

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z kliniki wewnętrznej Rady tajnego Profesora Doktora Riegel'a
w Giessen.

I. SPRAWDZENIE DOŚWIADCZEŃ GRÜTZNERA
nad losem wlewań do kiszki stolcowej
u człowieka i zwierząt.

PODAŁ

Dr Józef Swieżyński,

asystent szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Dokończenie).

Wobec faktu, iż wnioski Grütznera, chociaż zostały zachwiane, jednakże nie uległy zupełnemu obaleniu, pytanie zaś o ich podstawności posiada niemałe znaczenie dla teorii lawatyw odżywczych, podjąłem się chętnie sprawdzenia dalszego tych doświadczeń, idąc za radą Profesora Dra Riegel'a, któremu niech mi wolno będzie złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie za łaskawe wskazówki, udzielane mi podczas trzechmiesięcznego pobytu w jego klinice.

Doświadczenia na zwierzętach robiłem w części w laboratorium klinicznym, w części w instytucie patologicznym

Prof. Boström'a; doświadczenia na ludziach w klinice. O ile prostem wydawało mi się pierwotnie urządzenie doświadczeń, o tyle znacznymi i licznymi przy dokładniejszym zbadaniu okazały się trudności. Dotyczyły one już przede wszystkim wyboru ciała, używanego do doświadczeń. Że cząsteczki węgla prawie stale znajdują się w żołądku i kiszka człowieka i zwierząt, mogłem stwierdzić zgodnie z Christomanosem; znajdowaliśmy je nawet w śledzionie i wątrobie zwierząt, używanych do doświadczeń. Krochmal okazał się nieodpowiednim, gdyż różne jego rodzaje wcale nie tak łatwo udaje się rozpoznać, jakby to można wnosić z twierdzeń botaników, przytem wśród długiej drogi do żołądka przynajmniej częściowo ulegają ziarnka strawieniu i wreszcie dlatego, że zwykle jego rodzaje stale znajdowane bywają w żołądku człowieka nawet po kilkudniowym wstrzymaniu się od pokarmów mącznych. Znajdowałem też w żołądku psa, któremu po kilkakrotnym płukaniu dawałem wyłącznie strawę mięsną, w preparatach z treści żołądka bezbarwne cząsteczki, barwiące się za dodaniem jodu na niebiesko, jak krochmal. Berlinerblau, jak mnie nauczyły próby w probówce robione, prędko ulega odbarwieniu w fizyologicznych roztworach alkaliów; z tego też, zdaje się, powodu, w jednym doświadczeniu nad królikiem nie odnalazłem omawianego barwnika ani w górnych odcinkach kiszek, ani w kiszce prostej. Wlewań pokrajanego włosia w obawie mechanicznych uszkodzeń u człowieka nie robiłem, w doświadczeniach zaś wyłącznie na zwierzętach było ono dla mnie bez wartości.

Bismuthum subnitricum zastosowałem w jednym doświadczeniu na człowieku, lecz czarnych kryształów, które znalazłem następnie w żołądku, nie mogłem utożsamiać z wprowadzonymi za pomocą lawatywy z tą niezawodnością, która wydaje mi się niezbędną do wydania sądu pewnego.

Lycopodium, przy użyciu ostrożnem, wydało mi się zarówno pewnym jak dogodnym środkiem i stosowałem je prawie wyłącznie. Ponieważ przez swą lekkość rozpyła się nadzwyczaj łatwo, przygotowywałem lub przygotowywano zawieszinę w miejscach, nie mających styczności z laboratoryum, służącym do doświadczeń (przeważnie w aptece), jak również wystrzegałem się bezpośredniego zetknięcia z płynem podczas

wlewania. Aby uniknąć rozpylania lycopodium i pomylek z powodu unoszących się w powietrzu zarodników, w kilku doświadczeniach barwiłem nasienie lycopodium za pomocą gentianawiolettu lub azotanu srebra. Rozpoznanie i odszukanie barwionego lycopodium stawało się w ten sposób znakomicie łatwiejszym i pewniejszym, pomimo iż okazało się, że po godzinnym przebywaniu w fizyologicznym roztworze kwasu solnego (0,1%), zarówno jak w roztworze ługu sodowego (1,0%) fioletowe lycopodium może w znacznej części uleść odbarwieniu; zczerniałe od srebra traci barwę w 0,1% kwasie solnym, po zastosowaniu jednak środków odtleniających odzyskuje ją z powrotem. Dalej przekonałem się, że przez przebywanie w kiszki lycopodium może stracić swój wygląd charakterystyczny; tem też tłómaczę sobie fakt, że w przypadkach wyników dodatnich, które mam zamiar zakomunikować, ilość znajdujących się ciałek okazywała się mniejszą, niżby się należało spodziewać.

Barwienie lycopodium wzięli na siebie łaskawie asystenci kliniki, którzy zarówno, jak prof. R i e g e l, śledzili za przebiegiem moich doświadczeń, oraz je kontrolowali. Wlewania, sekcje, a także badania mikroskopowe robiłem stale w takich pokojach, w których obecność lycopodium w powietrzu była w wysokim stopniu nieprawdopodobną.

Zacząłem od doświadczeń na królikach i świnkach morskich. Głodziłem zwierzęta w ciągu 24 godzin, zakładałem im zaciskadło gębowe Czermaka i dawałem lawatywę.

O dwóch doświadczeniach z zawiesiną węgla wspominam dlatego, że wyniki Grützner'a odnajdują się w nich w zupełności. W pierwszym u królika zastosowano roztwór soli kuchennej. Żołądek i kiszki cienkie zwierzęcia zawierały dużo węgla, kiszka prosta i okrężnica mało. W drugim doświadczeniu nad świnką morską, której wlano do kiszki prostej zawiesinę węgla w wodzie destylowanej, znalazłem bardzo nieliczne cząsteczki węgla w żołądku i kiszki cienkich, a całą masę w okrężnicy i głównie kiszce prostej. W następnych 6 doświadczeniach nad temiż zwierzętami z lycopodium w roztworze soli kuchennej, znajdowałem nieliczne ciałka w kiszce cienkiej i żołądku, wiele zaś w kiszce prostej i grubej.

Ponieważ sprawdziłem na sekcjach, że, pomimo 24 a nawet 48 godzinnego postu, żołądek i kiszka gruba u królików, oraz kiszki świnek szczelnie wypełnione bywają zawartością, zaprzestałem robić doświadczenia na tych zwierzętach, uwzględniając uwagę Grütznera, że przepelnienie wnętrza uniemożliwia, a przynajmniej utrudnia wędrówkę cząsteczek ku górze.

W badaniach poprzednich autorów nad losem lawatyw odżywczych, robiono doświadczenia jedynie na psach i ludziach; ponieważ zależało mi głównie na tem, ażeby wynik doświadczeń Grütznera zestawić z poprzednimi badaniami, nad rezorbcyą lawatyw odżywczych, przeszedłem zatem do doświadczeń na ludziach, a w razie pomyślnych wyników postanowiłem je sprawdzić na psach.

U ludzi zrobiłem 12 prób i z tych jedną nad sobą samym oraz jedną nad kolegą moim. Ludzie nie przyjmowali pokarmów od wieczora, aż do ukończenia doświadczenia nazajutrz po południu; rano wypompowywano i przepłukiwano żołądek, otrzymany płyn dla kontroli poddawano badaniu na lycopodium. O $\frac{1}{2}$ 11 przed południem dawano lawatywę wypróżniającą, o $\frac{1}{2}$ 12 wlewano lycopodium (250cm³, 1,2% zawiesiny lycopodium z przymieszką lub bez soli kuchennej). W 5 do 6 godzin, w jednym przypadku w 9 godzin po daniu lawatywy próbnej wydobywano zawartość żołądka i tenże przepłukiwano—treść i płyn otrzymany przy płukaniu badano mikroskopowo na lycopodium. Z 12 przypadków w 7 stosowano lycopodium niezabarwione, 6 razy z solą kuchenną, raz zaś bez takowej. 6 pierwszych doświadczeń dało wynik dodatni, w 7-y m znalazłem jedno ciało niezbyt charakterystyczne, jednakże podejrzanę. W dwóch innych przypadkach wprowadzono do kiszki prostej lycopodium, zabarwione azotanem srebra, z dodaniem soli kuchennej; w obydwu przypadkach znalazłem ciała lycopodium w żołądku. W dwóch następnych doświadczeniach wlewano lycopodium, barwione za pomocą gentianawiolett, raz z solą kuchenną, drugi raz bez niej; w pierwszym przypadku z wynikiem dodatnim, w drugim z ujemnym. Wreszcie w ostatniem doświadczeniu zastosowałem bismuthum subnitricum. Znalazłem w kilku preparatach czarno zabarwione kryształy, których nie mogłem z zu-

pełną pewnością rozpoznać, jako bismut, chociaż zdaje się, iż z kryształami bismutu miałem do czynienia, ponieważ poza tem nigdy w żołądku podobnych nie spotykałem. Jednakże przypadku tego wolę nie wciągać w rachubę.

Ponieważ, pomimo stosowania wyjątkowych środków ostrożności, nie mogę jednak zbić zarzutu, że pojedyncze ciała lycopodium, które znajdowałem w żołądku osobników poddawanych doświadczeniu, dostały się do preparatów z powietrza, z wodą używaną do płukania, lub na skutek zanieczyszczenia mych palców, zrobiłem 6 następnych doświadczeń na psach, w których postanowiłem sprawdzić ciągłość przenoszenia się ciałek lycopodium z kiszki prostej aż do żołądka. Ciągłość tę powinienem był skonstatować u psów, jeżeli wyniki u człowieka nie były rzeczą przypadku.

Psy miały na pyskach starannie obszyte gazą kagańce, końce łap przednich obwiązane płótnem, ażeby kagańców, jak to się stało w pierwszym i ostatnim doświadczeniach, zrzucić nie mogły: były przy tem krótko wiązane i trzymane w różnych kłatkach w instytucie patologicznym, a następnie sekowane w sali sekcyjnej, gdzie według wszelkiego prawdopodobieństwa lycopodium znajdować się nie mogło. Psy pościły 24 godziny; po daniu lawatywy obmywano psa dokładnie i w 5 do 8 godzin po wlewaniach zabijano uderzeniem noża w serce.

Po otwarciu jamy brzusznej przewiązywano in situ przewód pokarmowy podwójnie u wpustu, odźwiernika, u zastawki Bauhina, u kiszki prostej, w końcu u przejścia jejunum w ileum, następnie dopiero tenże przewód wycinano. Do otwierania poszczególnych odcinków używano stale świeżych instrumentów, a do badania stale świeżych szkiełek.

We wszystkich przypadkach używano lycopodium barwionego za pomocą gentianawiolett; 4 razy robiono wlewania z fizyologicznym roztworem soli kuchennej, a 2 razy bez soli. Stosownie do wielkości zwierzęcia, wlewano od 60 do 100 cm³ płynu.

W pierwszym przypadku, jak wspomniałem, pies zerwał kagańiec, lizać jednak odbytu nie mógł z powodu krótkiego uwiązania. U zwierzęcia tego znalazłem wiele lycopodium w żołądku, pojedyncze ciała w duodenum i jejunum, wiele

w górnym i dolnym odcinkach ileum i masę w colon i rectum. W drugim doświadczeniu żołądek, jejunum i ileum zawierały pojedyncze ciała, colon i rectum bardzo dużo.

W trzecim przypadku nie znalazłem lycopodium ani w żołądku, ani w jejunum, w całym zaś ileum i kiszce grubej wiele.

Czwarte i piąte doświadczenie wykonałem nad psami bliźniaczymi; jednemu wlano lycopodium z roztworem soli kuchennej, drugiemu z wodą destylowaną. Wynik u pierwszego był: dużo lycopodium w żołądku, jejunum, ileum, ani śladu w zupełnie próżnym ileum, dla którego zbadania zeszkrobywałem błonę śluzową, bardzo wiele w rectum i colon. U psa, który nie dostał soli w lewatywie, znalazłem w 10 preparatach z żołądka 3 ciała, w ileum jedno, dalej zaś poniżej całą masę.

Do szóstego doświadczenia (bez soli) użyłem psa, który, w przeciwieństwie do poprzednich, wyjątkowo dziki i żywy, pomimo środków ostrożności zerwał kaganiec. Znalazłem u niego wiele lycopodium w żołądku, duodenum, jejunum, mniej w ileum, wiele w kiszki grubej i stolcowej.

Tutaj zaznaczę, że zwykle, w razie wyniku dodatniego, przestawałem na 4—6 preparatach, przy wynikach ujemnych robiłem 14 do 16 preparatów z każdego odcinka. O „wielu“ ciałkach mówię, gdy w każdym preparacie było ich 4—5 i więcej, o „niewielu“, gdy jedno do dwóch, lub gdy nie w każdym preparacie znajdowałem lycopodium.

Ze wszystkich doświadczeń wynika z wszelką pewnością, że wprowadzone do kiszki prostej człowieka lub psa lycopodium wędruje częściowo w górę aż do żołądka. Czy dodanie do lawatyw soli kuchennej w fizyologicznym roztworze istotnie ma wpływ zasadniczy na tę wędrowkę ku górze — nie rozstrzygają doświadczenia moje, lecz niektóre z nich czynią to przypuszczenie prawdopodobnym.

Jeżeli sól kuchenna niezbędną jest do wywołania w kiszki przysciennego prądu, który hypotetycznie przyjmuje Grützner i którego przyjęcie wydaje się prawie koniecznym na zasadzie moich doświadczeń, to należałoby przypuścić ze względu na pojedyncze, odbiegające od zasady wyniki, że w pewnych warunkach kiszka sama dostarcza klizmie fizyo-

logicznego roztworu soli kuchennej i dlatego otrzymujemy rezultat, który osiągnąć powinniśmy jedynie po dodaniu soli sztucznem. Że prądu przysięciennego, który, według pojęcia Grütznera wywołuje warstwa mięśniowa błony śluzowej, nie widać było gołem okiem w doświadczeniach Christomanośa (otwierał jamę brzusznią u królików *in vivo*), oczywiście nie dowodzi to niczego—prąd ten poznajemy z rezultatów jego działania. Że prąd ten przenosi ku górze nie tylko ławatywę, czyli innemi słowy nie tylko grą rolę w warunkach patologicznych, lecz posiada znaczenie czynnika normalnego, fizyologicznego, oto wniosek, który zarówno Grütznerowi na zasadzie jego doświadczeń, jak i mnie na zasadzie moich wydaje się prawdopodobnym.

Wracając do celu mych badań, wszystko skłania mnie do przekonania, że ławatywy odżywcze, nie tylko dzięki wessaniu przez kiszkę stolcową pożytek organizmowi przynoszą, lecz że także częściowo spożytkowane zostają w wyżej położonych odcinkach kiszek, czyli, że ważne odkrycie Grütznera musi być uwzględnione przy tłómaczeniu podstawowych spostrzeżeń Bauera i Voita.

LITERATURA.

1. Voit und Bauer. Ueber die Aufsaugung im Dün- und Dickdarm. Zeitschrift für Biologie. Bd. 5. 1869.
2. Eichhorst. Ueber Resorption der Albuminate vom Mastdarm aus. Pflüger's Archiv Bd. 4, 1871.
3. Leube. Ueber die Ernährung der Kranken vom Mastdarm aus. Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 10.
4. Ewald. Ueber die Ernährung mit Pepton und Eierklystieren. Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 12. 1887.
5. Huber. Ueber den Nährwerth der Eierklystiere. Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 47.
6. Grützner. Zur Physiologie der Darmbewegung. Deutsche Medicinische Wochenschrift Nr 48, 1894.
7. Christomanos. Zur Frage der Antiperistaltik. Wiener klinische Rundschau, IX Jahrgang Nr 12, 13.

II. NIEZWYKŁY PRZYPADEK
zapalenia wsierdza pochodzenia rzeżączkowego
Z NASTĘPCZYM ZATOREM TĘTNICY SYLWIUSZA
oraz bólami i obrzękiem
pochodzenia ośrodkowego.

PODALI

J. Zawadzki i L. E. Bregman,

ordynatorzy kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha.

(Dokończenie).

Rozpoznanie w danym przypadku od pierwszego dnia nie uległo kwestyi. Wymioty, powiększenie wymiarów serca, hemiparesis c. hemianaesthesia, wysoka ciepłota, dreszcze wstrząsające, szmer u wierzchołka—przemawiały, niewątpliwie, za zapaleniem wsierdza z następczym zatorem w lewej półkuli mózgowia. Niewyjaśnioną była tylko kwestya etyologii cierpienia. Wywiady zebrane od chorej zdawały się przemawiać za gościem stawowym, jemu więc przypisaćby należało następstwa, z drugiej jednak strony w tych samych wywiadach znajdujemy inny moment etyologiczny — pobyt w domu publicznym, gdzie chora z łatwością mogła być zarażona rzeżączką, nasuwało się więc przypuszczenie, czy nie temu czynnikowi przypisać należy rolę w danym razie. Za prawdopodobieństwem takiego przypuszczenia przemawiała bardzo oporność względem salicylatów i pokrewnych mu środków aromatycznych, które żadnego nie wywierały na przebieg cierpienia wpływu, oraz złośliwość samej sprawy, widoczna choćby z załączonego przebiegu ciepłoty. Więcej powiemy, sprawa nie tylko nie szła ku lepszemu, ale wciąż występowały nowe powikłania: zapalenie opłucny i osierdza, zajęcie lewego stawu biodrowego, ostre zapalenie nerek.

Ta złośliwość i ten niezwykle przebieg cierpienia skłoniły nas do przypuszczenia, że cała sprawa miała za punkt wyjścia rzeżączkę. Badanie ginekologiczne, jak widzimy, nie wiele dostarczyło nam danych, również jak i badanie bakteriologiczne, które dało co do gonokoków wyniki ujemne, nic to zresztą dziwnego, gdyż od czasu możliwości zakażenia upłynęło przeszło 1½ miesiąca, ostry więc okres rzeżączki dawno już minął.

Mając świeżo w pamięci ogłoszone przez Leydena ¹⁾ oraz Chiasso i Isnarelli ²⁾ przypadki wykrycia gonokoków w opłucny oraz w zastawkach przy zapaleniu wsierdzia, zbadaliśmy płyn z opłucny bakteriologicznie również bez dodatniego wyniku. Ten wynik badania nie przemawia jednak stanowczo przeciw naszemu przypuszczeniu, iż rzeżączka była przyczyną cierpienia, a to tem bardziej, że w skrawkach ze zgrubień na zastawce dwudzielnej znaleźliśmy gonokoki Neissera obok licznych innych koków. Badania robiliśmy na skrawkach z parafiny (preparat zachowany był przedtem w wyskoku) zwykłą metodą za pomocą barwienia metylenblau i eozyną. Dla odróżnienia od innych koków użyliśmy metody Steinschneidera i Galewskiego, polegającej na barwieniu preparatu w wodno-anilinowym roztworze gentiana-violet w ciągu ½ godziny, przemyciu, pozostawieniu w roztworze Gramma (jodkaliiodatum) na 5 minut, dokładnem odbarwieniu preparatu w wyskoku i podbarwieniu w alkalicznym roztworze błękitu metylenowego. Przy tej metodzie barwienia znaleźliśmy liczne koki, zabarwione na czarno, a wśród nich nieznaczną ilość dipkoków, zabarwionych na niebiesko; te ostatnie są gonokokami.

Gonokoki układały się w naszych preparatach grupami w substancji międzykomórkowej oraz w samych komórkach w sąsiedztwie jąder. Miały one charakterystyczną postać i wielkość, wreszcie, jak widzimy, odbarwiały się metodą Gramma. Umiejscawiały się przeważnie na górnym wolnym brzegu zastawki, jak zwykle inne bakterye, i im głębiej

¹⁾ Deut. med. Woch. 1893.

²⁾ Kron. lek. r. b.

w tkankę sięgały skrawki, tem było ich mniej. Tym sposobem na pewno twierdzić możemy, iż przyczyną zapalenia wsierdzia, a prawdopodobnie i innych błon surowicznych oraz nerek były w danym razie gonokoki i że słusznem było nasze przypuszczenie, że etyologicznie mamy do czynienia z rzeżączką.

Wprawdzie Wilms ¹⁾ a za nim Gläser ²⁾ utrzymują, iż gościec stawowy t. z. rzeżączkowego pochodzenia i następce zapalenie innych błon surowicznych zależy nie od samego gonokoka, ale bakteryj ropotwórczych, że jest zatem wytworem zakażenia mięszanego.

Na poparcie tego Wilms przytacza przypadek zapalenia wsierdzia i ropni serca po gościu rzeżączkowym, w którym znaleziono liczne koki ropne, podobne z pozoru do gonokoka, ale inaczej zachowujące się w hodowlach. Wilms twierdzi, że powikłania w rzeżączce pochodzą od zakażeń wtórnych, wywołanych przez inne drobnoustroje, znajdujące się w cewce.

Przeciwnie Bordon i Uffreduzzi ³⁾ oraz Neisser ⁴⁾ twierdzą, że zakażenie samemi gonokokami może wywołać zajęcie błon surowicznych, popierają zatem pogląd Leydena.

Naszem zdaniem obie walczące strony mają rację, gdyż zakażenie gonokokowe zazwyczaj bywa mięszane: na glebie, przygotowanej przez gonokoki, rozwijają się inne pasorzyty i mogą wywoływać sprawy zapalne wtórne. Znalezienie jednak gonokoka w tkance wsierdzia w przypadku Leydena i naszym zdaje się przemawiać za możliwością wywołania zapaleń przez ten drobnoustrój, inaczej bowiem trudno sobie tłómaczyć jego obecność. W każdym razie na tej zasadzie twierdzić możemy, że przyczyną tak złośliwego w naszym przypadku przebiegu była rzeżączka.

Już jednak nie tylko ze względu na ciekawą etyologię cierpienia, ale i z powodu obecności w wysięku opłucny oraz

¹⁾ Int. klin. Rund. 52, 93.

²⁾ Jahr. d. Hamb. Steadtskrankenanstalt. T. III. Centr. für inn. Med. r. 1894.

³⁾ D. m. W. 1894, 22.

⁴⁾ D. m. W. 1894, 15.

w pochwie *micrococcus tetragenes*, dany przypadek należy uważać za nader ciekawy, wiadomo bowiem, że surowiczny wysięk z opłucny zazwyczaj jest jałowy. Można przypuszczać, że w myśl Wilmsa w danym przypadku była infekcja mieszana i że obok gonokoków i inne bakterye ropotwórcze odgrywały tu rolę, mianowicie znalezione w pochwie *staphylococcus pyogenes albus* i *micrococcus tetragenes*. Zarówno jeden jak i drugi (por. pracę Viquerat'a Ctb. f. Bact. XII Nr 12 i 4) są ropotwórczemi i one więc mogły odgrywać tu rolę.

Nie tylko jednak pod względem etyologii dany przypadek zasługuje na zaznaczenie, ale i ze względu na swój przebieg kliniczny nader oryginalny i ciekawy. Obok mnogości i szybkiego względnie wybuchu powikłań po przypuszczalnym czasie zakażenia zwrócić jeszcze należy uwagę na długotrwałość samego cierpienia oraz na podniesienie ciepłoty do bardzo wysokiego poziomu w ciągu całego 84 dniowego pobytu w szpitalu. Tak długi okres gorączkowy w najbardziej złośliwych postaciach zapalenia wsierdza należy do rzadkości. Jako przeciętny czas trwania choroby, szczególnie w takiej jak w danym przypadku postaci, którą ze względu na ciągle występujące dreszcze raczej za ropnicową uważać należy, Jacoud podaje na 3—4 tygodni. Wprawdzie, występowanie powikłań mogłoby wpływać na przebieg ciepłoty i niewątpliwie wpływało nie w tak wielkim jednak stopniu. Bo jeśli dla dreszczu wstrząsającego i podniesienia ciepłoty znajdujemy powód 13/III w wystąpieniu zapalenia opłucny, to nie znajdujemy wcale widocznego powodu do podniesienia ciepłoty do najwyższego szczytu w d. 30/III i 3/IV, jak również widzimy, iż na długo przed zjawieniem się objawów ze strony prawego płuca ciepłota trzyma się na poziomie 39,5 — 40°C. Bóle w kończynach również widocznie nie wpływały na przebieg ciepłoty.

Sama krzywizna ciepłoty robi wrażenie ropnicowej, szczególnie wobec ciągłych wstrząsających dreszczów, a ma jeszcze tę właściwość, że po największej części najwyższe nasilenie gorączki było w godzinach rannych między 8—10 (czas mierzenia ciepłoty w szpitalu), zwykle ku wieczorowi gorączka opadała.

Tych już względów dość było, aby dany przypadek uważać za niezwykły. Jeszcze bardziej zwraca na siebie uwagę w danym razie cały szereg powikłań ze strony układu nerwowego, wywołanych skutkiem zatoru w lewej tętnicy Sylwiusza. Streszczając owe objawy, widzimy, iż w początku choroby wystąpił niedowład połowiczny prawostronny z zupełnym zniesieniem czucia w porażonej połowie ciała, niedowład znikł szybko (po 8 dniach pobytu w szpitalu), a wkrótce, bo w 5 dni po tem, wróciło i czucie. W następstwie jednak w tej samej połowie ciała zjawily się bóle nadzwyczaj silne, prawie ciągłe, umiejscowione w dolnej i górnej kończynie, z przewagą w jednej lub drugiej. Dla objaśnienia tych bólów nie znaleziono miejscowo zmian żadnych, zwłaszcza stawy były zupełnie niezajęte. Obie kończyny prócz bólów samoistnych były dotknięte nadto nadczułością tak silną, iż najlżejsze dotknięcie wywoływało żywe bóle. Prócz tego 11/V skonstatowano w prawej dolnej kończynie na tylnej powierzchni łydki na wewnątrz od ścięgna Achillesa obrzęk miejscowy niewyraźnie odgraniczony. Skóra na tem miejscu blada, napięta, ciepłota jej podniesiona. Sądziłyśmy, iż mamy do czynienia z rozwijającym się zakrzepem żyły łydkowej tylnej, chociaż umiejscowienie takie byłoby niezwykle. Obrzęk ten znikł wkrótce, a badanie pośmiertne w żyłach kończyny zmian żadnych nie wykazało. W mózgu znaleźliśmy natomiast zmiany, które mogą nam, jak się zdaje, wytłómaczyć powyższe powikłania.

Mianowicie, przy badaniu pośmiertnem znaleźliśmy rozmiękczenie corporis striati oraz wewnętrznej części nuclei lenticularis; capsula interna, zwłaszcza jej część tylna i thalamus opticus były niezmienione. Rozmiękczenie to powstało skutkiem zatoru w art. fossae Sylvii. Nie ulega wątpliwości, iż pierwotny niedowład i nieczułość połowiczna wywołane były przez działanie ogniska tego z odległości; tem tłómaczy się szybkie stosunkowo ich ustąpienie. Niewątpliwie jednak i bóle późniejsze były z ogniskiem tem w związku.

Kwestya bólów pochodzenia ośrodkowego długo była przedmiotem dyskusyi, a większość autorów przysłała nawet do wniosku, że cierpienia ośrodków nerwowych same przez

się są bezbolesne, a towarzyszące im bóle zależą bądź od op. on nerwowych, bądź też od korzeni nerwowych.

Wbrew temu jednak Nothnagel zauważył, że guzy w moście Varola wywołują niekiedy silne bóle i nadczułość w kończynach, toż samo powodować mogą wylewy krwawe i rozmiękle ogniska, nie rozstrzyga jednak N., czy ogniska umiejscowione bardziej ośrodkowo, n. p. w pedunculi cerebri, w tylnej części capsulae internae również wywołać mogą takie objawy. Przed 4-ma laty Edinger w swej pracy pod tytułem „Gieb es central entstehende Schmerzen“ ponownie zajął się tą kwestyą, podając przypadek, dotyczący 48 letniej kobiety, u której po przemijającym bezwładzie połowicznym wystąpiły silne bóle w poprzednio dotkniętych niedowładem kończynach, bóle były tak silne, iż chora targnęła się na życie, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono ognisko w jądrze zewnętrznym thalami optici oraz w zewnętrznej części pulvinaris. W kilku innych przypadkach (Greift, Henschen, Eisenlohr) znajdowano również ogniska w thalamus opticus. W przypadku Henschen'a wylew krwawy w tem miejscu wywołał początkowo bóle w ramieniu strony przeciwległej, a w następstwie dopiero bezwład kończyny, w jego więc przypadku porządek występowania objawów był wprost przeciwny niż w naszym i Edingera przypadkach.

Jak tłómaczyć sobie występowanie bólów w podobnych przypadkach?

Wspomniany wyżej Edinger tłómaczy to sobie sąsiedztwem ogniska z torami czuciowymi, które ulegają zadrażnieniu. W naszym przypadku thal. opticus był nietknięty, rozmiękczone natomiast inne konglomeraty substancji szarej corpus striatum i nucleus lenticularis, sąsiadujące również z capsula interna. Że ognisko takie mogło oddziaływać na tory przechodzące przez capsula interna, dowodem tego początkowa hemiplegia współcześnie, z hemianestezyą. Następstwem późniejszego oddziaływania były ból oraz nadczułość skóry jako wyraz podrażnienia wzmożonej pobudliwości torów czuciowych. Przypadek niniejszy jeszcze i z tego względu zasługuje na uwagę, iż dowodzi, że uszkodzenie thalami optici nie jest bynajmniej niezbędne dla występowania bólów pochodzenia ośrodkowego, a tem samem przeczy przypuszcze-

niu Goldscheidera, że narząd ten główną przy powstawaniu tych bólów odgrywa rolę.

Trudniej niż bóle i nadczułość skóry wytłómaczyć sobie pochodzenie obrzęku kończyny prawej dolnej. Jeśli przypomnimy sobie przebieg choroby, to zauważymy, że po tej stronie obrzęk był stale większy, a nadto wzstąpił wyżej opisany obrzęk ściśle miejscowy wtedy, kiedy nie było już obrzęków na stronie lewej (zależnych od zapalenia nerek) i że obrzęk ten z podniesieniem ciepłoty skóry, silnem jej napięciem miał raczej cechy zapalne, niż wodnicowe. Liczne dane patologiczne i doświadczalne dowiodły, że w ciałach zwojowych u podstawy mózgu (Basalganglien) istnieją ośrodki naczynioruchowe dla przeciwległej połowy ciała. Co się tyczy nucleus caudatus, to Guinardi i Petrazzi podali przypadek, w którym torbiel krwista tego jądra obok niedowładu wywołała przekrwienie i podniesienie ciepłoty skóry kończyn przeciwległej strony. Kaiser w swoim przypadku (rozmiękczenie nuclei caudati) spostrzegał wyłącznie obrzęk kończyny jednej strony bez niedowładu. W naszym przypadku znaleźliśmy również w tem miejscu ognisko rozmiękczone, od niego więc moglibyśmy w zależności postawić spostrzegany obrzęk, ze względu jednak na szybkie ustąpienie obrzęku należałoby w takim razie przypuścić, że dzięki wpływowi innego ośrodka nastąpiło szybkie wyrównanie zaburzeń naczynioruchowych. Można też również pochodzenie obrzęku przypisać tak samo jak inne zauważone w naszym przypadku objawy działaniu ogniska z odległości na inny w sąsiedztwie leżący (w thalamus opticus?) ośrodek, albo, co najprawdopodobniejsze, na tory naczynioruchowe, gdyż na zasadzie badań Eulenburga, Landouisa i wielu innych jest dziś rzeczą wiadomą, że ośrodki ruchowe kończyn w korze są jednocześnie dla nich nie tylko ośrodkami czuciowemi, ale i naczynioruchowemi. Muszą więc i tory naczynioruchowe przebiegać w sąsiedztwie z torami ruchowemi i czuciowemi w capsula interna. Dlatego też w naszym przypadku również jak i tory czuciowe i ruchowe mogły i tory naczynioruchowe ucierpieć przez sąsiedztwo rozmiękczonego ogniska.

Przyp. autorów. W artykule niniejszym dr Zawadzki opracował całość z wyjątkiem uwag o bólach i obrzęku pochodzenia ośrodkowego, (str. 596—598), które należą do dra Bregmana.

OBJAWY SKÓRNE w chorobach wewnętrznych.

Podal

Fr. Giedroyc,

Ordynator szpitala św. Łazarza,

(Dalszy ciąg.)

ROZDZIAŁ II.

Zboczenia w ukrwieniu skóry.

Przekrwienie (hyperaemia). Zwiększony przyływ krwi do naczyń włosowatych skóry, lub utrudniony odpływ jej wywołuje przekrwienie w skórze, występujące pod postacią zmian w zabarwieniu na rozległych obszarach, lub tylko na ograniczonych przestrzeniach (*erythemata hyperaemica*).

Nie ulega wątpliwości, że w każdym przypadku przekrwienie takie zasada się na rozszerzeniu naczyń, przyczyny jednak nie zawsze są jednakowe, a niektóre postaci tych przekrwień są dla nas bardzo ważne, gdyż wprost wskazują na stany chorobowe, dotykające nie tylko oddzielne narządy, ale ogarniające cały nieraz ustrój.

Większości chorób gorączkowych towarzyszy przekrwienie skóry pod postacią rozlanej czerwoności, albo częściej pod postacią plam. Przekrwienia takie nie są wprawdzie w ścisłej i określonej zależności od choroby głównej i nie dają nam żadnej podstawy w rokowaniu, muszą być jednak uwzględnione dla uniknięcia możliwych pomyłek w rozpoznaniu. Przyczyna ich leży prawdopodobnie w podrażnieniu ośrodków naczynioruchowych przez wysoką ciepłotę lub inne mniej określone czynniki. Główne nas tu interesujące postaci są następujące:

Erythema infantile, zwana także *roseola infantilis*, występuje często u dzieci w różnorodnych cierpieniach: w okresie ząbkowania, przy zaburzeniach żołądkowo-kiszczkowych, przy roba-

kach, zapaleniu oskrzeli, płuc, opon mózgowych i t. p. Trafia się ona wprawdzie i u dorosłych, ale bez porównania rzadziej, zajmuje przeważnie skórę tułowia i trwa bardzo krótko, nieraz kilka zaledwie godzin.

Erythema variolosum poprzedza nieraz wystąpienie właściwej wysypki ospowej, zajmuje w większości przypadków skórę brzucha i wewnętrznych powierzchni ud, może się zjawić przed ciężką lub też łagodną postacią ospy. Może wystąpić jeszcze w okresie ropienia i wtedy towarzyszy jej nieraz zawsze podniesienie ciepłoty.

Z szeregu innych przypadków przekrwienia skóry godne są zaznaczenia niektóre mniej lub więcej charakterystyczne. Przy przekrwieniu mózgowia twarz i łącznica są zwykle żywnastrzyknięte, nie należy wszakże zapominać, że pomiędzy stopniem ukrwienia mózgu a twarzy stałego stosunku nie ma, i brak nastrzyknięcia twarzy nie wyklucza jeszcze bynajmniej możliwości przekrwienia mózgowego. Najbardziej nateżone przekrwienia mózgu bywają te, które zależą od rozszerzenia naczyń mózgowych wskutek podrażnienia, a więc przy sprawie czysto mózgowej, która może się wcale nie odbić na naczyniach zewnętrznych i jeżeli zaczerwienienie twarzy istotnie towarzyszy niemal stale lżejszym formom przekrwienia mózgowego, to tego wcale nie można powiedzieć o postaciach ciężkich. Dlatego byłoby również błędem przyjąć zabarwienie twarzy za moment rozstrzygający przy odróżnieniu przekrwienia mózgu od jego niedokrwiłości, które to stany mają, jak wiadomo, uderzająco podobne objawy.

Przy najczęściej spotykanej postaci krwotoku mózgowego, t. zw. apoplektycznej i paralitycznej spostrzega się niekiedy różowe zabarwienie skóry, nastrzyknięcie łącznicy i błony śluzowej nosa po stronie porażonej, a to wskutek zaburzeń w nerwach naczynioruchowych. Objaw ten znika, gdy porażenie zostaje wyleczone.

Przy zapaleniu nerwu, jeżeli ten leży powierzchownie, skóra pokrywająca go jest mniej lub więcej zaczerwieniona.

W przeroście serca krążenie krwi, odbywające się z niezwykłą siłą, wywołuje przekrwienie czynne, zależne głównie od przerostu komórki lewej, a umiejscowione najczęściej w górnej części

ciała: twarz jest wtedy mocno przekrwiona i nabrzmiąta, często występują krwotoki nosowe.

Zbytecznem byłoby wyliczać te wszystkie przypadki, w których zaczerwienie skóry towarzyszy stanom zapalnym narządów leżących głębiej, wspomnimy tylko o dosyć charakterystycznym przekrwieniu i silnem wskutek tego zaczerwienieniu skóry w okolicy stawów, zajętych przez gościec. Czerwonosc ta tem bardziej jest wyraźna, że inne okolice skóry są przy tem blade; spotykamy ją głównie w gościu małych stawów rąk i nóg, tylko na ich stronie grzbietowej, gdy—przeciwnie—powierzchnia dłoniowa lub podeszwowa nie bywa nigdy zaczerwioną.

Należy się jeszcze wzmianka znanej czerwonosci policzków, spotykanej u suchotników; połowicznej czerwonosci twarzy, towarzyszącej porażennej postaci *hemieraniae* oraz czerwonosci, wynikającej nie z miejscowego przepelnienia krwią skóry, alez ogólnego przybytku ilości krwi, resp. jej barwnika (*plethora*).

Przeszkody, utrudniające odpływ krwi z naczyń skóry wywołują w niej przekrwienie bierne, widoczne dla oka pod postacią *niebiesko-czerwonego* zabarwienia skóry. Do rzędu przekrwień biernych zaliczamy również *sinicę* (*cyanosis*), towarzyszącą cierpieniom niektórych narządów wewnętrznych.

Sine zabarwienie zależy od przepelnienia krwi w naczyniach włosowatych skóry kwasem węglowym, a występuje najwidoczniej na częściach obwodowych, jako to: na nosie, uszach, palcach u rąk i nóg. W przypadkach lżejszych ogranicza się ona nawet tylko do tych miejsc, gdy w cięższych daje się widzieć na twarzy, kończynach, a nawet na tułowiu.

Sinicę spotykamy tam, gdzie krew nie utlenia się dostatecznie w płucach, gdzie ulega wzmożonemu odtlenianiu w naczyniach włosowatych, gdzie krew żylna miesza się z tętniczą, gdzie wreszcie hemoglobina jej, zamieniona na methemoglobinę, wystąpi z czerwonych krążków krwi.

Na zakończenie rozdziału o przekrwieniach można jeszcze wspomnieć o pewnych postaciach rozszerzenia żył skórnych. Najcharakterystyczniejszym jest objaw, opisywany pod nazwą „głowa Meduzy,” spostrzegany przy zanikowej, czyli tak zwanej zwykłej marskości wątroby. Zależy on od rozszerzonych powierzchownych żył brzucha, które przeświecają przez skórę i tworzą około pępka sieć rozgałęzień; samo zaś rozszerzenie po-

wstaje wskutek tego, że tkanka łączna, rozrastając się w wątrobie i uciskając gałęzie żyły wrotnej, zamyka ich światło, przez co część krwi z ż. wrotnej musi się dostawać do ogólnego obiegu krwi drogami dodatkowemi; otóż jedną z takich dróg tworzą właśnie w tych razach żyły ścian brzucha, a że nie jest to droga jedyna, więc i sam objaw opisany spotyka się nie zawsze.

Mniej charakterystyczne będzie wystąpienie sieci żyłnej powierzchniowej wskutek ucisku żył nieparzystych (*v. azygos et hemiazygos*) przy tętniaku aorty zstępującej.

Żyły skórne są zwykle rozszerzone przy rozedmie płuc, często przy *pericarditis exsudativa*, stłuszczeniu serca, ostrem zapaleniu wsierdza; wreszcie bywają często rozszerzone znacznie przy guzach śródpiersia.

(D. c. n.)

OBECNE STANOWISKO NAUKI O NIEŻYCIE PĘCHERZA MOCZOWEGO.

PODAŁ

M. Misiewicz.

(Dalszy ciąg.)

Przejdźmy teraz do drugiego działu nieżytych, w którym mikroby i ich produkty główną, a często jedyną odgrywają rolę. Przedewszystkiem jednak zastrzedz się należy, iż prawa powyżej podane, objaśniające powstawanie wyżej opisanych odmian, któreby można nazwać dynamicznymi, odnoszą się i do nieżytych drobnoustrojowych, ułatwiając wkroczenie tych ustrojów do pęcherza.

Na czem polega owo ułatwienie?—nie mamy dotychczas na to odpowiedzi. Wiadomo tylko, iż zaburzenia w krążeniu i złe odżywianie ścian pęcherza, zastój moczu, prowadzący do rozstrzeni i ucisku żył, powodują zniszczenie odporności tkanek, osła-

bienie fagocytozy i wkroczenie mikrobów. Niebawem zaczyna się nieżyt ropny, w moczu znajdujemy nabłonki i ciała krwi. Łatwo sprawdzić to można przez proste *podwiązanie cewki*. Przy krótkotrwałem zatrzymaniu moczu—znajdujemy w nim nieco nabłonków i leukocytów, po 24 godzinach są już ciała krwi, po 36 zaś występują ciała ropy i drobnoustroje ropotwórcze. Dłuższe podwiązanie powoduje częściową rozstrzeń (*distensio partialis*) oraz zajęcie sprawą zapalną głębszych warstw błony śluzowej. Drażnienie pęcherza środkami chemicznymi (kantarydy) lub bezpośrednio podrażnienie ciałami gryzącymi (amoniak) daje wynik podobny, zależnie od stopnia uszkodzenia. *Dla pęcherza chorego*, wszelki płyn, a tem bardziej nieobojętny chemicznie moc, jest już czynnikiem drażniącym, jak to dosadnie widzimy w niedowładzie pęcherza.

W ten sposób czynniki ułatwiające wkroczenie drobnoustrojów są prawie te same, co w odmianach w pierwszym dziale opisanych, i postawićby je można w następującym porządku: *retentio, congestio, distensio*. Gdy jeden, lub więcej tych czynników przygotowuje podłoże, wtedy wkraczają drobnoustroje, które w ogólności podzielić można na obojętne, ropotwórcze i posokotwórcze.

Pomijając formy, uznane za bezwarunkowo obojętne, przejdziemy do odmian, znajdujących razem z chorobotwórczymi n. p. z mikroblem okrężnicy, oraz form ostatecznie nieokreślonych patologicznie.

Lustgarten i Manaberg (*Ueber die Microorg. d. Harn. Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1887*) pierwsi zbadali drogi moczowe co do obecności w nich drobnoustrojów i opisali 4 odmiany prątków, 4 diplokoki, jednego łańcuszkowca i jednego mikrokoła.

Rovsing (l. c.) otrzymał na bulionie i żelatynie 4 łańcuszkowce, 3 dwuziarniaki i 2 mikrokoła.

Guiard (l. c.) opisał: *streptococcus giganteus* i *staphylococcus tripolaris*.

Emil Petit i Wasserman (*Annal. des malad. d. Org. Gen. Ur. 1890 i 91*) znaleźli w cewce liczne mikrokoła, prątki, 2 sarcyny. Między pierwszymi były 4 gronkowce i 2 diplokoki. Wszystkie prątki odbarwiały się sposobem Gramma,

mikrokoki zaś przeciwnie. Autorzy hodowali je przy T. 35° na bulionie, żelatynie, agarze i kartoflach.

Wkrótce potem Reblaud (*Annal. d. Mal. Genit, Wien 1892*) opisał 2 sarciny (ochrea et flava) i 2 rodzaje drożdży: *Levure grise et rouble*.

Steinschneider, Bose i Turbo (*Cent. f. Pathol. u. Parasitenkunde*) znaleźli: a) *diplococcus subflavus*, b) *diplococcus flavus non liquefac.*, c) *diplococcus flavus citreus*, d) *diplococcus citreus conglomer.* e) *diplococcus albo-flavus*, f) *micro-diplococcus orange*, g) *diplococcus albo-grisatreus*, h) *diplo micrococcus albicans amplus*.

De Prove (*Infect. Urin, Annal. Gen. Urin. 1890*) znalazł przy zakażeniach pęcherza: *micro-diplococcus ochroleucus*, Legrain *diplococcus foliaceus*, Grand zaś i Henneng *orchiooccus liquefaciens*. Te odmiany rozpuszczały żelatynę, nie rozpuszczały zaś 4 następujące formy: a) *diplococcus lacteus faviform.* (Bumm), b) 7-a odmiana Lustgartena, c) *diplococ. alb. grisatreus*, d) *diplococ. Legraina*.

Niektóre z powyższych drobnoustrojów, znajduwane przez Rovsinga (l. c.) razem z *bacterium coli* stanowczo okazały się chorobotwórcami. Autor ten znalazł nadto w moczu alkalicznym: *micrococcus ureae* amoniak, *diplococcus ureae* tripolar., *streptococcus ureae rugosus*, *torula ureae* i 5 odmian prątków.

Za względnie obojętne uznał Rovsing *diplococcus ureae non pyog.*, *coccobacillus ureae non pyog.* i *micrococcus ureae non pyog.*

Według poszukiwań autora powodują one ropienie po zubożeniu kwaśnego odczynu moczu.

Powszechnie znanem jest działanie ropotwórcze gronkowca (*albus aur. citr.*), mikroba okrężnicy i łańcuszkowca ropnego.

Przyjmują one zawsze czynny udział w ropnych sprawach pęcherza. Do nich też zaliczyć trzeba formy Ali-Krogiusa: *streptococ. ureae*, *micrococ. ureae pyog. flav.*, *diplococcus pyogenes*.

Wszystkie te odmiany, zaliczone do mikroobów chorobotwórczych, są przedewszystkiem silnymi fermentami dla moczu. Poszukiwania Rovsinga wykazały, iż po przewiązaniu cewki i wstrzyknięciu do pęcherza czystej hodowli drobnoustrojów obojętnych powstaje przejściowy niezbyt, po wprowadzeniu zaś hodo-

wli złośliwej (gronkowców, b. coli i innych)—rozwija się zapalenie ropne, powikłane przerzutami do nerek i zakażeniem ogólnem.

Łatwo zrozumieć, iż nie wszystkie z wyliczonych odmian zostaną i nadal samodzielne, niektóre uległy już redukcji i po bliższem zbadaniu, prawdopodobnie, niejedna z powyższych form skasowaną zostanie, obecnie jednak nie mamy prawa uprzedzać faktów.

Formy ropne, amoniakalne i mikrob okrężnicy występują albo oddzielnie, albo razem. Najczęściej napotykamy odmiany ropotwórcze, powikłane gonokokami, po niezupełnie wygasłych rzeżączkach, lub z gruźliczemi—przy gruźlicy.

Ali Krogius i Doyen znaleźli jeszcze odmianę posokotwórczego mikroba w pęcherzu. W *Soc. de Biol.* (23 Juillet 1891) opisali lasecznik $2 \times 4 \mu$, rozpuszczający żelatynę i łatwo odbarwiający się metodą Gramma. Zaszczepiony podskórną, wywołuje obrzęk i zgorzel tkanki łącznej. Zupełnie podobny ustrój opisał i Schnitzler. Ali Krogius (l. c.) nazwał go: *urobacillus liquefaciens septicus*. Dalsze jednak poszukiwania dowiodły, iż mikrob ten jest zupełnie identyczny z *proteus vulgaris Hauserii*. Jest to dotychczas jedyny mikrob z wydatnemi własnościami posokotwórczemi w narządzie moczowym.

Dotychczas głosy są podzielone co do częstości występowania tej lub owej formy przy sprawach ropnych w pęcherzu. Dokładniejsza nieco statystyka, prowadzona przez Rovsinga w szpitalu Kopenhagskim, wykazała przewagę mikrokoków, zaś Ali Krogiusa i Helle'a (szpital Neckera w Paryżu) przewagę bakteryj (13 na 17 razy).

Każdy prawie z wyliczonych drobnoustrojów odznacza się pewnemi własnościami — bądź w działaniu na tkanki pęcherza, bądź na moczu i stan ogólny. Gronkowce rozkładają mocznik (nie rozpuszczają żelatyny), gronkowiec złotawy powoduje amoniakalny odczyn, ropienie i zniszczenie nabłonka, i tem różni się od gronkowca (*staphylococ. ureae*) Rovsinga. Barlov (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1893) jest jednak zdania, iż gronkowiec złotawy nie powoduje ropienia, bez dłuższego zastoju moczu. Gonokoki rozmnażają się najchętniej na podłożu, przygotowanem przez różne dwuziarniaki, istniejące w pęcherzu, a opisane przez Petita i Wassermana, szczególnież t. z. *diplococcus liquefaciens*. I przeciwnie, gonokoki ze swej strony przygotowu-

ją w pęcherzu moczowym grunt dla drobnoustrojów ropnych. *Mikrob okrężnicy*, jak zwykle tak i w pęcherzu odznacza się wielką zmiennością w działaniu. Cztery c. sz. hodowli agarowej, po zastrzyknięciu do pęcherza powodują zapalenie ropne bez sztucznej retencji. W osadzie moczowym już po upływie 24 godzin znajdujemy leukocyty, powierzchowne i głębokie nabłonki.

A c h a r d i R e g n a u l t (*Soc. de Biol. 29 Decembre 1891*) uznali go nadto za silny ferment dla moczu, zmienny jednak, zależnie od hodowli. Stąd to pochodzi, iż niektórzy autorowie np. Barlov nie przyznają mu własności rozkładania mocznika. *Laseczniki gruźlicze* znajdujemy najłatwiej w moczu kwaśnym; rozwijają się one w pęcherzu najłatwiej po poprzednim wkroczeniu do dróg moczowych drobnoustrojów ropnych, (n. p. gronkoców), mikroba okrężnicy i innych. Sam przez się wywołać jednak jest w stanie nieżyt ropny i rozkłada mocznik.

Urobacillus liquefac. septicus odznacza się własnościami ropotwórczemi. Zastrzyknięty pod skórę wywołuje silny zastój i wybroczyny w tkance łącznej podskórnej, a potem obrzęk zgorzeliowy. Toksyny jego powodują stan gorączkowy i objawy zakażenia ogólnego, kończące się charłactwem lub śmiercią.

S c h n i t z l e r wstrzykiwał do naczyń krwionośnych wyjąłową (w filtrze Chamberlaina) hodowlę protei vulgaris i otrzymał podobne rezultaty, najczęściej kończące się charłactwem moczowym.

Drogi, któremi przenikają drobnoustroje ropne do pęcherza nie są jeszcze dokładnie znane. Prócz bezpośredniego przeniesienia z nerki i miedniczek tudzież sąsiednich narządów (prostaty, jądra, cewka)—przyпускаją Clado, Halle i Guyon możliwość przenoszenia przez tętnicę nerkową do nerki, a tętnicę pęcherzową do szyi pęcherza. Clado i Halle (*Inf. urin. Annal. Gen. Wien. 1891*) wykazali autopsyjnie i doświadczalnie obecność mikroba okrężnicy we krwi w każdym zakażeniu dróg moczowych. *Zakażenie zstępujące* ma miejsce najczęściej z nerek i miedniczek, jak to widzimy w pyonephrosis, zaś *zakażenie wstępujące* pochodzi bardzo często z gruczołu przyprątznego i jąder, jak to widzimy w gruźlicy.

Do przenoszenia się mikrobow z narządów sąsiednich, potrzeba pewnych warunków usposabiających. Prócz zatrzymania moczu, przekrwienia i rozstrzeni należą tu: skaza mocz-

nowa (diathesis urica) i limfatyczna, u takich też chorych zwykle wprowadzenie cewnika, uszkodzenie, starcie błony śluzowej — prowadzi do głębokich spraw ropnych. Dalej, czynnikiem usposabiającym jest moczołka cukrowa, zmiany chemiczne moczu, przewlekłe otrucia i zbroczenia miażdżycowe. Hallé (l. c.) upatruje też powód w zmianach chemicznych moczu i jego fermentacji, Lustgarten w składzie i natężeniu toksyn, Roux w złośliwości t. z. *variations de virulence* mikrobow, zależnej od sposobu wyhodowania, wieku hodowli lub t. p. Dwumiesięczna n. p. hodowla mikroba okrężnicy powoduje obrzęk błony śluzowej, sześciomiesięczna daje zapalenie ropne, starsza zaś—ogólne zakażenie dróg mocowych, a względnie i zejście śmiertelne.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

SPRAWOZDANIE

z VII-go zjazdu chirurgów polskich w Krakowie

16 i 17 VII 1895.

Zjazd otworzył prof. Rydygier mową powitalną, w której wyraził zadowolenie, że zgromadziła się tak okazała liczba członków, przybyłych z rozmaitych stron kraju, a zarazem i smutek z powodu utraty jednego z wybitniejszych chirurgów polskich Wład. Matlakowskiego. Zjazd uczcił pamięć zmarłego przez powstanie i przez akłamację przyjął propozycję przewodniczącego wysłania depeszy kondolencyjnej do pozostałej wdowy. Na zastępców prezydującego wybrano jednomyślnie kol. Romana Jasińskiego (z Warszawy) i Ziembickiego (ze Lwowa).

Po wyczerpaniu spraw porządkowych, przystąpił I. Gluziński do wygłoszenia odczytu pod tytułem **przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit**. Prelegent uzasadnia swój odczyt bardzo blizkim związkim, zachodzącym między chi-

rurgią i medycyną wewnętrzną, zwłaszcza w sprawie przedziurawienia jelit. Mianowicie, chodzi o dokładne rozpoznanie, ewent. o jak najszybsze wykonanie zabiegu chirurgicznego, rozpoznanie takie nie jest rzeczą łatwą, szczególnie, gdy przedziurawienie odbywa się stopniowo (tyfus brzuszny); łatwiejszem jest w przypadkach, gdzie przyczyną był uraz. Przy przedostawaniu się zawartości jelit (kał, gazy), do jamy brzusznej, powstaje meteorismus atoi, który należy odróżnić od meteorismus intestinorum. Wysłuchując jamę brzuszną przy wzdęciu brzucha słyszemy wyraźnie szmery oddechowe i tony serca. Dalej zatrzymuje się Gl. nad jednym ze stałych objawów, mianowicie przyśpieszeniem tętna, które zwykle towarzyszy zapaści. Niekiedy stan ten wrzekomo się poprawia, tętno wolnieje, staje się pełniejszym, objawy zapaści ustępują i lekarz sądzi, że przedziurawienia nie było. Tymczasem stan ten trwa bardzo krótko (kilka godzin), poczem objawy zapaści wracają i chory umiera. Na ten bałamucący objaw chwilowej poprawy tętna kładzie prelegent szczególny nacisk i stara się objaśnić go wchłanianiem gazów gnilnych, powstających przy rozkładzie istot białkowych, oraz ich wpływem na działalność serca. Nie trzeba więc ludzić się tą chwilową poprawą i operacji nie odkładać. Twierdzenie swoje o wpływie gazów opiera G. na szeregu doświadczeń, dokonanych na zwierzętach. Odpowiednio przygotowane tablice unaocznily słuchaczom wpływ gazów gnilnych na ciśnienie krwi i zachowanie się tętna.

W dyskusyi **O b a l i ŋ s k i** przytacza jedno spostrzeżenie, zgodne ze spostrzeżeniem prelegenta.

Z i e m b i c k i zwraca uwagę na możliwe anomalie w tętnicy promieniowej i dlatego radzi badać tętnice po obu stronach.

2. **R y d y g i e r** wygłosił odczyt pod tytułem: **zmiana w postępowaniu operacyjnem przy wycinaniu odźwiernika (resectio pylori)**, Kocher proponował cięcie skośne z góry na dół, usunięcie guza (nowotworu), zaszcycie całej rany żołądka i wszycie dwunastnicy w nowy otwór, zrobiony na tylnej ścianie żołądka, przy czem otrzymał w 15 przypadkach wyzdrowienie. Zamiast tego sposobu postępowania prelegent proponuje cięcia prostopadłe (z góry na dół) i następnie niejako invaginację dwunastnicy, t. j. obłożenie jej ścianami żołądka, wreszcie nałożenie szeregu szwów w tej pozycji. Dobre strony tego sposobu stanowią: mniejsze naprężenie na miejscu górnego brzegu rany, oraz mniejszy przeciąg czasu, potrzebny do wykonania zabiegu. W wywiązanej dyskusyi **J a s i ŋ s k i** podnosi ten ostatni moment, a **B a r a c z** przypomina o sposobie używanym w Anglii, gdzie operacji dokonywa się na dwóch posiedzeniach: na jednym chirurg robi gastroenterosto-

miam, a na drugim—już po pewnej poprawie chorego—usuwam guz (resectio tumoris).

3, **Obaliński** przedstawił dwa preparaty, dotyczące nowoczesnej chirurgii brzucha; jeden preparat, otrzymany po gastroenterostomii, gdzie nałożono szew z guzikiem Murphy'ego i gdzie pętla jelita pękła skutkiem silnego napięcia; drugi przypadek, gdzie z powodu zwężenia odźwiernika dokonano gastroenterostomii i nałożono szew z ziemniakiem; sposób ten zaproponował Landerer i, rzeczywiście, jest on niezwykle szybki. Oba te sposoby (guzik Murphy'ego i sposób Landera) mają swe ujemne strony; guzik Murphy'ego powoduje niejednokrotnie przedziurawienie jelita; zdarzają się również przypadki, że guzik nawet w ciągu kilku miesięcy pozostaje w kiszki (przyp. prelegenta). Przy użyciu ziemniaka spstrzegaliśmy **Obaliński** zapadanie się światła i następczą niedrożność kiszki (occlusio); to było powodem śmierci w przypadku, opisanym przez prelegenta. Dlatego **Obaliński** radzi zaniechać użycia guzika Murphy'ego, ziemniaków i t. p. a szyć, jak dawniej, szwem jedwabnym Lamberta, pomimo, że to trwa dłużej; w przypadkach, gdzie na szybkości bardzo nam zależy, proponuje **O.** guzik kauczukowy własnego pomysłu, który zebrany przedstawia. Guzik powyższy, ze względu na materiał, z jakiego jest sporządzony, ma tę wyższość nad guzikiem Murphy'ego, że brzegi jego są mniej ostre, a więc mniej zagrażają przedziurawieniem ściany jelita; poza tem guziki **O.** są znacznie tańsze.

Barącz pokazał zgromadzonemu sposób użycia guzika Murphy'ego i zwrócił uwagę na konieczność stosowania oryginalnych amerykańskich wyrobów, a nie niemieckich; od dobrego wykonania guzika (nie ostre brzegi) zależy pomyślny wynik operacji. Znakomita statystyka Murphy'ego musi każdego zachęcić do próbowania tego sposobu. **Barącz** przyznaje, że po gastroenterostomiach guzik może czas dłuższy pozostawać w żołądku.

Jasiński przytacza szczegóły dwóch nieszczęśliwych przypadków (**Oderfelda**); w jednym zgorzel nastąpiła niezwykle szybko, a linia demarkacyjna sięgała daleko poza granice szwu, który był nałożony naokoło guzika gwoli bezpieczeństwa; w drugim nastąpiło przedziurawienie jelita i wypnięcie guzika do jamy otrzewny.

Szumana wspomina o guzikach z korka, wosku i t. p. Sądzi on, że należałoby robić guziki z materiałów, któreby się z czasem wysyłały, n. p. z kości odwapnionej.

Rydygier radzi pozostać przy dawnym szwie piętrowym, pomimo tego, że nakładanie jego wymaga dłuższego czasu.

4. Drobniak wypowiedział rzecz o sposobie powstawania i leczeniu operacyjnem torbieli trzustki. Torbiele trzustki mogą powstawać albo wskutek urazu (przypadek prelegenta), albo wskutek spraw zapalnych w kiszkaach (dur, nieżyt kiszek); jak zaś tworzą się torbiele pourazowe, objaśnia sobie Dr. w ten sposób, że w pewnem miejscu trzustki ten lub ów kanał zarasta, zawartość zaś gruczołu zbiera się powyżej miejsca przewężenia, względnie zarośnięcia. Leczenie torbieli w mowie będących może być tylko na drodze operacyjnej. Mikulicz twierdzi, że raz jeden wyciął doszczętnie torbiel trzustki; prelegent jest zdania, że jeśli torbiel osadzona jest na dość długiej i wąskiej szypule, usunięcie jej całkowite jest prawdopodobne, jeśli zaś, co najczęściej bywa, osada torbieli jest szeroka, to, ponieważ ściany jej są cienkie i przyrośnięte, wyluszczenie jej nie udaje się. Autor radzi wyrzec się od razu wyluszczenia guza, a wszywać ściany torbieli w ranę brzucha, t. j. traktować torbiel zewnątrzotrzewnowo. Gojenie trwa przytem zwykle długo, niekiedy miesiące całe.

Kryński zwraca w dyskusyi uwagę na pracę Zajca, i przytacza dwa przypadki torbieli trzustki; w obu guza nie wyluszczone, lecz wszyto ściany jego w ranę brzucha. Prócz długotrwałego gojenia ujemną stroną tego zabiegu stanowi rzekomy nawrót cierpienia.

(D. c. n.)

II. Choroby gardła, krtani i uszu.

Société française d'otologie et de laryngologie. Session annuelle, tenue à Paris du 1 au 4 mai 1895.

(Dalszy ciąg.)

262. JOAL (z Mont-Dore). **Leczenie utraty węchu (anosmia) za pomocą tuszów z kwasu węglanego.**

Autor wpadł na pomysł leczenia tego zбочenia chorobowego kwasem węglanym i zastosował go z pomyślnym wynikiem u dwóch chorych, z których jeden utracił węch po przebyciu grypy, a drugi po użyciu zimnych kąpielii. Wszystkie sposoby używane w tem cierpieniu były przedtem bez skutku zastosowane (irrygacye płynne, przypalania galwanokau-

terem, elektrolyza, prąd indukcyjny, insuflacye proszku, zawierającego strychninę). Leczenie kwasem węglanym trwało kilka tygodni i stosowano je dwa razy dziennie. Chorzy kompletnie wyzdrowieli. Autor takie tusze z CO₂ radzi też stosować w przewlekłych katarach górnych części jamy nosowej, trudno dostępalnej instrumentami i za pomocą płynów (iniekcy). W celu urządzenia takiej kąpieli gazowej należy syfon z wodą selcerską obrócić do góry dnem, przez ucisk na klapkę wypuścić nadmiar płynu i rurkę przystawiać do nozdrza.

Tani ten i prosty sposób leczenia, zdaniem autora, może być także polecany w zwykłym katarze nosa w początku i w przebiegu choroby.

263. DUNDAS GRANT (z Londynu). **Uporczywe ropienie w nosie mimo leczenia.**

Autor spostrzegł trzy takie przypadki. W pierwszym mimo prawidłowego leczenia empyematu zatoki czołowej, którego objawy były wyraźne, w przebiegu choroby autor odkrył obecność takiejże sprawy w jamie Highmora i tę uważał za wtórną. W drugim przypadku rzecz się miała odwrotnie. W trzecim natomiast przypadku ropienie utrzymywało się uporczywie, mimo dokładnego usunięcia pętłą zimną wyrosłych polipowatych na muszli średniej. Wyciek ropny wystąpił dopiero po dobrowolnym odejściu blaszki kostnej zmartwiałej, będącej przednią ścianą sinus sphenoidalis.

264. MOLL (z Arnheimu). **Leczenie ostrych cierpień jam bocznych nosa.**

Rozpoznanie spraw chorobowych tych zatok nie zawsze jest łatwe. Sposoby też stosowane w leczeniu takowych rzadko prowadzą do celu. Nieracjonalnym też wydaje się autorowi sposób opróżniania tych zatok przez ucisk, t. j. podniesienie parcia w jamie nosogardzielowej. Daleko stosowniejszym jest zabieg odwrotny, dający się skuteczniej przez zatkanie nosa i równoczesne rozszerzenie klatki piersiowej (wdech).

265. HELME (z Paryża). **O zapaleniu wyrosłych adenoidalnych i ich leczeniu.**

Radykalne leczenie wyrosłych dostępalnych jest tylko na drodze operacyjnej. Atoli, gdzie chodzi o zapalenie tychże, tam z korzyścią może być stosowane leczenie i niechirurgiczne. Wyrosła adenoidalne ulegają zapaleniu w następstwie różnych spraw chorobowych, jako to: rinitis, faryngitis, stomatitis; bywają też w zębokowaniu, przebiegu grypy, odry, płonicy i t. p. Autor stosuje w takich razach następujące leczenie. Do wewnątrz podaje chlorek chininy w ilości 0,05 na każdy rok wieku dziecka, stara się dezynfekować przewód kiszkowy benzonaftolem; zaleca przytem spokój, dytetę i lekki środek rozwalniający. Miejscowe leczenie polega na przemywaniu nosa, bardzo łagodnie wykonywanem, będącym

raczej prostem wlewaniem, a nie przestrzykiwaniem. Następnie autor stosuje wcierania śródnosowe maści jodolowej lub dermatolowej 5^o/_o-wej.

Gdy sprawa chorobowa przedłuża się, wtedy z korzyścią można prócz powyższego robić wdmuchiwanie proszku, złożonego z równych części arystolu i cukru mlecznego.

Jednakże, jeśli sprawa przybierze takie rozmiary, iż sprowadza zaburzenia w oddechaniu lub ze strony narządu słuchu, wtedy usunięcie wyrośli na drodze operacyjnej staje się nieodzownem.

266. BEAUSOLEIL (z Bordeaux). Krwotok wtórny po usunięciu wyrośli adenoidalnych.

Piętnastoletniej dziewczynie usunięto wyrośl z jamy nosogardzielowej przy zastosowaniu odpowiedniej antyseptyki. W czasie i zaraz po operacji nie zaszło nic ważnego. Tymczasem w 5 dni po operacji wystąpił krwotok, trwający 3 doby, który ustal dopiero po częstych wstrzykiwaniach półtorachloru żelaza.

Rozpatrzywszy wszystkie możliwe przyczyny tego następstwa, autor przychodzi do wniosku, że miał do czynienia ze sklerozą naczyń krwionośnych, dzięki której utrudniona była obliteracya kompletna tychże.

267. BOULAY (z Paryża). Dwa przypadki parestezyi gardzieli.

Dwie młode dziewczyny doznawały parestezyi w gardzieli, jedna w postaci uczucia żwiru, druga — pieprzu. Dolegliwości te ustąpiły po zoperowaniu wyrośli adenoidalnych niewielkich rozmiarów. Wpływ sugestyi wskutek operacji wyklucza autor na tej zasadzie, iż poprzednio bez najmniejszego skutku stosowano u nich różne bolesne nieraz zabiegi. Tak więc, niewątpliwie, przyczyną łowych zwodnych uczuć, doznawanych przez chore, były wyrośle adenoidalne. Sensacje te potęgowało tylko neuropatyczne usposobienie chorych.

268. CARTAZ (z Paryża). Dwa przypadki limfadenomy migdałków.

Jeden dotyczył 60 letniego dobrej budowy człowieka, który doznawał wielkiego utrudnienia polykania i pewnego stopnia utrudnienia oddechania. Oba migdały były ogromnie przerosłe, jak również i gruczoł językowy. Prócz tego powiększenia twarde były gruczoły chłonne podszczękowe, pachowe i pachwinowe. Śledziona przy tem nie była powiększona, leukocytozy krwi również nie było. Solutio arsenic. Foowlera, podawane w ilości 20 kropel na dobę, po kilku miesiącach sprowadziło zmniejszenie się migdałów o $\frac{1}{3}$ część wielkości; gruczoły limfatyczne jednak się nie zmniejszyły. Chory przeżył jeszcze 2 lata; nastąpiły przetrzuty do gruczołów kiszkiowych, które bardzo się powiększyły; stan migdałków się nie zmienił. Chory zmarł z wyniszczenia ogólnego. Drugi przypadek dotyczył również 60 letniej kobiety, powiększenie zaś migdałków było tak wielkie, iż przelykanie stało się wręcz niemożliwym, przy tem

były częste napady zaduszania. Gruczoły chłonne szyi szybko bardzo się powiększyły i w ciągu pięciu tygodni chora zmarła.

269. MOURE (z Bordeaux). **Ostre wrzodziejące zapalenie torebkowane migdałków.**

Postać ta chorobowa jeszcze nie znalazła sobie miejsca w patologii migdałków podniebiennych. Cechuje ją wytwarzanie się ognisk zapalnych na obu migdałach, które później zamieniają się na głębokie owrzodzenia z wystającymi brzegami, mające wygląd wrzodu pierwotnego (szankra), albo raczej rozpadłego gumatu. Cierpienie to ma swój odrębny typ rozwoju, trwa 12—14 dni. Leczenie według autora powinno polegać na tuszowaniu owrzodzenia 30% chlorkiem cynku, obok następowego traktowania roztworem jodu w jodku potasu i płukaniem antyseptycznymi.

270. RAOULT (z Nancy). **Zapalenie migdałka językowego, wywołane cierpieniem zębów i jamy ustnej.**

Zapalenia tego migdałka mogą być wywołane sprawami chorobowymi bliższego otoczenia, przy tem prócz jamy nosogardzielowej infekcja może wyjść z karyetycznych zębów lub zapalenia błony śluzowej jamy ustnej. W 120 przypadkach tego cierpienia były równocześnie spostrzeżone gingivitis et stomatitis, przy tem w 10 niewątpliwie wyłącznie te dwa cierpienia spowodowały zapalenie gruczołu językowego (w pozostałych cierpienie to poprzedziły sprawy chorobowe in naso-pharynge, które jednak poprzedziły swym występem stomatitis i gingivitis; zdaje się więc nie ulegać wątpliwości, że ostatnie były bezpośrednią przyczyną zapalenia migdałka językowego). Tak więc w omawianem cierpieniu należy zwrócić uwagę na zęby spróchniałe i sprawę zapalną w jamie ustnej i leczyć je odpowiednio (wyrwanie zapsutych zębów, antyseptyka jamy ustnej).

271. MEUDEL (z Paryża). **Wrzodziejące zapalenie migdałków o wyglądzie przymiotowym (chancriforme).**

Wiadomo powszechnie, że wrzód pierwotny na migdałkach podniebiennych może przybierać różnorodne postaci, utrudniając w ten sposób bardzo rozpoznanie. Klasyczna postać tego wrzodu jest taka: owrzodzenie mniej więcej zagłębione, szarawej barwy, o brzegach i dnie stwardniałem, odnośnie gruczoły limfatyczne powiększone i twarde.

Otóż autor obserwował 6 takich przypadków, które miały prawie wszystkie typowe cechy pierwotnego wrzodu syfilitycznego, a różniły się tylko krótszym trwaniem i lżejszym zajęciem gruczołów limfatycznych. W cierpieniu tem ból jest niewielki, przebieg zwykle bezgorączkowy. Autor przypuszcza, że jest to prawdopodobnie herpes, którego okres pecherzykowy przebiegł niepostrzeżenie.

272. RAUGÉ (z Challes). O zaburzeniach nerworuchowych krtani.

Zaburzenia ruchowe krtani, zależne od układu nerwowego, zawiadującego temiż ruchami, rzecz prosta, mogą być wywołane przez zmiany patologiczne w różnych punktach tego układu, jako to: w ośrodkach kory mózgowej i rdzenia, w drogach przewodnich mózgu i rdzenia, wreszcie w pniach i rozgałęzieniach nerwów krtaniowych. Neuropatologia krtani obecnie zajmuje się wyświetleniem trzech kwestyi, potrzebujących tego: kwestyi ośrodka korowego, udziału rdzenia w unerwieniu krtani i patogenęzą t. zw. stałej addukcyi (czyli porażenia abduktorów).

Dwie czynności krtani głosowa i oddechowa mają odrębne ośrodki, pierwsza ma wyłączny swój ośrodek w korze mózgowej, druga—w rdzeniu przedłużonym. Dzięki temu zaburzenia w korze mózgowej mogą wyłącznie odezwać się na czynności głosowej krtani, pozostawiając zupełnie nietkniętą czynność oddechową. Semon drogą operacyjną usuwał oba ośrodki, zawiadujące addukcją strun głosowych ¹⁾, a więc sprawa wydawania głosu i czynność oddechowa krtani wcale nie była zmienioną; można nawet usunąć obie półkule mózgu i rezultat będzie ten sam. W stanach patologicznych u człowieka stosunek jest ten sam. Paraliż korowy krtani sprowadza niemotę, pozostawiając nietkniętą czynność rozszerzania szpary głosowej w celu przeprowadzenia wdechanego powietrza, czynność czysto organiczną, mającą swój „zarząd” w rdzeniu przedłużonym.

Obecnie fizyologowie i klinicyści nie zgadzają się w zdaniach co do poglądu na czynność ośrodka korowego dla krtani. Semon twierdzi, iż jest to czynność bilateralna, Garel zaś dowodzi, że istnieje skrzyżowanie dróg. W celu wyjaśnienia przebiegu włókien nerwowych w mózgu, autor opiera się na danych anatomo-patologicznych, co prawda jeszcze nie zupełnie wystarczających. Przebieg dróg nerwowych krtaniowych w mózgu według Rougé jest taki: pęczek krtaniowy, wyszedłszy z kory mózgowej na wysokości podstawy gyrus frontalis ascendens, może trzeciego g. frontalis i rozdzielającej je brzoźdy, biegnie w centrum semiovale w pęczku czołowym dolnym trzeciej warstwy Pitresa; niżej w capsula interna styka się z nucleus lenticularis; w pedunculus bieży na wysokości średnie trzeciej części tegoż, przechodząc pomiędzy drogami afazy i drogami piramidalnemi; dalej wysłedzić się daje w protuberantia od tyłu i wśród dróg piramid do miejsca skrzyżowania się z pęczkiem strony przeciwnej przed złaniem się z ośrodkiem bulbarnym. Stąd, jak uczy Claude Bernard, impulsy głosowe przeprowadza nervus spinalis, oddechową zaś sprawą ośrodek rdzenia zawiaduje przy pośrednictwie n. vagi.

Sporną kwestyą w neuropatologii krtani jest porażenie abduktorów; niektórzy badacze uważają ją za kompletny skurez głośni (contrac-

¹⁾ Według Krauzego, Semoná i Horsley'a ośrodki te leżą w korze mózgowej zwierząt mięsożernych na miejscu połączenia gyrus praecurralis ze zwojami anterior et coronalis.

ture totale). Wobec tego autor proponuje dla tego zбочenia nazwę „stałej addukcyi” (adduction permanente), która, nie przesadzając istoty sprawy, maluje jednak dobitnie obraz kliniczny cierpienia.

(D. n.)

III. Choroby kobiet.

VI zjazd ginekologów niemieckich

w Wiedniu (od 5 do 7 czerwca 1895 r.).

(Dalszy ciąg.)

4. Nieżyt błony śluzowej macicy przy chorobach zakaźnych może być wywołany albo przez swoiste drobnoustroje, albo przez wytwory ich działalności. Przy otruciach ostrych spotykamy obok wylewów krwawych błony śluzowej, spowodowanych zwyrodnieniem tłuszczowem drobnych tętnic, także i typowy obraz ostrego nieżytku. Powstaje także End. haemorrhagica przy oparzeniach skóry.

Endometritis decidualis polyposa powstaje wskutek tworzenia się po poronieniu błony spadającej w jamie macicy i daje powód w razie ponownego zajścia w ciążę do nowego poronienia.

End. exfoliativa jest to, zdaniem Winckla, sprawa zapalna miejscowa błony śluzowej macicy, połączona z charakterystycznym odrywaniem się cząstek błony. Nie zgadza się W. ze zdaniem nowszych autorów, którzy uważają daną sprawę za cierpienie nerwowe.

Chociaż dla rozpatrywanych dotąd postaci zapalenia błony śluzowej macicy nie wykryto swoistej przyczyny, to jednak przyznać należy, że dla większości odnalezienie takiej przyczyny jest bardzo prawdopodobnem w przyszłości.

Co do zapaleń swoistych, to zauważyć należy, że tylko nieznaczna ilość bakteryj może przenikać przez nienaruszoną błonę śluzową, większość rozwija się i przenika tylko przy zmianach chorobowych błony, jakie już na niej zastaje pierwotnie.

5. Zapalenie tryprowe, wywołane obecnością gonokoków, jest sprawą dość częstą u kobiet, bo stanowi 12—30% wszystkich chorych. Najczęstszem siedliskiem tego cierpienia jest cewka (85—100%), następnie szyjka (37—47%), jajowody (33%), trzon (50%?), pochwa (40,4%) i srom (12—25%)! Z szyjki przenikają gonokoki przez ścianę macicy aż do otrzewny, lub też drogą wstępującą rozmnażają się na

blonie śluzowej trzonu. Jednorazowe zachorowanie nie daje odporności. W każdym czasie i w każdym wieku zachowują gonokoki swoją siłą życiową latami.

6. Rzadszem cierpieniem jest gruźlicze zapalenie błony śluzowej macicy. Najczęściej siedliskiem tej choroby są jajowody, później trzon, szyjka, a najrzadziej pochwa, przy tem cała sprawa jest częściej wtórna niż pierwotna.

7. Endometritis septica puerperalis bywa najczęściej wywołana przez paciorkowca ropnego (*streptococcus pyogenes*); gronkowce odgrywają tu rolę podrzędną. Pasożyt ten przenika przez wszystkie warstwy macicy i przez jajowody do jamy otrzewny, wywołuje zniszczenia najrozmaitszego stopnia w zależności od miejsca, gdzie się rozwija, ilości, odporności ustroju i obecności tych lub innych bakterij na miejscu. Najczęściej podlegają mu pierwastki, kobiety, wycieńczone długotrwałym porodem, ciężkimi operacyjnymi zabiegami, krwawieniem, poprzednimi chorobami. Że przyczyną nieżyty może być także *b. coli commune* jest dziś na pewno dowiedzione.

8. Pod nazwą Endom. saprophytica należy rozumieć nieżyt, wywołany przez bakterje rozkładowe. Należy tutaj proteus vulgaris, bac. pyogenes foetidus., bac. saprogenes v. Rosenbachi. Należy też tu zaliczyć end. purulenta senilis, często spotykane u staruszek i zasadzające się na obfitej ropnej wydzielinie z macicy. Cierpienie to nie jest złośliwe i ustaje po niejakiem czasie.

9. End. diphteritica w dokładnem znaczeniu tej nazwy t. j. nieżyt, wywołany przez obecność lasecznika Löfflera, nie był jeszcze ani razu spostrzegany. Wszystkie opisane dotąd przypadki były wywołane przez paciorkowce.

10. End. syphilitica jest cierpieniem dość rzadko spotykanem. Dowiedzionem jest jednak, że spotyka się pierwotnie ta postać w szyjce macicy. Najczęściej siedliskiem przyjęcia się jadu syfilitycznego jest przednia warga, a zwłaszcza błona śluzowa szyjki, pokrywająca wywinieście ujścia.

11. Do grupy end. blastomycetica należą nieżyty, wywołane przez obecność grzybka pleśniakowego (*Soorpilz*), co stanowczo zastalo za pomocą szczepień i mikroskopu dowiedzione.

12. Co do nieżyków, wywołanych przez ameby, to Doria opisał 3 takie przypadki, jako En. chronica glandularis cystica.

Objawy, przy nieżycie występujące, można podzielić na 3 grupy: 1) objawy, występujące w samym siedlisku cierpienia, a więc objawy ze strony macicy i narządów płciowych, 2) objawy, występujące ze strony sąsiednich narządów (pęcherza, odbytnicy, zwoju nerwowego), 3) objawy ogólne.

Wydzielina może być przy nieżycie tak mała, że kobieta wcale się na nią nie skarży; często może być obfita. Barwa wydzieliny jest z początku jasna, później czerwonawa, zielonawa, żółta, względnie do barwy, wytwarzanej przez mikroby. Konsystencya wydzieliny bywa rozmaita; śluzowa, szklista. Zwykle wydzielina niema zapachu, lecz może cuchnąć

wskutek sprawy rozkładowej. Co się tyczy krwawienia, to nie przedstawia ono nic charakterystycznego dla jakiejś szczególnej postaci nieżyty, lecz jest poniekąd miarą rozwoju sprawy chorobowej. Bóle mają charakter bólów porodowych lub też kłujących, jeżeli są spowodowane skurczami macicy. Silne bóle miejscowe powstają wskutek zatrzymania się i gromadzenia wydzieliny. Charakterystycznym jest ból przy end. exfoliativa; zaczyna się przed miesiączkowaniem i znika albo przy nastaniu krwawienia, albo dopiero po wydaleniu błony. Jeżeli cierpienie trwa dłużej, to i bóle stają się trwalszemi i dłuższemi, tak, że przeciągają się po za miesiączkę. Opisują je jako bóle piekące, żrące, palące.

Miesiączka przy nieswoistych nieżytych błony śluzowej może być zupełnie niebolesna, w połowie jednak przypadków spostrzegamy silne bole, umiejscowione w krzyżu i w okolicy lędźwiowej, w dole brzucha, parcie ku dołowi i bóle głowy.

Endometritis może być przyczyną bezpłodności, poronienia i ciąży pozamacicznej; podczas porodu przyczyną nienormalnych bólów, przedwczesnego odejścia wód, obrzęku części miękkich, krwawień, trudnego oddzielenia się łożyska, oderwania się i pozostania części błon, bardzo bolesnych kurczów porodowych i t. d. Wywołując zaburzenia w odżywianiu, może En. być przyczyną ostrego, podostrego i chronicznego zapalenia mięszu macicy (metritis), zapaleń przy i okołomaciczych, może następnie powodować zmiany formy i położenia macicy, zapalenia jajowodów i jajników.

Objawy ze strony narządów sąsiednich z siedliskiem choroby są: vulvovaginitis (u dzieci), urethritis, paraurethritis, częste oddawanie moczu, zaparcie stolca, objawy ze strony mlecza (ból w krzyżu, ciągnięcie i rwanie w nogach, porażenie dolnych kończyn, coccygodynia),

Z objawów ogólnych zanotować należy nerwowe dyspepsy, bicie serca, hemicranię, psychozy etc. Cierpienia te występują szczególnie w nieżytych przewlekłych.

Przebieg zapalenia nieżytego błony śluzowej macicy może być ostry, podostry i przewlekły. Większość przypadków zakaźnych zaczyna się zwykle objawami ostremi.

Znaczna jednak część nieżyków rozpoczyna się podostro, a zwłaszcza nieżyty po poronieniach, porodach, gdzie jedynym objawem jest obfite krwawienie, i nieżyty na tle gruźliczem, gdzie pierwszym zwiastunem cierpienia jest wydzielina biała, zielona, surowicza lub nieco krwawa.

W bardzo wielu przypadkach, ostro rozpoczynający się nieżyt powoli przechodzi w stan podostry. Wszystkie postaci nieżyty mają skłonność do przejścia w stan przewlekły. Niektóre nawet od początku noszą taki charakter przewlekłego nieżyty—stanu ostrego ani podostrego w nich nie spostrzegamy. Przy stanie przewlekłym mogą być obostrzenia sprawy lub też mogą występować uparczywie jakieś objawy, n. p. wydzielina nie jest obfita, lecz za to krwawienie, zwłaszcza przy miesiączkowaniu, zbyt silne; lub też żadnych ostrych objawów niema, lecz pozostaje ciągle zbyt obfita ropna wydzielina.

(D. c. n.)

POLEMIKA.

Szanowna Redakcyo!

W imię bezstronności upraszam Sz. Red. o umieszczenie kilku poniższych uwag z powodu odcinka w 10-ym zeszytcie „Kroniki lek.” pod tytułem „Pomoc lekarska czy wyzysk?”

Artykuły panów Szrajbera i Freida czytałem w oryginale hebrajskim i to mi poniekąd daje prawo do wystąpienia z protestem zarówno przeciw niedokładnemu tłómaczeniu artykułu p. Fr., jak i przeciw nieuzasadnionym wnioskom Medicusa. Otóż n. p. zdanie: odtąd rzecz może każdy: „żyd lekarz zajmuje się faktorstwem” w oryginale brzmi zupełnie inaczej, mianowicie: „powiedzieć bowiem mogą, iż wszyscy żydzi zajmują pośrednictwem.” W zdaniu tem p. Fr. wyraża obawę, aby przeciwnicy żydów nie uogólniali pojedynczych faktów, czyniąc ogół żydowski odpowiedzialnym za winy jednostek! Że obawa p. Fr. nie była płonną, najlepiej o tem świadczą dowodzenia Medicusa.

Obadwa artykuły hebrajskie czytałem jeszcze przed wydrukowaniem ich w Kronice, a nawet treść ich opowiedziałem wielu kolegom. Na nas wszystkich artykuły te sprawiły jak najlepsze wrażenie, albowiem cieszyło nas, że prasa żydowska nie chowa grzechów współwyznawców, lecz jawnie chłoszcze zauważone przez się nadużycia. Byliśmy zresztą przekonani, że artykuły te, jeżeli nie były pisane, to przynajmniej zostały inspirowane przez lekarzy żydów, dbałych o dobro chorych i godność swej korporacji. Że kronikarz żydowski w piśmie hebrajskiem mówi wyłącznie o chorych i lekarzach żydach, to rzecz dla każdego zrozumiała, co jednak dało prawo Medicusowi na zasadzie owych listów rzucić kłątwe na całe społeczeństwo żydowskie, to rzeczywiście nie rozumiem.

„**Nam**, oddalonym od **waszych** stosunków, nieznanym **waszego** języka, trudno wiedzieć, co się **śród waszego** społeczeństwa dzieje.” Medicus wie dobrze, iż areną wyzysku chorych nie jest wyłącznie dzielnica nalewkowska i że wyzysk ten żadnych cech wyznaniowych nie nosi, albowiem niesumienni lekarze, których liczba zresztą w naszym społeczeństwie na szczęście jest bardzo szczupłą, rekrutuje się zarówno z żydów jak i chrześcijan. Wiadomo również, że najszkodliwszy typ felczera-pośrednika na naszym bruku nie żydzi stworzyli. Usprawiedliwiać panujący w naszym społeczeństwie antysemityzm nieetycznym postępowaniem kilku lekarzy lub adwokatów żydów, jest to zamykaniem oczu na prawdziwe przyczyny, o których zresztą nie tu miejsce mówić.

„Dajcie nam nazwiska, fakta” — pisze Medicus. Otóż co do nazwisk, to wszystkim tym, którzy w samej rzeczy wiedzą, co się **śród naszego** (bez różnicy wyznania) społeczeństwa dzieje, są one dobrze znane. Co zaś do faktów, to prasa hebrajska, nie czekając na nawoływania Me-

dicusa, pierwsza je podała, tendencyjne zaś oświećlanie tych faktów w Kronice chyba raz na zawsze odbierze chęć dalszego ogłaszania.

Z prawdziwym poważaniem

Dr S. Mintz.

ODPOWIEŹ.

Umieszczając list powyższy bez żadnych zmian, dostatecznie chyba zaznaczyła Redakcja bezstronność swą w omawianej sprawie. Nie chodziło nam wcale o zaznaczenie w inkryminowanym odcinku naszych przekonań społecznych, bo Kronika inne ma cele i zadania. Chodziło nam tylko o ujawnienie smutnych kart z dziejów naszego zawodu, oraz o wykrycie prawdy. Komentując i podając w dosłownym przekładzie artykuł, chcieliśmy zwrócić czyją należy uwagę na ujawnione w nim zło, oraz szukać środka przeciwko niemu w przeciwdziałaniu samych lekarzy. Nam chodziło jedynie o prawdę i jawność, kol. Mintza zaś, jak widać z powyższego listu, rozżaliło najbardziej, iż prawdę tę na jaw wyprowadziliśmy, wolałby, aby artykuł p. Freida nie doszedł nas wcale, to też grozi, iż od-tąd prawdę chować będą, on i wszyscy ci, którym przecież w interesach naszego stanu o jawność w tym razie najbardziej chodzić powinno...

W dopisku naszym jasno i wyraźnie wystąpiliśmy właśnie w obronie lekarzy żydów którym artykuł p. Freida zarzucał pośredniczenie czy faktorstwo (subtelna w tym razie różnica). Broniąc lekarzy żydów, jako naszych kolegów, tem samem zaznaczyliśmy, że ich za członków swego ciała uważamy i że o ich cześć walczyć jesteśmy gotowi. Za to p. Mintz wystąpił przeciw nam z filipiką, dając do zrozumienia, że i wśród chrześcijan są lekarze, mijający się z moralnością. Ani nam przez myśl przeszło, aby tylko sami żydzi mieli złe czynić, mamy jedną, nie tak jak nasz korespondent, miarę etyczną do sądzenia wszystkich, i wszystkich podług tej miary ogólnej etyki zawsze sądzimy. Śmiesznem jest również powoływanie się k. Mintza na nasze wyrażenia „wy,” „waszemi,” przecież trudno wymagać, abyśmy pisali o języku żydowskim, że jest „naszym” językiem, a byłoby z naszej strony zarozumiałością twierdzić, że znamy tę część społeczeństwa żydowskiego, która tylko tego języka używa.

Natomiast mamy zupełną wiarę w naszego tłumacza i w jego tłómaczenie, tem bardziej, że osoba jego, stojąca poza całą tą sprawą, w zupełności uczciwość tłómaczenia i brak wszelkiej tendencji gwarantuje.

Inna rzecz przypuszczenie p. Mintza, iż artykuł był pisany czy inspirowany przez lekarzy. Mówi on mianowicie *„byliśmy przekonani, że artykuły te, jeżeli nie były pisane, to przynajmniej zostały inspirowane przez lekarzy żydów”*, a w zakończeniu: *„oświećlanie faktów w „Kronice” chyba raz na zawsze odbierze chęć dalszego ogłaszania”*, gdyby istotnie przypuszczenie k. Mintza było rzeczywistością nie pięknie mówiłoby o autorze czy inspiratorze: występować pod cudzem nazwiskiem, wypierać się w artykule, że pisze go nie lekarz, to chyba nie ładnie, nie mówiąc już o tem, że szczwanie takie przez lekarzy w pismach popularnych na innych lekarzy jest bardzo nie na miejscu i nie przyczynia się do podtrzymania godności naszego stanu wobec społeczeństwa...

Medicus.

W kwestyi składow aptecznych.

Na ostatniem ogólnem posiedzeniu Warszaw. Towarzystwa Farmaceutycznego, podniesiono kwestyę uszczerbków, jakie apteki ponoszą ze strony ciągle mnożących się składów aptecznych. Oto ustęp protokołu posiedzenia (Wiad. Farm. N. 10): „od chwili powstających wciąż niepo-
miernie tak zwanych składów materyałów aptecznych, a właściwie będą-
cych tylko zwyklemi kramami, otwieranemi przeważnie przez wykolejo-
nych lub niewykwalfikowanych aptekarzy, wzrastać zaczęły nadużycia,
które w ostatnich czasach, dochodzić zaczęły do niebywałych rozmiarów.
Pomijając drobną sprzedaż, nawet środków silnie działających, wydawa-
nie których z aptek surowo jest wzbronione, składy o których mowa
ekspedują wszelkie lekarstwa za receptami lekarzy, oraz felczerów, i te
ostatnie stanowią ich najliczniejszą klientelę. Następstwem podobnych
nadużyć, jest zmniejszenie czynności, a tem samem dochodów w aptekach,
zwłaszcza w punktach handlowych, a tak zwana sprzedaż odrębna, sta-
nowiąca zwykle połowę ogólnego dochodu, zredukowaną została do mi-
nimum.

„Nie tylko jednak ten wzgląd materyalny mamy na widoku. Nie-
równie większy uszczerbek ponosi dobro ogólne, biorąc na uwagę szko-
dy, wypływające stąd ze względu na ogólną ochronę i bezpieczeństwo
zdrowia publicznego. Bo jak się przygotowują lekarstwa w podobnych
kramach, nie potrzebujemy objaśniać.

„Urząd lek. m. Warszawy niejednokrotnie miał już sposobność
udowodnić powyższe nadużycia, w czasie dokonywanych rewizyi w po-
dobnych tak zwanych składach aptecznych, gdzie znajdowano ukryte
przed okiem, wszelkie środki lekarskie i preparaty, służące wyłącznie
do sporządzania lekarstw. Pomimo jednak nakładanych kar pieniężnych
przez sądy i skonfiskowania znajdujących lekarstw, których utrzymy-
wanie w składach surowo jest wzbronione przez prawo, składy te z go-
dnem zaznaczenia lekceważeniem, prowadzą dalej swą fuszerkę, naraża-
jąc przez to na szwank nie tylko zdrowie, ale często i życie ludzkie sta-
wiając na kartę.

„Wszelkie usiłowania jednostek do położeniu tamy podobnym nad-
użyciom nic nie podolają i dlatego Towarz. farm. ze swej strony wystą-
pić nie omieszka z przedstawieniem Urz. L. prawdziwego stanu rzeczy
pod względem nadużyć, jakie wciąż się zwiększają ze strony nowo po-
wstałych kramów aptecznych.“

Przytaczamy tu powyższy wyjątek, ponieważ poruszona kwestya
oprócz aptekarzy nie w małym stopniu dotyczy i lekarzy.

Nie możemy być obojętni na to, jak sporządzany bywa oręż, któ-
rym działamy, jaką wartość mają zażywane przez chorych leki. Tylko
należyta jakość, odpowiednia ilość i sporządzenie środka dać może rękoj-
mię, że spodziewany przez nas skutek po lekarstwie nastąpi, i tylko przy

tych danych w ogóle staje się możliwą terapią środkami farmaceutycznymi.

Tę pewność dają dziś jedynie apteki, prowadzone przez fachowców, a prócz tego rewidowane i kontrolowane urzędowo.

Tymczasem, jak widać z powyższego i jak nam skądinąd wiadomo, duża liczba chorych zaopatruje się w lekarstwa w składach materyałów aptecznych, przedsiębiorstwach natury czysto handlowej, a więc nie dających żadnej gwarancji ani co do jakości, ani co do ilości środków, a zwłaszcza przyrządzenia sprzedawanego leku, utrzymują je bowiem osoby niedość wykwalifikowane i nie mające nawet prawa na sprzedaż lekarstw. Niewątpliwie, że przy takim stanie rzeczy leczenie, leczeni i leczący, ponoszą nie mały uszczerbek, któremu by należało przeciwdziałać zarówno w imię dobra pacjentów jak i w interesie lekarzy.

Panowie farmaceuci o obronę swych praw uciekają się do Urzędu Lekarskiego. Nie wiemy, czy nawet przy dzisiejszej swej sprężystości władza ta będzie w stanie zapobiedz tym nadużyciom, jeżeli współdziałać nie będą lekarze praktycy. A mianowicie przez zwracanie baczniejszej uwagi na pochodzenie lekarstw (wydawane przez sklady nie mają sygnaturek i etykiet) i objaśnianie otoczenia chorych w danym razie o złych stronach, wynikających z zaopatrywania się w składach, że rzekomą oszczędność nie tylko może się źle odbić na skutkach leku, ale zarazem odejmuje działalności lekarza wszelką pewność i odpowiedzialność.

Względy filantropijne większej taniości, jakie niekiedy skłaniają lekarza do kierowania po niektóre środki do składów aptecznych, upadają przy skonfrontowaniu cen według ostatniej taryfy aptecznej z cenami składników. Zresztą kładziemy tu nacisk na leki, wymagające aptecznego przygotowania.

W końcu przypominamy, że „sklady“ są naturalnymi sojusznikami felczerów i innych pokątnie leczących, wydając leki nieprawnie za ich nieprawem i przepisami.

H.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

273. Dr Monnier na Zjeździe internistów w Bordeaux przedstawił opis przypadku **rozsianej infekcji pyocyancznej u człowieka**. Przypadek ten dotyczył 53 letniego mężczyzny, który z objawami zwykłej bronchopneumonii do szpitala przybył. Chory ten zmarł po 5 dniach. Badanie pośmiertne wykryło prócz zmian spowodowanych bronchopneumonią, ropne zapalenie opłucny i parietalne zapalenie wsierdza lewego. Już za życia chorego wyosobnił autor z płwociny lasecznika ropy błękitnej. Po śmierci wykryto ten sam drobnoustrój w ogniskach zapalnych z płuc, w ropie z opłucny, oraz w produktach zapalnych wsierdza.

Spostrzeżenie to oraz inne tego rodzaju wskazują, że lasecznik ropy błękitnej odgrywa w patologii człowieka o wiele wybitniejszą rolę od tej, którą mu dotąd przypisywali. (La Sem. Méd.)

H. K.

274. Na tegorocznym kongresie internistów w Bordeaux Dr Hausalter z Nancy przedstawił opis **przypadku gościa trypowego u noworodka**. Przypadek ten dotyczył 25 dniowego dziecka z ropnym zapaleniem łącznicy pochodzenia gonokokowego. Zajątemi były dwa stawy, prawy kolanowy i lewy napięstkowy; proces umiejscawiał się jednak głównie w kolanie, gdzie za pomocą próbnej punkcji wykryto obecność mętnego płynu, obfitującego w liczne wielokomórkowe leukocyty. Z płynu tego otrzymano hodowlę gonokoków. Lindermann i Deutschmann w podobnych przypadkach również wykrywali zarazek trypowy. Przypadek H. jest jedynym z rzędu przypadkiem trypowego zapalenia stawów u noworodków, znanym w piśmiennictwie.

Z przypadków tych wysnuć można wnioski, że niema żadnego ścisłego związku pomiędzy powstaniem zapalenia stawów i nateżeniem ropienia w obu; w większości przypadków zajęty jest jeden staw; najczęściej kolanowy, jest on zwykle więcej zmieniony, aniżeli u dzieci starszych lub też u dorosłych. Stan ogólny mało cierpi, gorączki najczęściej niema; choroba trwa niedługo, najdłużej miesiąc i śladów po sobie żadnych nie pozostawia. (Le Sem. Méd.)

H. K.

275. Prof. de Renzi z Neapolu próbował **wpływu na suchotników** pomiędzy innymi środkami (Acidum pheno-succinicum, nuclein, Hämoglobin Nardi, Aqua oxygenata, liq. Arsenicalis) — **światła elektrycznego i termoforu**.

Pierwsze stosował u 4 chorych z lampy łukowej siły 50 wolt o napięciu 30—40 M. A., kierując snop światła na klatkę piersiową za pomocą reflektora. Wpływ ciepła znosił przez wentylatory. Na skórze występowało zawsze silne zaczerwienienie, niekiedy flikteny. Posiedzenie trwało 13 do 50 minut. Wybierano najcięższych chorych z jak najcięższymi powłokami. Ciepłota ciała obniżała się, a liczba laseczników zmniejszała się u wszystkich. Wpływu na stan ogólny i zmiany w płucach nie zauważono. Leczenie trwało zresztą za krótko.

Pod nazwą termoforu pojmuje autor drut srebrny izolowany bardzo długi, który nakładano na klatkę piersiową i przepuszczano prąd elektryczny. Ciepłota podnosi się kolo zawojów drutu do 60—90° C.

U 3 chorych (26) zauważono poprawę w wadze ciała i zmniejszeniu się ilości rzeżeń. (Therap. Wochenschr. Nr 34, 95). II.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Przeciw fotografowaniu chorych.** W Londynie jeden z mieszkańców podał skargę przeciw lekarzowi, że ośmielił się zdyć fotografie z krewnej jego, chorej umysłowo. Zarząd szpitala postanowił, aby odtąd fotografować chorych tylko z wiedzą zarządu i za pozwoleniem chorego, lub, w razie choroby umysłowej, jego rodziny.

— **W kwestyi reklamy.** Przewodniczący w Hanowerskiej izbie lekarskiej wydał do kolegów następujący okólnik:

„Ze względu na pojawienie się reklamy w wielkim stylu dla toaletowego mydła zdrowia przewodniczący uważa sobie za obowiązek zwrócić uwagę Panów kolegów na to, że godność naszego stanu oraz znaczenie świadectwa lekarskiego przez podobne polecenie na szwank narazonym zostaje. Jedyne silne postanowienie nigdy i pod żadnym pozorem nie dawać w ręce fabrykanta piśmiennego orzeczenia o środku tajemnym może uchronić lekarza od nadużycia jego imienia.”

— Według drów Clair Thomson i Hewlett **każdy mieszkaniec Londynu wdecha co godzina 14000 drobnoustrojów**, które wszystkie pozostają w ustroju, ponieważ powietrze wydechowe nie zawiera pasorzytów. Tkanki i narządy zdrowego ustroju są jednak w stanie zniszczyć te masy napastników.

— **Siła szczęk przy żuciu.** Dr Black badał siłę szczęk, zużywaną podczas żucia. Pojedyncze skurcze żwaczów wykazywały siłę od 30 do 270 funtów. Aby pozuć befsztyk, trzeba zużyć siłę 40 do 70 funtów, zwykle zużywa się pewien nadmiar, dochodzący jednakowoż do 60—30 f.

— **Nominacye.** Według gazety „Tomskij Listok” prof. histologii Tomskiego Uniwersytetu A. Dogiel ma być przeniesiony do Petersburga.

— Kol. Leon Babiński został mianowany nadetatowym ordynatorem w szpitalu Ewangelickim.

— Kol. Grzankowski członek naszej redakcyi, został mianowany nadetatowym ordynatorem w szpitalu Dz. Jezus.

Z M A R L I:

— Dr **Kapliński**, lekarz wolnopracujący w Warszawie.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

22-ie Sprawozdanie towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z roku 1894.

W. Papiewski. Ueber d. Starrkrampf der Neugeborenen. Odb. z Jahrb. f. Kinderheilkunde.

B. Peltyń. O pożywieniu polskiej ludności włościańskiej. Odb. z Pam. Lek. T. W.

Dr Wł. WRZEŚNIEWSKI, b. ordynator kliniki chirurgicznej Uniw. Warsz. osiadł w Częstochowie. Przyjmuje z chorobami chirurgicznymi. Aleja II, dom p. Zapalkiewicz. 4—2.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Dr Józef Swiężyński. Sprawdzenie doświadczeń Grütznera nad losem wlewań do kiszek stolcowej u człowieka i zwierząt (Dokończenie), 585.
J. Zawadzki i L. E. Bregman. Niezwykły przypadek zapalenia wsierdzia pochodzenia rzeżączkowego z następczym zatorem tętnicy Sylwiusza oraz bólami i obrzękiem pochodzenia ośrodkowego (Dokończenie), 592.

Streszczenia zbiorowe.

Fr. Giedroyć. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych (Dalszy ciąg), 599.—M. Misiewicz. Obecne stanowisko nauki o niezycie pęcherza moczowego (Dalszy ciąg), 602.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

- I. Chirurgia. Sprawozdanie z VII-go zjazdu chirurgów polskich w Krakowie, 607.
- VI. Choroby gardła, krtani i uszu. 262—272. Société française d'otologie et de laryngologie. Session annuelle, tenue à Paris du 1 au 4 mai 1895 (Dalszy ciąg), 610.
- III. Choroby kobiet. VI zjazd ginekologów niemieckich (dalszy ciąg), 615.
Polemika, 618.—W kwestyi składów aptecznych, 620.
273—275. Wiadomości pomniejsze, 621.
- Kronika bieżąca, 623.—Nadesłano do Redakcyi, 623.—Ogłoszenie, 624.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelka, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Сентября 1895 года.