

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYCZYNEK DO ETYMOLOGII I PATOGENEZY gorączki połogowej.

Podał

Józef Jaworski,

Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu S-go Ducha.

Różne postaci gorączki połogowej wpłynęły zapewne na to, iż przez dłuższy czas sądzono, że postaci te początek swój zawdzięczają różnym pasorzytom, że są wyrazem zakażeń przydatkowych. Dopiero ściśle poszukiwania bakteryologiczne i doświadczalne uprościły znacznie naukę o gorączce połogowej przez wskazanie na jedno i to samo pochodzenie nawet różnorodnych postaci połogowego zakażenia i przez stwierdzenie, iż jest ono dziełem właściwie jednej tylko istotnie czynnej tutaj bakteryi.

Fakty te—rzecz prosta—ułatwily znakomicie profilaktykę chorób połogowych.

Badania w tym kierunku podejmowane należą przede wszystkim do F. Widala, Czerniewskiego, Doyena, Winckela, wreszcie do Waldharda.

Autorzy ci dowiedli, że zakażenie połogowe bez względu na jego stopień i umiejscowienie anatomiczne jest zawsze wywoływane wtargnięciem do narządów rodnych in puerperio paciorkowca. Wśród drobnoustrojów kanału rodowego wprawdzie znajdowano oprócz paciorkowca i inne chorobotwórcze bakterie, jak gronkowce, gonokoki, bacterium coli, głównym jednak sprawcą gorączki połogowej w rozmaitych jej postaciach—od najlżejszych aż do posocznicy jest paciorkowiec ropotwórczy.

Gdy jednak jedni (Czerniewski, Stroganoff) utrzymują, że w wydzielinach połogowych (lochiae) kobiet zdrowych paciorkowiec znajduje się tylko wyjątkowo, inni (Waldhard) znajdowali go często (27 na 100 przypadków), nawet u ciężarnych, nie badanych wewnątrznie. Według tego ostatniego autora, paciorkowce pochwy są zupełnie niejadowite względem zdrowej, prawidłowo odżywianej tkanki królika, jak również względem prawidłowych, normalnie odżywianych narządów płciowych kobiety rodzącej.

Przechodzę obecnie do zanotowania odnośnych badań i doświadczeń.

F. Widala wykazał, że paciorkowiec występuje, jako drobnoustrój chorobotwórczy, patogenetyczny w zakażeniu połogowym z ropieniem miejscowym; przy formie ropnicowej (pyemicznej), przy septycemii połogowej, w postaci gorączki połogowej z nalotami dyfterytycznymi, a także w formie septycemii czystej (bez ropienia i bez nalotów). Wnioski F. Widala co do roli paciorkowca w zakażeniu połogowym są prawie identyczne z wnioskami Doyena, który w swem doniesieniu akademii medycznej utrzymywał, że paciorkowiec wywołwać może zapalenie otrzewny połogowe lub inne mniej złośliwe formy zakażenia, jak flegmony, zapalenie opłucny, a także różę.

Jeżeli już dawniej klinicznie stwierdzono koincydencję róży z chorobami połogowymi (Maurice Raynaud), Lorrain, Hardy, wreszcie Gusserow, który u 9 kobiet, dotkniętych gorączką połogową, znalazł różę sromu), to również dopiero poszukiwania bakteryologiczne i doświadczalne wpłynęły na uznanie identyczności etyologicznej obu tych chorób.

F. Widala dowiódł doświadczalnie, że paciorkowiec wy-

osobniony z wydzielin kobiety, dotkniętej zakażeniem połogowym, wywołać może różę i odwrotnie, paciorkowiec wyosobniony z przypadków róży, wywołuje gorączkę połogową.

Winckel wyhodował z ropnego wysięku przymacicznego, z ropy w jamach opłucny i otrzewny, z macicy—pewnej chorej, zmarłej na gorączkę połogową, pasorzyty, które uważa za prawdziwe (echte) paciorkowce róży dlatego, że wtarte w ucho wywoływały różę, szczepione zaś do otrzewny wywoływały w niej raz ropienie.

E. Fraenkel dał doskonałą ilustrację tożsamości pasorzyta obu tych chorób. Wyhodował on z ropy jamy otrzewny w dwóch przypadkach paciorkowca, który przy wcieraniu w ucho królika dawał na niem typowy obraz róży, szczepiony do otrzewny wywoływał zapalenie ropne. Zbliżone, a właściwie podobne wyniki otrzymywał Pfannenstiel, który, wyhodowawszy w dwóch przypadkach gorączki połogowej paciorkowca z flegmony ramienia, przez szczepienie pasorzyta tego do skóry, otrzymywał różę, zaś wprowadziwszy go do krwi, wywoływał ogólne zakażenie z przerzutami do stawów.

Znając historię tych doświadczeń, drogą których stopniowo utrwalał się pogląd, że paciorkowiec róży jest mikroorganizmem patogenetycznym dla gorączki połogowej, postanowiłem skorzystać z rzadkiego przypadku, jaki w praktyce mojej spotkałem, a dzięki uprzejmemu współudziałowi prof. O. Bujwida zadanie to miałem ułatwione.

Przypadek spostrzegany i leczony przezemnie, a widziany także przez kol. A. Sikorskiego, i raz przez kol. A. Biegańskiego, zbiegiem okoliczności przedstawiał sam przez się nadające się do badania w tym kierunku rzadkie skojarzenie chorobowe.

Kobieta 20 letnia, będąca w połowie 9-go miesiąca pierwszej ciąży, czując się uprzednio zupełnie zdrową, dostała (14 Maja 1892 r.) ¹⁾ dreszczy, bólu głowy, ogólnego rozłama-

¹⁾ Artykuł niniejszy miał stanowić część większą pracy „o gorączce połogowej i leczeniu jej przez wywoływanie sztucznych ropni,” pracy powyższej jednak dotychczas przygotować do druku nie mogłem, stąd opóźnienie i tego artykułu.

nia. Ciepłota tegoż dnia podniosła się do 38,8, wieczorem do 39,8. 16 Maja zauważono u chorej mocno czerwoną wznieśioną plamę na twarzy z prawej strony. Ciepłota tegoż dnia wynosiła 38,4, wieczorem 38,9. Wezwany do chorej, rozpoznałem różę twarzy i przygotowałem otoczenie (chora przebywała w zakładzie leczniczym prywatnym) na ewentualność przedwczesnego porodu. Jakoż przy procesie zapalnym, coraz większą przestrzeń twarzy, głowy i szyi obejmującym i przy wzrastającej ciągle ciepłocie, chora w d. 19 Maja urodziła o 1-ej z południa dziecko płci męskiej. Nadmieniam nawiasem, że chora przed porodem i podczas postępującego porodu przez pochwę przez nikogo badaną nie była. Ciepłota bezpośrednio po porodzie wynosiła 37,5, wieczorem jednak podniosła się do 37,9. Przez cały czas szerszenia się zapalnego procesu skóry, t. j. do dnia 23 Maja typ gorączki był zwalniający, a zwolnienia ranne wynosiły często więcej niż stopień. Później wieczorne nasilenia nie przechodziły poza 38,5, w rannych zaś godzinach ciepłota była normalna. Chora przestała gorączkować 7 Czerwca, 15 tegoż miesiąca, jako zdrowa, opuściła Warszawę.

Dziwiącego dnia choroby t. j. 22 Maja przyłączyło się ropne zapalenie ucha średniego prawego (otitis purulenta media). Na 18 dzień choroby, a 11 od czasu porodu, skóra już na całej powierzchni, objętej procesem zapalnym, poczęła się łuszczyć, a wypływ z ucha dzięki miejscowemu leczeniu stał się śluzowym, skąpym i wkrótce zupełnie zniknął. Niezależnie od róży twarzy, głowy i szyi już 5 dnia po porodzie wystąpiły objawy ograniczonego zapalenia otrzewny i lekki obrzęk, obok żywej bolesności dolnej kończyny prawej. Przy badaniu wówczas organów rodnych znalazłem na miejscu pęknięcia tylnego spoidła nalot szaro-biały, promieniująco szerzący się w kierunku pochwy, następnie przez łyżkowe zwierciadło maciczne stwierdziłem istnienie takiego samego nalotu na naddartych brzegach szyi macicznej, przeważnie ze strony lewej.

W d. 25 Maja wspólnie z prof. O. Bujwidem porobiliśmy na środkach odżywczych szczepienia: I. Z ropy, wyciekającej z ucha. II. Z krwi, otrzymanej przez nacięcie na granicy róży i zdrowej skóry. III. Z zawartości pęcherzy (bul-

lae) na twarzy i szyi. IV. Z nalotu, znajdującego się u wejścia do pochwy. V. Z nalotu, pokrywającego naddarcia szyi macicznej.

Badanie wycieku z ucha wykazało gronkowca złocistego (*staphylococcus aureus*) i paciorkowca (*streptococcus*).

Badanie krwi, otrzymanej na granicy róży i zdrowej skóry, nie dało wyniku.

Z zawartości pęcherzy (*bullae*) otrzymałem prawie czystą hodowlę paciorkowca z małą domieszką gronkowca złocistego.

W nadżerkach w pochwie, a także w naddarciach szyi macicznej znaleziony został paciorkowiec w czystej hodowli.

Wyosobniony paciorkowiec z pęcherzy na twarzy a następnie zaszczipiony królikowi do otrzewny w małej ilości (nieco mniej niż 0,5 cent. bulionowej hodowli) wywołał śmierć zwierzęcia po 3 dniach. Przeszczepiony paciorkowiec z tego królika do bulionu i następnie zaszczipiony na uchu innego królika przez wtarcie, wywołał charakterystyczne różowate nacieczenie tkanki większej części ucha.

Paciorkowiec, otrzymany w czystej hodowli z nalotów w organach płciowych, zaszczipiony w ilości około 0,5 cent. czystej bulionowej hodowli do otrzewny królika, wywołał śmierć po 48 godzinach, przeszczipiony zaś z tego królika na bulion, a następnie na ucho innego przez wstrzyknięcie $\frac{1}{4}$ c. szęść. czystej hodowli bulionowej wywołał charakterystyczne różowate znaczne nacieczenie tkanki całego ucha oraz śmierć zwierzęcia w 24 godziny.

Sztuczne hodowle słabo rozwijały się na płytkach żelatinowych, prawie wcale na kartofiu — badanie drobnowidzowe, sposoby barwienia (metodą Gramma i wodnemi roztworami barwników), szczepienia na zwierzętach — stwierdziły, że paciorkowce, otrzymane w tym przypadku z różnych tkanek organizmu, dotkniętego współcześnie **różą i gorączką połogową**, okazały się jednym i tym samym drobnoustrojem — paciorkowcem róży, resp. paciorkowcem ropotwórczym (*streptococcus erysipelatis*, resp. *streptococcus pyogenes*).

Spostrzeżenie i badanie powyższe może być także przyczynkiem do identyczności biologicznej paciorkowca róży (*strepto-*

coccus Fehleiseni) z paciorkowcem ropotwórczym (streptococcus Rosenbachi).

Przy pisaniu niniejszego artykułu posiłkowałem się następującymi pracami:

Bidone. Erysipelas materna endocoardite streptococcia foetale. Refer. w Centr. f. Gynäcol. 1895.

Czerniewski. K woprosu o poslerodowych zabołewaniach. Dyssertacya, 1888, Petersburg, a także Archiv f. Gynäkologie, XXXIII.

Doyen. La fièvre puerperale et l'erysipèle. Semaine medicale 1888.

C. Fraenkel. Grundriss der Bakterienkunde, 1890.

G. Fraenkel. Zur Lehre von der Identität des strept. pyogenes und strept. erysipelatis. Centr. f. Bacteriologie. 1889.

C. Günther. Einführung in das Studium der Bacteriologie. Leipzig, 1890.

Janowski. Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych. Warszawa 1894.

Jakowski. Grzybki chorobotwórcze. Warszawa, 1886.

Richardière. Phlegmasia alba dolens puerpérale erysipèle. Semaine medicale. 1891.

Phannensthiel. Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie des Puerperalfiebers. Centralblatt für Gynäcologie, 1888.

F. Vidal. Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmasia alba dolens et l'erysipèle. Semaine Medicale, 1888.

M. Waldhard. Archiv f. Gynäkologie, 1895.

St. Witkowski. Przegląd krytyczny teoryi o gorączce pologowej. Rozprawa na stopień doktora. Warszawa, 1866.

W. Stroganoff. Zuz Bacteriologie des weiblichen Genitalkanals. Centralblatt für Gynäcologie 1895 (September).

OBJAWY SKÓRNE w chorobach wewnętrznych.

Podał

Fr. Giedroyć.

Ordynator szpitala św. Łazarza.

(Dalszy ciąg.)

Niedokrewność skóry. Anaemia cutis.

Mówiąc o przekrwieniu skóry, mieliśmy na względzie to, co przedewszystkiem zwraca w niej na siebie naszą uwagę, mianowicie zmianę barwy. Tu również musimy się trzymać tej samej zasady i zwrócić uwagę na te stany patologiczne oddzielnych narządów wewnętrznych lub całych systematów, które się odbijają na skórze pod postacią jej *bladości*.

Nieprawidłowa bladość zależy stale od tego, że naczynia skóry zawierają mniej barwnika krwi niż w stanie normalnym, bez względu na rodzaj podstawowej przyczyny tego zjawiska; podstawowa zaś przyczyna polega na tem, że albo krew, zgromadzwszy się w innych dzielnicach naczyniowych, znajduje się w mniejszej ilości w naczyniach skóry, albo też ogólna ilość krwi, lub też tylko ilość zawartego w niej barwnika jest zmniejszona.

Oto przykłady każdego z tych trzech rodzajów:

Skóra bywa blada w razie osłabienia czynności serca, jakie widzimy n. p. w omdleniu; dla tej samej przyczyny bladość skóry towarzyszy często cierpieniom serca (zwłaszcza otłuszczeniu jego), ustępując miejsca sinicy przy zachwianem wyrównaniu.

W początkach napadu duszniczy rozrzedzenie powietrza w płucach wywołuje przyśpieszony odpływ krwi żyłnej, co pociąga za sobą bladość skóry. W razie przeszkody w posuwaniu się krwi w tętnicy płucnej, obok i jako następstwo zastoju i ogólnego przepełnienia układu żylnego, występuje niedokrewność tętnicza, przy wielkim przeto zatorze płucnym mamy warunki do

powstania sinicy i bledności, który zaś z tych objawów odbija się wyraźniej na wyglądzie zewnętrznym chorego, to już zależy od ważności zatkaanej gałęzi i od siły skurczowej serca; w ogólności bledność widzimy w tych razach w początkach cierpienia, chociaż i w dalszym przebiegu sinicy może wcale nie być. Godną jest zaznaczenia częściowa niedokrewność, spotykana u histeryczek; bledność skóry towarzyszy u nich nieraz połowicznemu znieczuleniu i nawet ukłucie szpilką wywołuje w tych razach mniejszy wylew krwi po stronie znieczulonej, aniżeli po stronie zdrowej.

Zbytecznem byłoby chyba zbyt długo się rozwódzić nad tem, że wszelkie ciężkie, długotrwałe choroby, połączone zwłaszcza chociaż nie z wielką, ale częstą utratą krwi (nowotwory żołądka, macicy), oraz prowadzące do charłactwa, odbijają się na skórze pod postacią jej bledności. Wielce charakterystyczną jest bledność w przebiegu ostrego gośćca stawowego: nie ustępuje ona nawet podczas silnej gorączki.

Bledność skóry w różnych odcieniach należy do stałych objawów trzech stanów patologicznych, zwanych: blednicą, białaczką i białaczką wrzekomą. Nie zawsze może ta bledność odbić się na skórze twarzy, gdyż ta z powodu swej cienkości, przezroczystości i obfitości naczyń krwionośnych może być czerwoną nawet przy niedokrewności (zwracamy wtedy uwagę na dostępne obejrzeniu błony śluzowe); gra tu nadto widocznie pewną rolę wyczerpanie i porażenie nerwów naczyńioruchowych z następczem rozszerzeniem naczyń włosowatych.

Wspomniemy tu jeszcze o obrzmieniu śledziony, które chociaż samo przez się nie jest jakąś chorobą, tylko objawem, interesuje nas tutaj z tego powodu, że towarzyszy mu bardzo często bledność skóry, bez względu na przyczynę samego obrzmienia.

ROZDZIAŁ III.

Zmiany w zabarwieniu skóry.

Oprócz zmian, zachodzących pozornie w barwie skóry, dzięki różnym stanom jej ukrwienia, spotykamy jeszcze inne rodzaje zbocezeń w tym kierunku.

Żółte zabarwienie skóry widzimy niemal wyłącznie przy żółtaczce. Objaw ten i jego znaczenie każdemu dobrze jest znany,

wszakże dla pełności obrazu nie możemy go pominąć, chociażby nie wyliczywszy tych stanów patologicznych, którym on podlega.

Żółtaczka może powstać w razie dostania się barwników żółci do krwi, albo w razie rozpadu barwnika krwi i przemiany jego na bilirubinę. Pierwsza postać nosi nazwę hepatogennej, druga—hematogennej. Nowsze badania znacznie ograniczyły wprawdzie szereg cierpień, w których podejrzewano dawniej żółtaczkę hematogenną i dowiodły na przykład, że powstaje ona w przebiegu wielu chorób zakaźnych wprost wskutek nieżytu przewodów żółciowych, lub też wskutek obfitszego wydzielania się żółci, a więc zwiększonej jej ilości (*polycholia*), co pociąga za sobą, że część żółci, która nie jest w stanie przedostać się do kiszek, bywa wessaną przez krew, z czem się istotnie spotykamy przy pewnych otruciach. W znacznej przeto większości przypadków żółtaczka będzie objawem choroby wątroby lub przewodów wydzielających. Wyjątek stanowi żółtaczka przy niektórych zatruciach, jak n. p. eterem, chloroformem, chloralem; w przebiegu ropnicy, zimnicy, gorączki pługowej i niektórych innych.

Należy wszakże dodać, że nie każde cierpie wątroby odbija się na skórze pod postacią żółtaczki.

Szereg żółtaczek można zamknąć postacią, którą często spostrzegamy u noworodków w pierwszych dniach życia, a pochodzenie której stanowi dotąd kwestyę sporną, oraz wspomnieć o żółtaczce występującej w zależności od wstrząsnień moralnych, zaraz lub w kilka dni dopiero po doznaniem wzruszeniu.

W przypadku *Potaina* pewien bankier dostał nagle żółtaczki, gdy dowiedział się o bankructwie; wiadomość ta zastała go golącego się; zanim tę czynność skończył, był już żółty.

Bronzowe zabarwienie skóry widzimy w *chorobie Addisona*. Jest ono w tych razach jednolite (kropkowane spostrzegano tylko w początkach choroby), nieco ciemniejsze na częściach ciała, wystawionych na działanie powietrza i światła. Choroba każe stawiać jak najgorsze rokowanie, gdyż rzadko trwa dłużej nad dwa lata. Rzadziej powstaje samoistnie, częściej towarzyszy żoźlom, gruźlicy, nowotworom rakowym.

Co do podstawowej przyczyny tego cierpienia zdania różnych badaczów nie są bynajmniej z sobą zgodne; co nas zmusza do zatrzymania uwagi na kilku teoriach i niektórych przypadkach.

J a c o u d (1864) twierdzi, że wszystkie zjawiska tej choroby zależą od nieprawidłowego pobudzenia splotów brzusznych nerwu współczulnego, oraz zwojów półksiężycowych (*gangl. semilun.*) i nerwów odżywczych. resp. naczynio-ruchowych, które z nich biorą swój początek. Pobudzenie zaś zależy od zmian anatomicznych, polegających na stwardnieniu (*sclerosis*) lub zapaleniu serowatem nadnerczy, a w innych przypadkach na stwardnieniu zwojów półksiężycowych. Co się tyczy zabarwienia skóry, to nie zależy ono od nieprawidłowego składu krwi, ale od nadmiernego wytwarzania się lub zmian w barwniku, zmian, które powstają pod wpływem nieprawidłowego podrażnienia nerwów odżywczych. Oprócz cierpień nadnerczy i zwojów nerwowych przyczyną podrażnienia mogą być i inne cierpienia jamy brzusznej, działające na zwoje nerwu współczulnego tak samo, jak zmiany w nadnerzach.

Podług N o t h n a g l a podrażnienie może mieć swe źródło w ośrodkowym lub obwodowym systemie nerwowym.

L e i c h t e n s t e r n przypuszcza, że przyczyną wszystkich objawów cisawki są zmiany, powstałe wskutek spraw zapalnych i zwyrodnień nerwu współczulnego, szyjowej i piersiowej części mleczka pacierzowego. Nadnercza przyjmują udział w cierpieniu tylko dzięki ich ścisłej łączności z systemem nerwu współczulnego. Autor widział trzy przypadki raka przerzutowego w nadnerzach u chorych, którzy za życia nie mieli żadnych objawów choroby Addisona i odwrotnie: w trzech innych, które w przebiegu swym dały całkowity obraz kliniczny choroby, nadnercza okazały się zupełnie zdrowe, natomiast była gruźlica płuc i kiszek.

A l e z a i s i F. A r n a u d (w pracy ogłoszonej w r. 1891) przyszedł do przekonania, że w chorobie Addisona spotykamy niemal stale zmiany chorobowe w nadnerzach, że zmiany te są w większości przypadków natury gruźliczej, że objawy choroby występują dopiero z chwilą, kiedy cierpienie dotyka samej tkanki gruczołowej nadnerczy i że te objawy stoją w ścisłym związku i mogą zależeć w całości i wyłącznie od zmian w splotach nerwu współczulnego, które się znajdują w nadnerczu (w torebce), splot zaś trzewiowy (*plexus solaris*) i zwoje półksiężycowe mogą być nietknięte.

A verbeck (1892) uważa chorobę Addisona za infekcyjną, która prowadzi do niedokrewności i spraw zapalnych w nadnerczach. Jürgens (1892) stale znajdował zmiany w nerwie współczulnym. W typowym przypadku Virchowa nadnercza i nerw współczulny były zupełnie zdrowe. Bihler podaje taki przypadek: u chorego po przebiegu zwykłej żółtaczki nieżytowej wystąpiło niepomierne osłabienie, do czego później przylączyło się charakterystyczne brązowe zabarwienie. Chory zmarł wśród objawów ogólnego wycieńczenia. Mikroskopowe badanie nadnerczy, splotów półksiężycowych i nerwów trzewiowych (n. splanchnici) nie wykazało w nich żadnych zmian, natomiast zauważono, że u chorego słabo są rozwinięte zwoje czołowe mózgu. Autor zwraca uwagę na zdanie Zandera i Alexandra, którzy widzą pewną ściślejszą zależność między częścią czołową mózgu a nadnerczami.

(D. c. n.)

OBECNE STANOWISKO NAUKI O NIEŻYCIĘ PĘCZERZA MÓZGOWEGO.

PODĄŁ

M. Misiwicz.

(Dalszy ciąg.)

Zakażenie wstępujące pęcherza powstaje często przez zaszczerpienie zarazka niedostatecznie wyjałowionymi instrumentami. Przenoszenie zarazków ropnych do pęcherza spostrzegano jednak i po zupełnem wyjałowieniu cewnika, co przemawiałoby za obecnością drobnoustrojów zakaźnych w cewce, jak to twierdzą Lustgarten i Manaberg. Przeciwnie, Petit i Wassermann, prócz niewinnych dwuziarniaków, nie znaleźli w cewce złośliwych mikrobów.

Poszukiwania Guyona i Reblauda (*Lçons sur les malad. urin, Paris 1894*) a potem Halle'go, licznemi obserwacyami i doświadczeniami stwierdzone, wykazały w zdrowej cewce obecność drobnoustrojów chorobotwórczych. Lecz, z drugiej strony, istnieją też dowody przekonywające, iż istnieje zarazem możność nieprzeniesienia tychże mikrobów do pęcherza.

Do objawów zapalenia pęcherza, wywołanego zakażeniem (*Cystitis infectiosa*) należy prócz parcia, bolesnego oddawania moczu i amoniuryi—jeszcze: stan gorączkowy, dreszcze, ogólny upadek sił i objawy zboczeń ze strony trzewiów, żółtawe zabarwienie skóry, a wreszcie białkomocz i inne objawy przerzutowego zapalenia nerek. *Nieżyt zakaźny* często też widzimy przy *przerościę gr. przyprątneho*. Wiadomo, iż u takich chorych często występuje zatrzymanie moczu. Chory przyucza się do wprowadzania cewnika, lecz nie zachowuje ściśle warunków przeciwnilnych, i dostaje gorączki i dreszczy. Jeśli u takiego chorego przemyć pęcherz i zostawić cewnik nelatonowski à demeur — gorączka znika. Przy wyjęciu jednak z jakiegobądź powodu cewnika—gorączka natychmiast wraca. Podobne stosunki widzimy i u chorych po wykonanem cięciu nadłonowem. I tu gorączkowe objawy nie występują, póki pęcherz dobrze jest przemywany—a więc regularne wydalanie moczu, a z nim produktów mikrobowych, toksyn, przeszkadza wchłanianiu tychże i usuwa gorączkę.

Cystitis infectiosa spontanea, samoistne zakażenie pęcherza, o którym wspomina Barlov (l. c.) nie może istnieć bez zmian w jakimbądź odcinku dróg moczowych. Trudno bowiem uznać za takową—ropienie w pęcherzu, bez zastoju moczu, nadżerek, przy istniejących jednak ogniskach bądź w niedniczkach, bądź w gruczole przyprątным. W takich razach wkroczenie n. p. b. coli do pęcherza będzie kwestyą czasu lub niedostrzegalnej dla lekarza chwilowej niedyspozycyi chorego. Dostawszy się zaś do pęcherza b. coli alkalizuje mocz, rozkłada mocznik, drażni pęcherz, tworzy nadżerki i ułatwia wstęp innym ropotwórczym mikrobom.

Godną jest uwagi pewna odporność nabyta u chorych, którzy raz przeszli zakażenie moczowe. W szpitalu Neckera widziałem liczne wypadki urazów, ropni, fosse route, przebiegających bez gorączki, bez odczynu na wsiąkający do krwi mocz. Odporność tę objaśniam sobie powolnem wchłanianiem małych

ilości moczu przy słabej stosunkowo sile toksyn, t. j. tem, co dawniej nazywano dobrowolnem szczepieniem (*vaccinatio spontanea*).

Drugą odmianą nieżytyów tego rodzaju jest *nieżyt gruźliczy pęcherza*. Nagabuje on przeważnie ludzi młodych, częściej mężczyzn niż kobiety. Powstaje bez wyraźnych do nieżytyu powodów, albo z przyczyn błahych rozwija się zapalenie zbyt silne i nader długie. Przy każdym więc nieżycie bez dobrej racyi szukać należy w przeszłości zapaleń oskrzeli i łącznicy, kości, stawów, gruczołów i t. p. Jako *causa movens* podają tu nadużycia, wysiłki cielesne, mieszkanie ciemne i wilgotne, więzienie i przygnębienie duchowe. Jednym z bardzo częstych czynników jest też rzeżączka, stanowiąca niejako kamień probierczy dla wielu ustrojów podupadłych. Nieszkodliwa w przebiegu zwykłym, wywołuje ona u charłaków złogi w cewce, przyjądrzu lub sznurkach nasiennych i nieraz kończy się gruźlicą dróg moczowych.

Co do bezpośredniego przenoszenia się choroby z osobników jednej płci na drugą — zdania są podzielone. *Conheim* *Verneuil* i *Fernet* uznają możliwość takiego zarażenia, *Guyon* i *Fürbringer* odrzucają je. Ci ostatni podają za zasadę rzadkość zarażenia się mężów od żon, dotkniętych gruźlicą macicy, 2) rzadkość gruźlicy w cewce przedniej, która przecież narażoną jest na działanie mikrobów gruźliczych najsilniej i najpierw, jak to dosadnie widzimy w rzeżączce. Zarzucają oni nadto stronie przeciwnej niedość ściśle badanie na prątki Kocha. Częstość gruźlicy pęcherza u niemowląt i dzieci, zajęcie narządów skrytych, j. t. miedniczek, przyjądrza, torebek nasiennych — przemawia raczej za *zakożeniem wewnątrzustrojowem*. Zastrzyknięcie hodowli lasecznika gruźliczego do pęcherza jest dla niego obojętnem, aby zaś zaszczerpić gruźlicę w pęcherzu — trzeba przed zastrzyknięciem hodowli pod skórę skaleczyć i podrażnić pęcherz (*Clado*).

Co do mnie, mimo tak przekonywających dowodów, obstać przy możliwości przeniesienia bezpośredniego, choć przyznaję, iż rzadko je napotykam. W roku 1890 opisałem ¹⁾ fakty doświad-

¹⁾ Przegląd lekar. Nr 25—32 rok 1890. Polipy i gruźlica narządu moczopłc. (kazuistyka).

czalne i hodowlane, dowodzące możliwości przeniesienia gruźlicy z szyi macicznej.

Wewnątrzustrojowe przenoszenie się zarazka odbywa się najczęściej na drodze naczyń krwionośnych. W pracy mej o gruźlicy wyniosłem przekonanie, iż przy gruźlicy jądra bardzo często punktem wyjścia jest *v. spermatica*. Weigert (*Virch. Arch. Bd. 88*) znalazł podobne zmiany w *v. renalis* przy gruźlicy nerek, a Fargan (*Arch. gen. de Medec. 1886*) w *v. pudenda communis* przy gruźlicy gruczołu przyprątneho. Pogląd ten podzieliła w ostatnich czasach i szkoła francuska, a Guyon mówi wyraźnie: „*c'est par la circulation que le tubercule envahit la vessie.*” Halle też znajdował samotne guzki gruźlicze na *v. vesic. media* i *pudenda com.*

Co do zmian anatomicznych, to ograniczają się one pierwotnie na błonie śluzowej, nie przekraczając granic warstwy podśluzowej, i to w okolicy najbogatszej w naczynia, w trójkącie Lietauda i odcinku prostatycznym cewki.

Szara, półprzezroczysta ziarnina, osadzona tuż pod nabłonkiem, złożona z komórek zarodkowych, stanowi jądro gruzelka. Jądro to otoczone bywa warstwą drobnych komórek o dużym jądrze. Zmętnienie zaczyna się zwykle od jądra i zajmuje powoli cały gruzelek. Szara ziarnina nabiera wtedy wyglądu żółtawego o serowatej zawartości, podlegającej rozpadowi. Jeśli jednocześnie ropadnie się kilka gruzelków—otrzymujemy wtedy w pęcherzu owrzodzenia różnej wielkości i głębokości, od powierzchniowych aż do drążących wgłąb i dziurawiących ścianę.

Czasami przebiega gruźlica pęcherza bez gruzelków, wtedy to na długo przed zjawieniem się owrzodzeń istnieje zapalenie błony śluzowej i mięśniowej, a nieraz i warstwy obokpęcherzowej. W tych razach na sinawem lub szarem tle błony śluzowej odznaczają się silnie nastrzyknięte naczynia, czerwone plamy i wybroczyny w pewnych miejscach. Błona mięśniowa grubieje i razem ze zgrubiałą tkanką warstwy obokpęcherzowej wytwarza ścianę grubą, twardą, prawie chrząstkową.

Narządy sąsiednie często podlegają również sprawie gruźliczej, najczęściej widzimy gruźlicę narządów płciowych, potem miedniczek i nerek. Co do suchot płucnych, to rzadko są one objawem pierwotnym w gruźlicy pęcherza.

Głównymi objawami tej gruźlicy bywa: *bolesność i wzmożona pobudliwość pęcherza, połączona ze skurczami mięśniowymi i krwawieniem*. Chory zmuszony jest, szczególnie przy położeniu poziomem, w nocy, oddawać mocz co godzina, co pół godziny, a nawet co kilkanaście minut z bolesnem parciem i podrażnieniem. Czasami oddaje mocz prędzej, niż zdąży postawić naczynie. Stan ów nazwałby można niedomykalnością wrzekomą (*incontinentio spuria*), gdyż chory zachowuje w zupełności poczucie potrzeby oddania moczu.

We wczesnym okresie gruźlicy spostrzegamy, razem z objawami drażliwości, bez wyraźnej racyi występujące *krwawienie*, zależne od *status congestionis*. Często poprzedza ono na długo, nie raz na kilka miesięcy inne objawy gruźlicy, podobnie, jak to ma miejsce z haemoptoë. Najczęściej skąpe, ogranicza się kilku kroplami, występującemi po akcie wydalania moczu, rzadko zabarwia mocz lub tworzy skrzepy, a zjawia równie często po zmęczeniu lub wysiłkach, jak i po dobrze przespanej nocy. Jest ono uporczywe i wraca często, podobnie jak przy guzach, lecz nigdy nie bywa tak obfite i stopniowo coraz większe, jak to przy tych ostatnich zwykle bywa. Przeciwnie, ma tendencję do zwolnień, a w późniejszych stadyach gruźlicy ginie nawet zupełnie.

O ile w peryodzie pierwszym krwawienie jest objawem przeważającym, a mocz nie zawiera ropy, o tyle w drugim, gdy krwawienie ustaje—mocz mętnieje, a w męcie znajdujemy coraz większe ilości ciał ropnych, nabłonków, a nawet laseczniki gruźlicze. *Wrażliwość pęcherza* przeważa w tym okresie. Przy oddawaniu moczu ból występuje paroksyzmami, chory doświadcza uczucia klucia i palenia wzdłuż cewki i w prąciu, pęcherz podlega gwałtownym skurczom, skurcz zwieracza pęcherza i odbytnicy i zżymacza cewki i opuszki powoduje dotkliwe bóle, rozchodzące się do lędźwi i bioder, prącie nawet obrzęka i przechoodzi w stan półnaprężony. Do tego *eretyzmu pęcherza* dołącza się niebawem t. zw. *spazm cewki*, uniemożliwiający wprowadzenie cewnika i prowadzący do *ostrego zatrzymania moczu*.

Zmiany takie zależą od znacznych już zboczeń anatomicznych w części prostatycznej i dolnym odcinku pęcherza. Mocz zawiera już ropę, krew nabłonki; liczne w nim nici i strzępki wskazują nie tylko na owrzodzenie, ale na zniszczenie części prostatycznej, choremu grozi wtedy nie wrzekoma, ale istotna nie-

domykalność i niedowład zwieracza (*incontinentia vera*). Tkanki sąsiednie coraz większy przyjmują udział; w obfitym męcie moczowym znajdujemy nabłonki nerek i moczowodów, cylindry i laseczniki Kocha.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

276. Prof. LÉPINE. Czy chory, karmiony wyłącznie przez odbytnicę, może w ciągu kilku tygodni zachować wagę ciała dawniejszą? *La Sem. méd. Nr 38, 1895*.

Pytanie, postawione jako temat do niniejszego artykułu jest niezmiernie ciekawe ze względu, że w wielu razach w chorobach narządu trawienia i w innych cierpieniach zmuszeni jesteśmy uciekać się do tego rodzaju sztucznego karmienia. Voit i Bauer rozstrzygnęli kwestyę tę w ten sposób, że „niemożliwą jest rzeczą karmić dostatecznie psa i człowieka przez odbytnicę.” Zestawienie jednak psa i człowieka, tak znacznie różniących się co do pożywienia, daje już wiele do myślenia, Czerny i Latschenberger oraz Marckwald chcieli rozstrzygnąć to pytanie u ludzi ze sztucznym odbytem, warunki jednak samego cierpienia znacznie komplikują sprawę.

Zwracając się do nowszego piśmiennictwa przedewszystkiem należy zanotować spostrzeżenia Leubego, który karmił przez odbyty przez czas dość długi chorą, otrutą nalewką jodową. Andrew F. Smith przez dni 54 karmił na tej drodze chorego z rakiem żołądka, wlewając do kiszki krew wołową, a od czasu do czasu cognac i mleko. W rok później zakomunikował znowu 4 podobne spostrzeżenia. A. Flint podaje również wyborne wyniki karmienia wyłącznie przez odbyty u kilku chorych, którzy nie tylko nie tracili na wadze, lecz przeciwnie zyskali w czasie trwania kuracyi. Podobne wnioski wyprowadzają Millieti, Dumas, Catillon i Daremberg. Szczególniej przypadek tego ostatniego (zweżenie przełyku), które doszło do tego stopnia, iż chory oddawał z moczem zaledwie

4 gm mocznika na dobę zasługuje na uwagę. Przy karmieniu w ciągu 14 miesięcy przez odbyty za pomocą ławatyw z soku mięsnego, jaj i chleba z pankreatyną mógł pracować, a ilość mocznika wahała się 15—20 gm. na dobę.

Aby osobiście sprawdzić te fakty, autor przy pomocy swego asystenta dra Tournier karmił przez odbyty trzech chorych i u jednego otrzymał zwiększenie wagi, u innych nieznaczny spadek na wadze przy dłuższem karmieniu.

Jako ławatyw odżywczych używał autor 2 mieszanin, z których każda była podawana 3 razy, chory więc otrzymywał codziennie 6 ławatyw.

I. 140—150 gm. bulionu słonego, 2 żółtka dobrze ubite, 20—40 gm. wina.

II. 140—150 gm. mleka, 2 żółtka, 10 gm. cukru.

Zaznaczając dodatni ten wynik dla karmienia przez odbyty, autor zastrzega się, iż z góry już można przewidzieć, że przybytek na wadze otrzymać można tylko u wyniszczonych osobników, zdrowe indywidua, naturalnie, tracić będą, gdyż wchłanianie pokarmów w kiszce jest gorsze niż przyjętych *per vias naturales*, ale dla chorych ten sposób karmienia jest dobry i długo pozwala utrzymać ich wagę na odpowiednim poziomie.

Co się tyczy wyboru ławatyw, autor obstaje przy swoich, gdyż zawierają one ilości substancji pokarmowych, odpowiadające stratom.

J. Zawadzki.

277. **BIGAIGNON. O wzmożonych ruchach robaczkowych żołądka w zwężeniach odźwiernika.** (*Arch. gén. de Med. VII, 1895*).

Pierwszy Nidart jeszcze w 1844 roku spostrzegał ruchy robaczkowe żołądka przez powłoki brzuszne, później nieco opisał je Brinton (w 1851) i Kussmaul (w 1870). Od tego czasu mamy liczne spostrzeżenia w tym kierunku (Hutzhinsson, Loven, Dujardin-Beaumetz). W r. 1881 wrócił do dawnych swych badań Kussmaul i opisał postać p. n. „peristaltische Unruhe d. Magens.“ Nie będziemy wyliczać innych na tem polu badaczy, wspomnieć jednak należy o monografiach, poświęconych temu przedmiotowi przez Thiébauda, de Lapage, Legendra, Mathieu i Damouve, wreszcie Strumpella i Teissiera, gdzie kwestyę tę traktują szeroko.

Szerzej jeszcze pojął ją Françon i przypisał temu zjawisku znaczenie ważne w symptomatologii chorób żołądka.

Ruchy żołądka robaczkowe same przez się są zjawiskiem normalnem, zazwyczaj jednak są o tyle słabe, że przez powłoki nie widać ich wcale.

W stanach chorobowych dzieje się przeciwnie. Rozróżniamy ruchy samoistne lub wtórne. Samoistne są rzadsze, w 3 przypadkach autora nie było ani jednego przypadku samoistnego pochodzenia, toż samo w przypadku Damouve, w 2 natomiast Kussmaula i 1 Hanot autorzy powstawanie ich uważają za pierwotne.

Wtórnie wzmożone ruchy robaczkowe powstają w pewnych tylko warunkach, które autor rozpatruje szczegółowo. Bodźce mogą być mechaniczne, fizjologiczne, elektryczne.

Bodźce mechaniczne: szczypanie ścianki brzusznej, stosowanie zimna miejscowe, a nawet szybkie obnażenie brzucha, kaszel—wywołują już występowanie silne ruchów robaczkowych. Toż samo dotyczy elektryczności, mianowicie prądu przerywanego, stosowanego na ściankę brzuszną.

Bodźce działające na błonę śluzową żołądka jako to rozszerzenie żołądka przy pomocy gazu (Kussmaul), pokarmy — również wywołują wzmożenie chorobowe ruchów żołądka. Po wprowadzeniu do żołądka mleka wzmożenie ruchów robaczkowych występuje co minutę i trwa $\frac{1}{2}$ minuty, nie jest więc stałym. Występują pod postacią jakby fal, serya fal właściwie, idących od wpustu do oddźwiernika. Po skurczu silnych, idących w kierunku od wpustu do oddźwiernika, widać kilka słabych w kierunku odwrotnym, wyjątkowo bywa odwrotnie. Odwrotna fala jest niczem innym, jak segmentem żołądka, między dwiema skurczonymi częściami ścianki żołądka. Między zjawieniem się oddzielnych fal upływa zazwyczaj 8—10 sekund. Podczas nudności ruchy robaczkowe są silniejsze, fale większe: w czasie wymiotów następuje skurcz toniczny całego żołądka, w przerwach występują ruchy robaczkowe.

Chorzy zazwyczaj nie odczuwają żadnych ruchów, niekiedy jednak czują jakby przesuwania kuli, bóle etc.

Przyczyną występowania tego cierpienia jest według autora pewna przeszkoda w oddźwierniku, czy to spazm, czy też zwężenie anatomiczne.

Powstawanie samych ruchów wytłomaczyć sobie łatwo przez analogię z odcinkiem kiszki przy zwężeniu, lub zatkanie kamieniem przewodów żółciowych. I tu im szybciej wystąpiła przeszkoda, tem ruchy będą żywsze, w przewlekłych zwężeniach narząd (żołądek) zdołał już poniekąd przyzwyczaić się do przeszkody. Zresztą wzmożenie ruchów robaczkowych może mieć miejsce w zwężeniach oddźwiernika tylko przez czas stosunkowo krótki, gdyż mięsień żołądka jak i inne mięśnie skutkiem nadmiernej pracy ulega wyczerpaniu. Potwierdzają to zresztą i badania anatomo-patologiczne.

Odróżnić ruchy robaczkowe żołądka od ruchów robaczkowych kiszki zazwyczaj nie jest rzeczą trudną, gdyż te osta-

tnie są wzmożone zazwyczaj tylko w przebiegu ostrego zamknięcia światła, umiejscawiają się wtedy w okolicy pępka, są rozlane, stałe, bez określonego rytmu i kierunku. Ruchy robaczkowe okrężnicy w tym razie idą zazwyczaj od strony prawej ku lewej, nie są w zależności od przyjęcia pokarmów.

Co się dotyczy znaczenia dyagnostycznego tego objawu, można powtórzyć za drem Françon, że przemawia zawsze za zwężeniem odźwiernika.

Do tego ogólnego poglądu dodać należy:

1) Bywają przypadki w malarych i u neurasteników, gdzie objaw ten występuje prawdopodobnie skutkiem chwilowego skurczu odźwiernika. Wtedy badanie chorego może nam wątpliwość wyjaśnić.

2) Zwężenie może mieć miejsce nie w samym odźwierniku a poniżej lub powyżej i zależeć również od zrostów, ucisku guzów etc. poza żołądkiem.

3) Objaw ten zawsze dowodzi, że cierpienie pierwotne (zwężenie odźwiernika) powstało niedawno i że tem samem mięśnie żołądka są w należyłym stanie.

Na mocy tego w tem cierpieniu autor radzi zawsze uciekać się do operacyi, a wszelkie środki wewnętrzne uważa za bezskuteczne. Nawet w zwężeniach rakowych pomoc operacyjna wczesna, a taką będzie, jeśli będziemy operować w okresie zjawienia się ruchów perystaltycznych wzmożonych daje względnie dobre wyniki.

J. Zawadzki.

278. Dr DAUBER. **O działaniu lawatyw z solą kuchenną na kiszki.**
(*Deut. med. Woch. Nr 34, 1895*)

Grützner wlewał do kiszki prostej zwierzętom (króliki, świnki morskie, białe szczury) zawiesinę węgla, krochmalu w fizyologicznym roztworze soli kuchennej i w 4—6 godzin po daniu lawatywy znajdował w żołądku i kiszkiach cienkich sekowanych zwierząt węgiel i krochmal. Fakt tej wędrówki ciałek z kiszki prostej aż do żołądka tłómaczy Grützner antiperystaltyką, wywołaną przez sól kuchenną. Wyniki doświadczeń tych wydają się autorowi omawianej pracy już a priori nieprawdopodobnymi dla następujących racyj:

Przy wlewaniach większej ilości solanek do kiszki prostej u ludzi, jak to ma miejsce w Kissingen, Homburg, Wiesbaden, nigdy nie dało się zauważyć w praktyce objawów, któreby na ruch antiperystaltyczny w kiszkiach wskazywały; liczne doświadczenia na zwierzętach wykazały, że lawatywa nigdy poza zastawkę Bauhina nie przechodzi, przy wiwisekcjach wreszcie nie obserwowano nigdy antiperystaltyki.

Autor przerobił kilkanaście doświadczeń na myszach, szczurach królikach i jedno na psie. Wyniki tych doświadczeń bez wyjątku prawie (w doświadczeniu na psie ławatywa przeszła na 10 cm. poza zastawkę Bauhina) okazały się niezgodnymi z wynikami Grützneza.

Sprzecznosc tą tłumaczy autor wadami w urządzeniu doświadczeń Grütznera. Zarzuca autor G., że nie zachował ostrożności, by uniemożliwić zwierzętom lizanie i czyszczenie się, a co stąd wypływa, że nie zapobiegł dostawianiu się używanych do ławatywy ciałek per os do żołądka i kiszek.

J. Świeżyński.

279. Dr WENZEL FISCHER. **O dwóch przypadkach skrycie przebiegającego raka żołądka.** (*Wien. med. Woch. Nr 35, 1895*).

Autor opisuje dwa przypadki chorobowe, ciekawe ze względu na niezwykle przebieg cierpienia, obserwowane przezeń w domu dla inwalidów wojskowych w Pradze. U obydwóch chorych nie było absolutnie żadnych objawów subiektywnych, któreby na cierpienie narządu pokarmowego wskazywały. W pierwszym przypadku u 64 letniego inwalidy jedynie zbyt szybko postępujący upadek odżywiania i sił były do pewnego stopnia wskazówką, że nie tylko z uwiadem starczym miano do czynienia. W drugim z omawianych przypadków u 69 letniego inwalidy wyczuwano in epigastrio zwiększoną opornosc i na tej jedynie podstawie rozpoznano raka żołądka. Sekcyja w obu przypadkach wykazała obecność raka na tylnej ścianie żołądka.

J. Świeżyński.

II. Choroby nerwowe.

280. **O cierpieniach rdzenia pochodzenia drobnoustrojowego.**

- 1) THOINOT ET MASSELIN. (*Contribution a l'etude des localisations medullaires dans les maladies infectieuses. Deux maladies experimentales a type spinal. Revue de medecine, 1894 Nr 6.*)
- 2) WIDAL ET BEZANÇON. *Myelite infectieuse experimental a streptocoques.* (*Komunikat w Societe des Hopitaux. 18 Stycznia 1895.*)

Jedną ze słabszych stron nauki o chorobach nerwowych stanowi bez wątpienia etyologia. O ile bowiem przebieg kliniczny, jak również i zmiany anatomiczne w większości po-

staci chorobowych dostatecznie wyjaśnione zostały, o tyle o istotnych przyczynach, zmiany te wywołujących, bardzo niedokładne mamy pojęcie. Wciąż jeszcze w wielu podręcznikach chorób nerwowych w dziale etyologii, na przykład cierpień rdzenia czytelnik spotka jeden i ten sam stereotypowy frazes, iż „przyczyn choroby szukać trzeba **prawdopodobnie** w nadużyciach płciowych i alkoholowych, w zatruciach, wpływach zimna, wilgoci, wysiłkach umysłowych i fizycznych, chorobach zakaźnych i t. d.” Słowem żadnych pewnych danych przytoczyć do niedawna nie można było, w braku więc tych ostatnich wnioskowano wprost, że „post hoc” znaczy propter hoc, czyli że, jeżeli osobnik dotknięty cierpieniem rdzenia przechodził kiedyś syfilis, choroba jego musi być natury syfilitycznej, jeśli zaś syfilisu nie miał a mieszkał w wilgotnym mieszkaniu lub był onanistą w młodości, to tylko te czynniki mogły wpłynąć na rozwój jego choroby.

W ostatnich dopiero czasach coraz to więcej zyskuje zwolenników teoria, uważająca cierpienia rdzenia za bliższe lub dalsze następstwo chorób zakaźnych. Dla ugruntowania teorii tej na trwałych podstawach zwrócono się do doświadczeń na zwierzętach, ażeby tą drogą rozstrzygnąć ostatecznie kwestyę drobnoustrojowego pochodzenia chorób rdzenia. W tym celu za pomocą szczepień czystych hodowli chorobotwórczych drobnoustrojów próbowano wywoływać cierpienia rdzenia i badać je pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym.

Pierwsze prace w tym kierunku rozstrzygnęły pytanie en bloc, dowiodłszy niezbicie, że choroby zakaźne bezwarunkowo mogą być przyczyną cierpień rdzenia. Otrzymane stąd jednak wyniki nie dawały jeszcze prawa do wiązania pewnych typów chorobowych z danymi drobnoustrojami. Najnowsze jednak prace (Gilbert et Lion, Roger, Bourges, Vincent), a szczególnie badania Thoinota i Masselina stanowią ważny krok naprzód na tej drodze. Ci ostatni mianowicie podają w swej pracy zupełnie pełny, tak pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym, obraz choroby rdzenia, zależnej od zakażenia ustroju gronkowcem złocistym i bacterium coli. Już po wydrukowaniu pracy Thoinota przed kilkoma miesiącami na styczniowym (18-go 1895) posiedzeniu Société des Hopitaux Widal i Bezançon zakomunikowali rezultaty swych badań nad cierpieniami rdzenia, wywołanymi za pomocą szczepień drobnoustrojów; praca ta jednak ma pewne słabe strony, które ją znacznie niżej stawiają od badań Thoinota i Masselina.

Widal i Bezançon zrobili wprawdzie znaczną bardzo liczbę szczepień (116 królików) za szczepionkę jednak brali raz gronkowca, znalezioneego w jamie ustnej chorego na różę, to

znów od chorego na ospę, wreszcie z jamy ustnej zdrowego, z macicy w okresie połogowym, z błon pseudo-dyfterytycznych i t. p.

W rezultacie otrzymali cały szereg objawów rdzeniowych, charakteryzujących się porażeniami, przykurczeniami, zanikami mięśni i t. p., którym ze strony anatomicznej odpowiadały zmiany mniej więcej analogiczne do tych, jakie spotykamy u ludzi przy tak zwanym Myelitis acuta diffusa spontanea (Hayem), napróżno jednak w ich pracy szukamy tego, co nam daje Thoinot i Masselin t. j. opisu ściśle wyodrębnionej samoistnej postaci chorobowej o typie rdzeniowym, z charakterystycznym przebiegiem klinicznym, a której istotną przyczyną są pewne drobnoustroje chorobotwórcze.

Dlatego też uważamy za stosowne pracę tę streścić nieco szczegółowiej,

Autorzy prowadzili badania nad bacterium coli i gronkowcem złocistym. Nie wchodząc w szczegóły szczepień (robionych wprost do żył), podamy tu ostateczne wyniki. Z 43 królików, którym zaszczepiono czystą hodowlę bacterium coli, pewna część (9) padła w przeciągu pierwszej doby bądź to na skutek schoku, bądź też przy objawach ostrego ogólnego zakażenia. Przy pośmiertnym badaniu znaleziono zmiany zwykłe przy tego rodzaju śmierci. We krwi, w narządach wewnętrznych i w rdzeniu wykazać można było znaczną ilość bacterium coli. Pozostałe 34 króliki, które przetrzymały pierwsze skutki wtargnięcia pasorzyta w ich soki, wszystkie prędzej czy później uległy ogólnej chorobie o przebiegu stałym i stałych zmianach anatomicznych (infection generale à type spinal).

Coroba ta cechowała się przedewszystkiem następującymi objawami: paraplegia amyotrophica, paralysis universalis, cachexia, diarrhoea, ischuria, w końcu śmierć lub wyzdrowienie.

Co do czasu wystąpienia choroby odróżnić było można:

- 1) porażenie wczesne o przebiegu ostrym,
- 2) porażenie spóźnione o przebiegu ostrym lub podostrym.

W postaci pierwszej porażenie występowało najwcześniej na 2-gi dzień po zaszczepieniu i cała choroba kończyła się śmiercią w przeciągu 3—6 dni.

W drugiej postaci (29 przypadków) zwierzę, otrząsnąwszy się z pierwszego wpływu zarazy i przyszedłszy mniej więcej do siebie dopiero po pewnym czasie (najpóźniej w 6 miesięcy po zaszczepieniu) ulegało chorobie. Z tych 29 wypadków, 21 zakończyło się śmiercią, 8 zaś wyzdrowieniem.

Obraz kliniczny choroby rozwija się w następujący sposób. W pewien czas po zaszczepieniu daje się zauważyć

szybkie chudnięcie kończyn dolnych, zjawia się w nich jakby bezład ruchowy (ataxia motorica), osłabienie ruchów zwiększa się stopniowo i przechodzi w końcu w zupełne porażenie. Zwierzę porusza się jedynie za pomocą kończyn przednich, wlokąc za sobą kończyny tylne.

Powoli porażenie przechodzi i na kończyny przednie — zwierzę zupełnie ruszać się nie może. Często bardzo porażenie rozpoczyna się od jednej z kończyn tylnych i następnie zajmuje po kolei pozostałe. Również często w przebiegu choroby występują remisyse, a nawet i polepszenia, trwające czas pewien, w większości jednak wypadków po takiej przerwie w rozwoju choroby następuje szybkie pogorszenie i śmierć. Wtedy to zjawia się rozwolnienie i ischuria, które towarzyszą ostatnim okresom tej choroby. Co do czasu trwania, to porażenie kończyn tylnych (paraplegia amyotrophica) zwykle zajmuje najdłuższy okres, kończyny przednie ulegają zajęciu często dopiero ku końcowi choroby, wówczas to występuje paralysis universalis. Charłactwo występuje mniej lub więcej wyraźnie, stosownie do długości choroby.

Rozwolnienie jest zwykłym towarzyszem tej choroby, ischuria przeważnie zjawia się w końcowym jej okresie; białkomocz spotyka się również często. Co się zaś tyczy związku pomiędzy przebiegiem klinicznym a ilością i jakością szczepionki, to przedstawia się w następujący sposób:

a) doza wstrzyknięta nie wpływa zupełnie na szybkość rozwoju choroby i natężenie objawów,

b) czem większą ilość toksyn zawiera hodowla, tem przebieg choroby jest cięższy i odwrotnie.

Przy posmiertnem badaniu makroskopowo obserwować było można co następuje:

Płuca przekrwione z drobnymi wynaczynieniami. Wyścięki w opłucny i osierdziu. Wątroba i śledziona nieco powiększone. Nerki powiększone. Drobne wynaczynienia w kreskach i oponach rdzeniowych. W przypadkach przewlekłych często spotykano ropnie w organach wewnętrznych i na wewnętrznej pdwierzchni mostka (pod opłucną). Pęcherz moczowy zwykle mocno rozciągnięty, zawierał w sobie znaczną ilość moczu.

Zmiany te raz więcej drugi raz mniej były wyrażone, stosownie do przebiegu choroby. Stałe jednak zmiany we wszystkich wypadkach, spostrzegane były w rdzeniu i w mięśniach.

Makroskopowo rdzeń wyglądał prawie normalnie, pod mikroskopem dopiero przedstawiał się poważnie zmienionym. Przedewszystkiem cierpienie dotyka istoty szarej. Powierzchnia jej przekroju usiana bywa często taką ilością wakuol, że robi wrażenie jakoby tkanki siatkowatej. Wakuole te zajmują ko-

mórki, przeważnie jednak przednich rogów. Jednocześnie widzieć można znaczną ilość komórek z zawartością ziarnistą lub uległych zwyrodnieniu szklistemu (degenerescence vitreuse).

Zmiany w substancji białej sprowadzały się prawie jedynie do wyraźnego zgrubienia cylindrów osiowych. Nacieczenia zapalnego w tkance międzykomórkowej nie było—proces chorobowy dotyczył przede wszystkim twory komórkowe. Rdzeń przedłużony niezmienny, korzenie rdzeniowe zdrowe. Nerwy obwodowe najmniejszych zmian chorobowych nie przedstawiały.

W rdzeniu jednego z królików wyleczonych nie znaleziono nawet śladów przebytych zmian patologicznych, wszystko powróciło ad integrum.

Co się tyczy mięśni, to znajdowano je zawsze w stanie wysoko posuniętego zaniku, bez żadnych jednak objawów zwyrodnienia.

Przy poszukiwaniu samego pasorzyta wykryć się on dał w następujących miejscach:

- 1) We krwi tylko w wypadkach ostrych.
- 2) W gniazdach ropnych, gdzie go znajdowano bez domieszki jakichkolwiek bądź innych drobnoustrojów.
- 3) W moczu zwykle.
- 4) W narządach wewnętrznych czasami.
- 5) W rdzeniu zawsze, przeważnie w pars lumbalis i dorsi; znajdowano go tu nawet wtedy, kiedy nigdzie w ustroju wykryć się już nie dał. Rdzeń jest więc miejscem, gdzie pasorzyt najobficiej i najdłużej się gnieździ.

Zupełnie analogiczne rezultaty tak z punktu widzenia klinicznego, jak i anatomo-patologicznego przedstawia druga serya doświadczeń ze szczepieniem hodowli gronkowca złościstego.

Okazał się on jednak nieco więcej zjadliwym dla królików, gdyż z ogólnej liczby 19 zaszczepionych 11 zginęło wkrótce przy objawach zakażenia ogólnego, reszta zaś tylko, część mniejsza, uległa wyżej opisanej chorobie, przy czym tylko jeden wypadek zakończył się wyzdrowieniem. Wnioski ogólne z całej tej pracy łatwo się teraz wyprowadzić dadzą.

Dwa zarazki ściśle określone—bacterium coli i streptococcus aureus zaszczepione królikom, jeśli nie zabiją zwierzęcia w krótkim okresie czasu, wywołują zawsze pewną postać chorobową, charakteryzującą się przede wszystkim porażeniem zanikowym. Choroba ta rozwija się raz szybko (jak choroba Landry'ego), drugi raz przyjmuje postać przewlekłą. Zawsze ciężka, często śmiertelna, w rzadkich stosunkowo wypadkach kończy się zupełnym wyzdrowieniem. Zmiany anatomiczne umiejscawiają się przede wszystkim w rdzeniu i to przeważnie

w substancji szarej, w jej komórkach ruchowych. Co do charakteru swego upodobnić je można u ludzi do zmian spotykanych przy myelitis acuta. Ważną cechą tej choroby jest to, że często, pomimo daleko posuniętych już zmian, jeśli nastąpi wyzdrowienie, wszystko powraca ad integrum. W wypadkach takich, badając rdzeń, śladów nawet przebytej choroby nie znajdujemy.

Dla patologii nerwowej ludzi badania naszych autorów pod wieloma względami ważne mają znaczenie. Przyczyniają się do wyjaśnienia wogóle kwestyi zapaleń rdzenia w przebiegu chorób zakaźnych. Rzucają również światło na istotę porażeń, występujących po chorobach zakaźnych, które stawiają się głównie w zależności od polyneuritis. Praca Thoinota i Masselina dowodzi jasno, że podobne uleczone porażenia mogą mieć za przyczynę cierpienie rdzenia, a nie koniecznie nerwów obwodowych. Prócz tego stanowią one ważny przyczynek do wyjaśnienia kwestyi t. zw. porażeń moczowych (podczas przebiegu cierpienia nerek i pęcherza moczowego) które łatwo powstawać mogą pod wpływem zakażenia bacterium coli. Nadzwyczaj doniosłym jest również fakt, stwierdzony przez autorów, że cierpienia rdzenia natury zakaźnej może powstać po upływie znacznego czasu (u królika 6 miesięcy) od chwili wstrzyknięcia zarazka do ustroju; że przez czas bardzo długi względnego, a nawet prawie zupełnego zdrowia, zarazek tkwi w organizmie w stanie rzecz można utajonym i choroba wybucha z całą siłą wtedy, kiedyśmy już o fakcie zakażenia prawie zapomnieli.

Powolne zakażenie gronkowcem czy bacterio coli może być na tyle nieznaczne, o słabej reakcyi miejscowej i ogólnej, że może przejść prawie niepostrzeżenie, ażeby po upływie całych lat dać początek cierpieniu rdzenia, które wówczas, nie widząc właściwej przyczyny, uważamy za tak zwane samostne, lub wiążemy z danymi przyczynowemi bardzo problematycznej wartości. Nie sięgając zbyt szeroko, śmiało możemy powiedzieć, że obecnie mamy zupełne prawo uważać zarazek za istotną przyczynę poliomyelitis anterioris chronicae, jak to już jest przyjętem dla peliomyelitis anterior acuta.

Praca Thoinota i Masselina wpuściła znów jeden jasny promień światła do mroku, jaki pokrywa etyologię cierpienia rdzenia.

K. Wisłocki.

281. Prof. M. BENEDIKT. **O temperamentach.** (*Wiener medicin. Presse, 1895 Nr 26.*)

Pod nazwą temperamentów pojmować należy zasadnicze postaci nastroju duchowego, stanowiące stałą i niezmienną

cechę danego osobnika; dotyczą one pewnych tylko stron życia duchowego, na przykład strony wrażliwej, lub też odzwierciedlają się w całym.

Temperament melancholijny odbija się w uczuciowej stronie ducha i następczo tylko wywiera wpływ swój na czyny i myśli; przeciwstawienie doń stanowi usposobienie wesołe, a zwyrodniałą formę tego ostatniego widzimy w usposobieniu płochem i lekkomyślności, której niewolniczo poddają się myśli, uczucia i czyny.

Cechą temperamentu krwistego jest nadwrażliwość, nie mająca podstawy trwałej; nadaje ona pewien swoisty koloryt wyobraźni i uczuciu, rzadko jednak prowadzi do czynu. Spotykamy się z nią przeważnie w wieku dziecięcym i młodzieńczym, niekiedy jednak bywa cechą całego narodu i wówczas zgubne za sobą pociąga skutki.

Usposobienie tetryczne, czyli temperament żółciowy cechuje się popędliwością i pochopnością do gniewu; granice tu z trudnością dają się określić i jakkolwiek niekiedy owe natury „łatwo zapalne“ w życiu społecznym odgrywać mogą rolę pożyteczną, to jednak często zbaczają z drogi i wpadają w zgubną przesadę.

Usposobienie drętwe czyli temperament flegmatyczny odznacza się utrudnioną pobudliwością w dziedzinie uczuć, myśli i czynów; wręcz przeciwnymi cechami obdarzone są te natury, u których podnieta łatwo prowadzi do postanowienia i do działania.

Prócz wspomnianych powyżej zasadniczych postaci usposobień istnieją jeszcze i inne, mniej wydatne formy; zaliczyć tu należy usposobienie namiętne, odbijające się w sferze nastroju i wrażliwości; usposobienie odważne, cechujące się tęsknotą za celem i pochopnością do czynu, usposobienie bojaźliwe, sprowadzające niechęć i bezczynność. Jako pewną odmianę bojaźliwości uważać można śledziennictwo, przy którym wrażliwość spotęgowaną bywa do tego stopnia, iż wyobrażenie pewnych objawów chorobowych sprowadzić może wyraźne uczucie owego stanu chorobowego.

Do form usposobienia zaliczamy również pesymizm i optymizm, które są wyrazem pewnego nastroju uczuć i mogą występować bądź jako wrodzone, bądź jako nabyte dzięki wpływowi zewnętrznym cechy osobnika. Wreszcie wspomnieć należy o „wszechbólu“ (Weltschmerz), jako odrębnej postaci nastroju; jest to wytwór sztuczny, właściwy zapoznanym geniuszom i jednostronnym uczuciowym naturom.

Widzimy tedy, jak obszerną jest skala temperamentów i jak wielką jest mnogość ich objawów. Rozmaite też są i czynniki, pod wpływem których kształtuje się ta lub inna forma usposobienia. Wrodzone cechy mózgu i nerwów, na-

dające pewne tło swoiste nastrojowi ducha, mogą pod wpływem pewnych bodźców natury, bądź moralnej bądź materialnej, uległ wybitnym zmianom; istnieją pewne przełomowe chwile w życiu społecznym, w sferze poglądów i wierzeń, kiedy pozornie najtrwalsze cechy ducha uległ mogą przekształceniu: wierzący staje się niedowiarkiem, odważny — tchórzliwym, optymistą—pesymistą i odwrotnie. Poważny jest również wpływ wieku—młodzieniec zapala się do czynu, starzec staje się niedowiarkiem, zamkniętym w sobie i skłonny do gniewu ¹⁾.

Jerzy Bruner.

III. Choroby dzieci.

282. Prof. NIL FILATOW. **Chorea paralytica.** (*Archiv für Kinderheilkunde. Band XVIII. 1895.*)

Pląsawica bezwładowa należy do cierpień nadzwyczaj rzadkich: żaden podręcznik tak dla chorób dzieci jak i dla nerwowych nawet nie wspomina o podobnym cierpieniu. Eulenburg w swojej encyklopedyi przytacza 17 nazw różnych odmian pląsawicy, ale w ich liczbie nie znajduje się pląsawica bezwładowa. Dr Ollivier w monografii swojej (*Des paralysies chez les choreiques*) zebrał wszystkiego 24 przypadków.

W 1856 roku Todd pierwszy zwrócił uwagę na komplikację pląsawicy bezwładami i odwrotnie.

W 1881 roku West obserwował przypadek pląsawicy z bezwładem kończyn i nazwał podobne cierpienie *Lymphchorea*, co Francuzi nazywali „*chorea molle.*” W dwa lata później Gowers opisał 5 podobnych przypadków i wprowadził do nauki nazwę *chorea paralytica*.

Pod nazwą „*chorea paralytica*” należy pojmować zwykłą pląsawicę, która prowadzi nie do osłabienia, ale do kompletnego bez lub niedowładu zajętych mięśni, wskutek czego nie tylko ruchy dowolne, ale i ruchy pląsawiczne ustają.

Stosownie do czasu występowania pląsawicy lub bezwładów, pląsawica bezwładowa zjawiać się może pod trzema postaciami:

1. Bezwład występuje wcześniej niż pląsawica, która dopiero po 2—3 tygodniach zajmuje miejsce bezwładu. Do

¹⁾ Ustęp z pracy „*Psychologia człowieka.*”

tej właśnie grupy należą przypadki Gowersa, gdzie naprzód wystąpił bezwład jednej lub obu rąk, a następnie rozwinęła się płasawica.

2. Bezwład tożwija się przy acme rozwoju płasawicy, trwa jakiś czas, a następnie albo przechodzi w płasawicę, zupełnie znika i następuje zupełne wyzdrowienie.

3. Bezwład rozwija się od samego początku choroby i do zupełnego wyzdrowienia pozostaje jako taki bez przechodzenia w płasawicę.

Przy dość trudnem rozpoznawaniu tej właśnie odmiany płasawicy bezwładowej, należy brać pod uwagę niżej przytoczone cechy bezwładu, jak również i lekkie ruchy palców, jakie u takich chorych bywają.

Wyżej wspomniane bezwłady rozwijają się najczęściej w przeciągu kilku dni, a rzadko nagle, bez żadnej bolesności, bez żadnej gorączki, bez porażenia nerwu twarzowego i bez bólu głowy. Bezwłady te występują albo pod postacią mono (najczęściej ręka), para i hemiplegiae, albo też dotyczą mięśni kończyn, tułowia, szyi, krtani, a nawet pęcherza i kiszki prostej. W przypadkach lewostronnego porażenia obserwowano nawet aphasiam.

Charakterystyczną cechą dla wspomnianych bezwładów jest to, że: 1) czucie skóry i wrażliwość nerwów i mięśni na bodźce elektryczne są zupełnie zachowane, 2) zanik mięśni nie powstaje nawet po kilkumiesięcznym bezwładzie i 3) odruchy ścięgniste bywają osłabione, albo zupełnie zniesione, choć i to nie zawsze (w przypadku autora i w jednym Oliviera odruchy kolanowe były zupełnie zachowane).

Co się tyczy czasu, to najczęściej bezwład trwa od 2 tygodni do 6 miesięcy.

Dotąd nie obserwowano przypadku, w którymby wskutek bezwładu nastąpił zanik mięśni, lub też w którymby bezwład pozostał na zawsze; z tego więc powodu rokowanie dla omawianego cierpienia jest jak najlepsze.

Płasawica bezwładowa najczęściej rozwija się u dzieci do 5-ciu lat (odwrotnie płasawica zwyczajna) i częściej u dziewczynek niż u chłopców. O przyczynach nic nie wiemy. W 2 przypadkach zauważono powstanie płasawicy bezwładowej po kilkodniowej kuracji ezeryną. Ponieważ bezwład częściej występuje przed płasawicą, nie możemy więc przypuszczać bezwładu wskutek wyczerpania. Najprawdopodobniej też same zmiany molekularne w ośrodkach nerwowych jakie są przyczyną (według autora) przy zwykłej płasawicy, mogą wywołać nie tylko osłabienie, ale i bezwład mięśni.

Płasawicę bezwładową odróżnić łatwo od płasawicy historycznej ze względu na wiek chorych i na bardzo (Gowers) charakterystyczne bezwłady.

Ze środków terapeutycznych radzą autorowie podawać żelazo i strychninę.

W końcu odczytu autor przytacza przypadek, obserwowany przez siebie, który w krótkości tak się przedstawia: dziewczynka 4 $\frac{1}{2}$ l. ze zdrowej mniej więcej rodziny zapadła na płasawicę zwykłą; poradzono podawać ezerynę po $\frac{1}{20}$ gr. 2 razy dziennie. Po kilku dniach stan chorej się nie poprawił i to zmusiło rodziców do oddania dziecka do szpitala. W szpitalu nic prócz zwyczajnej płasawicy nie znaleziono. Po kilkudniowym pobycie chorej w szpitalu—miejsce płasawicy zajął bezwład kończyn, tułowia, krtani, szyi, pęcherza i kiszki prostej (choć tego autor nie uważa za wynik bezwładu zwieraczy, ale raczej za skutek naruszonej sfery psychicznej i mowy, tem bardziej że chora starała się dawać znać o potrzebie—łkaniem).

Bezwładny te trwały przez 3 miesiące, poczem nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Przez cały czas podawano chorej 3 razy dziennie po 3 krople trae nucis vomicae. Prócz swego przypadku przytacza autor i podobnyż przypadek dra Iszboldina, obserwowany w kilka miesięcy później.

E. Dytel.

283. HEUBNER. **Arytmia cordis u dzieci.** (*Ueber Herzarythmie im Kindesalter. Verhandlungen der elften Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde der 66 Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien 1894.*)

Arytmia serca u dzieci zazwyczaj bywa przypisywaną dwóm rodzajom cierpień: zapaleniu opon mózgowych (szczególniej gruźliczemu) oraz chorobom serca. Doświadczenie z praktyki prywatnej i szpitalnej przekonało autora, że objaw ten występować może i przy innych stanach chorobowych.

Do pierwszej grupy zalicza autor niemiarowość skurczów serca, występującą przy zatruciach; z kazuistyki przytacza 2 przypadki, w jednym u dziecka po zjedzeniu nasion bieluniu (*Stechapfelsamen*) wystąpiła arytmia, która stopniowo podczas rekonwalescencji ustąpiła. W drugim przypadku u dziecka 6 letniego, chorego na apendicitis, po dosyć dużych dawkach opium wystąpiła arytmia, która ustępowała po odstawieniu leku i powrotnie zjawiała się znów w czasie podawania tegoż leku choć w mniejszej dozie.

W przypadkach tych arytmia występowała nie natychmiast po użyciu danego środka, lecz w 36—48 godzin.

2. W pewnem pokrewieństwie z pierwszą znajduje się druga kategoria arytmiae cordis, występująca przy zabu-

rzeniach w trawieniu. Na objaw ten już zwrócili uwagę Löschner, Henoch, Bouchut. Poszukiwania Senatora, Littena Stefano, Jakscha, Lorenza, wykazały, że podczas niestrawności do krwi dostają się ciała trujące, które wywołują cały szereg objawów zatrucia, jak konwulsje, coma i t. p.

Jako ilustrację tej kategorii zaburzeń w czynności serca podaje autor opis ciężkich objawów u 6 letniego dziecka, u którego obok zaburzeń w trawieniu wystąpiły wybitne objawy nerwowe oraz arytmia serca; w moczu znaleziono aceton.

3. Arytmia towarzyszyć może cierpieniom jamy brzusznej, przy których występują wymioty.

4. Najczęściej arytmia spotykaną bywa w przebiegu chorób infekcyjnych, zjawiać się ona może podczas rozwoju i nasilenia choroby, lub też już podczas rekonwalescencji.

Arytmia, rozwijająca się w przebiegu ostrego reumatyzmu stawowego, zależną jest zwykle od zmian w sercu, tak często towarzyszących temu cierpieniu.

Rilliet, Barthez, Filatow, Biedert, Bagiński wskazują na arytmie w przebiegu tyfusu brzuszego. Loeschner w przebiegu szkarlatyny, rzadziej odry, obserwował również ten objaw.

Częściej jednak występuje niemiarywość serca już podczas rekonwalescencji, najczęściej objaw ten spotyka się po dyfteryście; silna arytmia często manifestuje śmiertelne zaburzenie w czynności serca w przebiegu dyfterytu.

Niemiarywość uderzeń serca po szkarlatynie już dawniej była zaznaczana. Autor opisuje przypadek szkarlatyny, w przebiegu którego wystąpiło zapalenie osierdzia z arytmia serca. 40 dnia choroby, gdy już objawy ze strony serca ustąpiły i puls był równomierny, powtórnie wystąpiła arytmia, która pozostawała jeszcze w ciągu 2 tygodni i trwała podczas wypisania chorego dziecka ze szpitala.

Po krytycznym spadku temperatury przy odrze i zapaleniu płuc włóknikowem arytmia również była spotykaną, a także w rekonwalescencji po tyfusie (Henoch, Baginsky).

5. Tyle doświadczeni pedyatry jak Hanner, Löschner, Steiner, zwracają uwagę, że arytmia zjawiać się może u dzieci anemicznych, nerwowych, bez objawów choroby serca lub mózgu. Autor często spotykał niemiarywość pulsu u dzieci słabowitych, rachitycznych w okresie między 2 a 4 rokiem. Tu należą również palpitaciones cordis z arytmia u dzieci uczących się, szczególnie w okresie rozwoju płciowego. Kreyszig i Guidi zwracają na to uwagę. Ten ostatni tego rodzaju objaw u dzieci i osobników młodych składa na karb nierównomiernego stosunku w rozwoju serca i tętnic.

6. Niektórzy autorowie Bouchut i Barthez stawiają arytmie w związku z obecnością pasorzytów kiszkiowych. Autor własnym doświadczeniem nie może potwierdzić tego przekonania.

Niekiedy w warunkach fizyologicznych u dzieci podobnie jak u dorosłych występuje arytmia pod wpływem afektu; Allan opisuje wypadek, w którym u 12 letniej dziewczynki pod wpływem przestrawu wystąpiła dłuższy czas trwająca niemiarywość pulsu. Stoll i Czerny zwrócili uwagę na arytmie, występującą u dzieci podczas snu. Löschner spostrzegł tenże objaw po ciepłych kąpielach z następczem ochłodzeniem ciała. Nothnagel obserwował to na samym sobie podczas zimnych kąpieli. Arytmia w powyżej nakreślonych wypadkach objaśnić się daje na drodze refleksyjnej.

8. Nakoniec występuje u dzieci arytmia serca idiopatyczna. Autor nie miał podobnych obserwacji. Przytacza w tym względzie zdanie da Costy, który obserwował ten objaw u dzieci pod każdym innym względem kompletnie zdrowych. Zwykle puls w tych razach bywa zwolniony, podczas stanów gorączkowych arytmia znika. Zjawia się ona u dzieci w wieku między 3 a 6 rokiem. Niekiedy spostrzegać można pewne dziedziczne usposobienie w tym kierunku. Da Costa opisuje objaw ten u dwojga dzieci jednej matki; u starszego brata arytmia wystąpiła w 6 roku życia i trwała jeszcze w 21 roku, młodszy brat miał arytmie mniej wybitną, natomiast znaczne zwolnienie uderzeń serca. Tego rodzaju arytmia polegać się zdaje na pewnem zбочeniu w inervacji serca (vagus), niezależną zaś jest od stosunku w rozwoju naczyń i serca.

W dyskusji nad powyższym tematem zabrał głos Rosenberg (Wiedeń),¹ który obserwował 9 przypadków arytmie u dzieci między 12 a 15 rokiem. Zwykle objaw ten w ciągu 2 lat ustępował. Wypadki te zalicza do arytmii rozwojowej (Wachsthumsarythmie).

Eisenschitz (Wiedeń) kilka swych obserwacji w okresie pubertatis skłonny jest zaliczyć do poronnych form morbi Basedow'i.

J. Bączkiewicz.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

284. Dr F. Schmey (Allg. med. Central Ztg.) poleca w celu **leczenia guzów hemoroidalnych** pendzlowanie 20% **roztworem lapisu**, które należy powtórzyć 8—15 razy. Kilka przypadków, podanych przez autora, wykazuje skuteczność tego sposobu leczenia. *H.*

285. Doktorzy Gratia i Frappaz wykazali, że przy **marskości wątroby** długość kiszek zmniejsza się w stosunku do natężenia i trwania choroby (normalna długość: 8 m. cienka, 1,65—gruba). Jednocześnie zmniejsza się i objętość kiszek.

W innych cierpieniach wątroby fakt ten niema miejsca. (Wr. 36). *H.*

286. Na posiedzeniu Accad. di Tor. Foa opisał przypadek (Deme) **gruczolaka trzustki**. Tkanka była zbita, twarda, posiadała jednak budowę gruczolu. *J. Z.*

287. Prof. C. Boeck. **Środek przeciw odmrożeniom**. (Ein Frostmittel). „Większość praktyków ma swoje własne środki przeciw odmrożeniom, mój nie jest elegancki, ale bardzo skuteczny” — temi słowy rozpoczyna autor swoją terapeutyczną notatkę i radzi — w dalszym ciągu — następującą mieszankę do smarowania miejsc, uległych odziębieniu:

Rp. Ichthyoli
Resorcini
Tannini aa 1,0
Aquae 5,0.

Dla uniknięcia pęknięć lub też tylko podrażnienia skóry należy oprócz tego miejsca dotknięte cierpieniem smarować na noc tłuszczem. Osobom, które dla względów estetycznych nie chciałyby stosować przytoczonej wyżej mieszanki, autor podaje inną, nie mniej skuteczną:

Rp. Resorcini 2,0
Mucilag. gumm. arab.
Aquae aa 5;0
Talci pulv. 1,0.

Sig. Smarować raz dziennie na noc. *F. G.*

288. Przypadek **śmierci** w skutek **zakażenia przy rwaniu zęba** opisuje dr Poit w Münch. med. Woch. (Nr 37 r. b.) 22 letniemu choremu wyrwano pierwszy dolny trzonowy ząb kluczem (lewarkiem). W krót-

kim czasie po wyrwaniu wystąpiła rozległa flegmona perimaxillaris, która, pomimo wczesnego i szerokiego przecięcia dała powód do zatok ropnych, spuszcających się wzdłuż mięśni szyi do samego śródpiersia. Przy bardzo ciężkich objawach ogólnych nastąpiła śmierć na 5 dz. po wyrwaniu.

Badanie zwłok wykazało perforację ogniska śródpiersiowego do jam opłucnych i osierdzia. W ropie z jam tych zebranej znaleziono liczne streptokoki, diplokoki i inne bakterye. Diplokoki były bardzo podobne do opisanych przez Millera koków t. zw. sputumsepticaemie.

Względnie do ilości rwań zębów pomyślnych, ciężkie zakażenia po tej operacyi zdarzają się rzadko, co utwierdza wielu w ignorowaniu antyseptyki przy operacyach zębowych. Ilość atoli bezwzględna podobnych przypadków przedstawia się dość pokaźnie, gdyż w książce Millera o mikroorganizmach jamy ustnej przypadków takich znajdujemy zestawionych 60.

B. D.

V. Bibliografia.

Dr Richard Landau. *Geschichte der Jüdischen Aerzte*. Berlin 1895.
Verlag von J. Karger. Charitestr. 3.

Idąc za radą Niebuhra, aby historję badać podwójnie, według osób i państw, w których działały, autor śledzi wpływ, jaki lekarze żydzi wywołali wogóle na rozwój medycyny, jako nauki, a dalej zajmuje się działalnością wybitniejszych lekarzy żydów w rozmaitych krajach.

Rozpoczyna Landau od czasów samodzielnego życia żydów, jako narodu. Przebiega więc medycynę pięcioksiągu, talmudyczną, dalej rozpatruje udział żydów w rozwoju medycyny lekarskiej na wschodzie i po przeniesieniu się jej do Europy zachodniej, oraz jej upadek; następnie zaś przechodzi do pojedynczych krajów. Z tej części dla nas najbardziej ciekawym jest rozdział, dotyczący Polski, opracowany, zdaje się, na podstawie Häsera. Cytat, któreby wskazywały na inne źródła, nie znajdujemy. Pomimo założenia wszechnicy przez Kazimierza Wielkiego już w XIV wieku i sprzyjania żydom — kwitnięcie żydowskiej nauki w Polsce przypada dopiero w XVI wieku. W r. 1503 cieszyli się wielką sławą doktorzy Ezechiel i Isaak, lekarze królów Aleksandra i Zygmunta I, jako rabini i lekarze jednocześnie. W tymże czasie słynął Mojżesz Fiszel, którego rodzina podobno cieszyła się osobistą znajomością królowej. Lekarzem Zygmunta II-ego był Salomon Askenazy, który następnie odegrał rolę dyplomatyczną w Turcyi. Dalej wlicza autor następujące nazwiska: Hersz Günzburg, Eliezer Cohen, w Lublinie Salomon Loria i Samuel.

Lekarzem Jana Sobieskiego był żyd, dr Jonas Coral, pochodzący z Włoch, bardzo przez króla lubiany i ceniony.

W siedemnastym wieku rozpoczęły się wśród żydów walki sekciarskie, które ujemnie wpłynęły na rozwój nauki wśród żydów i zmniejszyły poważanie żydów lekarzy. Z późniejszych czasów wyciąga autor nazwiska: Elias Pinschow — lekarz i matematyk z Pińczowa, Isachar Behr Falkensohn z Kurlandyi — lekarz i poeta, który w roku 1777 wydał w Wilnie „Geschichte eines polnischen Juden.”

Ihuda Halevy Hurwicz, syn rabina z Wilna, również lekarz poeta (pisał po niemiecku).

Z wymienionych nazwisk żadnego nie znajdujemy w słowniku Kościuskiego, zaledwie jednowierszowa wzmianka wspomina o istnieniu Isaaka. H.

VI. SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEN.

Posiedzenie Towarzystwa Lek. Warsz. d. 17/IX 1895 r.

1) Po serdecznem przemówieniu, poświęconem ceniom zmarłych w Lipcu członków naszego Towarzystwa kol. Stumera i Matlakowskiego i po uczczeniu pamięci ich przez powstanie, przystąpiono do demonstracyi, które rozpoczął kol. D m o c h o w s k i, przedstawiając chorą z Hydrops inflamatorius antri Highmori. Wypadek ten ciekawy z tego względu, że rozbiór wypuszczonego płynu wykazał oprócz znacznej ilości włókniaka i śluzu, jeszcze obecność cholestearyny, nieco białych ciałek krwi i nieco komórek nabłonkowych w wielu miejscach z zachowanemi migawkami, co razem wzięte klinicznie potwierdza zdanie Dmochowskiego, wypowiedziane na zasadzie badań anatomicznych, że zapalna sprawa jamy Highmora polega na zapaleniu błony śluzowej, a nie na wytwarzaniu się torbieli, jak to utrzymywali Virchow i inni.

2) Następnie kol. J a w d y Ń s k i przedstawił 22 letnią chorą, która od młodych lat miała guz w okolicy krzyżowej. Kiedy guz ten doszedł do wielkości głowy dorosłego człowieka i kiedy zaczął przeszkadzać chorej przy chodzeniu, zwróciła się do kol. J. Przy badaniu określono, że guz ten składa się z torby, wypełnionej płynem rdzeniowo-mózgowym i że kość krzyżowa jest rozszczepiona w górnej swej części, kość zaś ogonowa jest jakby zaczątkowa. Dokonana operacya radykalnego usunięcia torbieli i zblżenia rozszczepionych brzegów kości przez złamanie wystającego klina uleczyło chorą zupełnie.

3) W dalszym ciągu kol. S a w i c k i B r. odczytał wspomnienie pośmiertne, poświęcone pamięci ś. p. Matlakowskiego, które ukaże się w „Kronice.”

4) W końcu kol. P a p i e w s k i z Radomia odczytał pracę p. t. „Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gaertnera.” Autor, wyluszczywszy sposób przygotowania tego mleka, polegający na tem, że wyjalowione mleko krowie i rozcieńczone do połowy wodą w celu zmniejszenia zawartości sernika i białkanów, poddawane jest centryfugowaniu, przez co lżejsze jego części (tłuszcz) oddzielają się od wody i są zbierane osobno i służą za bardzo dobry sztuczny pokarm dla niemowląt. Następnie przytoczył autor cały szereg badań własnych nad określeniem tłuszczu i białka w tem mleku, cały szereg badań bakteriologicznych i wreszcie około 20 obserwacji klinicznych i wyprowadził kilka wniosków, z których ważniejsze są. 1) mleko Gärtnera najwięcej zbliżone jest do mleka kobiecego, 2) zawiera ono nadzwyczaj strawny tłuszcz i mniej strawne, niż mleko kobiece, białko, 3) odżywia niemowlęta zdrowe nie gorzej, niż pokarm kobiecej, 4) przy ostrych zaburzeniach żołądka odżywia zupełnie dobrze, przy przewlekłych zaś działa zmiennie i 5) w ciężkich zakaźnych chorobach nie jest ono w stanie wynagrodzić strat, jakie organizm ponosi.

W dyskusyi kol. J. K r a m s z t y k zgadza się z wnioskami prelegenta, zastrzega się jednak, że również dobrze odżywia mięszanka Biederta, kol. zaś K o s m o w s k i podnosi różnicę, jaka zachodzi między sernikiem mleka Gärtnera i mleka kobiecego i wyraża zdanie, że dalsze obserwacje zmniejszą zapal do tego surogatu mlecznego.

K. Rychliński.

VII. ODCINEK.

ZDANIA W NIEMCZECH

w kwestyi wyższego wykształcenia kobiet.

Kwestya dopuszczenia kobiet do wyższych studyów stale pozostaje na porządku dziennym w Niemczech. Rektor uniwersytetu Berlińskiego Prof. Pfleiderer rozesłał cyrkularz do profesorów, że

z polecenia ministra oświaty dopuszczanie kobiet na prelekcye może mieć miejsce tylko za specjalnem pozwoleniem ministra i rektora. Najwyższy burmistrz Kolonii otrzymał od ministra Bossego piśmienne polecenie, aby przeciwdziałać rozpowszechnieniu się pomiędzy kobietami dążeń do wyższych, humanitarnych, a następnie fachowych studiów. W tym samym czasie wyrazili zdanie swe w omawianej kwestyi profesorowie Waldeyer i Krafft-Ebing. Pierwszy na zjeździe antropologów w Kassel zaznaczał istniejące fizyczne różnice pomiędzy mężczyzną i kobietą, a dotyczące mózgu, układu mięśniowego i zwłaszcza krwi. Prof. zaś Krafft-Ebing kończy swą rozprawę „Zdrowe i chore nerwy” następującym ustępem: „Pomimo, że kobieta uzdolnieniem swem może współzawodniczyć z mężczyzną w rozmaitych zawodach, to jednak przeznaczenie jej od wieków jest inne. Sprawność mózgu, potrzebna do zawodów naukowych i artystycznych, pełnionych dziś przez mężczyzn, może stać się udziałem kobiety tylko z czasem, pracą pokoleń. Tylko pojedyncze, niezwykle uposażone w siły i zdolności osobniki rodzaju żeńskiego wytrzymują obecnie już z powodzeniem w dziedzinie pracy umysłowej konkurencyę z mężczyzną, którą im narzucają nowoczesne stosunki socyalne. Duża większość narzuca się na niebezpieczeństwo porażki. Liczba zwyciężonych i zmarłych jest olbrzymia.”

W Austrii wykonywanie praktyki lekarskiej w zakresie chorób kobiecych i dziecięcych—wyjątkowo dozwolone jest w Bośni. W ostatnim czasie otrzymała prawo praktyki w Austrii pani G. v. Posanner, która ukończyła studia w Zurichu.

Większość profesorów wydziału lekarskiego w Wiedniu w odpowiedzi na zapytanie rządu w kwestyi dopuszczenia kobiet do praktyki lekarskiej wyraziła się ujemnie.

Aż do zdudzenia dyskutowane różnice objętości i wagi mózgu kobiet i mężczyzn, które miały być stanowczym dowodem niższości umysłowego rozwoju i zdolności płci pięknej, ustąpią zapewne miejsca nowemu argumentowi, mianowicie różnicom w ilości ogólnej i składzie krwi u kobiet i mężczyzn.

Kwestyi tej dotknął się Waldeyer, obecnie roztrząsa ją Dr E. Reiner z Tubingy (M. M. W.) Zaznaczywszy rolę krwi w czynnościach układu nerwowego, wahania i zaburzenia, jakim te funkcje podlegają zależnie od składu i ilości krwi, autor podkreśla jeszcze za Galena znany fakt, że krew kobiet jest „cieńszą” od krwi mężczyzn.

Wszystkie obliczenia według najnowszych metod potwierdzają to zdanie. Ilość ciałek czerwonych i barwnika u kobiet ma się do ilości tych składników u mężczyzn jak 9 do 10. Stosunek ten zaznacza się już w wieku niżej lat 10, a po 14 występuje jeszcze wybitniej. Ogólna ilość krwi, aczkolwiek dotąd określana grubemi metodami, też zdaje się być mniejszą niż u mężczyzn. Jako proste następstwo tych okoliczności wynika pewien odmienny stan odżywiania ośrodków nerwowych u kobiet— a zatem i ich funkcji, uwydatniającej się pewną niestalością (labilitas)

i drażliwością (Reizbarkeit), skąd znów wypływa większa łatwość do wyczerpywania się przy większych zapotrzebowaniach, wiodąca do stanów chorobliwych (nerwowości, neurastenii). Jeżeli zaś dzisiejszym wymaganiom ulega duży procent układów nerwowych osobników z lepiej odżywianym mózgiem, t. j. mężczyzn, to ile większe ofiary przy zrównoważeniu praw i wymagań będą składały kobiety.

Ze względów więc zdrowotnych jedynie autor odradza, aby dzisiejszy szablon wykształcenia mężczyzn wprost zastosowywano do kształcenia kobiet i aby otwierać im drogę do walki konkurencyjnej, grożącej wyczerpaniem ich układu nerwowego.

Zgadając się na ostatnie zdanie o tyle i tem więcej, że i dzisiejszy szablon wykształcenia mężczyzn wymaga gruntownej reformy, nie sądzimy, aby na kierunek obecnych dążeń postępowych kobiet mógł wpłynąć ten lub inny argument, zaczerpnięty z anatomii lub fizjologii. Jeżeli większość badaczy zgodnie wykazuje, że w ogóle krew kobiet jest biedniejszą niż krew mężczyzn, to mamy jednak i anemicznych mężczyzn, którym dlatego jednak prawo studyów wyższych nie odmawia. Według dra E. Lloyd Jonesa (Brit. med. J. Lipiec) krew blondynów ma niższy ciężar gatunkowy, niż brunetów, dalej krew mężczyzn, pochodzących od matek, które wielokrotnie rodziły, zbliża się ciężarem swym do krwi kobiecej. Jakże tu postąpić w tych razach?

Nowy i nader oryginalny zarzut przeciw dopuszczeniu kobiet do wykonywania praktyki lekarskiej wyprowadza w pole dr Henius z Berlina. Jest nim okres menstruacji, w czasie którego kobieta, a więc i lekarka—nie może dokonać na sobie całkowitej dezynfekcji—i przeto, jako nieczysta, może być wprost niebezpieczną przy wykonywaniu operacji lub przy porodach.

Zarzut, że w podobnych warunkach znajdują się akuszerki i dozorczyńce, autor odpiera tem, że osoby te nie mają takiej blizkiej styczności z chorą, jak kobieta lekarz.

Można mieć w danej kwestyi takie lub inne zapatrywanie, ale najgorzej chyba bronić ich dowodami, mogącymi być doprowadzonymi łatwo ad absurdum.

Nie wątpimy, że kwestya wyższego wykształcenia kobiet z czasem będzie rozwiązana z wynikiem dodatnim, po myśli dzisiejszych pionierek, choć nie bez walk i przeciwności, jak zresztą każda kwestya społeczna, a tem bardziej, gdy porusza tyle pytań natury moralnej i materialnej.

Zdaje się nam, że bardzo wiele trudności na drodze do pożądanego celu, t. j. otrzymania prawa do studyów uniwersyteckich, kobiety dziś przysparzają sobie przez za silne akcentowanie praktycznego kierunku w swych dążeniach. Żądanie wyższego humanitarnego wykształcenia o programie odpowiednio obmyślanym, ogólnym, a nie w pewnym tylko specjalnym zakresie prędzej znalazłoby wysłuchanie i poparcie, a zwłaszcza nie napotykałoby ważnej opozycji, wynikającej z obaw konkurencyi.

Instytucje w tej myśli, dziś z zaczątkową nieudolnością zastępowane przez mozolne a niesystematyczne uczenie się samopas, dorywcze studia bez kierunku, lekcje zbiorowe i t. p. byłyby ogniskami przejściowymi, w których zdolniejsze kobiety mogłyby właśnie douczać się, dopełniać braków, zaległych przez szereg pokoleń, „dorozwijają się,” jnk chce Krafft-Ebing.

Nie przesądzając, czy nie wyłoniłyby się wtedy i nowe drogi i pola dla ekonomicznego spożytkowania tak podniesionych wiadomości — uważamy, że byłoby to przejściem do wykształcenia wyższego dla ogółu kobiet, o które dziś z pożytkiem i powodzeniem mogą ubiegać się tylko wyjątki. H.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— Według Wien. med. Woch. pomieszczono już w budżecie państwa sumę na budowę instytutów patologii ogólnej, medycyny sądowej, chemii lekarskiej, farmakologii i farmakognozyi przy **uniwersytecie Lwowskim**.

— Inspektor lekarski Okręgu wojska Dońskiego wydał do lekarzy okólnik, w którym zwraca uwagę, że **lekarze w ogłoszeniach i na szyldach często dodają sobie tytuły**, jak: były asystent profesora, były ordynator kliniki i t. p. Uważając tego rodzaju dodatki za niewłaściwe, nie odpowiadające etyce lekarskiej i godności stanu, inspektor zaznacza, iż przedsięwzięcie środki, aby zapobiedz podobnym reklamom. (Wracz 36).

— Dopełniając wiadomości zeszłego numeru o przyszłym **Instytucie lekarskim dla kobiet w Petersburgu**, donosimy, że dyrektorem instytucji zamianowany został prof. Anrep. Nominację tę „Wracz” wita bardzo sympatycznie.

Do nowego Instytutu nie będą przyjmowane niechrześcijanki (żydówki, karainki, mahometanki). Przykre to ograniczenie dziwić może, pomijając względy ogólniejszej natury, wobec znacznej liczby mahometan w Cesarstwie, których niewiasty, jak wiadomo, prawie że nie korzystają dotąd z porad lekarskich, udzielanych przez chrześcijan, zwłaszcza mężczyzn. Jak sądzi „Wracz,” w obecnej dobie nie można się spodziewać usunięcia tego ograniczenia.

— W **Wirtemberskich więzieniach karnych** wprowadzone zostało systematyczne ważenie więźniów co 2—4 tygodni. W razie, gdy który

zaczyna tracić na wadze, wydzielają mu dodatkową porcję żywności. Robert Seidel z Zurichu sądzi, że należałoby tę metodę rozszerzyć na robotników i w razie chudnięcia zmniejszać im liczbę godzin zajęcia, albo powiększać płacę, aby mogli nabywać lepsze pożywienie (Wr. 36).

— W d. 23—25 Września odbył się **kongres dermatologów i syfili-dologów niemieckich** w Graz; między innymi tematami do rozpraw ogólnych przeznaczono: Obecny stan nauki o pemphigus (Kaposi i Rosenthal), O stosunku trzeciorzędnych objawów przymiotu do leczenia w okresie wczesnym (Neisser i Caspary).

— Prof. Pettenkoffer opuścił redakcję założonego przez siebie pisma „Archiv für Hygiene,” aby oddać się w zupełności olbrzymiemu wydawnictwu higieny. Redakcję Archiv'u objęli Buchner, Forster, Gruber, Hofman i Rubner.

— **Dżuma w Chinach.** Według raportu gubernatora Hong-Kongu dżuma zaczęła się w Maju i trwała aż do Września. Zmarło 2550 chińczyków, wyemigrowało 100000. Europejczycy umierali w stosunku 82^o/_o, chińczycy 18^o/_o.

— **Przeciw samobójstwom.** Tow. lek. Berneńskich wydało rezolucję następującą: „Średnia cyfra samobójstw w Szwajcaryi od lat 20 jest 650, czyli jest niższą tylko od cyfr w Saksonii i Danii. Zauważyliśmy, że samobójstwa w miastach naszych odbywają się seryjami i pierwszy przypadek jest jakby sugestją do następnych. Byłoby więc rzeczą pożądaną, aby prasa codzienna wstrzymała się od ogłaszania o wypadkach samobójstw.”

— **Medycyna w Chinach.** Pismo „O Archivo medico da India” opowiada fakt następujący: Cesarz chiński, czując się słabym, wezwał 4-ch najsłynniejszych lekarzy z Akademii lekarskiej w Pekinie i wysłuchał ich uwag oddzielnie. Po konsultacji okazało się, że każdy inną zalecił kurację. Cesarz skazał za to wspomnianych lekarzy na utratę pensyi rocznej. W Chinach więc nie wolno lekarzom mieć różnych zdań.

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

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Józef Jaworski. Przyczynek do etyologii i patogenezy gorączki połogowej, 625.

Streszczenia zbiorowe.

Fr. Giedroyć. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych (Dalszy ciąg), 631.—M. Misiewicz. Obecne stanowisko nauki o niezycie pęcherza moczowego (Dalszy ciąg), 635.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Medycyna wewnętrzna.** 276. Prof. Lépine. Czy chory, karmiony wyłącznie przez odbytnicę, może w ciągu kilku tygodni zachować wagę ciała dawniejszą, 640.—277. Bigaignon. O wzmożonych ruchach robaczkowych żołądka w zwężeniach odźwiernika, 641.—278. Dr Dauber. O działaniu lawatyw z solą kuchenną na kiszki, 643.—279. Dr Wenzel Fiszer. O dwóch przypadkach skrycie przebiegającego raka żołądka, 644.

II. **Choroby nerwowe.** 280. O cierpieniach rdzenia pochodzenia drobnoustrojowego, 644.—281. Prof. M. Benedikt. O temperamentach, 649.

III. **Choroby dzieci.** 282. Prof. Nil Filatow. Chorea paralytica, 651.—283. Heubner. Arytmia cordis u dzieci, 653
284—288. Wiadomości pomniejsze, 656.

Bibliografia, 657.—Sprawozdania z posiedzeń: Posiedzenie Tow. Lek. Warsz. 17/IX 1895 r., 658.

ODCINEK. Zdania w Niemczech w kwestyi wyższego wykształcenia kobiet, 659.

Kronika bieżąca, 662.—Ogłoszenie, 663.

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

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

Дозволено Цензурою. В.И. Шава, 16 Сентября 1895 год.