objawów, występujących już w początkowych stadiach choroby, najważniejsze, według autora, są bóle żołądkowe (*crises*). Są to gwałtowne bóle w okolicy żołądka w połączeniu z długotrwałymi nieraz wymiotami. Rozumie się, że objawy te łatwo przyjąć za wszelką inną chorobę, lecz zwrócić należy uwagę w takich przypadkach na cechy charakterystyczne wiądu, aby uwolnić się od pomyłki. Nieraz zamiast bólów żołądkowych występują bóle kiszkowe.

Dalej w niektórych przypadkach mamy do czynienia z zaburzeniami w układzie krwionosnym, jako początkowym objawem choroby; do tych objawów należą: tachycardia, słabość serca i przeróżne uczucia, które składają się na obraz duszniczy bolesnej.

W układzie dróg oddechowych należy zwrócić uwagę na zaburzenia krtaniowe, a mianowicie na paraliż mięśni, rozszerzających głośnię. Nieraz zresztą, mimo skargi chorego, zmian w krtani znaleźć nie można.

Do innych objawów, występujących nieraz w początku rozwijającego się wiądu, należą: *mal perforant*, obrzmienia stawowe, wypadanie zębów, zaburzenia pęcherza moczowego, bóle głowy i zawroty. Z tego wszystkiego wynika, że należy u każdego chorego badać odruchy kolonowe, źrenice, tembardziej, że badanie to nie przedstawia trudności. Prócz tego należy chorego dokładnie wy badać w kwestyi przymiotu, gdyż w braku tegoż w anamnezie, przypuszczenie wiądu staje się co najmniej wątpliwe, w przeciwnym razie jest decydujące przy najlżejszym z wyżej wymienionych objawów. W przypadkach wątpliwych należy stosować natychmiastową specyficzną kurację, jak w przypadkach zupełnie zdeklarowanych. Terapia dotyczyć się powinna po pierwsze życia chorego, t. j. chory powinien prowadzić życie solidne, spokojne, unikać alkoholu; tytoniu i nadużyć płciowych, po drugie leczenie specyficzne powinno być dokładnie i wcześnie stosowane.

(Deutsche med. Wochenschrift. N. 48. 1904).

Stein.

36. A. WOLFF. (Rostock). Ekstrakt słodowy jest cennym środkiem spożywczym.

W wielu kołach lekarzy i laików panuje

jeszcze niechęć względem spożywania cukru, ponieważ jego wartość odżywcza nie została dostatecznie ocenioną. Wprowadzony dla wojska dla oszczędzenia białka cukier wskutek wadliwego urządzenia rzeczy uznany został za niepotrzebny, ale pomimo tego toruje sobie drogę, jako ważny środek odżywczy, który nie pozostawia w ustroju po spaleniu zuzli i doskonale oszczędza białko i tłuszcz. W ostatnich latach fizyologowie znowu zwrócili baczniejszą uwagę na różne gatunki cukru, zwłaszcza po osądzeniu przez Rich. NEUMEISTER'a i G. BUNGE'go różnych bezwartościowych preparatów albumoz i peptonów i wielu świeżo wyklutych preparatów żelaza i fosforu.

Węglowodany, krochmal i cukier, mianowicie w stanie rozpuszczalnym, mają dużą wartość dla ustroju. Z badań naukowych ZUNTZ'a wynika, że cukier narówni z białkami i tłuszczami podnosi energię mięśni i układu nerwowego. Nasz zwyczajny cukier z powodu zupełnego braku w nim związków żelaza, fosforu, fluoru jest zbyt czysty, oprócz tego jego smak słodki nie pozwala używać go więcej i dłużej. W mące znowu krochmalu zawierają się wymienione związki, ale mąka nie jest rozpuszczalna i dopiero przez ptyalinę śliny i ferment trzustkowy zostaje przemieniona w formę rozpuszczalną. Mączka zatem krochmalowa stawia wielkie wymagania upośledzonemu trawieniu i pozostawia dużo reszty niezużytej. Te sekrety są wydzielane w małej ilości przez chorych gorączkujących (suchość w ustach u tyfusowych) i dzieci skrofuliczne, u których krochmal nie zamienia się w dostatecznej ilości na dekstrynę i cukier.

Dawniej LIEBIG, a obecnie MELLIN starali się usunąć tę niedogodność, przemieniając nierozpuszczalny krochmal przez dodanie diastazy słodowej w dekstrynę i cukier, czyniąc przez to krochmal strawnym dla niemowląt. W ekstraktach słodowych (Malzextrakte) cała ilość krochmalu mąki jęczmiennej jest zamieniona na cukier i dekstrynę.

Jedną była słaba strona tych ekstraktów, mianowicie ich niestalość: w ciągu letnich miesięcy lub przy dłuższem staniu takie ekstrakty kwaśniały, fermentowały i zamiast pożytecznymi stawały się szkodliwymi dla organizmu. Dopiero D-r Chr. BRUNNENGRÄBER w Rostocku wprowadził do handlu suche ekstrakty słodowe w

formie krystalicznej, przy której wszelkie zjawiska fermentacji są zupełnie wyłączone; oprócz tego mają one przyjemny smak. Ekstrakt słodowy w formie krystalicznej jest ideałem cukru odżywczego, w nim bowiem oprócz łatwej strawności zawarte są wszystkie części składowe, znajdujące się w mące jęczmiennej. Dr CLEMAN w Wiener Klin. Rundschau wypowiedział zdanie, że w ekstrakcie słodowym zawarte jest żelazo w najłatwiejszej do asymilacji formie, tak że w cukrze BRUNNENGRABER'a mamy najlepszy preparat żelaza.

Analiza ekstraktu słodowego, dokonana przez chemika D-r BISCHOFF'a, wykazała:

wody	0,55%
części mineralnych	1,60%
substancji azotowej	4,943%
maltozy	76,32%
dekstryny	16,587%

Widzimy zatem, że produkt ten zawiera około 93% węglowodanów w formie rozpuszczalnej i około 5% substancji białkowych.

Łyżeczka od herbaty (4,0) suchego ekstraktu odpowiada 16 kaloryom; a łyżka stołowa (12,0) około 60 kaloryom t. j. wartości pożywej jednego jajka. Tym sposobem, dodając choremu do pożywienia 3 — 4 łyżki stołowe, dajemy mu 180 — 250 Cal.

Maltoza, główna część ekstraktu słodowego, absorbuje się, jak wiadomo z doświadczeń, bardzo dobrze.

W wielu chorobach, szczególnie gorączkowych, lekarz znajduje trudność, chcąc pokryć potrzebną organizmowi ilość kalorii. Chleb, sucharki choroby źle znoszą i trudno im je strawić, piwo, cukier są czasami wprost szkodliwe, ten ostatni tworzy kwasy w żołądku chorego, sprawia rozwolnienie. Pożywienie mięsne jest również u chorych gorączkujących nieodpowiednie, tłuszcze są trudne do zniesienia. Ekstrakt słodowy w takich razach może odgrywać dużą rolę w dyecie chorych. Oprócz czystego ekstraktu są preparaty ekstraktu z hämolem, lecitolem, jodem i chmielem: ten ostatni dodatek służy do zmniejszenia słodyczy ekstraktu. Cena preparatu jest, podług autora, dość niska: 125 gr. kosztuje jedną markę, czyli łyżka stołowa 8 fenigów, 3 łyżki 24 fenigi (około 11 kop.). Ze względu przeto na cenę środek ten można

nazwać lekarstwem, a nie środkiem spożywczym. (Przyp. refer.)

(Therapeutische Monatshefte. 1904. 9.)

37. Herman COHN (Wrocław). O dziedziczności zezu zbieżnego i jego leczeniu.

Już HIPPOKRATES pisał przed 2000 lat w swem dziele *Περὶ ἀέρων, ὀδόντων τόπων*, że łysy pochodzi od łysego, niebieskooki od niebieskookiego, koślawy od koślawego, zezujący od zezującego. Zwykle jednak sądzą, że tylko anomalie refrakcyi, np. krótki wzrok, są dziedziczne. Z badań jednak już Alfreda GRAEFE, a obecnie d-ra COHN'a wypada, że przynajmniej $\frac{1}{4}$, a prawdopodobnie $\frac{1}{3}$ zbieżnie zezowatych odziedziczyli tę wadę po przodkach. COHN załączył tablicę 104 zbieżnie zezujących osób, należących do przodków jednego z jego pacjentów, z tych osób 44 znajdowało się w linii ojca, a 60 w linii przodków matki. Spotykanie u zezowatych dalekowidztwa (hyperopsyi) jest zjawiskiem, na które już DONDEERS zwrócił uwagę, a nie jest ono przypadkowe, jeżeli zwrócić uwagę na to, że hyperopia (= hypermetropia) jest momentem, pomagającym zezowi zbieżnemu (*strabismus convergens*).

Dawniej leczono zez drogą operacyjną już w młodym wieku. Autor ostrzega przed tak wczesną operacją i wogóle nie radzi wysuwać nożyce na pierwszy plan. Po 40 letnim doświadczeniu nad przeszło 2000 zezowatych i 700 operacyach, których kontrolę ściśle prowadził w swej książce, d-r COHN daje następujące rady:

1) Aż do 4 roku życia zawiązywać zdrowe oko na kilka godzin dziennie przy zabawie dziecka (w celu ćwiczenia oka zezowatego. Prz. refer.).

2) W 5 roku zacząć ćwiczenia ze szklami wypukłymi i stereoskopem.

3) Korygować zupełnie całkowitą hyperopsję.

4) Przed 10 rokiem nie robić operacji i tylko w przypadkach, bardzo szpecących chorego, robić tenotomię w szóstym roku życia.

5) Obiecywać choremu tylko polepszenie, a nie zupełne wyleczenie.

6) Przy wysokich stopniach zezu zbieżnego przesunąć *externus* ku przodowi.

(Berliner klinische Wochenschrift. 1904. N. 40).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 22 Lutego 1905 r.

TREŚĆ: 1) KOSSOBUDZKI S. a) Przedstawienie przypadku *Enchodromata et exostoses multiplices digitorum manuum*. b) Przedstawienie przypadku chronicznego zeszywnienia kręgosłupa. 2) ORŁOWSKI Stanisław. Anatomia patologiczna rdzenia kręgowego (z demonstracją preparatów na epidiaskopie).

1) KOSSOBUDZKI przedstawił chorego z licznymi chrzęstniakami i kostniakami palców. (*Enchodromata et exostoses multiplices digitorum manuum*).

Zdjęcie rentgenowskie wykazuje, że płaskie narośle są naroślami kostnymi, zaś większe o chrząstkowej spistości przedstawiają tkankę, bardziej przepuszczającą promienie, z miejscami skostniałymi, ewentualnie tkankę chrząstkową, w wielu miejscach kostniejącą. Widać też, że w niektórych miejscach kości członków palców od ucisku chrząstkowatych narośli ulegają zanikowi.

Niezwykłe te zniekształcające guzowatości należy uważać za chrzęstniaki, którym towarzyszą kostne nawarstwienia.

Charakterystyczne w danym przypadku jest umiejscowienie narośli kostnych przeważnie po stronie promieniowej, co spowodowało jednakowe wykrzywienie palców.

b) 45-letniego dorożkarza, pochodzenia polskiego, który od 8 lat (do tego czasu cieszył się bardzo dobrem zdrowiem) zaczął odczuwać stopniowo zwiększającą się sztywność kręgosłupa. Przed 4 miesiącami chorował na krwawą biegunkę. Po przyjsciu do zdrowia zauważył stopniowo wzrastające utrudnienie ruchów w prawym stawie biodrowym. Bólów przytem nie doświadczał. Obecny stan jest następujący. Chory ma wygląd przedwcześnie zestarzałego człowieka. Kręgosłup wygięty ku tyłowi w postaci łuku w części grzbietowej i lędźwiowej, w szyjowej wygięty ku przodowi — jest zupełnie sztywny, nieruchomy we wszystkich kierunkach zarówno dla ruchów czynnych, jak i biernych. Stawy pomiędzy 1 kręgiem szyjowym i czaszką,

oraz między 1 i 2 kręgami szyjowymi nie wciągnięte w sprawę: ruchy głowy opuszczania i podnoszenia, przechylania na strony i obracania najzupełniej zachowane.

Przykurczenie w prawym stawie biodrowym pod kątem mniej więcej 120 stopni, połączone z zupełnym zeszywnieniem. Chory żadnych bólów ani w kręgosłupie, ani w stawie biodrowym nie czuje. Mięśnie pleców poniekąd w zaniku. Próby ruchów biernych, obmacywanie, opukiwanie bólu żadnego nie sprawiają. Inne stawy zmian nie przedstawiają ani co do kształtów, ani co do czynności.

Przypadek ten przedstawia t. zw. przewlekłe zeszywnienie kręgosłupa i wielkich stawów typu Marie STRÜMPFEL'a, ciekawe ze względu na wybitne łukowate skrzywienie kręgosłupa, zupełne zachowanie ruchów głowy (obok zeszywnienia szyi) oraz ze względu na zajęcie jednego tylko stawu biodrowego.

2) ORŁOWSKI Stanisław wygłosił pierwszą część swego odczytu, p. t. „Anatomia patologiczna rdzenia kręgowego”. Autor na całym szeregu preparatów przedstawił obrazy zwyrodnień, jakim ulega rdzeń w różnych postaciach cierpień systemowych. W pierwszej części odczytu autor uwzględnił *tabes dorsalis*, chorobę FRIEDREICH'a, *sclerosis lateralis* i t. zw. stwardnienie powikłane, gdzie zwyrodnieniu ulegają pęczki tylne i pęczki piramidalne.

Posiedzenie z dnia 29 Lutego 1905 r.

TREŚĆ: ORŁOWSKI Stanisław. Dalszy ciąg odczytu „Anatomia patologiczna rdzenia kręgowego” z demonstracją preparatów na epidiaskopie.

ORŁOWSKI Stanisław wygłosił dalszy ciąg odczytu swego „Anatomia patologiczna rdzenia kręgowego”. W tej części odczytu mówił autor o *poliomyelitis anterior* i o *syryngomyelii* — pokazując całą seryę odnośnych preparatów mikroskopowych.

T. Korzon.

Posiedzenie z dnia 7 Marca r. 1905.

TREŚĆ: 1) KARCZEWSKI A. Przedstawienie kamienia żółciowego, który spowodował niedrożność kiszek. 2) ORLOWSKI Stanisław. Dokończenie odczytu: „Anatomia patologiczna rdzenia kręgowego“.

1) A. KARCZEWSKI przedstawił kamień żółciowy i mówił o „Przypadku niedrożności kiszek wskutek zatkania tymże kamieniem żółciowym“.

Kobieta lat 68 w 16 roku życia miała tyfus, w 32 zapalenie płuc; rodziła 5 razy, miesięczkowość przestała w 45-ym roku życia.

Od lat sześciu miewa napady wzdęcia brzucha, połączonego z bólem, umiejscowionym przeważnie w lewym podżebrzu, i z utrudnieniem oddechu. Napady te zjawiały się co kilka miesięcy.

W kwietniu roku 1904 chorowała jakoby na zapalenie wyrostka robaczkowego; miała wówczas ból w prawej połowie brzucha, wymioty, wzdęcie i gorączkę, dochodzącą do 39°.

W ciągu ostatniego roku czuła się dobrze: napadów wzdęcia brzucha nie miała ani razu.

Dnia 4-go lutego r. b. zjawily się objawy niestrawności (brak łaknienia, gnecenie w dołku), które po 3-ich dniach ustąpiły.

Dnia 10-go lutego o godzinie 7-ej zrana obudził chorą mocny ból w brzuchu bez wyraźnego umiejscowienia. Pomimo okładów ciepłych i opium ból ten nie ustępował; zjawily się nudności, a następnie wymioty żółciowe, dość obfite. Ciepłota wieczorem 37,9. Nad wieczorem chora miała wypróżnienie.

11-go lutego. Nudności nieco mniejsze, w nocy raz wymioty. Ciepłota prawidłowa. Ból w brzuchu umiarkowany. Po ławatywie wiatry i wypróżnienie.

12-go lutego. Stan bez zmiany.

13-go lutego KARCZEWSKI wezwany został przez JAKOWSKIEGO na naradę. Chora skarży się na ból w całym brzuchu, nudności i czkawkę. Tętno 88, ciepłota w południe 36,5, wieczorem 35,8. Język wilgotny, lekko obłożony. Brzuch kopolowato wypukłony, powłoki jego bardzo grube, odgłos wypukłowy wszędzie bębnekowy, nigdzie nie można wyczuć nieprawidłowych stwardnień lub wzmoczonej odporności. Przy ucisku wrażliwość wzmoczona na całym brzuchu.

Od czasu do czasu słycać burezenie. Przy badaniu *per rectum* nieznaczna bolesność i jak gdyby nieco większa odporność z prawej strony wysoko u góry. Sądząc, że mają do czynienia z napadem zapalenia wyrostka robaczkowego, które zaczęło już przemijać, i przypisując wzdęcie działaniu opium, postanowili opium całkowicie odrzucić, dla złagodzenia zaś bólu zalecili czopki z kodeiną i *ext. belladonnae*; nadto codziennie ławatywę i ścisłą dyetę.

14. II. Chora skarży się na odbijanie i nudności, wymiotów nie miała. Po ławatywie wypróżnień nie było: woda wyszła niezabarwiona, odeszło nieco gazów.

15. II. Chorej dokuza odbijanie i zwracanie gorzkiej cieczy. Po trzech ławatywach odeszły tylko gazy w niewielkiej ilości.

16. II. O godzinie 9-iej wieczorem zobaczyłem chorą po raz drugi i dowiedziałem się, że o godzinie 2-iej po południu zaczęły się wymioty, które powtórzyły się kilka razy. Ostatnim razem (około godz. 5-iej p. p.) wymiociny były cuchnące, barwy brunatnej.

Chora niespokojna, skarży się na nudności i czkawkę. Tętno 92, ciepłota 35,8. Wzdęcie i wrażliwość brzucha takie same, jak dnia 13-go. Podczas wysłuchiwanie brzucha daje się zauważyć szmer podobny do kapania płynu w pustej butelce. Przy badaniu *per rectum* kiszka okazała się zupełnie próżną. Żadnej bolesności, ani wzmoczonej odporności nie można było wykazać.

Mając na względzie cechy wymiotów, zupełny brak wypróżnień pomimo licznych ławatyw i zaniechania opium oraz znaczne wzdęcie brzucha, zważywszy dalej, że ciepłota była poniżej normy, a tętno przyspieszane, razem z JAKOWSKIM przyszli do wniosku, że mają do czynienia z niedrożnością kiszek w postaci zatkania (*obturatio*). Nie mieli żadnych danych po temu, ażeby ściślej określić umiejscowienie i rodzaj tego zatkania. Postanowili na razie przepłukać żołądek, uprzedzając rodzinę, że, jeżeli po ławatywie, dokonanej nazajutrz zrana, nie otrzymają wypróżnień, niezwłocznie przystąpią do operacji.

Przepłukując żołądek o godzinie 11-iej wieczorem, Karcz. przekonał się, że zawartość żołądka wyraźnie cuchnie kałem; płyn z początku był brunatny, później jasny z domieszką śluzu.

Dnia 17. II. Zrana chora oświadczyła, że noc spędziła nieźle po raz pierwszy od szeregu dni. W nocy nie wymiotowała, wiatrów i wypróżnień nie było; wzdęcie bez zmiany.

Wykonano wysokie wlewanie do kiszki za pomocą długiej rury gumowej. Po pierwszej lawatywie odszedł płyn, mocno kałem zabarwiony i sporo gazów. Po drugiej lawatywie chora, oddając wodę, poczuła, że jakieś twarde ciało wypadło *per anum*. Dokonawszy poszukiwań w wodzie, mocno zabarwionej i zmieszanej z kawałkami kału, znaleziono kamień żółciowy.

Objawy niedrożności po wyjściu kamienia szybko ustąpiły.

Kamień żółciowy kształtu i wielkości małego orzecha włoskiego ma powierzchnię chropawą, z wyjątkiem jednego bieguna, który jest ścięty i zupełnie gładki, jak gdyby odszlifowany (pokaż kamienia).

2) ORŁOWSKI Stanisław wygłosił zakończenie swego odczytu o anatomii patologicznej rdzenia, ilustrując go dużą liczbą preparatów mikroskopowych z przypadków *sclerosis disseminata*, syfilisu rdzenia, cierpienia kręgosłupa (próchnica) i w następstwie zmian w rdzeniu.

T. Korzon.

XXII zjazd internistów w Wisbaden.

Podał D-r med. **ALEKSANDER SIMON** z Wisbadenu.

W czasie od 12-ego do 16-go kwiesnia r. b. obradował w Wisbaden XXII kongres internistów, przeważnie niemieckich, ze współudziałem licznych lekarzy austriackich oraz niektórych szwajcarskich. Zjazd zagaił ERB mową o współczesnym stanowisku medycyny wewnętrznej w nauce, praktyce lekarskiej oraz propedeutyce. Zwróciwszy uwagę na zaszłą dzięki wielu warunkom życiowym w ostatnich latach zmianę ku gorszemu w zawodowym oraz społecznym stanowisku lekarzy, na rozluźnienie etycznego i osobistego stosunku pomiędzy chorym a jego lekarzem, na strącenie lekarza, przynajmniej w Niemczech, do rzędu uprawiających rzemiosło (*gewerbetreibende*), podnosi mówca potrzebę przystosowania się do nowych warunków bytu, konieczność zabezpieczenia siebie i rodziny na wypadek choroby, starości i śmierci, wywalczenia sobie lepszej doli, przyczem weale nie potępia strajków w wyjątkowych razach. Przedewszystkiem zaś potrzebne jest jaknajwiększe pogłębienie fachowej wiedzy lekarzy praktycznych, co mają na celu nowo powstałe akademie lekarskie, kursy dla lekarzy w każdym większym mieście oraz nowo wprowadzony

t. zw. rok praktyczny, obowiązkowe zajęcie w szpitalu przez rok po ukończeniu nauki uniwersyteckiej. Energicznie potępić natomiast należy kapitalistyczne zachcianki niektórych lekarzy, przejawiające się w chciwości, nadmiernych likwidacjach, wyzysku w pewnych sanatoryjach i t. p. Ale i samo stanowisko medycyny wewnętrznej w ostatnich czasach uległo zmianie w całokształcie nauk lekarskich. Miejsce centralne, dominujące straciła ona, zdaje się, bezpowrotnie, pomimo że chorzy wewnętrzni stanowią około 70% wszystkich szukających rady lekarskiej. Specjalizacja coraz większe zatacza kręgi i coraz więcej grozi swej macierzy. Zwłaszcza przeciwko oderwaniu neuropatologii od kliniki wewnętrznej, z którą nierozdzielnie jest połączona, i dołączeniu jej do psychiatrii ERB gorąco protestuje. Li tylko niektóre pograniczne cierpienia psychiatrii odstąpione być powinny.

Jako temat do wspólnych obrad tegorocznych wybrano dziedziczność. Referowali ZIEGLER z Jeny oraz MARTIUS z Rostoku.

ZIEGLER w mowie o pojęciu dziedziczności w biologii zaznaczył różnicę między cechami wrodzonymi tylko a odziedziczonymi. przypom-

niał dziwne podobieństwo w budowie komórek genitalnych u zwierząt i roślin, same zaś zjawiska dziedziczności starał się wytłumaczyć za pomocą zmian morfologicznych widocznych przy połączeniu się jajka i ciała nasiennego. Za przynosi-cieli dziedzicznych cech uważa on znajdujące się w jądrach chromosomaty. Zapłodniona komórka zawiera w równej ilości chromosomaty pochodzenia ojcowskiego, jak i matczynego, to też noworodek w jednakowej mierze dziedziczy własności po obojgu rodzicach. Korreferent MARTIUS również podnosi, że stałe duchowe i cielesne cechy, z którymi się rodzimy i które dalej przekazujemy potomstwu (determinanty WEISMANN'a), do połowy odziedziczamy po ojcu i po matce, i że matka w czasie ciąży do owego skar-bca nic dodać nie może, jest li tylko w stanie przez swój wpływ zmodyfikować, przyspieszyć lub zatrzymać rozwój. To też w ściśle pojęciowym znaczeniu odziedziczonych chorób wcale niema, istnieją tylko cechy odziedziczone, odziedziczona dyspozycja do choroby, którą wywołują już warunki życiowe (jady, zarazki i t. d.)

Skłonność ta jest nader zmienna: właściwie skłonny np. do gruźlicy jest każdy z nas, różnymi się tylko co do stopnia odporności.

Czy własności oraz choroby nabyte są dziedziczne? Na to odpowiada MARTIUS wbrew twierdzeniom VIRCHOW'a, a zgodnie z teorią WEISMANN'a przecząco. Tylko czynniki, szkodliwie działające i na komórki rozrodcze (np. alkoholizm), upośledzają zarazem i potomstwo. Omawiając t. zw. wariacje zarodkowe, przypomina, że człowiek historyczny według badań OTTOKAR-LORENZ'a ani cieleśnie ani duchowo się prawie nie zmienił. To też natura z urodzeniem nadezłowieka nie bardzo się kwapi, a i obawy zwyrodnienia rasy są płonne. Praw dziedziczności niema, są to prawdopodobieństwa, przypuszczenia w rodzaju gry w Monte - Carlo. Przez dobór płciowy można uniknąć nagromadzenia się szkodliwych cech, natomiast sztucznie wytworzyć w potomstwie pożądaných własności „na obstalunek“ nikt nie potrafi. Li tylko ogólnie zdrowa konstytucja daje najlepszą rękojmię zdrowego potomstwa. Owocem celowego badania biologicznego nie jest pesymizm, lecz optymizm, tryskający świeżem i zdrowem życiem.

Nadto dziedziczności dotyczyły odczyty HAMBURGER'a „Energetyczna teoria dziedziczności“, WEILL'a, GUTZMANN'a, ROTSCCHILD'a: „De thorace paralytico congenito“ i in. Śród wielu innych odczytów zasługują na znaczenie odczyty HOFFMANN'a, KRAUSE'go o leczeniu białaczki za pomocą promieni ROENTGEN'a, a zwł. LINSER'a i HELBER'a (z kliniki tubing-skiej), którzy w doświadczeniach na psach, szczurach i in. skonstatowali, że pod wpływem promieni ROENTGEN'a znikają ze krwi bieżącej leukocyty, mianowicie rozpadają się, albowiem w śledzionie i szpiku znajdują się w dostatecznej ilości. Wskutek owego rozpadu powstają w surowicy krwi jadowite leukotoksyny, które, zastrzyknięte innym zwierzętom, wywołują rozpad białych ciałek krwi i w tych ostatnich. Innych zmian we krwi po zastosowaniu promieni ROENTGEN'a nie znaleziono. W dyskusji PENZOLDT, LENHARTZ i inni ostrzegali przed zbyt wielką wiarą w skuteczność promieni ROENTGEN'a w białaczce. Z seryi odczytów z dziedziny patologii krwi i naczyń krwionośnych podnoszą odczyt LEUBE'go o tętnie żylnem w małokrwi-kości. LEUBE przypuszcza, że w większości przypadków powodem tegoż jest ukryta wada zastawek trójdzielných serca (względna niedomykalność). DETERMANN podał kilka ulepszeń sposobu BECK'a badania lepkości krwi (*Viscositas*); MOHR mówił o krwiobieg w uremii, RUMPF — o chemicznym składzie krwi i narządów w zapaleniu nerek, GERHARDT — o mechanicznej wadzie serca, ORTNER o stanie naczyń krwionośnych w chorobach zakaźnych, SCHREIBER — o mierzeniu pojemności serca, BOGEAN o wpływie głębokiego wydechania na krążenie krwi w naczyniach wieńcowych, MENDEL o wstrzykiwaniu naparstnicy do żył i t. d. Najciekawsze było sprawozdanie HERING'a (z Pra-gi) z doświadczeń, poczynionych na sercu ludzkim, wydobytem w 11 godzin po śmierci 35-0 letniego mężczyzny. Przez 3½ godziny udało się HERING'owi utrzymać skurcze serca. Okazało się nadto, że wszystkie spostrzegane tutaj zjawiska mają miejsce i w sercu wyższych zwierząt; to też przenoszenie wyników doświadczalnych tego rodzaju ze zwierząt na człowieka poniekąd jest dozwolone. Dość znaczna liczba odczytów dotyczyła również patologii narządów trawienia i przemiany materji. Najważniejszy

z nich był odczyt LÜTHJE'go (z Tubingi) o cukrzycy doświadczalnej. Znalazł on między innymi na zwierzętach i potwierdził klinicznie na ludziach, że ilość cukru w moczu daje się, czasami nawet bardzo znacznie, obniżyć przez zmniejszenie utraty ciepłota, przez długotrwałe trzymanie zwierzęcia w ogrzanej środowisku. W dyskusji zwrócono uwagę, że pobyt w krajach zwrotnikowych chorym na cukrzycę sprawia wielką ulgę, że kuracja Karlsbadzka zimą jest mniej, niż latem, korzystna, co, również jak i inne obserwacje kliniczne, przemawia za słusnością przypuszczenia LÜTHJE'go. BICKEL na psach za pomocą metody PAWEŁOW'a (sztuczne wytworzenie małego pobocznego żołądka) wykazał, że wprowadzenie do żołądka słabej solanki np. wisbadeńskiego koehbrunu, powiększa kwaśność i zdolność trawienną soku żołądkowego. LOENING mówił o czynności ruchowej żołądka w chorobie GLENARD'a, MEYER o fermentacji, rozszczepiającym tłuszcz w żołądku, SINGER o zapaleniu wyrostka robaczkowego, ROOS o cytolinie, EMBDEN o aminokwasach w moczu. Nie będąc w stanie dla braku miejsca wymienić wszystkich odczytów, dotyczących innych dziedzin, zwracam tylko uwagę na wybitniejsze, a mianowicie: na odczyt PÍCK'a (z Pragi)

o influency, AUFRECHT'a o tuberkulinie, GURICH'a o operacjach na migdałach w goścu stawowym, MATTHES'a i BAER'a o autolizie, STÄUBLI'ego o trychinozie oraz na demonstracje MÜLLER'a: „nowe kryształy w kale u chorych na złośliwą małokrwistość“ i TURBAN'a z dziedziny gruźlicy. Charakterystyczną cechą tegorocznego zjazdu internistów niemieckich jest prawie zupełny brak prac, czerpanych z własnej krynicy medycyny wewnętrznej i fizycznych metod badania, oraz mała liczba prac z dziedziny bakteriologii, natomiast obfite korzystanie ze źródeł innych nauk pomocniczych, przede wszystkim patologii doświadczalnej i chemii fizjologicznej. Nadto obrady tegorocznego zjazdu upewniają nas w mniemaniu, że twórcza praca uznanych koryfeuszów i kierowników nowoczesnej niemieckiej kliniki wewnętrznej ma się ku końcowi, że natomiast genialni ich następcy nie wystąpili jeszcze na widownię nauki.

Niezliczonych cegiełek do budowy przyszłego gmachu medycyny wewnętrznej bez wątpienia dostarczy niemiecka nauka, czy natomiast ów genialny budowniczy, któremu sądzonem jest wznieść to misterne dzieło, z niej się zrodzi, wydaje mi się bardzo wątpliwem.

(Wisbaden. W Kwietniu 1905 r.)

K R O N I K A.

Przed kampanią.

Minister spraw wewnętrznych, jak donosi „Zdrowie“ w zeszytach 4 z r. b., w okólniku swoim do zarządu głównego inspektora lekarskiego, ze względu na oczekiwane powtórzenie się wypadków cholery wiosną i latem roku bieżącego, poleca zacząć energiczną pracę przygotowawczą co do zastosowania środków sanitarnych, zapobieżenia szerzeniu się zarazy i organizacji walki z epidemią. W tym celu ministerium prosi

o stosowanie wskazówek rady lekarskiej i nadal w tych guberniach, gdzie cholera ustała, wskazuje konieczność udzielania pomocy lekarskiej, bezpośredniego udziału w niesieniu pomocy instytucji ziemskich i miejskich, jak również policji i naczelników ziemskich w stosowaniu środków sanitarnych i przygotowaniu ludności włościańskiej na wypadek zjawienia się epidemii. W zakończeniu okólnik wyraża mniemanie,

że gubernatorowie przy pomocy instytucji miejskich, ziemskich i publicznych nie zawiodą pokładanego w nich w tym względzie przez zarząd zaufania.

Jakby w odpowiedzi na okólnik powyższy, odbyty przed niespełna miesiącem zjazd Pirogowski w Moskwie uchwalił usunąć się od wszelkiego udziału w walce z cholera, dopóki zmienne nie zostaną przepisy z roku 1903, składające dyrektywę w ręce policji i biurokracji. Na całym świecie cywilizowanym jednostki, w sprawie danej kompetentne, tworzą ciało, które wypracowany przez się projekt przedstawia rządowi, uzyskuje jego aprobatę i, o ile tego zachodzi potrzeba, ma do dyspozycji swojej organy policyjne. W państwie rosyjskiem dzieje się odwrotnie: władza powołuje rzeczoznawców i oddaje ich pod opiekę policji. Bo, jak powiada Prus w N. 16 „Tygodnika Ilustrowanego“, „dotychczas Rosyanin*) był traktowany, jak dziecko. Gdy chciał przejechać z jednego miejsca na drugie, pytano go: dokąd i po co jedzie? Gdy chciał uczyć się czytania i pisania, mówiono mu, że to dla niego za wczesne, a gdy, nauczywszy się tej sztuki, wyciągał rękę po książkę, wskazywano mu: jaką powinien czytać, a jakiej ma unikać“. Do tych słów wielkiego pisarza w danej chwili dodaćby można: gdy chciał zorganizować środki do walki z chorobą epidemiczną, oddawano go pod skrzydła opiekuńcze biurokracji. Ale, jak w dalszym ciągu mówi Prus, „urzędnicy nie mogą w myśleniu wyręczać społeczeństwa....., a policyjanta musi zastąpić lekarz“.

Zgodnie z temi zasadami Towarzystwo lekarskie łódzkie, uznawszy, że zaprojektowany przez magistrat miasta Łodzi plan walki z cholera jest w ogólności błędny, a to głównie dla czysto kancelaryjnego swego charakteru i zupełnego pominięcia nowoczesnej nauki i udziału społeczeństwa, uchwaliło: starać się u władz wyższych o utworzenie w Łodzi komitetu obywatelskiego w sprawie walki z cholera na zasadach, które opracują członkowie tego komitetu, wybrani z pośród członków instytucji fachowych i humanitarно-filantropijnych.

Nasza municypalność była oględniejsza w wyborze członków komitetu przeciwchole-

rycznego, powołała bowiem do niego i dwóch delegatów z łona naukowych instytucji lekarskich: towarzystwa Higienicznego i Lekarskiego. Od stanowiska, jakie delegaci w komitecie zajmą, zależy właściwe i racjonalne pokierowanie doniosłą sprawą walki z cholera, której szybkiego i skutecznego opanowania tylko od zwycięstwa przedstawicieli medycyny w cięższej, niż poprzednia, walce z biurokracją oczekiwać można.

Poważne w tej sprawie wątpliwości ma, zdaje się, „Gazeta Lekarska“, proponuje bowiem zwołanie do Warszawy przez Towarzystwo Higieniczne wiecu lekarzy w celu omówienia środków zapobiegawczych i metody racjonalnego postępowania wobec grożących nam epidemii cholery i nagminnego zapalenia opon mózgorzdzeniowych. I redakcja „Zdrowia“ sądzi, że jest „czas najwyższy, aby społeczeństwo samo najprędzej zajęło się sprawą obrony, gdyż wraz z powrotem żołnierzy z pola bitwy bardzo łatwo i niespodziewanie szybko nie tylko cholera, lecz i inne epidemie (a nadewszystko dżuma) zjawić się mogą“. Projektowi „Gazety Lekarskiej“ bez wątpienia przyklasnąć należy, a władze zapewne nie będą miały przeciwko temu pierwszemu objawowi naszej „pełnoletności“.

Jakie środki obrony przedsięwziąć należy, to wiec uchwali, zresztą główne punkty wytyczne są już gotowe: izolacya, dezynfekcyja, kontrola nad artykułami spożywczymi, zdrowa woda, dostarczenie ubogiej ludności strawy i znośnych mieszkań, kontrola nad zajazdami i przytułkami noclegowymi, odczyty popularne i takież broszurki o istocie i zwalczaniu cholery i t. d. Ale najpilniejsza potrzeba — to jaknajwięcej pieniędzy, których gromadzeniem przedewszystkiem zająć się należy. Ztąd powołanie do pomocy instytucji filantropijnych, ludzi możnych a dobru publicznemu oddanych, jakoteż jednostek, któreby udziału swego w zbieraniu grosza nie odmówiły, stanowić powinno pierwszy krok w walce z nadchodzącym wrogiem.

Czasu do rozporządzenia mamy nie wiele, działajmy więc bez zwłoki.

Zygmunt Srebrny.

*) Wyraz ten możnaby zmienić na: poddany rosyjski.

Wiadomości bieżące.

— Otrzymałiśmy program zjazdu balneologicznego, urządnego staraniem Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w Krakowie w d. 6 i 7 maja 1905 r.

W piątek dnia 5 maja o godz 8 wieczór.

Zebrańie uczestników Zjazdu w salach Grand Hotelu celem wzajemnego zapoznania się.

W sobotę dnia 6 maja.

O godzinie 9 rano: Msza św. cicha w kościele św. Mikołaja, ul. Kopernika.

O godzinie 10 rano: Pierwsze ogólne posiedzenie Zjazdu w sali posiedzeń krakowskiego Towarzystwa lekarskiego (ulica Radziwiłłowska L. 4) z następującym porządkiem dziennym:

1) Zagajenie przez prezesa polskiego Towarzystwa balneologicznego prof. dra L. KORCZYŃSKIEGO.

2) Wybór prezesów honorowych Zjazdu, przewodniczących i sekretarzy posiedzeń ogólnych, według propozycyi Wydziału Polsk. Tow. baln., przedstawionej przez prof. Dra L. KORCZYŃSKIEGO.

3) Przemówienie prezesa Tow. lekarskiego krak., prof. dra Jul. NOWAKA.

4) Przemówienie Delegata Uniwersytetu i Wydziału lekarskiego.

5) Odczytanie regulaminu Zjazdu.

6) Przemówienie dra H. DOBRZYCKIEGO, z Warszawy.

7) Odczyt prof. Dra Wł. SZAJNOCHY, p. t. „Kwestya głębokich wierceń w Krynicy i Szczawnicy“.

8) Odczyt Rady Dworu dra J. MERUNOWICZA, p. t. „O przepisach budowniczych w zdrojowiskach“.

9) Odczyt dra Eug. WAJGLA, p. t. „Higiena zdrojowisk“.

10) Odczyt J. OLSZEWSKIEGO, p. t. „Udział Ligi pomocy przemysłowej w obronie i w rozwoju krajowych zdrojowisk i uzdrowisk“.

11) Odczyt prof. dra Lud. KORCZYŃSKIEGO, p. t. „O organizacyi i administracyi krajowych zdrojowisk“.

Uwaga: O godzinie 1 w południe nastąpi przerwa; dalszy ciąg posiedzenia o godz. 4 po południu.

O godzinie 8 wieczór: Towarzyskie zebranie w salach domu Tow. lekarskiego krakowskiego.

W niedzielę dnia 7 maja.

O godzinie 9 rano: A) Posiedzenie sekcji lekarskiej, na którem odczytają swe prace:

1) Prof. dr W. JAWORSKI i dr K. FLIS: Wyniki badań fizykalno-chemicznych polskich wód zdrojowych i znaczenie ich dla balneologii.

2) Dr H. DOBRZYCKI: O sanatoryach w Królestwie i Zabranym Kraju.

3) Dr K. DŁUSKI: II sprawozdanie z działalności Sanatorium dla chorych piersiowo w Zakopanem. (Od 1 maja 1904 do 1 kwietnia 1905).

4) Dr. Z. PEŁCZAR: Leczenie chorób serca w Truskawcu.

5) Doc. dr I. LEMBERGER: a) O źródłach wody mineralnej w Głębokiem; b) Czy można zastąpić naturalne wody mineralne sztucznemi?

6) Dr F. ARNSTEIN: Jakie stanowisko zająć winno leczenie balneoterapeutyczne kamicy moczowej.

7) Dr T. PRASCHIL: Zdrój „Naftusia“ w leczeniu skazy moczowej w Truskawcu.

8) Dr I. Zanietowski: O nowych metodach elektro-leczniczych w stosunku do balneologii (z demonstracyami).

9) Dr St. LEWICKI: a) O gorących kąpielach powietrznych; b) Zachowanie się parcia krwi przy rozmaitych dyetach.

B) Posiedzenie Sekcji przemysłowo-zdrowej.

O godzinie 4 po południu: II-gie posiedzenie ogólne. Na porządku dziennym:

1) Referat hr. J. POTOCKIEGO i dra Z. WĄSOWICZA: Najistotniejsze potrzeby i braki zdrojowisk i uzdrowisk krajowych.

2) Dyskusya.

3) Zamknięcie obrad Zjazdu.

— Otrzymałszy opis Buska przez kol. Juliana MAJKOWSKIEGO, jest to drugie wydanie poprawione i dopełnione, a wydane nakładem autora w 75 rocznicę założenia zdrojowiska, a 25 pożytecznej działalności autora, jako lekarza zdrojowego. Opis zawiera: *A.* Część historyczną i *B.* Część opisową i informacyjną. W części trzeciej *C.* znajdujemy część lekarską ogólną, w części 4 *D.* część lekarską szczegółową, t. j. wskazania szczegółowe i wyliczenie chorób, nadszających się do leczenia w Busku. W ostatniej

części znajdujemy ogólne przepisy dyetetyczno-higieniczne, w końcu literaturę Buska. Starannie wydaną i sumiennie opracowaną monografię Buska zdobią ryciny i plany. Opis Buska winien znaleźć się w ręku każdego lekarza, interesującego się wodami krajowymi. Chorzy, udający się na kurację do Buska, również nie jedną korzyść osiągnąć mogą z tej monografii.

— W Zakładzie wodolecznicznym „Chojny” pod Łodzią rozpoczyna się tegoroczny sezon letni w dniu 1 maja. Oprócz zwykłych metod terapii fizycznej, stosowane tam bywają kąpiele powietrzne i słoneczne, zyskujące sobie coraz większe rozpowszechnienie w zakładach przyrodolecznicznych. Kierownikiem pozostaje jak w latach poprzednich kol. A. LANDE.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w kwietniu 1905 r.

Gazeta Lekarska.

N. 12. 1) Kamilla Horwitzówna. O metodach barwienia drobnowidzowych preparatów krwi.

2) Maurycy Bornstein. Z kazuistyki neurologicznej. (c. d.)

N. 13. 1) W. Moraczewski. Przyczynę do charakterystyki t. zw. fosfaturyi.

2) Maurycy Bornstein. Z kazuistyki neurologicznej. (c. d.)

N. 14. 1) Browicz. O czynności wydzielniczej jądra komórki wątrobowej.

2) W. Moraczewski. Przyczynę do charakterystyki t. zw. fosfaturyi. (c. d.)

3) Maurycy Bornstein. Z kazuistyki neurologicznej (c. d.)

N. 15. 1) J. Pawiński i Jadwiga Korzon. O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek.

2) W. Moraczewski. Przyczynę do charakterystyki t. zw. fosfaturyi (dok.)

3) Maurycy Bornstein. Z kazuistyki neurologicznej. (c. d.)

N. 16. 1) Antoni Krokiewicz. Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc.

2) J. Pawiński i Jadwiga Korzon. O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek. (c. d.)

3) Maurycy Bornstein. Z kazuistyki neurologicznej. (c. d.)

Kronika Lekarska.

N. 7. 1) Jan Sędziak. O postępach w laryngologii i rynologii w ostatnich 25 latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego.

2) Kazimierz Niedzielski. Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki.

N. 8. Jan Sędziak. O postępach w laryngologii i rynologii w ostatnich 25 latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego.

2) Kazimierz Niedzielski. Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki.

Krytyka Lekarska.

N. 4) 1) Adam Wrzosek. Materiały do życiorysu Jędrzeja Śniadeckiego.

2) Władysław Biegański. O celowości w zjawiskach patologicznych.

3) Jan Lachs. Przyczynę do znajomości Jana z Reguła, lekarza krakowskiego w XV i XVI wieku.

4) Kazimierz Sokołowski. Z życia szpitali.

Zdrowie.

N. 4. 1) Leon Wernie. Cholera idzie.

2) Władysław Chodecki. Walka z prostytucją.

3) Rafał Kornilowicz. Higiena młodzieży pracującej w Londynie.

4) J. Polak. Ludność Warszawy od połowy XVI w. do ostatnich czasów.

Lekarz.

N. 7. 1) Władysław Chodecki. Higiena i dyetetyka kobiety karmiącej.

2) Stanisław Kowerski. Nerwowość dzieci.

3) W. Miklaszewski. Nadużycia. (C. d.).

4) J. Zawadzki. O trawieniu. (C. d.).

5) A. Lande. O zaparciu stołca i środkach czyszczących.

N. 8. 1) J. Br. Zapalenie błon mózgowo-rdzeniowych epidemiczne.

2) Władysław Chodeski. Higiena i dyetetyka kobiety karmiącej. (Dok.).

3) W. Miklaszewski. Nadużycia. (C. d.).

4) J. Zawadzki. O trawieniu. (Dok.)

Ginekologia.

N. 3. 1) Henryk Jordan. Sprawozdanie z dziesięciolecia (1893—1903) kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

2) S. Dobrowolski. Sprawozdanie kliniki położniczej krakowskiej. (C. d.).

3) A. Czyżewski. Kilka uwag w sprawie leczenia drgawek porodowych.

4) F. Neugebauer. Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia. (Dok.).

Przegląd Felczerski

N. 7. 1) J. Frejlich. Zadanie społeczne felczerów.

2) K. S. Narządy rodne kobiece i ich funkcyje.

N. 8. 1) K. S. Narządy rodne kobiece i ich funkcyje. (C. d.).

2) J. F. Nowy przyrząd do odkażania rąk.

N. 9. 1) J. Ligęza. Cholera.

2) W. Lępkowski. Re-trans- i implanta-cya zębów.

Przegląd Lekarski.

N. 12. 1) Erwin Mięśowicz. Chlorek barowy jako środek nasercowy.

2) Cezar Komorowski. Przyczynę do ortopedycznego leczenia kolana koślawego.

3) Janina Gastmanowa. O jadzie błonieczym, służącym do oznaczenia wartości leczniczej surowic przeciwbłoniczych (dok.)

N. 13. 1) Feliks Majewski. Kalargol, jako środek przeciwko ostremu posoczniczemu zapaleniu otrzewnej.

2) Ludwik Mańkowski. Przyczynę do kwestyi łuszczycy u dzieci

3) Erwin Mięśowicz. Chlorek barowy jako środek nasercowy. (dok.)

N. 14. 1) Wincenty Czernecki. Kilka uwag w sprawie klinicznego badania krwi.

2) Ludwik Mańkowski. Przyczynę do kwasty luszczycy u dzieci. (dok).

N. 15. 1) Browicz. O funkcji wydzielniczej jądra komórki wątrobniej.

2) Roman Barącz. O doszczętej operacji przepukliny pępkowej.

3) Wincenty Czernecki. Kilka uwag w sprawie klinicznego badania krwi (dok).

N. 16. 1) Zenon Orłowski. O wzajemnym stosunku braku soku żołądkowego.

2) Roman Barącz. O doszczętej operacji przepukliny pępkowej (c. d.).

N. 17. 3) Kazimierz Rzętkowski. O zawartości chlorków we krwi zdrowych i chorych.

2) Zenon Orłowski. O wzajemnym stosunku braku soku żołądkowego.

3) Roman Barącz. O doszczętej operacji przepukliny pępkowej.

Nowiny Lekarskie.

N. 4. 1) K. Kostanecki. Descensus testicularum.

2) Ignacy Lemberger. O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narcozie.

Postęp okulistyczny.

1) K. Rumszewicz. O guzach gruźliczych naczyńcówki.

2) B. Wicherkiewicz. Wpływ wrażeń psychicznych na powstanie napadu jaskry.

Przegląd Weterynarski.

N. 4. 1) Włodzimierz Kulczycki. Pierwotniaki pasorzytne i chorobotwórcze. (C. d.).

2) Jan Kowalewski. Zmiany w mięśniach spotykane przy oględzinach mięsa.

3) Alfred Ramer. Projekt polepszenia bytu lekarzy weterynaryjnych nie pozostających w służbie rządowej.

Głos Lekarzy.

N. 7. 1) Ze stosunków towarzyskich lekarzy.

2) Towarzystwo higieniczne we Lwowie.

3) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych.

(C. d.).

4) O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. (C. d.).

5) W sprawie lekarzy okręgowych.

6) Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

7) Pokrzywdzenie lekarza okręgowego.

N. 8. 1) W sprawie lekarzy kolejowych.

2) Partactwo lecznicze w Galicyi.

3) O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi.

4) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych. (C. d.).

5) Sprawozdanie Wydziału Tow. Samopomocy lekarzy za rok 1904.

6) Jeszcze o znaczkach receptowych.

Od Administracji.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracji

o każdym niedoręczonym numerze.

ZARZĄD ZAKŁADU KĄPIELOWOZDROJOWEGO w CIECHOCINKU

niniejszym ogłasza o otwarciu Zakładu w dniu 8 (21) Maja na przeciąg czasu 4-eh miesięcy, I-szy sezon trwa od 30 czerwca II-gi do 13 sierpnia i III-ci do 21 września włącznie.

Mieszkania w I i III sezonach są znacznie tańsze.

Wody Ciechocińskie **jodo-bromo-słone** szczególnie są pożyteczne w cierpieniach **skrofulicznych, reumatycznych, kobiecych** i wielu innych.

Nie ma dziecka, któreby nie potrzebowało kąpeli Ciechocińskich.

Zakład jest w posiadaniu 8 źródeł z rozmaitym koncentracją solanki od 6 proc. do pół proc. (artezyska do picia). W razie potrzeby dla wzmocnienia solanki dodaje się do kąpeli Ciechociński szlam i ług (40 proc soli i innych części) wytwarzane na miejscu, jako uboczne produkty przy warzeniu soli.

Zakład wydaje kąpiele **solankowe, borowinowe (błotne) kwaso-węglowe, elektryczne, świetlne, parówki, tuszówki i inhalacje.**

Prywatny Zakład gimnastyczny, 2 biblioteki, 2 apteki, sprzedaż wód mineralnych, kefiru i kumysu.

Poczta i telegraf.

Kościół, cerkiew, hotele, pensjonaty, dostateczna ilość willi wygodnie urządzonej i rewidowanych przez całą Komisję Sanitarną.

Kawiarnie, handel wszelkimi produktami i restauracje pod dozorem lekarza zakładowego.

Zakład posiada rzeźnię, prowadzoną przez lekarza weterynaryi, elektryczne oświetlenie, wodociąg, stały Teatr (operetka), orkiestrę, obszerny park i t. d.

Spaceruje pod Tężniami, na wale ochronnym, zabawy i gry.

Roczny zjazd kuracyszów do 10,000 osób.

Ciechocinek łączy się odnogą D. Ż. Warszawsko-Wiedeńskiej, z pograniczną stacją Aleksandrowo.

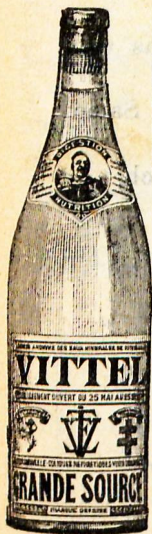
Komunikacja ze wszystkimi pociągami Warszawskimi i zagranicznymi.

Tania komunikacja statkami parowymi.

R A B I K A

Najsilniejsza solanka **jodo-bromowa**. (Chlorku sodu 23.00, jodku sodu 0.049, bromku sodu 0.078 na 1000 wody). Odznacza się znakomitym klimatem górskim. Wzniesienie 530 mtr. n. p. m. Stacja kolejowa — 3 godz. koleją z Krakowa i pół godz. do Zakopanego.

Kanalizacja — wodociągi — oświetlenie elektryczne. Środki lecznicze: **placie wód i kąpiele solonkowo-jodowe — wzięwalnia systemu D-ra Herynga (w budowie) — okłady z mułu źródlanego — kąpiele borowinowe — hydroterapia — gimnastyka lecznicza — massage.** Wszelkich wyjaśnień udziela Zarząd zdrojowy oraz D-r Supiński, lekarz zakładowy.



VITTEL
GRANDE SOURCE

PODAGRA
KAMIENIE
ARTRETYZM

Sezon od 21 Maja do 25 Września.

VITTEL-PALACE, Hotel urządzonej z wielkim komfortem.

Liczne hotele i wille.

Kasyno — Klub — Teatr — Hydroterapia

Objaśnień udziela: *Henryk Mendelssohn, w Warszawie Leszno 12.*

PRAWDZIWE SODEŃSKIE Mineralne pastylki Fay'a

zawierają wszystkie skutecznie działające mineralne części składowe źródeł Sodeńskich Warmbrunnen i Wiesenbrunnen (Soden am Taunus).

ŚRODEK WYBITNY

przeciw katarom dróg oddechowych, gardła, krtani i oskrzeli. Pastylki te wyrabiają się pod kierunkiem lekarskim i stanowią czysty produkt soli, otrzymywany za pomocą destylacji. W przeciągu 10 lat sprzedano.

9,000,000 PUDEŁEK

Pastylki są do nabycia po 70 kop. za pudełko w aptekach, składach materiałów aptecznych.

Skład główny: **Tow. Akc. Ludwik Spiess i Syn w Warszawie.**

Zarząd na Cesarstwo: **F. SZARFF, Warszawa, ul. Królewska Nr. 18.**