

GAZETA LEKARSKA

I. Dyagnostyczne i prognostyczne znaczenie stosunku ciepłoty ciała zewnętrznej do wewnętrznej w stanie patologicznym.

Napisał

dr Józef Poczobut [w Łucku na Wołyniu].

[Dokończenie.—Patrz Nr. 47].

Przechodzę teraz do tych chorób serca, w których różnica termometryczna jest nienormalna. Jak w tyfusie wysypkowym i brzuszny wysokie jej cyfry wskazywać mają na osłabienie mięśnia sercowego, zależne od ostrego zwyrodnienia jego, tak w przewlekłych chorobach serca r. patologiczna oznacza przewlekłe osłabienie energii tegoż mięśnia, czyli przewlekłą niedomogę jego — *insufficienciam myocardii chronicam*, spowodowaną szeregiem przewlekłych spraw natury zapalnej (*myocarditis chronica*) lub zwyrodnieniem serca, albo też niedomoga owa zależność może od zubożenia odżywiania w mięśniu sercowym wskutek zmian tętnic wieńcowych serca — *arteriosclerosis arteriarum coronarium cordis*, zmian, wywołujących formę kliniczną dusznicy bolesnej; dalej niedomoga może powstawać wskutek przeszkód w krążeniu przy wadach zastawek serca [klinicznie *asthma cardiacum*] lub nakoniec wskutek zбоceń czysto czynnościowych serca.

Jakie trudności przedstawia w praktyce prywatnej rozpoznanie dokładne przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, to znane jest każdemu lekarzowi. Nieraz się zdarza, że za życia chory nie wykazywał żadnych objawów sercowych tak subiektywnych, jak i obiektywnych, a tymczasem po śmierci sekcja wykrywała zmiany obszerne, zależne od zapalenia lub zwyrodnienia mięśnia sercowego. Podmiotowe skargi chorego: ból, ściskanie w okolicy serca, a zwłaszcza duszność, w okresach początkowych mogą zupełnie nie występować. Również i przedmiotowych objawów: rozszerzenia granic serca [stępienie], objawów wysłuchowych, zmian w tętnie i t. d. często niema wcale i wogóle objawy te odznaczają się wielką zmiennością. Dopiero pod koniec choroby, gdy wystąpi

rozszerzenie komór serca z obrzękiem zastoinowym wątroby, śledziony, nerek i tkanki podskórnej, wtedy rozpoznanie przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego nie ulega żadnej wątpliwości. Choroba ta ciągnąć się może całe miesiące i lata, przedstawia w swym przebiegu okresy to polepszenia, to pogorszenia, a w rezultacie ostatecznym kończy się śmiercią.

Nieraz przy badaniu ambulatoryjnych chorych w starszym wieku, powyżej 40-u lat, skarżących się na jakieś objawy nieokreślone ze strony serca, jamy brzusznej [dyspepsya, zaparcie stolca] lub narzekających na osłabienie ogólne, nie znajdowałem u nich nic więcej, jak tylko większe lub mniejsze powiększenie wątroby, często obecność żylaków hemoroidalnych, przy podwójnem zaś zmierzeniu ciepłoty, niespodzianie otrzymywałem patologiczną różnicę $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$; taka okoliczność nasuwała mi myśl o istnieniu początkowych okresów—*myocarditidis chronicae*, które najczęściej udawało się stwierdzić przy dalszej obserwacji chorego, gdy objawy ze strony serca i ogólnego obiegu krwi zaczęły występować na plan pierwszy. Przeważnie jednak na początku moich badań termometrycznych miałem do czynienia z okresem końcowym niedomogi mięśnia sercowego, trwającym od 2-ch do kilku tygodni.

Niżej przytaczam kilka spostrzeżeń:

R. K., 65 lat [XXII], wada aorty, nieznaczna arteryoskleroza; odwiedzałem chorą 3 razy. Pierwszy raz, podczas napadu astmy sercowej, znalazłem bardzo częste, niemiarowe tętno, wielki obrzęk wątroby, i nieznaczny kończyn dolnych.

1.XI. C. $35,7^{\circ}$ — $37,0^{\circ}$, R. 1,3.

2.XI. C. $35,3^{\circ}$ — $36,3^{\circ}$, R. 1,0. Napad astmy łagodny. Na zasadzie wysokiej r. i niemiarowości w tętnie rozpoznałem przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego i postawiłem złe rokowanie. Pod wpływem leków sercowych, a być może i samo przez się, nastąpiło znaczne polepszenie, tak, że chora nawet wstać mogła z łóżka. W tydzień potem wezwany zostałem do 3-go i ostatniego napadu astmy, po którym w kilka godzin nastąpiła śmierć.

10.XI. C. 35° lub jeszcze mniej pod pachą, a w kiszce prostej $37,0^{\circ}$, r. 2^o lub więcej, gdyż na moim termetrze najniższa podziałka wskazywała tylko 35° .

R. W. [XXIII], 56 lat, chora od lat kilku. *Vitium aortae, discompensatio cordis; hepar et lien auctum, bronchitis hypostatica, oedema extrem. infer., duszność, sinica twarzy.*

18.XII. C. $35,9^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$, r. 1,3.

19.XII. C. $36,3^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$, r. 1,2.

1905 r. 2.I. C. $38,5^{\circ}$ — $39,9^{\circ}$, r. 1,4. *Bronchopneumonia dextra infer., arhythmia cordis.* Przytomność zamglona.

3.I. C. $38,1^{\circ}$ — $39,3^{\circ}$, r. 1,2.

4.I. C. $38,4^{\circ}$ — $39,8^{\circ}$, r. 1,4.

5.I. C. $38,2^{\circ}$ — $39,2^{\circ}$, r. 1,0. Po dużych dawkach kofeiny.

6.I. C. $38,1^{\circ}$ — $39,7^{\circ}$, r. 1,6. Tętno miarowe. *Bronchopneumonia* rozszerza się, zastoinowe zapalenie nerek, bardzo skąpa ilość moczu. Na drugi dzień *hemiplegia dextra cum aphasia.*

1.VII. C. 38,0°—39,0°, r. 1,0. Obrzęk na kończynach dolnych zwiększył się, pojawił się i na twarzy.

9 I. C. 36,3°—37,3°, r. 1,0.

10.I. śmierć.

W ciągu 8-go i 9-go stycznia *bronchopneumonia* zaczęła ustępować, mowa wracać, niedomoga zaś sercowa wskutek *myocarditidis chronicae* stale zwiększała się, zastój żylny objął nie tylko narządy wewnętrzne, ale i całą powierzchnię skóry [obrzęk skórny], wskutek tego r. przed śmiercią zmniejszyła się, dochodząc tylko do 1° stopnia.

Kr. [XXIV] 63 lat, inteligentny, zamożny, 4 lata temu przebył napad apoplektyczny, po którym pozostało lewostronne połowiczne porażenie — *hemiparesis sinistra*; stwierdzono wadę aorty, znaczne ateromatyczne zmiany w naczyńniach, zastój żylny wątroby, śledziony, nerek i kończyn dolnych. Wezwany zostałem 26-go stycznia roku bież. do chorego, który dostał napadów astmatycznych sercowych z typowym oddechem CHEYNE-STOKES'a i *polypnoe paroxysmale*, czyli napadów częstego oddychania. Oddech CHEYNE-STOKES'a powtarzał się w nieprawidłowych odstępach czasu, co kilka minut, czasem co kilka godzin. W pierwszej fazie oddechu CH.-ST. liczba oddechów dochodziła do 36 na minutę, w 2-iej—30, a w 3-iej—24 lub 26, nakoniec pauza, w której oddech ustawał zupełnie, trwała 15 — 20 do 30-u sekund; pod koniec choroby pauza bywała jeszcze krótszą i trwała 5 sekund. Oddech rachowałem co 10—15 sekund i otrzymaną liczbę odnosiłem do całej minuty. Innym razem I-a faza dawała 54 lub 48 oddechów, II-a — 40, a III-a — 30. Całe zjawisko CH.-STOKES'a trwało około 2-ch min. Tętno na wysokości I-iej fazy 120 — 124 na minutę, a w czasie pauzy 110—112. Przytomność w czasie napadu była zachowana, mowa jednak utrudniona z powodu częstego oddychania. Oddech CH.-STOKES'a zjawiał się i w nocy podczas snu. Otóż u tego chorego, dotkniętego przewlekłym z wyrodnieniem mięśnia sercowego, mierzenia c. i r. dokonywałem co 2-i—3-i dzień, w kilku razach co dzień. Początek obserwacji sięga końca 3-go stycznia r. b.

C. 36,1°—37,4°, r. 1,3.

C. 36,0°—37,5°, r. 1,5. *Digitalis* + morfina.

C. 36,3°—37,2°, r. 0,9. Astmatyczne napady stały się cokolwiek łagodniejsze, znaczna poprawa w stanie subiektywnym, sen naturalny zastąpił męczącą bezsenność, to też i r. była niższą.

C. 36°, 35°—37°, 35°, r. 1,0.

C. 36,8°—37,1°, r. 0,3.

C. 36,2°—37,0°, r. 0,8.

Przez cały tydzień nie widziałem chorego. Dopiero krwioplucie zaniepokoiło otoczenie; wtedy wezwany, znalazłem oprócz poprzednich objawów opadowe zapalenie lewego płuca.

C. 36,4°—37,4°, r. 1,0.

C. 36,1°—37,7°, r. 0,6. Obrzęk na kończynach większy, w moczu spora ilość białka.

C. 36,6°—37,5°, r. 0,9.
C. 36,6°—38°, r. 1,4. Nieprzytomność kompletna, mania bredzenia. Oddech *Сн.-Стокес'*a bardzo częsty.

C. 35,9°—37°, r. 1,1.

C. 35,3°—37,2°, r. 1,9.

C. 37,0°—37,5°, r. 0,5.

C. 36,9°—37,2°, r. 1,3.

C. 36,7°—38,2°, r. 1,5. Zapalenie płuc prawostronne.

Po paru dniach nastąpiła śmierć 11.III. Choroba trwała około 6-u tygodni.

W. Ch. [XXV], 65 lat. Początek choroby niejasny: *influenza + nephritis* [w moczu wyraźna diazoreakcja], następnie *erysipelas faciei et capitis. Atheromatosis arter.* Na mostku miękki szmer, wskazujący na *insuffic. valvulae tricuspidalis relativam*. Tętno 90 — 100.

Obserwowałem chorą w 2-jej połowie stycznia r. b.

C. 39,3°—40,0°, r. 0,7.

C. 39,1°—40,2, r. 1,1.

C. 38,2°—39,5°, r. 1,3.

C. 38,0°—39,0°, r. 1,0.

C. 37,3°—38,6°, r. 1,3. Róża trwa, białko w moczu znika.

C. 36,65°—37,85°, r. 1,2. Szmer w sercu pozostaje, osłabienie ogólne znaczne.

W kilka dni potem, gdy róża ustąpiła zupełnie i chora wstała z łóżka, r. wynosiła 0,3.

C. 36,65°—36,95°, r. 0,3. Szmer w sercu znikł.

Po 2-ch—3-ch tygodniach po przyjsciu do zupełnego zdrowia wezwany zostałem do chorej z powodu zapalenia oskrzeli, różnica wtedy wynosiła 0,3.

Bardzo charakterystyczny przebieg różnicy przedstawiał M. D. [XXVI], 17 lat, dotknięty lewostronnem ropnem zapaleniem opłucnej ze znacznem przemieszczeniem serca na prawo, gdyż uderzenie jego wierzchołkowe znajdowało się tuż przed prawą linią sutkową. Zachorował na 4 miesiące przed wstąpieniem do szpitala, w którym 13.II r. b. zrobiliśmy mu *thoracotomiam* z wypuszczeniem cuchnącej ropy, a 14.III nastąpiła nagła śmierć podczas aktu wypróżnienia. Rodzina zmarłego nie zgodziła się na wykonanie sekcji. Przemieszczenie serca na prawo nie uległo żadnej zmianie i po wypuszczeniu płynu z opłucnej, wywiady, dostarczone tak przez chorego, jak i przez jego rodzinę, wskazywały raczej na wrodzone przemieszczenie serca. Otóż u tego chorego felczer dokonał 52 mierzenia ciepłoty zrana i wieczorem według mojej metody. Wahania nieprawidłowych cyfr ciepłoty wskazywały na ropną sprawę, odbywającą się w jamie opłucnej. Niżej przytaczam niektóre cyfry c. i r.

C. 38,0°—38,7°, r. 0,7. Przed operacją.

C. 37,0°—37,7°, r. 0,7. " "

C. 37,8°—38,7°, r. 0,9. " "

C. 36,0°—36,7°, r. 0,7. Zaraz po operacji.

C. 37,3°—38,2°, r. 0,9. Wiecz. tegoż dnia.

C. 38,2°—39,2°, r. 1,0.

C. 37,6°—38,7°, r. 1,1.

C. 38,0°—33,9°, r. 0,9 i t. d.

W dalszym przebiegu choroby r. znajdowała się ciągle w granicach od 0,7° do 1,3°—1,5°, a raz jeden 1.III dosięgła cyfry 2,0°. Chorego odwiedzałem tylko w pierwszych dniach po operacji; według opowiadania kolegi szpitalnego przebieg choroby miał być zadowalający, zdążający ku wyzdrowieniu, bo c. pod pachą nie przekraczała 38,0°, a ostatnie dni przed śmiercią dochodziła tylko do 37,5°, 37,6°, tętno też nie przedstawiało żadnych cech charakterystycznych dla choroby serca. Dopiero przedstawiony mi przez felczera po śmierci chorego schemat przebiegu r. term., sporządzony według moich wskazówek, wyjaśnił przyczynę śmierci, która nastąpić musiała wskutek zwyrodnienia mięśnia sercowego, a do tego dodać należy i przemieszczenie serca na prawo. Złe rokowanie byłoby do przewidzenia, gdybyśmy w swoim czasie zwrócili należyłą uwagę na wysokie cyfry różnicy term., które towarzyszyły całemu pooperacyjnemu przebiegowi choroby.

Następnie obserwowałem 2 przypadki zapalenia osierdzia (*pericarditis serosa*) z lewostronnem zapaleniem opłucnej, w których różnica term. była również patologiczną; obydwa przypadki zakończyły się wyzdrowieniem i jeden z nich, jako lepiej spostrzegany, przytaczam poniżej.

S. K. [XXVII], 7½ lat, z ubogiej rodziny. Około 20.III r. b. zachorował na influencę, do której przyłączyło się naprzód surowicze zapalenie osierdzia, potem zapalenie opłucnej surowicze z prawej strony z tyłu, potem także zapalenie z lewej strony z przodu i w okolicy serca (*pleuro-pericarditis externa*).

C. 38,3°—39,1°, r. 0,8. Oddech 40 na minutę, tętno 130.

C. 38,25°—39,25°, r. 1,0.

C. 37,95°—39,15°, r. 1,2. Oddech 50, tętno powyżej 140. Wątroba opuszczona i bolesna przy dotyku.

C. 39,2°—39,9°, r. 0,7.

C. 39,6°—40,2°, r. 0,6. Tętno 120. Stan lepszy.

C. 38,35°—38,85°, r. 0,5.

C. 38,1°—38,7°, r. 0,6.

C. 37,0°—37,5°, r. 0,5. Tętno 103—110. Wysięk w osierdziu, jak i w opłucnych stopniowo zmniejsza się.

C. 37,0°—37,8°, r. 0,8.

C. 37,4°—38°, r. 0,6.

Choroba trwała przeszło 6 tygodni, skończyła się zupełnem wyzdrowieniem tak, że w początkach maja chłopiec mógł chodzić i biegać po ulicy.

Nakoniec chciałbym wspomnieć w krótkości o ostatnim przypadku przewlekłej choroby serca, który mam dotąd w obserwacji.

P. Ch. [XXVIII], około 49 lat, od dawna dotknięta jest gruźlicą przewlekłą płuc (*tubercul. fibrosa*) i wadą zastawki dwudzielnej w stanie zupełnego wyrównania; całe jej życie przeszło na leczeniu „suchot“ w rozmaitych miejscowościach kuracyjnych. 2 tygodnie temu nastąpiło pogorszenie objawów płucnych, które nie ustępowały po zastosowaniu zwykle używanych przez nią leków, zjawiła się jeszcze duszność, podpieranie pod piersiami, przypisywane

niestrawności. Wezwany do niej, znalazłem wysoką term. różnicę $1,2^{\circ}$, która mi pozwoliła od razu wykryć rzeczywistą przyczynę duszności — zwyrodnienie mięśnia sercowego na tle wady serca i zapewne gruźlicy, nie brakło również objawów przedmiotowych ze strony serca [rozszerzenie komór jego] i tętna: małe, częste, z przerwami. Oto kilka cyfr c. i r.

10.IX. C. $36,4^{\circ}$ — $37,6^{\circ}$, r. 1,2.

11.IX. C. $36,0^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$, r. 1,2.

13.IX. C. $35,4^{\circ}$ — $37,0^{\circ}$, r. 1,6. Duszność większa, niepokój, twarz blada, przestraszona. Wstrzyknęliśmy po radzie z kolegą kamforę podskórną i zaleciliśmy w dużych dawkach kofeinę wewnątrznie. Pewna ulga nastąpiła.

15.IX zrana $36,4^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$, r. 1,0; wiecz. $36,3^{\circ}$ — $37,45^{\circ}$, r. 1,15.

16.IX zrana $36,2^{\circ}$ — $37,0$, r. 0,8; wiecz. $35,8^{\circ}$ — $37,0$, r. 1,2. Wyraźne polepszenie.

17.IX. C. $36,0^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$, r. 1,2.

18.IX. C. $35,9^{\circ}$ — $37,0$, r. 1,1 i t. d. Różnica do tej chwili, gdy piszę te słowa, ciągle pozostaje na wysokości $1,1^{\circ}$ lub $1,2^{\circ}$. Chora leży w łóżku, gdyż wszelkie próby chodzenia wywołują duszność i ból pod pierśmi, który zależy od zwiększającej się w swej objętości wątroby, sięgającej już do poziomu pępka. Nieznaczny obrzęk stóp znikł pod wpływem leżenia, zastoinowe sprawy w płucach pozostają *in statu quo ante*.

Rozpisałem się zbyt dużo o termom. r. w niektórych chorobach ostrych zakaźnych, a głównie w przewlekłych chorobach serca, w których dominującą rolę odgrywa mięsień sercowy, ale przyznam otwarcie, że dla mnie, który nie przeszedłem dobrej szkoły klinicznej, owa r. ma wielkie znaczenie, gdyż dopomaga mi nieraz do zorientowania się od razu w zawiłej sytuacji, i do zwrócenia uwagi na najważniejszy objaw choroby: stan mięśnia sercowego, jego sprawność lub niedomogę, wtedy właśnie gdy na drobiazgowy rozbiór wszystkich przedmiotowych i podmiotowych oznak choroby brakuje często czasu; a zresztą i groźny stan chorego nie pozwala na dokładne zbadanie jego.

Jeśli mam przed sobą chorego z wadą serca i znajduję u niego normalną różnicę [0,2—0,3], wtedy jestem spokojny o to, że wada jego jest zrównoważoną, chociaż chory nie przestaje skarżyć się na rozmaite parestezye, umiejscowione w okolicy serca: będą to objawy natury nerwowej lub innej, ale nie organicznej, sercowej. Jeżeli znowu w innym wypadku natrafię na nieprawidłowe tętno: niemiarowe, z przestankami, wolne w czasie spokoju, a przyspieszone przy ruchach, jeśli jeszcze przytem występuje za błahym powodem gra naczyniowo-ruchowa na twarzy: zaczerwienienie lub zblednięcie, pocenie się i temu podobne objawy — wtedy nasuwa się przypuszczenie o istnieniu w danym wypadku poważnej choroby serca, niedomogi mięśnia jego; ale gdy r. okaże się normalną, jestem przekonany, że wszystkie te napozór groźne objawy należy położyć na karb wrażliwości systematu nerwowego w ogólności, a serca w szczególności, t. j. na neurozę serca.

Nieraz jeden i ten sam objaw chorobowy towarzyszy kilku chorobom przewlekłym; wtedy trudnem staje się zadanie lekarza, gdy trzeba określić, która z tych chorób jest ważniejszą w ekonomii organizmu i większą odgrywa rolę przy stawianiu rokowania i przy wyborze odpowiedniej metody leczniczej. W tych razach r. term. może oddać wielką usługę, wykrywając przewlekłą chorobę serca. Przykład najlepiej to uwidoczni. Jeśli mam przed sobą otyłą osobę w podeszłym wieku, powyżej 40-u lat, która się skarży na ciężkość i rżenia w piersiach, słyszane nawet z oddali, duszność lub uczucie tłoczenia pod piersiami, wzmagające się przy ruchach fizycznych, a przy badaniu przedmiotowem znajduję rozległą rozedmę pierwotną lub następczą z objawami przewlekłego nieżytu oskrzelowego, ze strony zaś serca ani opukiwanie, ani wysłuchiwanie nie daje pozytywnych wyników z powodu obfitości tłuszczu podskórnego i zakrycia granic serca przez płuco rozedmowe, gdyż w takich razach tony serca mogą przyjmować odcień głuchy, nakoniec i zbadanie tętna nie daje żadnych wskazówek określonych — wtedy to, jeśli r. daje wysoką cyfrę, około 1°, mogą z zupełną pewnością rozpoznać przewlekłe z w y r o d n i e n i e m i ę ś n i a s e r c o w e g o i jemu przypisać główną rolę w powstawaniu duszności, a nie rozedmie płucnej, lub łącznie z nią otyłości ogólnej. Skoro tak jest, to rokowanie stawiam gorsze i metody lecznicze wybieram zupełnie inne, niż przy pierwszych 2-ch chorobach; mam tu na celu oszczędzanie pracy mięśniowej serca, a więc zalecę bardzo umiarkowany ruch i odpowiednią dyetę. Ostatnimi czasy spotykałem kilka podobnych przypadków, do których należy również i spostrzeżenie XXVIII.

Nie mniej ważne znaczenie posiada znajomość r. term. przy różniczkowem rozpoznawaniu duszniczy bolesnej (*stenocardia vera*) i fałszywej (*spuria*): przy pierwszej r. będzie mniej lub więcej n i e n o r m a l n ą, stosownie do okresu choroby i udziału w niej mięśnia sercowego, gdy przy drugiej zachowywać się ona będzie normalnie. Przypominam sobie 2 podobne przypadki, w których wątpliwość rozstrzygnęła r. nienormalna na korzyść duszniczy bolesnej prawdziwej. Słuszność tego spostrzeżenia może potwierdzić lub obalić większa liczba obserwacji, które mam zamiar dalej prowadzić. Jeszcze większą posiadałaby doniosłość wysoka różnica patologiczna przy badaniu dzieci w tych chorobach, przy których występuje ostra niedomoga sercowa: dziecko niespokojne, rzuca się na wszystkie strony, twarz blada, przerażona, ani tętna, ani serca zbadać porządnie nie podobna; oglądając dziecko po raz pierwszy, nie można osądzemu przypisać należy objawy wspomniane: kaprysowi przestraszonego dziecka, czy też osłabieniu serca—*anxietas praecordialis*. Jeden podobny przypadek, zakończony śmiercią w kilka godzin po ostatnim zbadaniu, obserwowałem latem r. b., w przebiegu lewostronnego ropnego zapalenia płucnej, w którym r. dochodziła do 1°. Drugi przypadek [XXIX] dotyczył $\frac{3}{4}$ -rocznego dziecka, dotkniętego ropniem migdałka lewego, który z powodu utrudnionego oddechu i niemożności ssania musiałem natychmiast otworzyć i wypuścić znaczną ilość cuchnącej ropy; r. przytem wynosiła 1,1°, a dziecko było blade i niespokojne. W parę godzin potem, gdy znowu zjawilo się utrudnione polykanie i charczenie w gardle, rozszerzyłem zglębnikiem na nowo zasklepiony po przecięciu otwór

w górnej części migdała i ku memu zdziwieniu ujrzałem 2-gi ropień z tejże strony—p o z a g a r d z i e l o w y, którego otworzenie z powodu późnej pory miałem pozostawić do dnia następnego, tembardziej, że r. wysoka wskazywała na osłabienie serca. Wtem podczas manipulacji w ustach i gardle, dziecko nagle zbladło, zwiesiło główkę i przestało oddychać — nastąpiła nagła śmierć. Nie sądzę, aby ropa mogła dostać się do krtani i oskrzeli, gdyż brakowało kaszlu, krztuszenia i duszenia się [sinicy]. Podczas sztucznego oddychania, kilka minut trwającego, udało mi się wywołać kilka oddechów, gdy tymczasem bardzo rzadkie uderzenia serca po upływie 1 — 1½ minuty ustały zupełnie.

Przechodzę do 3-ej kategorii chorób, w których spotykałem różnicę patologiczną. Są to choroby niektórych narządów brzusznych, pokrytych przez otrzewnę. Wszystkie stany zapalne otrzewnej, począwszy od krótkotrwałego podrażnienia, a skończywszy na septycznem zapaleniu jej, dawały w nielicznych wprawdzie moich spostrzeżeniach patologiczną r. od 0,5 do 1,8, a nawet do 2,5 stopnia dochodzącą, jak to opisałem na wstępie niniejszego artykułu w spostrzeżeniu I-em. Że przy rozlanem zapaleniu otrzewnej, szczególniejszej natury septycznej, ciepłota zewnętrzna bywa nadmiernie wysoka w porównaniu z zewnętrzną, wiedzą o tem od dawna chirurdzy—wspominał mi też o tym fakcie chirurg, kol. DOBRUCKI z Lublina.

Oprócz tego spostrzeżenia nie zdarzyło mi się w ciągu całego roku spostrzegać ani jednego przypadku z ostrem rozlanem zapaleniem otrzewnej (*peritonitis diff.*). Częściej zato spotykałem ograniczone zapalenie otrzewnej: *periappendicitis*, *perimetritis*, *cholecystitis* i *cholelithiasis* lub takie choroby kiszek, w których otrzewna pośredni tylko udział przyjmowała. Do tego ostatniego rzędu należą: zamknięcie światła kiszek (*occlusio tractus intestinorum*), które pochodzi od rozmaitych przyczyn. Co do mnie, to spotykałem je jako zamknięcie kałowe światła kiszek, przy zwężeniu kiszek po wrzodach tyfusowych lub tuberkulicznych, przy wpochwieniu kiszek, wreszcie przy przepuklinach zewnętrznych zaciśniętych.

P. K. [XXX], 86 lat. *Occlusio tractus intestinorum ex indigestis*, zaparcie stolca, 2-krotne wymioty kałowe. Drugiego dnia choroby c. 36,8° — 37,5°, r. 0,7.

3 go dnia zrana c. 36,7° — 37,9°, r. 1,2; wiecz. 36,5° — 37,9, r. 1,4. Po daniu środków przeczyszczających nastąpiło polepszenie. Przez kilka dni przerwa w obserwacji.

C. 36,4°—37,6°, r. 1,2.

C. 36,6°—37,5°, r. 0,9.

C. 36,6°—37,5°, r. 0,9.

C. 35,9°—37,7°, r. 1,8. Wskutek błędu w dyecie i zmartwienia.

C. 36,6°—37,5, r. 0,9.

Następnie w ciągu kilku dni albo i więcej różnica utrzymywała się na wysokości 1,0 — 1,2, aż wreszcie spadła do 0,3—0,5. Był to przypadek tak zwanego *ileus paralyticus* wskutek częściowego porażenia kiszek u osoby wiekowej;

niewątpliwie, że i starczy wiek—86 lat—przyczynił się wiele do wywołania tak wysokiej różnicy.

I. S. [XXXI] 45 l. *Tuberculosis chronica, sudores nocturni*, od czasu do czasu *diarrhoea, ematiatio magna*. Różnica wahała się w granicach od 0,4 do 0,5. Chory następnie wskutek niestrawności—zjadł ciężkostrawny strudel,—dostał bóleści w brzuchu, wymiotów i zaparcia stolca.

1-go dnia c. zrana 37,0°—37,7°, r. 0,7; wiecz. 36° — 37,0°, r. 1,0. Tętno nitkowane, kończyny chłodne. Wstrzyknąłem kamforę podskórną.

2-go dnia c. 35°—36,4°, różnica powyżej 1,0, gdyż na moim cieplomierzu najniższa podziałka wskazywała 35,0°. Stan ten sam.

3-go dnia wiecz. 36,8° — 37,3°, r. 0,5. Bóle po przeczyszczeniu ustaly, przez kilka dni polepszenie. Następnie przyłączyła się *bronchopneumonia*, przy której różnica trzymała się granic od 0,6 do 0,8, a po upływie 2-ch tygodni nastąpiła śmierć. Nie ulega wątpliwości, że w tym przypadku istniało również przewlekłe zwyrodnienie mięśnia sercowego.

T. T. [XXXII], 63 lata; kilka lat temu przebyła ciężką postać tyfusu brzuszego. Od 2-ch dni bóleści w brzuchu, wymioty kałowe, brak stolca pomimo środków czyszczących; z otworu stolcowego wydziela się kilka kropel czarnej, cuchnącej krwi, a na prawej stronie brzucha znalazłem stępienie — zapewne wPOCHWIENIE KISZEK. C. 35,0°—35,7°, r. 0,7.

Na 2-i dzień śmierć, przyczem różnica musiała być około 1,5°, gdyż wewnętrzna c. wskazywała 36,4°, a zewnętrzna 35,0°, t. j. najniższą podziałkę termometru.

W. [XXXIII], około 30 lat, obserwacja szpitalna. *Hernia incarcerata dextra inguinalis. Herniotomia*. Wybroczyny krwawe na skórze moszny, worka przepuklinowego i na ścianach kiszki zaciśniętych.

3-go dnia choroby c. 36,0°—37,5°, r. 1,5 przed operacją.

C. 36,0°—37,8°, r. 1,8 w kilka godzin po operacji.

2-go dnia po operacji zrana 37,6°—39,1°, r. 1,5; wiecz. 37,0°—38,6°, r. 1,6.

3-go dnia po operacji c. 36,6°—37,8°, r. 1,2. Śmierć wskutek zapalenia otrzewnej.

P. P. [XXXIV], 66 lat, otyła, brzuch obwisły. *Przepuklina pępkowa* w wielkości pomarańczy, zaciśnięta, skóra na niej zcieńczała, sina, pokryta mnóstwem erozji sączących; wymioty kilkakrotne, bóle całego brzucha, zaparcie od 3-ch dni, pomimo środków czyszczących, podawanych w obfitości przez poprzedzające mnie kolegi.

3-go dnia zrana c. 36,55° — 37,35°, r. 0,8; wiecz. c. 35,0° — 36,8°, r. 1,8; *opiata* wewnątrznie.

4-go dnia 36,3°—37,5°, r. 1,2.

5-go dnia zrana 36,8°—37,1°, r. 0,3; wiecz. 36,2°—37,3°, r. 1,1.

Następnie różnica opadła do 0,7—0,5; chora wyzdrowiała.

Znajomość różnicy termometrycznej posiada pewne znaczenie przy rozpoznawaniu różniczkowym zwykłego zaparcia stolca z ostrymi bólami brzucha od ostrego zamknięcia światła kiszki. Wiemy, jak trudne nieraz mamy zadanie przy określeniu przyczyny i natury zamknięcia kiszki,

czy jest ono stałe i wymaga pomocy operacyjnej, czy też przechodzi od spokoju i olejku rycynowego. Wymioty, bóle i wzdęcie brzucha, nawet ograniczone stopienie w pewnej części brzucha, zaparcie stolca—mogą zależeć tak dobrze od zwykłej koprostazy, jak i od skręcenia lub wpochwienia kiszek. Co do stanu tętna, to i ono podlega wahaniom: jeśli chory nerwowo ciągle myśli o „skręceniu kiszek“, to nie dziwnego, że w pewnych chwilach podczas badania otrzymamy przyspieszone tętno i wyraz twarzy przestraszony. Tak więc na początku choroby nie mamy pewnych, niezbitych oznak dla rozpoznania stałego zamknięcia kiszek, a tymczasem wczesne i właściwe rozpoznanie choroby ma nadzwyczaj ważne znaczenie dla wyboru metody leczniczej—operacyjnej przy stałym, prawdziwym zamknięciu lub wyczekującej przy fałszywym zamknięciu czyli koprostazie.

Jeżeli w takich razach różnica wypadnie normalną, to mogą przypuszczać o istnieniu zwykłego zaparcia stolca. Jeżeli zaś różnica będzie patologiczną, to musimy podejrzewać prawdziwe zamknięcie kiszek i to naprowadza naszą uwagę na krytyczny rozbiór wszystkich objawów, odnoszących się tutaj.

Mam w pamięci 2 przypadki *quasi* prawdziwego zamknięcia światła kiszek, sądząc z objawów, które im towarzyszyły. Pierwszy przypadek [XXXV] widziałem na początku r. b. przelotnie na 2-i, czy 3-i dzień choroby, w którym po naradzie z kolegą przypuszczaliśmy skręcenie *S. Romani* na zasadzie raptownego początku, wymiotów, silnych bólów w krzyżach i w dole brzucha, ograniczonego stopienia, *quasi* guza w okolicy *S. Romani*, wzdęcia brzucha i uporczywego zaparcia stolca; niezwłocznie więc postanowiliśmy wysłać chorego na operację do Warszawy. Jedną tylko różnicą term. nie potwierdzała tego rozpoznania, gdyż nie przekraczała $0,5^{\circ}$. Jakoż chory, nie dojeżdżając Lublina, miał obfite dobrowolne wypróżnienia i zawrócił do domu w dobrym stanie zdrowia.

Drugi przypadek [XXXVI] widziałem kilka dni temu, dotyczył on młodej dziewczyny, u której od 2-ch dni istniały silne, peryodyczne bóle w dolnej części brzucha, rozchodzące się na cały brzuch, wymioty, wprawdzie nie częste, i zaparcie stolca, które nie ustępowało ani pod wpływem ostrych środków przeczyszczających, ani obfitych wlewań do kiszeki prostej, stosowanych poprzednio *larga manu*. Dodać należy, że brzuch był umiarkowanie wzdęty. Po skonstataowaniu normalnej różnicy $0,2$, zabrałem się do zbadania brzucha, w którym udało mi się odnaleźć niewielki, miękki, ruchomy guz, położony w dolnej lewej części brzucha, który uważałbym za torbiel jajnikową: ona to była przyczyną gwałtownych bólów, wymiotów i zaparcia stolca. Podskórne wstrzyknięcie morfiny od razu usunęło bóle [w 3 godziny potem różnica wykazywała $0,4$] i pozwoliło kiszkom, po usunięciu skurczu ich, dobrowolnie się opróżnić.

Szkoda wielka, że obserwacje moje, dotyczące zamknięcia światła kiszek, są nieliczne i nie pozwalają mi z taką stanowczością wypowiedzieć się na korzyść różnicy termometrycznej, jak to zrobiłem w tyfusie wysypkowym lub przewlekłych chorobach serca. Wśród ograniczonych zapaleń otrzewnej najpierwsze miejsce zajmuje ostre zapalenie wyrostka robaczkowego—*periappendicitis*. Otóż przy tej chorobie, którą miałem możność

często spotykać, widywałem różnicę nienormalną, dochodzącą do 1° lub więcej, zależną od stopnia zajęcia otrzewnej, od charakteru zapalenia jej — czy włókniste, czy też ropne, od przedziurawienia utworzonego ropnia i wylania się zawartości jego do wolnej jamy otrzewnej.

Przytoczę w krótkości kilka odnośnych spostrzeżeń.

1) Z. [XXXVII], 45 l. *Periappendicitis et peritonitis diffusa perforativa* (?). Zachorował nagle 8.XI zeszłego roku przy gwałtownych bólach brzucha i wymiotach. Wzdęcie całego brzucha, stępienie i największy ból w okolicy kiszki ślepej, tętno małe, bardzo częste.

W południe c. 38,0°—39,8°, r. 1,8; wiecz. 37,4° — 39,1°, r. 1,7; jedno nie-obbite wypróżnienie po ławatywie; tętno nitkowate, zapasć ogólna, w parę godzin potem śmierć.

2) H. S. [XXXVIII], 37 lat, zachorował 26.II r. b. *Periappendicitis*: wymioty, ból w okolicy kiszki ślepej, zaparcie stolca, nieznaczne wypróżnienie po ławatywie.

2-go dnia choroby zrana 38,4°—39,0°, r. 0,6; wiecz. 37,8° — 39,0°, r. 1,2.

3-go dnia zrana 37,0°—38,5°, r. 1,5; wiecz. 37,6°—38,4, r. 0,8.

Drugi kolega, który równocześnie leczył chorego, biorąc tę chorobę za ostre kałowe zamknięcie kiszek, stosował *per os et per rectum* środki czyszczące. Chorego więcej nie widziałem, ale dowiedziałem się na stronie, że po paru tygodniach wyzdrowiał.

3) K. [XXXIX], 12 lat, obserwowany w listopadzie r. z. Z początku niewyraźne objawy *periappendicitidis*, zamaskowane przez równocześnie istniejące zapalenie płuc krupowe, prawostronne w dolnym płacie; to też i różnica wynosiła od 0,2 do 0,5 [38,9°—39,2°, 38,9°—39,1° i t. d., raz jeden 39,5° — 40,0°]. Na 4-y dzień choroby, gdy objawy ze strony płuca zaczęły ustępować i ciepłota zewnętrzna spadła do normy, różnica okazała się nienormalną, a miejscowe objawy zapalne wyrostka robaczkowego stały się bardziej wyraźnymi.

4-go dnia choroby c. zrana 36,7°—37,7°, r. 1,0; wiecz. 37,0°—37,6°, r. 0,6.

5-go dnia C. 37,35°—38,05°, r. 0,7.

6-go dnia C. 36,9°—37,6°, r. 0,7.

Na wspólnej naradzie z dwoma kolegami rozpoznanie: *periappendicitis* zostało potwierdzone.

Po kilku dniach, w ciągu których różnica trzymała się na wysokości 0,6 — 0,5, nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

4) W. I. [XL], 32 l., zachorował 3.III r. b. wśród lekkich objawów *periappendicitidis*. Na 2-gi dzień po zażyciu sporej ilości olejku rycynowego c. 38,0—38,2°, r. 0,2.

5.III. 3-go dnia choroby c. 37,2°—38,3°, r. 1,1; wyraźne objawy *periappend.*

6.III. 4-go dnia c. 36,75° — 37,45°, r. 0,7. 7.III. 5-go dnia 36,4°—37,0°, r. 0,6. 10.III. 8-go dnia 36,5° — 37,0°, r. 0,5. Pod wpływem opiatów wypróżnienia dobrowolne; ból i stępienie w okolicy kiszki ślepej mniejsze. Po paru tygodniach operacja *à froid* w Warszawie.

5) F. [XLI], około 25 lat, zachorował w końcu lipca r. b., był leczony na niestrawność i zaparcie stolca, dostał się pod moją obserwację na 16-y dzień

choroby z objawami ropienia w okolicy kiszki ślepej — *periappendicitis purulenta circumscripta*. Różnica w tym przypadku tak się przedstawiała:

16-go dnia choroby c. 38,9°—39,5°, r. 0,6.

17-go dnia 38,6°—39,4°, r. 0,8.

18-go dnia zrana 38,4°—38,0°, r. 0,6; wiecz. 39,3°—39,7°, r. 0,4.

Na 20-y dzień choroby chory pojechał do Warszawy, gdzie mu otworzono ropień. Oprócz tych 5-u widziałem jeszcze 2 lżejsze przypadki *periappendicitidis*, zakończone po tygodniu zupełnem wyzdrowieniem, w których różnica wahała się od 0,5° do 0,7.

Tak więc różnica nienormalna stanowi ważny przyczynek do rozpoznawania zapal. wyrostka robaczkowego i odróżniania go od innych cierpień, spotykanych w tej okolicy, a przedewszystkiem od zwykłej koprostazy. Jeżeli w przebiegu *periappend.* różnica okaże się normalną, to prędzej mogę myśleć o zwykłym *typhlitis* lub *appendicitis* bez udziału otrzewnej w tych cierpieniach, niż o *perityphlitis* lub *peripend.* z zajęciem otrzewnej. Wymownym tego dowodem był przypadek *quasi periappend.*, spostrzegany miesiąc temu u 8-letniego chłopca, nerwowego, gdzie wszystkie objawy miejscowe przemawiały za tem cierpieniem, nie brakło nawet wymiotów, jedna tylko różnica była normalną.

2-go dnia choroby c. 38,3°—38,6°, r. 0,3; opiata w małej dozie.

3-go dnia c. 37,5°—37,7°, r. 0,2;

4-go dnia c. *in ano* 37,1°. Wyraźny przedtem guz w okolicy kiszki ślepej, znikł po lawatywie, a z nim i ból tak, że na następny dzień pozwoliłem chłopcu wstać z łóżka. Według moich informacji jest on dotąd zupełnie zdrow.

Co się tyczy *perimetritidis puerperalis*, to czystej tego postaci zapalenia nie spotykałem i dlatego nie posiadam odnośnych spostrzeżeń w tem cierpieniu; zato bardzo często miałem do czynienia z zapaleniem okołomacicznem (*parametritis, phlebitis puerp.*), przy którym różnica termometryczna znajdowała się w granicach normalnych, pomimo wysokiej ciepłoty zewnętrznej i długotrwałej choroby. Jeżeli zakażenie połogowe było bardzo silne, to różnica przekraczała czasem 0,5, ale rzadko dochodziła do 1°, z wyjątkiem przypadków śmiertelnych, w których na kilka dni przed śmiercią wykazywała 1° i więcej skutkiem ostrej niedomogi serca, *resp.* zwyrodnienia mięśnia jego. Krótkotrwałe podskoczenie różnicy do 1° spotykałem przy *endo- et parametritis puerp.*, przebiegającym w postaci ropnicy (*pyaemia*), a mianowicie w okresie potów i spadku ciepłoty zewnętrznej, jak również w czasie sztucznych potów, wywołanych działaniem środków przeciwgorączkowych.

Przy zapaleniu okołomacicznem, zdążającym do wytworzenia ropnia, r. tak samo jak i e. zewn. odznacza się wielką zmiennością i waha się w szerokich granicach od 0,1° do 0,8° aż do czasu pęknięcia ropnia lub otworzenia jego drogą chirurgiczną. Jak przy ostrem zamknięciu kiszki, tak samo i przy skomplikowanym połogowym cierpieniu r. może dać cenne wskazówki przy rozpoznawaniu zapalenia otrzewnej. Jeśli w zapaleniu połogowym obok wysokiej gorączki mamy wielkie wzdęcie brzucha, bolesność jego, wymioty, częste tętno, wysoką c. z r. około 1° wynoszącą, to słusznie możemy myśleć o *peritonitis*

septica puerp., jeżeli zaś przy tych samych objawach znajdziemy r. normalną, to prędzej możemy wykluczyć zapal. otrzewnej, niż je potwierdzić. Pozwolę sobie przytoczyć 2 podobne przypadki. Jeden obserwowany rok temu dotyczył niemłodej wieloródki, [XLII] histeryczki, u której podejrzewano z początku *para - et perimetritis puerp. septica*, a potem i *peritonitis diff septica* z powodu wielkiego wzdęcia i bolesności brzucha. Wskutek takiego rozpoznania, pomimo obecności cuchnących odchodów z macicy, zaniechano wszelkiego miejscowego leczenia. Znalazłszy R. normalną, a bolesność brzucha zależną od hiperestezji skórnej, wykluczyłem zapalenie otrzewnej i okołomaciczną, wybrałem też inną metodę leczniczą [przeczyszczenie kiszek i wydalenie z macicy resztek cuchnącego miejsca], która doprowadziła w ciągu paru dni do zupełnego wyzdrowienia chorej. W drugim przypadku, który spostrzegałem w marcu i kwietniu r. b. [XLIV] również u histeryczki, istniała ciężka postać zakażenia połogowego z zapaleniem około- i przymacicznem, przy którym jednak r. tylko 2 razy wskazywała 0,8°, a zresztą trzymała się normy [mierzone c. 2 do 4-ch razy dziennie]. Otóż w tym przypadku po upływie 8—10-u dni wystąpiło kolosalne wzdęcie brzucha, z wielką bolesnością jego, które przy częstem tętnie wskazywało na zajęcie całej otrzewnej; do takiego też wniosku przyszedli koledzy, wezwani przeze mnie na naradę do chorej; r. jednak nie przekraczała 0,6. Nic też dziwnego, że po paru dniach wzdęcie brzucha znikło zupełnie wskutek przeczyszczenia kiszek, ustąpiła też i bolesność jego, która zależała od hiperestezji skórno-mięśniowej, wywołanej ciąglem stosowaniem lodu. Wspomniana chora zmarła po przyłączeniu się do cierpienia połogowego dwustronnego zapalenia płuc w następstwie ostrej niedomogi sercowej; dopiero wtedy w ciągu 2—3-ch dni przed śmiercią r. stale znajdowała się na wysokości 1,0° do 1,5° stopnia.

Nakoniec niemoralną r. w granicach 0,4° — 0,7° spotykałem przy zapaleniu pęcherzyka żółciowego lub przy kamicy żółciowej, jeżeli zaś kiedy dochodziła ona do 1°, to dotyczyła przeważnie kobiet wiekowych.

Co się tyczy przyczyny nienormalnej r. przy chorobach, w których udział bierze otrzewna, to przyczyna zapewne zależy od podrażnienia, a następnie porażenia splotów nerwowych kiszek, które drogą zwrotną przenosi się na sploty nerwowe serca; być może, że wzdęcie brzucha, wysokie uniesienie przepony do góry, zastój żylny w obrzynie jamie brzusznej wywołują mechaniczne przeszkody, stawiające tamę prawidłowej działalności serca, którego mięsień ulega w końcu o s t r e j n i e d o m o d z e, zależnej albo od czynnościowych w nim zmian, albo od ostrego zwyrodnienia. Niepoślednią też rolę odgrywają w tych razach t o k s y n y, powstające w kanale kiszki wskutek rozkładu zawartości jego, jak to się dzieje przy zamknięciu kiszek, albo też toksyny, wyprodukowane przez bakterye ropotwórcze przy septycznem zapaleniu otrzewnej.

Mimoходом wspomnę, że nienormalną r., nie dochodzącą jednak do 1°, spotykałem przy wszelkich sprawach ropnych, jak oto: przy ropnem zapal. opłucnej, przy ropniach wątroby, okołonerwowych, przy ropniach migdałów podniebnych, przy *tonsillitis lacunaris* i t. d.; przy surowiczem zapaleniu opłucnej z le-

wej strony r. bywa również nienormalną wskutek mechanicznego ucisku płynu na worek sercowy; tak samo bywa i przy obfitej ilości płynu w prawej jamie płucnej, powodującej przesunięcie serca na lewo.

Nakoniec u osób w bardzo podeszłym wieku term. r. musi być znaczna; zależy to od zmniejszonej kurczliwości naczyń skórnych, która znowu stoi w związku z częstym zjawiskiem arteriosklerozy większych naczyń u starców. Mało, niestety, posiadam mierzeń c. w tym kierunku, ale i te, co zdążyłem zebrać, potwierdzają w zupełności powyższe przypuszczenie. Wymownym przykładem tego może służyć spostrzeżenie, opisane pod № XXX, w którym u 86-letniej staruszki już po przejściu objawów *ileus paralyticus*, r. utrzymywała się przez pewien czas na wysokości $1,0^{\circ}$ — $1,2^{\circ}$.

G. [XLV] 86 lat. *Marasmus senilis*, degeneracyjne zmiany w mózgu, *incontinentia alvi et urinae*; obserwacja na 10 dni przed śmiercią.

C. $35,4^{\circ}$ — $37,0^{\circ}$, r. 1,6.

C. $36,5^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$, r. 1,0 i tak dalej aż do śmierci.

U kilku starców, będących pod moją obserwacją z powodu zatrzymania moczu, r. zawsze przekraczała $0,5$; były to osoby, dotknięte również zwyrodnieniem naczyń krwionośnych.

Streszczając ważniejsze punkty z toku mej pracy, przychodzę do następujących wniosków:

1) Stosunek ciepłoty ciała zewnętrznej nazwałem termometryczną różnicą, która,

2) w stanie zdrowia znajduje się w wązkich granicach, z małymi wyjątkami, od $0,1^{\circ}$ do $0,5^{\circ}$, stopnia, w stanie zaś,

3) patologicznym w szerszych granicach od $0,1^{\circ}$ do $0,5^{\circ}$, najczęściej odpowiada $0,3^{\circ}$. Ponieważ taka r. [różnica] oznacza prawidłowy przebieg choroby, dlatego nazwałem ją normalną.

4) Termometryczną r. poniżej $0,1^{\circ}$, a głównie powyżej $0,5^{\circ}$ nazywam nienormalną lub patologiczną, ponieważ wskazuje na nienormalny przebieg choroby.

5) Patologiczna r. posiada [wielkie] znaczenie w przebiegu wielu ostrych chorób zakaźnych. Jeśli zauważę, że będąc na początku choroby normalną, nagle podniesie się do $1,0^{\circ}$, to wtedy stawiam niepomysłne rokowanie, które znowu będzie bezwarunkowo złe w tym razie, gdy r. wznowi się dalej i dosięga $1,5^{\circ}$ — $2,0^{\circ}$ lub wyżej.

6) Gdy zaś od początku choroby zauważę, że r. dochodzi do $0,8^{\circ}$ — $1,0^{\circ}$ i w dalszym przebiegu jej stoi mniej więcej na tej samej wysokości, to rokowanie robię ostrożnie, z rezerwą. Taka r. wskazuje tylko na ciężki przebieg choroby, ale dający nadzieję na wyzdrowienie. Zato rekonwalescencja w tych razach zawsze trwa długo.

7) Wysoka r. w ostrych zakaźnych chorobach wskazuje na osłabienie działalności serca czyli oznacza ostrą niedomogę jego, *insufficienciam musculi cordis acutam*, zależną od ostrego zwyrodnienia mięśnia sercowego.

8) R. 1° , jako wskaźnik siły serca daje pewne wskazówki przy wyborze metody leczniczej, a mianowicie nakazuje zastosować wszystkie

środki pobudzające, bezwarunkowo zarzucić stosowanie wanien ochładzających i zimnych zawijań, ponieważ te środki mogą tylko powiększać ostrą niedomogę serca.

9) Normalna r., występująca we wspomnianych chorobach obok nieprzytomności, maniakalnego bredzenia chorego, pomimo częstego i niemiarewego czasem tętna, wskazuje raczej na dobry stan serca i pozwala stawiać dobre rokowanie.

10) Patologiczna r., zjawiająca się w następnych tygodniach po przejściu już błonicy, oznacza osłabienie serca, *respective* ostrą niedomogę jego i daje odpowiednie wskazówki dla postępowania leczniczego [przedewszystkiem spokój].

11) W chorobach przewlekłych serca nienormalna r. znajduje się często na wysokości 1-go stopnia lub o parę dziesiątych wyżej i oznaczać ma przez ewleklą niedomogę jego — *insufficienciam myocardii chronicam*, zależną od przewlekłego zwyrodnienia jego. Tak r., jak i choroby ją wywołujące, trwać może całe tygodnie i miesiące. Jeśli w przebiegu chronicz. zwyrodnienia mięśnia serca r. zacznie podnosić się stopniowo do 1,5° — 2° i wyżej, wtedy r. oznacza pogorszenie choroby i daje również, jak przy ostrem zwyrodnieniu, bezwarunko złe rokowanie.

12) Wysoka, około 1,0° r. pozwala odróżnić astmę sercową, towarzyszącą przewlekłej niedomodze serca od astmy oskrzelowej, nerkowej lub astmy, zależnej od rozedmy płuc, przy tych ostatnich bowiem r. bywa po większej części normalną, albo równą zeru [0,0°].

13) Normalna r., zdarzająca się u chorych z wadą serca, oznacza wyrównanie jej i brak udziału w niej choroby mięśnia sercowego.

14) Patologiczna r. przy napadzie duszniczy bolesnej (*stenocardia vera*) pozwala ją odróżnić od duszniczy fałszywej, gdyż przy tej ostatniej różnica bywa normalną.

15) Również normalna r., towarzysząca objawom *tachycardiae* na tle nerwicy serca — *neurasthenia cordis*) dopomoże nam odróżnić tę ostatnią od prawdziwej niedomogi sercowej, przy której różnica jest zawsze wysoka.

16) Patologiczna r., dosięgająca czasami wysokich cyfr, zdarza się przy tych chorobach jamy brzusznej, w których przyjmuje udział otrzewna, a więc przy zapaleniu samej otrzewnej, przy zamknięciu światła kiszek tak wewnętrznem, jak i zewnętrznem [przepukliny zewnętrzne], dalej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, przy pęknięciu macicy i t. d.

17) Jeżeli w gorączce połogowej u kobiet nerwowych wystąpią objawy, pozwalające podejrzewać zajęcie otrzewnej: wymioty, częste tętno, bolesność i wzdęcie brzucha, to normalna r. pozwala wykluczyć zapalenie otrzewnej, a leczeniu nadać inny kierunek.

18) Tak samo przy objawach *quasi periappendicitidis* normalna r. dopomoże nam do wyłączenia tego cierpienia, a wyszukania innej choroby, maskującej *periappendicitidem*.

19) Patologicznar., nie dosięgająca jednak wysokich stopni [najwyżej do 1^o], spotyka się przy wszelkich ropnych sprawach tak zewnętrznych, jak, co ważniejsza, i wewnętrznych.

20) Nakoniec taka sama r., co i w poprzednim numerze, zdarza się u chorych gorączkujących w okresie pocenia się i po zastosowaniu środków przeciwgorączkowych (*antipyretica*).

Samo przez się rozumie się, że przy ocenie znaczenia termometrycznej r. brałem pod uwagę wszystkie znane objawy, towarzyszące danej chorobie.

Pragnąłbym bardzo, aby koledzy szpitalni, rozporządzający wielkim materiałem klinicznym, zechcieli sprawdzić powyższe fakta, dotyczące nienormalnej termometrycznej różnicy, nie tylko przy łóżku chorego, ale i na stole sekcyjnym, mając przedewszystkiem na uwadze zmiany anatomiczne i histologiczne, zachodzące w mięśniu sercowym. W razie potwierdzenia tych faktów, różnica termometryczna mogłaby stanowić ważny przyczynek do rozpoznawania, rokowania i leczenia w wielu ostrych i przewlekłych chorobach.

II. Przypadek krwotoku z więzadła obłego wątroby (*ligamentum teres hepatis*).

Podał

Z. Sławiński.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 47].

W przytoczonym przypadku zasługuje na bliższe omówienie niezwykle źródło krwotoku; nie mniej jest również zagadkowym i sposób powstania krwotoku, zwłaszcza wobec zachowania się całości ściany brzusznej. Zaznaczyłem już, iż dotychczas nie zdołałem znaleźć w literaturze chirurgicznej wskazówek co do możliwości powstawania krwotoku z więzadła obłego wątroby, nowsze badania anatomiczne dostarczają natomiast ciekawych w tym względzie danych.

Więzadło obłe wątroby (*ligamentum teres s. rotundum hepatis s. lig. hepato-umbilicale*) przywykliśmy uważać za mocny twór, złożony u dorosłego ze zbitej tkanki łącznej. Podręczniki anatomii uczą, że żyła pępkowa (*v. umbilicalis*) zarasta [ulega obliteracji] stale u noworodków wkrótce po urodzeniu i zamienia się w mocne, więzadło; u osobników przeto dorosłych żyła pępkowa istnieć nie powinna. Dotyczy to przynajmniej osobników dorosłych normalnych, gdyż wiadomą jest rzeczą, iż w marskości wątroby żyła pępkowa może odzyskać niekiedy drożność, a nawet uleść rozszerzeniu, również jak łączące się z nią

żyły przedniej ściany brzusznej; w okolicy pępka powstawać może wtedy t. zw. *caput Medusae*. Okoliczność powyższa od dawna powodowała różnicę poglądów oraz wywołała liczne w tym kierunku badania ¹⁾.

Już HALLER [1757] opisał przypadki drożności żyły pępkowej u normalnych osobników dorosłych. CRUVEILHIER, a także ROKITANSKY mniemali, że w pewnych razach żyła ta nie ulega obliteracyi u dorosłych osobników. Według VIRCHOW'a *v. umbilicalis* łączy się bezpośrednio z *v. epigastrica* i nie ulega istotnemu zarośnięciu *post partum*, a tylko znacznemu zwężeniu. Nowsze badania anatomiczne zmieniły i te poglądy w tym mianowicie kierunku, że *v. umbilicalis* ulega u noworodka istotnie zarośnięciu w pobliżu ściany brzusznej, na pozostałej jednak przestrzeni pozostaje drożny kanał żylny, po którym i w warunkach normalnych przepływa krew w kierunku dośrodkowym. Do owego kanału żylnego wlewają się nawet w pobliżu wątroby drobne dopływy, łączące go z żyłami ściany brzusznej (*v. v. epigastricae profundae*). Zmiana poglądów datuje zwłaszcza od czasu badań BUROW'a [1835].

BUROW wykazał, że już u zarodka z dopływów obu *vv. epigastr. inf. prof.* powstaje żyła, która przebiega w *lig. teres* obok *v. umbilicalis* i otwiera się do niej w pośrodku mniej więcej jej długości (t. zw. *vena parumbilicalis* Burowi). SAPPEY i ROBIN [1858] luźnymi badaniami dowiedli, że żyła pępkowa u osobników dorosłych jest drożną na niewielkiej przestrzeni w pobliżu wątroby. Do tej niezarośniętej części żyły pępkowej wlewa się niekiedy żyła, powstająca w ścianie brzusznej w okolicy pępkowej (*groupe parombilicale*) i przebiegająca w *lig. teres* wzdłuż zarośniętej części żyły pępkowej (*veine parombilicale* SAPPEY). W innych razach wzmiankowana żyła otwiera się nie do żyły pępkowej, lecz wprost do lewego pnia *v. portae* i w ten sposób wyjaśnia się połączenie żył ściany brzusznej przedniej z *v. portae* („*veine porte accessoire*“).

W nowszych czasach BAUMGARTEN [1877 i 1892] stwierdził słuszność powyższych badań. Na 60 normalnych przypadków w 6-ym tylko nie był on w stanie znaleźć światła żyły pępkowej w więzadle obłem. Wykazał on nadto, że żyłę pępkową zasilają dopływy; oprócz głównej i najgrubszej *v. parumbilicalis* otrzymuje ona niekiedy liczne drobne *vv. parumbilicales* („*Schaltvenen*“) i powstają one wszystkie z rozgałęzień *v. epigastr. inf. prof.*, przebiegają tuż pod otrzewną i wlewają swą zawartość bądź do *v. umbilicalis*, bądź też do *v. portae* bezpośrednio. W trzeciej części przypadków *v. parumbilicalis* otwiera się bezpośrednio do *v. portae*. Według HENLE'go żyła pępkowa posiada niekiedy i zastawki, skierowujące krew od wątroby ku ścianie brzusznej.

Wobec danych powyższych zrozumiałą się staje możność obfitego nawet krwotoku z więzadła obłego wątroby. W moim przypadku w więzadle przebiegała zapewne mocno rozwinięta t. zw. *v. parumbilicalis*. Wskutek urazu przednia ściana klatki piersiowej oraz brzusznej, jako podatniejsza od tylnej,

¹⁾ Poniżej przytoczone dane zaczerpułem głównie z rozprawy OTTONA KIRCHBACH'a *Verhalten der Vena umbilicalis und des Ductus venosus Arantii nach der Geburt*. Königsberg. 1899, oraz TESTUT'a. *Traité d'anatomie humaine*. 1900. T. II, str. 319—323.

wpukliła się prawdopodobnie, przez co więzadło uległo rozciągnięciu i powłoka jego, złożona z otrzewnej i przylegająca do ściany żyły, na ścianie tylnej pękła w kształcie szczelin poprzecznych. Pawstałe w ten sposób krwawienie nie było zapewne znaczne, nie dało wyraźnych objawów miejscowych ani ogólnych i wstrzymało się samo przez się. Niespokojne zachowanie się chorego powikłało sprawę. Trzeciego dnia pobytu w szpitalu, kiedy chory zaczął chodzić, zmienił się wyraźnie na gorsze wygląd jego; rzeczą jest możliwą, że i wtedy nastąpić mogło ponowne, acz niezbyt obfite wynaczynienie z tego samego źródła. Dopiero czwartego dnia pobytu, ostatni wysiłek, na jaki sobie chory pozwolił, wywołał wreszcie tak groźny krwotok do jamy brzusznej. Znaczna ilość wynaczyniowej krwi nasuwa przypuszczenie, że uszkodzona żyła zespolona była z żyłą wrotną.

NOTATKI LEKARSKIE.

Operacya usunięcia odłamków kości skroniowej w przypadku złamania jej, z następczymi objawami uciśnięcia mózgu.

Przypadek, który zmusił do tego operacyjnego zabiegu, zdarzył się w Biskiu [Syberya, gub. Tomska], w lipcu 1904 roku: chłopiec, lat około 14-u, syn mieszczanina, został uderzony przez konia kopytem w lewą skroń, poczem leżał bez przytomności na miejscu wypadku przez jakiś czas; po upływie kilku godzin był przytomiony do lazaretu wojskowego, będącego pod mojem [podówczas] kierownictwem, już w stanie zupełnej przytomności; mowa prawidłowa, brak widocznych objawów chorobowych ze strony mózgu. Po środku lewej skroni znajdował się niewielki otwór [formy ówieka od podkowy], z którego uporeczywie sączyła się krew. Przy obmacywaniu pod skórą wyczuwa się krwawy naciek, a pod nim daje się łatwo wyczuć znaczny odłamek kości, około 6 centymetrów długości, odłączony od reszty kości i wgłębiony mniej więcej na $\frac{1}{2}$ centymetra. Ponieważ na razie nie było objawów ucisku na mózg, wstrzymaliśmy się od chirurgicznego poważniejszego zabiegu, poprzestając na razie na dezynfekcyi rany i jej okolicy, włosy zostały zgolone na dość znacznej przestrzeni, skóra naokoło obmyta mydłem i szczotką wygotowaną, później — wyskokiem [spiritusem], eterem, roztworem sublimatu 1 : 1000; ranę przypruszono proszkiem jodoformu, na głowę położono lód; wreszcie postanowiliśmy przy pierwszych objawach uciśnięcia mózgu przystąpić do operacyi wydalenia odłamka. Chory pozostał w lazarecie. W ciągu następných 4-ch dni stan chorego stale się pogarszał, mianowicie: powiększała się afazyja, tak że pacjent zaczął mówić z wielką trudnością, bardzo powoli, niewyraźnie, w końcu już nic nie mógł mówić, chociaż z początku jeszcze rozumiał, co do niego mówiono; później utracił zdolność rozumienia, nie reagując zupełnie na pytania, w końcu zaś zapadł w stan śpiączki i tylko, gdy go cucono, przychodził nieco do przytomności, polykał trochę mleka i znów zapadał w stan śpiączki. Ciężota normalna i w ciągu całej choroby nie była ani razu wyżej 37°; lecz tętno stawało się coraz powolniejsze i 14. VII uderzało już tylko 56 na minutę.

Wymiotów nie było. Żrenice normalnej wielkości, równa, reagują nieco leniwie na światło. Wszystkie objawy [spączka, wolne tętno, afazy] wskazywały na uciśnięcie mózgu i zmuszały jak najrychlej przystąpić do operacji. Wzięc 15.VII, o 10-iej zrana, przystąpiliśmy, przy współudziale kolegów G. A. PRYBYTKOWA, A. F. CHMIELEWSKIEJ, do operacji. [Chociaż nasz szpitalik na 10. łózek jest dość nędzny, jednakże urządziłem w nim salkę operacyjną, w której w przeszłym roku dokonano: 9 operacji usunięcia kamieni pęcherza zapomocą metody *sectio alta*, 2 operacje *urethrotomiae externae* z przyczyny też kamieni, które się zatrzymały *in p. membranacea urethrae*; następnie — 2 operacje uwięźniętej przepukliny pachwinowej, nie mówiąc już o pomniejszych, np. wydaleniu całej *osis brachii* wskutek zgorzeli po ostrym *osteomyelitis* u dziewczynki 12-letniej z wyzdrowieniem i powrotem do stanu prawidłowego czynności kończyny. Nadmienić muszę, że pomimo naszych nędznych środków, aseptyka jest u nas ściśle zachowana i cały personel np. felerzerów i t. d. obowiązany jest stosować się do prawideł najskrapulatniejszej aseptyki; sterylizujemy wszystkie materiały opatrunkowe, narzędzia, fartuchy płócienne dla wszystkich uczestników przy operacji, a także prześcieradła, ręczniki i t. d.]. Po zachloroformowaniu chorego [bardzo ostrożnem], gdyż oddech miał zbliżony do typu CHEYNE-STOCKES'a] i po przedniem przygotowaniu pola operacyjnego, zrobiono krzyżowe cięcie przez skórę aż do kości, długości około 7-u centymetrów. Po rozchyleniu zapomocą typych rozszerzadeł 4-ch płatów, okazało się, że mięsień skroniowy jest zupełnie odłączony od kości, a wgłębiona kieszka składa się z kilku mniejszych i 2-eh większych odłamków kości skroniowej lewej. Z wielką trudnością udało się wyjąć jeden odłamek bez uszkodzenia mózgu, pozostałe odłamki usunięto z łatwością. Po oczyszczeniu rany na dnie widoczną była *dura mater*, nie tętniąca, w jednym miejscu jednak na przestrzeni 1 — 2 centymetrów rozdarta. Ranę *durae* rozszerzyliśmy ostrożnie nożyczkami na zgłębniku i usunęliśmy z pod niej niewielki skrzep krwawy; ranę całą wypełniliśmy zlekką gazą aseptyczną, jodoformową. Zaraz po usunięciu odłamków i skrzepu krwi oddech i tętno poprawiły się widocznie nawet podczas narkozy. Po przebudzeniu się, tegoż dnia, wieczorem pacjent rozumiał wszystko, co mówiono do niego i nawet wymawiał kilka słów. Po lepszeniu szło bez przerwy w ciągu 10-u dni, które po operacji chorey spędził u nas, a później, t. j. 25.VII wyszedł z lazaretu i przychodził sam na opatrunek do nas co kilka dni. Rana zupełnie zablizniła się, a na miejscu operacji widoczne jest jednak tętnienie mózgu. Obecnie pacjent zupełnie zdrow, biega po naszej miejscinie, spełniając rozmaite obowiązki. Mowa, pojmowanie tego, co słyszy, lub czyta [jest piśmienny], zupełnie prawdziwe. Dany przypadek, nie będąc, rzadkością, podług mnie zasługuje na uwagę z tej przyczyny, że operacja była wykonana przy warunkach bardzo nieprzychylnych i to powinno dodać otuchy kolegom, będącym na wsi i niespecyalistom chirurgom, aby w podobnych razach nie cofali się przed wykonaniem niezdecydnionej operacji, która jedna tylko może uratować chorego.

Dr Med. Ignacy Mroczkowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

169. Besançon i S. Israels de Yong. O *micrococcus catarrhalis*.

W czasie ostatniej epidemii influency we Francyi zimą r. b. w płwocinie chorych znajdowano równocześnie laseczniki PFEIFFER'a i *micrococcus catarrhalis*, szczególnie często ten ostatni. Jest to drobnoustrój, opisywany niedawno przez BULLOCH'a, KRETZ'a, RUHEMANN'a, KLINEBERGER'a i t. d., lecz znany już dawniej i wzbudzający teraz szczególną uwagę z powodu wspólnych cech z meningokokiem WEICHELBAUM'a i z gonokokiem. Liczni badacze wskazywali, że w śluzie dróg oddechowych u chorych na influencję w razie ostrego nieżytu oskrzeli i zapalenia płuc znajdują się drobnoustroje, kształtu tegoż, co gonokoki, zarówno w komórkach, jak i zewnątrz nich i odbarwiają się rozczynem GRAM'a. BERNHEIM poruszył kwestyę podobieństwa tych samych drobnoustrojów do *meningococcus* WEICHELBAUM'a z powodu obserwacyi nad dzieckiem rachitycznym, 14 o miesięcznym, zmarłym na włóknikowe zapalenie płuc; w czasie choroby i po śmierci znajdowane drobnoustroje nie różniły się niczem od meningokoków; podobny przypadek pneumonii miał i PETRUSCHKY. Obserwacye autorów nad morfologią, rzeczonego ziarniaka zgadzają się zupełnie z pracą nad nim PFEIFFER'a i GHON'a. W płwocinie jest widocznym najczęściej w postaci dwoinek, lub skupionych mas, rzadziej w postaci czworoboków, nigdy w łańcuszkach; kształt ten i wygląd zupełnie przypomina gonokoki z ropy cewki moczowej, od innych drobnoustrojów w płwocinie odróżnia się łatwo. Przy rozpoznawaniu go należy otrzymać zupełnie pewny odczyn GRAM'a (odbarwienie), a po powtórnem dobarwieniu odróżnić charakterystyczne kształty, różniące je od innych drobnoustrojów płwociny. Na podłożach *micr. cat.* staje się większym i mniej równym, rzadko ma kształt czworoboku; przy powierzchniowym badaniu widzimy jakby siatkę z ziarniaków, choć w rzeczywistości siatka ta składa się z dwoinek i nigdy, nawet z rozmaitych odżywek nie znajdujemy łańcuszków. Typową ma być hodowla *micr. cat.* na agarze zwyczajnym lub z cukrem; po 24-ch godzinach widzimy wewnętrzne małe kolonie, okrągłe, szaro-białawe, nietypowe, brzeg nierówny i ziarnisty, w ciągu następnych dni brzeg staje się jeszcze nierówniejszym, falistym, środek zaś ciemniejszy i wznosi się. Bronzowy i wzniesiony środek kolonii, brzeg falisty i ziarnisty—oto typowe cechy, lecz występujące dopiero po paru dniach, zato nawet po przeszczerpieniu utrzymujący się na danem podłożu; najlepiej przechowywać *micr. cat.* na agarze z krwią; dla zwierząt jest mało patologicznym. W organizmie ludzkim przy badaniu wydzieliny z nosa i krtani znajdowano mikroba u ludzi zdrowych zarówno w miejscowościach, dotkniętych drętwiąc karku i influencją, jak i poza niemi; w stanach zaś chorobliwych znajdujemy go najczęściej przy ostrych zapaleniach dróg oddechowych. W czasie ostatniej epidemii influency autorzy znajdowali go we wszystkich badanych przez nich 25-u przypadkach z zapaleniem dróg oddechowych. Choć poprzedni badacze (GHON, PFEIFFER, SEDERL) orzekają stanowczo, że *microc. cat.* gra takąż samą rolę, jak *pneumococcus* i może sam wywołać stan zapalny z bardzo ciężkimi objawami, jednakże autorzy poprzestają na twierdzeniu, że *micr.* zwykle znajduje się razem z pneumokokiem i *coccobacillus* PFEIFFER'a, a często żyje w roli saprofita. Opierają się tu autorzy na tem, że nigdy hodowla z wydzieliny nie była czystą jego hodowlą, że inokulacya nie dała właściwych wyników i że w tych wypadkach, kiedy posiew dawał tylko kolonie *micr. cat.*, choroba odznaczała się łagodnym przebiegiem; kwestyi tej jednak nie można uważać za zdecydowaną. Ciekawem jest

pytanie, gdzie umieścić w systematyce bakteryologicznej ten drobnoustroj wobec jego podobieństwa do gonokoka i meningokoka. Od pierwszego odróżnia się on typem swej hodowli na odpowiednim podłożu i trudem otrzymania hodowli gonokoków w przeciwieństwie do *micr.* (pierwszy tylko na podłożu WERTHEIM'a), oraz odrębnym miejscem pobytu w organizmie ludzkim. Trudniej różnicę znaleźć między *micr. cat.* a meningokokiem. W rzeczywistości oba drobnoustroje mają dużo wspólnego: identyczną morfologię, znajdowanie się wewnątrz i zewnątrz komórek, odbarwienie roztworem GRAM'a. Na podłożach odróżniają się niewiele: meningokok ma kolonie z brzegami nierównymi, przezroczystymi, środek nieprzezroczysty, *micr.* ma dość typowe kolonie; żywotność tego ostatniego jest nieco większą. Otóż wskutek tego, że z jednej strony podobieństwo *meningococcus* i *micr. cat.* jest bardzo wielkie, a z drugiej już była poruszana sprawa podobieństwa *gonococcus* i *meningococ.* (PINTO), nasuwa się pytanie, czy czasem wszystkie te trzy typy nie należą w rzeczywistości do jednego rodzaju, zmieniając się zależnie od środowiska, na którym je znajdujemy (cewka moczowa, płyn mózgowia, śluzówka dróg oddechowych). Autorzy sądzą, że przed odpowiedzią dokładną na to pytanie, należy uważać te drobnoustroje za należące do jednej rodziny.

(*Presse médicale* 1905. № 82).

Zygmunt Kotarski.

170. Chazarain - Wetzel. Bakteryologia gruźlicy płucnej. Zarazki, współtowarzyszące lasecznikowi Koch'a.

W kwestyi ogólnych zasad bakteryologicznych autor zatrzymuje się nad różnicą między infekcją mieszaną a wtórną, i pierwszą widzi przy równoczesnem przeniknięciu do organizmu zarazków odrębnej natury, lecz jednakowej siły w skutkach, drugą zaś, kiedy do zmian, wywołanych przez jeden rodzaj pasożytów, dołącza się działanie drugiego rodzaju, dla którego zostało przygotowane odpowiednie podłoże, lub ułatwiony dostęp. Również znanem jest znaczenie symbiozy w życiu zwierzęcem, mianowicie współdziałanie lub ułatwienie działania jednemu zarazkowi przez drugi, lub przeciwnie—osłabianie wpływów jednego zarazka przy wstąpieniu do organizmu drugiego rodzaju, oraz fakt, że w naturze obserwujemy przeważnie pierwsze zjawisko. To ostatnie twierdzenie prowadzi nas do właściwego tematu, t. j. do kwestyi współistnienia rozmaitych drobnoustrojów łącznie ze specyficznym dla gruźlicy płuc lasecznikiem KOCH'a, i tu przytacza autor zdanie KOCH'a, że przy badaniu stopniowego rozwoju gruźlicy spotykamy się [w płucinie, oczywiście] z rozmaitymi zarazkami, zarówno w pierwszych fazach, kiedy konstatujemy lekkie zapalenie oskrzeli i znajdujemy nieliczne gruzelki, jak również w ostatnim okresie—tworzenia się ropadowych ognisk, oraz, że niekoniecznie przy szybkim rozwoju gruźlicy trzeba spodziewać się dużej liczby laseczników, przeciwnie—mogą istnieć odrębne drobnoustroje. Podobne zdanie wypowiadają GRANCHER, HUTINEL, BABY i inni, którzy twierdzą nawet, że przy gruźlicy płuc laseczników KOCH'a może wcale nie być, i że rozmaita postać i przebieg gruźlicy zależy od przyłączenia się tych lub innych drobnoustrojów i ich roli patologicznej, np.: owrzodzenia, rozpady wrzodziejące, *febris hectica*, obfite poty, lub wychudzenie są wynikiem działania nie laseczników KOCH'a, lecz toksyn i spraw żywotnych i innych drobnoustrojów. Jak się okazuje z wyliczenia i wyników prac rozmaitych autorów, niemal wszystkie drobnoustroje, a nawet grzyby, drożdże spotykano przy badaniu wydzielin i zawartości flory płuc.

Następuje badanie najczęściej spotykanych przy gruźlicy drobnoustrojów: *bacterium termo*, *bacillus vulgaris*, *bac. septicus*, *putridus*, *subtilis*, *pyocyaneus*; następnie opis *coccobacillus* PFEIFFER'a (*v. influenzae*) i tak często spotykany w kazyście chorób zakaźnych *bacillus coli*. Najwięcej drobiazgowo przez autora jest

rozpatrywana monografia drobnoustroju pod nazwą *diplostreptococcus*, który autor dzieli na *diplococcus* [specyficzny dla pneumonii], *streptococcus* i *enterococcus*, i przychodzi po wyliczeniu prac i zapatrywań innych autorów do wniosku, że jest to jeden i ten sam rodzaj, rozmaicie tylko przedstawiający się i inaczej działający, zależnie od warunków podłoża i innych niezbadanych dotąd powodów. Do badania tego ostatniego rodzaju drobnoustrojów autor załącza rysunki z własnych studyów, aby dowieść łączności i wspólności tych zarazków, zarówno teoretycznie, jak również doświadczalnie na podłożach i w zawartości płuc [plwociny oraz tkanki]; z tego wszystkiego okazuje się, że te typy, dotąd uważane za oddzielne, są w gruncie rzeczy jednym gatunkiem, przybierającym rozmaity kształt w rozmaitych warunkach. Podobne zjawisko spostrzega autor między *pneumobacillus* FRIEDLAENDER'a a *bac. lacticus aërogenes*. Na ostatniem miejscu autor stawia drobnoustroje gnilne, mianowicie rodzaje *streptococcus* i *tetragenus* i opisem ich wzrostu oraz wpływu na ropienie w organizmie [w płucach] zamyka tę część pracy, przechodząc do nici przewodniej, powyżej przytoczonej, mianowicie, do znaczenia transformizmu w bakteriologii. Istnienia tego transformizmu dowodzi autor zapomocą swych poprzednich obserwacji i badania rozmaitych drobnoustrojów w wydzielinach i zawartości płuc, i, jak twierdzi, autor stał oś form bakteriologicznych jest jedynie zabytkiem historycznym; kształt ten lub ów zmienia się zależnie od nieznanych nam bliżej warunków. Jako przykład stawia autor typ *diplo-strepto-enterococcus*, który zmienia nie tylko swą zewnętrzną formę, ale nawet wydziela barwik lub gaz, lub przeciwnie nie wytwarza tych ciał. Po tym ogólnym wniosku przechodzi do 2-jej części, do własnych badań wraz z opisem techniki tychże, badań bardzo obfitych co do treści i sposobów. Z obserwacji tych wynika, że przy formach rozpadowych gruźlicy więcej spotykamy drobnoustrojów kształtu krótkiego, w 2 — 3-ch rodzajach, długie zaś kształty spotykamy we wtórnym okresie i że enterokok spotykany był we wszystkich przypadkach w formie łańcuszkowca. Przy jamach [kawernach] drobnoustroje następują w tym porządku: enterokok, stafylokok, *b. FRIEDLAENDER'a*, *b. termo*, PFEIFFER'a *coli*.

Co się tyczy właściwie specyficznego dla gruźlicy lasecznika KOCH'a, to autor zapytuje, czy tylko lasecznik KOCH'a może wywołać właściwą gruźlicę i czy gruźlica może zależeć od innych drobnoustrojów równocześnie przy istnieniu lasecznika KOCH'a lub bez niego. W pierwszym wypadku musielibyśmy wypowiedzieć wojnę lasecznikowi, w drugim zaś należy organizmy wrażliwsze usposobić do walki z zarazą wogóle, wzmocnić i uodpornić przeciwko osłabieniu, które wpływa dodatnio na przenikanie i niszczące działanie drobnoustrojów wszelkiego rodzaju. I tu autor wypowiada nader ważne zdanie, które, jednak, jak sądzę, już obecnie jest chyba ustalonym i za granicą i u nas, że gruźlica jest chorobą socyjalną i że wmiarę ulepszenia warunków sanitarnych gruźlica powinna zniknąć.

Co do własności lasecznika KOCH'a, warto zanotować, że posiada on zdolność przyjmowania barwików kwaśnych i przy posiewach doświadczalnych daje zmiany specyficzne dla gruźlicy. Stosownie do tego autor dzieli swe przypadki na grupy: 1) pseudo-gruźlicze, kiedy spotykane drobnoustroje nie przyjmują barwików kwaśnych, lecz wywołują zmiany gruźlicze, 2) przyjmujące barwiki kwaśne i 3) pozbawione tych obu własności, czyli saprofityczna rola lasecznika KOCH'a. Okazuje się, że zarówno inni, jak i nasz autor, spotykali wypadki każdej z tych kategorii, t. j. że: 1) nie tylko laseczniki KOCH'a, lecz i inne drobnoustroje, wywołują zmiany gruźlicze, że 2) są rozmaitego kształtu drobnoustroje, barwiące się kwaśnymi odczynnikami i że 3) lasecznik KOCH'a często odgrywa rolę saprofityczną, t. j. wyhodowany w odpowiednio zmienionych warunkach, może nie wywoływać uszkodzeń natury

gruźliczej i nie barwić się odczynnikami kwaśnymi, czyli mieć właściwości ogólnie - saprofityczne.

Wreszcie autor, prócz przytoczenia nader obszernej literatury, streszcza swe wyniki w ten sposób: 1) niema różnicy między saprofitami i patologicznymi drobnoustrojami, 2) w gruźlicy lasecznik Koch'a gra rolę nie mniej ważną, niż inne spotykane w gruźlicy drobnoustroje, 3) wszystkie te drobnoustroje i przecinki Koch'a są to saprofity, mogące stać się patologicznymi w odpowiednich warunkach, 4) zupełnie czyste [w pojęciu bakterjolog.] przypadki ostrej gruźlicy są rzadkie, 5) czystej przewlekłej gruźlicy niema, 6) najczęściej z lasecznikiem Koch'a współdziała enterokok (*diplostreptococcus*), 7) enterokok jest typem pierwotnym [głównym], wtórnymi [pochodnymi] są pneumokok i streptokok, 8) zarówno przecinki Koch'a jak i inne współtowarzyszące drobnoustroje mogą być poprzedzane jedne przez drugie, 9) stałość form, bakterjologicznych nie istnieje w bakterjologii.

(*Monografia, wydana w Paryżu 1905 r. stronic 261, rys. 13*). Z. Kotarski.

171. Naunyn. O stosunku cierpienia mózgu pochodzenia miażdżycowego do wrzekomego stwardnienia rozsianego (*pseudosclerosis multiplex*) i do niemożności chodzenia (*abasia*) u starców.

Wrzekome stwardnienie rozsiane układu nerwowego w przebiegu swym i objawach jest bardzo podobne do stwardnienia rozsianego prawdziwego. Zdaniem autorów jedynie wiek chorych rozstrzyga o istnieniu jednego lub drugiego, stwardnienie bowiem rozsiane prawdziwe w wieku starszym, począwszy od lat 50-u, jest wielką rzadkością. Ogniska wrzekomych stwardnień rozwijają się, na tle miażdżycy tętnic mózgowych, z ognisk, obumarłej lub zniszczonej wylewem krwi substancji szarej; bywają one wielkości prosa, grochu lub bobu. Przypadki wrzekomego stwardnienia mózgu i rdzenia, jakie spostrzegał autor, cechowały się: spastycznymi niedowładami kończyn (*paraparesis spastica*), chodem spastycznym, spastyczno - bezładnym (*spastico - pareticus*), i spastyczno - porażnym (*spastico - paralyticus*), zwiększeniem odruchów, ścięgniętych objawem BABIŃSKIEGO, spastycznym stężeniem mięśni, zaburzeniami pęcherza moczowego, drżeniem przy wykonywaniu ruchów (*Intentionstremor*), drżeniem gałek ocznych, (*nystagmus*), zaburzeniami mowy.

Co się tyczy niemożności chodzenia u starców (*abasia senescentium*), to badanie pośmiertne tych przypadków wykazywało również pewną liczbę, zazwyczaj znaczną, ognisk obumarcia lub po wylewach krwi, w mózgu prócz 3-ch postaci tego cierpienia, wyróżnianych przez CHARCOT'a i BLOCQ'a [paretycznej, drżącej i płasawiczej]. NAUNYN opisuje jeszcze postać spastyczno - porażną (*spastico - paralytica*). W przypadkach, spostrzeganych przez N., prócz niemożności chodzenia istniały różne parestezye, zaburzenia w odżywianiu skóry, silne wzmoczenie odruchów ścięgniętych, wzmoczona pobudliwość mięśniowa.

Abasia w młodym wieku według CHARCOT'a i BLOCQ'a jest natury historycznej. PETRÉN utrzymuje, że i w starszym wieku rozwija się ona na tle historyi. NAUNYN godzi te 2 zdania w ten sposób, że, według niego, w starszym wieku wskutek miażdżycy tętnic może powstać historia, a na tle tej ostatniej pod wpływem autosugestyi zaburzenia w chodzeniu. U owych chorych N. nie stwierdzał istnienia zwykłych znamion historyi. Natomiast jest zdania, że główną przyczyną abazyi starczej jest miażdżycza tętnic, która, powodując zmiany odżywcze w drogach mózgowo - rdzeniowych, wywołuje zaburzenia w kojarzeniach ruchowych.

(*Sammlung klinischer Vorträge, 1905. N. 391*).

B. Łuczycski.

172. B. Kiolemenoglou i F. Cube. *Spirochaete pallida* Schaudinn'a i syfilis.

Wkrótce po ogłoszeniu wyników badań SCHAUDINN'a i HOFFMANN'a pojawił się cały szereg spostrzeżeń, potwierdzających obecność *spirochaete pal.* w pro-

duktach syfilitycznych. Wymienieni w nagłówku autorzy również przeprowadzili szereg odpowiednich badań w klinice prof. POSSELT'a w Monachium. Znajdowali oni w syfilitycznych produktach grajcarkowate twory długości 6 — 10-u o 4 — 10-u wyraźnych zakrętach, odpowiadające w zupełności pasożytom, opisanym przez SCHAUDINN'a. Te same jednak pasożyty spostrzegali oni: 1) w ropie przy *bartholinitis gonorrh.* u osoby dotkniętej *leucoderm. colli specif.*, 2) przy *balanitis*, 3) w ropie przy *scrofuloderma*, 4) w produktach rozpadu raka, 5) w soku szyszkowin stożkowatych. Prócz *spirochaete pal.* we wszystkich tych przypadkach znajdowano w mniejszej lub większej liczbie *spiroch. refringens*, a także liczne atypowe formy spirochetów.

Wobec powyższych wyników badań uważać *spirochaete pal.* A. SCHAUDINN'a za przyczynę syfilisu byłoby, według zdania tych autorów, przedwczesnie, nie jesteśmy bowiem w stanie odróżnić spirochetów, znajdujących w produktach syfilitycznych, od tych, jakie spotykamy w tkankach, dotkniętych innymi cierpieniami.

(*München. med. Wochenschr.* 1905 № 27.).

J. Rosenberg.

173. W. Wechselmann i W. Leowental. Przyczynek do nauki o *spirochaete pallida*.

Autorzy znajdowali w suchej grudce, wziętej z ramienia syfilityka leczonego ręciami, *spirochaete pal.* w postaci oddzielnych, bardzo krótkich tworów, choć spostrzegali też egzemplarze, składające się z większej liczby indywidualów; również w grudce z uda człowieka, który otrzymał 10 iniekcji *Hg. salicyl.*, prócz *spiroch. pal.* znaleziono liczne małe indywiduala. Rozpad spirochetów na oddzielne indywiduala jest wynikiem leczenia ręciovego. LOEWENTHAL znajdował w rozmaitych produktach syfilitycznych prócz spirochetów jeszcze inne twory, które — jak można wnioskować na zasadzie badań porównawczych, przeprowadzonych nad spirochetami spotykanymi w jamie ustnej — są w genetycznym z nimi związku.

Twory te podzielić można na dwie grupy: na pręcikowate i w postaci kielbas. Pierwsze mają 2 — 3 μ długości, są bardzo cienkie [$\frac{1}{4}$ μ], barwią się odczynnikiem GRIEMS'y w jasno - niebieski kolor i zawierają czerwono - fioletowo barwiące się jądra, które się mnożą przy pomocy dzielenia. Twory drugiej grupy są tej samej prawie wielkości, są nieco grubsze i barwią się znacznie silniej na kolor niebiesko - czerwony.

(*Medicin. Klinik.* 1905. N. 33).

J. Rosenberg.

174. Karol Herxheimer. Stosunek *spirochaete pallida* do syfilisu.

SCHAUDINN i HOFFMANN znajdowali przy swoich badaniach dwojakiego rodzaju spirochety: *spirochaete refringes* i *spirochaete pallida*. Pierwszy pasożyt jest grubszy, zakręty jego są mniej regularne, łatwo i mocno się barwi i SCHAUDINN znajdował go przy rozmaitych owrzodzeniach, przy *gonorrhoea* i innych cierpieniach, autor zaś z początku spostrzegął go na powierzchni wykwitów syfilitycznych, później również przy *gonorrhoea, condylomata acum.* i t. d. Drugi pasożyt (*spir. pallid.*) jest delikatniejszy o regularnych grajcarkowatych zakrętach, których liczba dochodzi do 6 — 14, długość pasożytów 4 — 14 μ , barwi się najlepiej zmodyfikowanym odczynnikiem GRIEMS'y, a także anilin - gentian-wioletem, karbol - fuksyną po uprzednim zmyciu kwasu fosforo - wolframowego. Łatwiej, niż zapomocą barwienia udaje się znajdować *spirochaete pallida*, badając sok tkanki syfilitycznej w zawiesinie fizyologicznego roztworu soli kuchennej; spostrzegamy wtedy opisane przez SCHAUDINN'a ruchy ku przodowi i wsteczne, zginanie i ruchy rotacyjne pasożyta. Badania HERXHEIMER'a dotyczą 18-u przypadków, pomiędzy którymi prócz wrzodów pier-

wotnych i lepiej był przypadek wysypki grudkowatej i jeden przypadek dziedzicznego syfilisu u dziecka. We wszystkich tych przypadkach prócz 5-u autor znajdował *spirochaete pallida*.

Liczne są pozytywne wyniki badań, prowadzonych w tym kierunku, przez rozmaitych autorów, jak PASCHEN'a, METSCHNIKOFF'a, ROUX, WECHSELMANN'a i LOEWENTHAL'a, KRAUS'a, WOLK'a, EHRMANN'a, PALTAUF'a, OPPENHEIM'a, FRAENKEL'a, JAEQUET'a i LEWIN'a MC WEENEY'a, K. HERXHEIMER'a i HUBNER'a.

Godne jest uwagi znajdowanie pasożytów we krwi przez RECKZRH'a i we krwi śledziony przez SCHAUDINN'a. Autor przeprowadził również szereg kontrolujących badań, nie znajdował jednak pasożytów (*spir. pallida*) przy *ulcera mollia*, *gonorrhoea*, *condylom. acum*; wyniki ujemne otrzymali również SCHAUDINN i HOFFMANN przy *bubo post ulcus molle*, *gonorrhoea*, *condylom. acumin.*, *carcinoma*, *sarcoma*, *lupus*, a paryscy badacze przy *acne vulgaris*, *scabies*, *sycosis vulgaris*.

W końcu autor dodaje, iż należy w dalszym ciągu prowadzić badania kontrolujące i że nim przyjmniemy *spirochaete pallida* za przyczynę syfilisu, musimy rozwiązać wiele kwestyi, jak na przykład należy obecność jądra, zbadać fazy rozwoju pasożyta, dowieść jego stałego występowania we krwi i tkance syfilitycznej i zbadać jego zachowanie się w rozmaitych okresach syfilisu.

(*Medic. Klinik. 1905 N. 32*).

J. Rosenberg.

Wiadomości bieżące.

— Świeżo zawiązujące się w Warszawie Stowarzyszenie lekarzy, wolne od celów politycznych i partyjnych, mające za zadanie zrzeszyć ogół lekarzy na gruncie spraw zawodowych, zawodowo - społecznych i towarzyskich, liczy już trzystu kilkudziesięciu członków. Zapisy przyjmują członkowie komisji balotującej, wybranej w dn. 3.XII na wstępnem zebraniu. Projekt ustawy będzie przedstawiony członkom stowarzyszenia w styczniu.

— W dzisiejszych czasach na każdym obywatelu kraju ciąży obowiązek dobrowolnego opodatkowania się na cele szkolno - oświatowe. Za przykładem techników, właścicieli domów, wioślarzy — poszli i lekarze. Stu kilkudziesięciu kolegów w Warszawie utworzyło Koło Polskiej Macierzy Szkolnej, mające na celu założyć i utrzymywać pod zwierzchnictwem Macierzy szkołę ludową dla uczniów bez różnicy wyznań, możliwie tania, a wzorową. Składka w Kole dowolna od 3-ch rubli rocznie. Wybrany już zarząd przyjmuje zapisy nowych członków, składki i ofiary.

— We Lwowie z początkiem r. 1906 zacznie wychodzić nowe czasopismo lekarskie pod tytułem: „Lwowski Tygodnik lekarski“.

— We Wrocławiu pod przewodnictwem księcia BERNARDA VON SACHSEN-MEININGEN zawiązał się Komitet celem wystawienia pomnika ś. p. MIKULICZOWI.

— Towarzystwo anatomiczne Niemieckie zamierza wystawić w Würzburgu pomnik KÖLLIKER'owi.

— Wedle wiadomości poczerpniętych z gazet rosyjskich i niemieckich dżuma grasuje w gubernii Astrachańskiej. Już podobno tam wybuchła w 100-u miejscowościach.

— Z m a r l i: SECZENOW, znany fizyolog rosyjski; ZIEGLER prof. anat. patologicznej we Freiburgu; SCHMAUS, prof. anat. patol. w Monachium.

— Z numerem dzisiejszym „Gazeta Lekarska“ kończy 25 lat istnienia pod tą samą redakcją [a prawie 40 lat od swego założenia]. Jeśli przez ten czas „Gazeta“ zdobyła sobie jakie zasługi — o czym nie nam sądzić —, to na nie prócz starań redakcyi złożyli się i to w większej jeszcze części współpracownicy, którzy zasilali ją swemi pracami, jako też i prenumeratorzy, którzy nie odmawiali nam materyalnego poparcia. Jednym i drugim „Gazeta“ z okazji ukończenia ćwierćstulecia składa niniejszem najserdeczniejsze podziękowanie z prośbą o takież poparcie i nadal. Jest ono nam w chwili obecnej jeszcze potrzebniejszym, gdyż wraz z całym polskim społeczeństwem i „Gazeta“ przeżywa obecnie ciężkie czasy. Produkcya literacka lekarska wskutek ogólnego politykowania i zatrzymania mnóstwa lekarzy polskich na Dalekim Wschodzie bardzo się zmniejszyła, a i pomoc pieniężna z tegoż powodu ogromnie zmaląa. Mimo jednak ciężkiego położenia finansowego i literackiego nie zawieszamy wydawnictwa „Gazety Lekarskiej“, lecz licząc na współudział ogółu lekarzy, musimy w dwójnasób zwiększyć nasze starania i ofiarność w nadziei, iż jesteśmy w zaraniu lepszych czasów, które przyniosą i „Gazecie“ obfitszy plon pod względem jakościowym i ilościowym, i w przekonaniu, iż zabiegi te nasze nie pozostaną bez korzyści dla naszego społeczeństwa.

Redakcyja.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1906 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.



