

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenue 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Nowe kierunki w badaniach przemiany materyi. Podał D-r W. D. Moraczewski. — Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii rozwojowych analogicznych (horniae funiculi umbilicalis). Podał Fr. Neugebauer. (Ciąg dalszy). — WYKŁADY KLINICZNE. Różniczkowe rozpoznawanie gorączki połogowej. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 50. Rola pewnych robaków kiszkiowych (nemotodes) w etiologii zapalenia wyrostka robaczkowego. 51. Zapalenie płuc pod postacią zapalenia wyrostka robaczkowego. — XIX zjazd internistów w Berlinie. (Sprawozdanie własne). Sprawozdanie z posiedzenia dnia 18 i 19 kwietnia r. b. (Dokończenie). — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 maja do 14 czerwca r. b. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. D. Moraczewski — De nouvelles directions dans l'étude de la nutrition. 2) D-r Fr. Neugebauer — Trois cas rares des anomalies du développement.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. D. Moraczewski — Neue Gesichtspunkte in der Lehre vom Stoffwechsel. 2) Fr. Neugebauer — Drei seltene Entwicklungsanomalien.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Nowe kierunki w badaniach przemiany materyi.

Podał

D-r W. D. Moraczewski.

(Podług odczytu, wypowiedzianego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim dn. 7 maja 1901 r.)

Początki badań przemiany materyi sięgają czasów, kiedy chemia wstąpiła w nową epokę, którą przywykliśmy nazywać epoką ścisłej nauki, kiedy obok doświadczeń, robionych bez wagi i wiary, wystąpiły doświadczenia LAVOISIER'a, rzucające nieznaną a wielkie światło na istotę tej ciemnej nauki. Organizm ludzki był jednym z licznych przykładów, udowadniających, że spalaniu towarzyszy chłonięcie tlenu a wydzielenie kwasu węglanego. Szukano w tem spalaniu źródeł energii życiowej i mówiono o ilości jednostek ciepła, czyli kaloryi, które po dziś dzień do ocenienia przemiany materyi za miarę służą. Doświadczenia LAVOISIER'a, REGNAULT'a i innych polegały na wykryciu w gazach, wydobytych z płuc, obecności kwasu węglanego; co najwyżej, badano jego ilość, dopiero w kilkadziesiąt lat później użyto tych sa-

mych badań w celu ustalenia przemiany materii, dotyczącej węgla, i wzbogacono ją innymi badaniami, w których uwzględniano przemianę azotu.

Od tej pory zaczyna się właściwa nauka o przemianie materii, która jest dla fizjologii tem samym, czem było ważenie i mierzenie dla chemii, nauka, pozwalająca nie tylko ocenić, co w organizmie się spala, ale ile się spala. Oczywiście mówimy tu o spalaniu w najogólniejszym znaczeniu, t. j. o procesach chemicznych, które za pośrednictwem tlenu wytwarzają z dużych grup chemicznych coraz mniejsze, aż do grupy kwasu węglanego (CO_2) lub mocznika [$\text{CO}(\text{NH}_2)_2$], ciał, które spalaniu w tlenie nie podlegają. Przypomnijmy dalej zasadnicze prawo spalania, według którego energia reakcyi nie zależy od przebytej drogi, tylko od różnicy wysokości spadku — mówiąc figurycznie — to jest, że ilość ciepła, otrzymana ze spalania cukru jest stała i jednaka bez względu na to, czy cukier odrazu spalimy na kwas węglany i wodę, czy też spalimy go z początku na alkohol, a potem alkohol na kwas węglany i wodę. Badanie przemiany materii jest zatem obliczeniem, ile jednostek ciepła wytworzył organizm, spalając np. 127 gr. białka, 500 gr. skrobi i 50 gr. cukru i porównanie tej liczby z liczbą jednostek ciepła, obliczonych z objętości lub wagi kwasu węglanego, wydalonego przez płuca. Żywność, podana wyżej, wytwarza mniej więcej 3000 dużych kaloryi; gdybyśmy obliczyli, że wydzielony kwas węglany odpowiada 400 gr. węgla czyli 3500 C. (kaloryi), musielibyśmy przyjąć, że organizm z własnych swych tkanek spalił ilość, odpowiadającą różnicy. Człowiek który się głodzi, spala swe tkanki, i jesteśmy w stanie obliczyć, ile ich spala. Człowiek, który gorączkuje, wydziela więcej kwasu węglanego, niż go spożywa w pokarmach, niszczy tkanki, a różnica ilości kaloryi daje nam pojęcie o wielkości tego zniszczenia. Na tem stanowisku stoi do dzisiaj szkoła monachijska, która od czasów VOIGT'a i v. PETTENKOFFER'a wydała cały szereg badaczy, zapłodniła swemi ideami mnóstwo prac i dotąd ma w osobie RUBNER'a najwierniejszego i najgłośniejszego swego rzecznika. Mierzenie azotu nie było tak proste. Już dla tego, że ciała, które organizm wydziela jakkolwiek nie spalone w ustroju same spalać się dają, powtóre dla tego, że ze środków żywności nie podobna oddzielić samego azotu. Musiano się ograniczyć na ustaleniu tak zwanej równowagi azotu, którą obliczano z ilości wprowadzonego i wydzielonego azotu bez względu na jego formę i kalorymetryczną wartość. Badanie bilansu organizmu kontrolowano za pomocą wagi i, skombinowawszy mierzenie ilości azotu z mierzeniem ilości kwasu węglanego i oznaczeniem wagi ciała, ugruntowano nasze zasadnicze pojęcia o przemianie materii.

Poznano, ile potrzebuje normalny człowiek do wyżywienia się w spoczynku, przy pracy, o chłodzie lub w gorącu.

Poznano, jaki rodzaj żywności najlepiej odpowiada ustrojowi, ile mięsa da się zastąpić przez skrobię, a ile tłuszczu — ile tłuszczu równoważy pewną dozę skrobi i t. p.

Mimo niezliczonej liczby prac dużo w tych najprostszych prawach jest niedoborów i niewyjaśnionych pytań. PFLÜGER dotąd słyszeć nie chce o powstawaniu tłuszczu z białka, kiedy cała monachijska szkoła mniema, że sprawa ta dawno jest udowodniona.

Samo zachowanie się azotu nie łatwo daje się ocenić. Bo w wydzielnach musimy część azotu uważać za niezużytkowaną strawę drugą, zupełnie nieuchwytną — za azot wydzielony z ustroju. Gdybyśmy najdokładniej oznaczyli ilość spożytego azotu oraz ilości wydzielone, to przecież możemy

z całą pewnością twierdzić tylko to, że ustroj traci lub zatrzymuje azot, albo jest w równowadze. Natomiast nie wiemy nic o składnikach tych straconych lub zatrzymanych azotów: czy strata wynika z łuszczenia się nabłonków przewodu pokarmowego, z wydzielin wątroby lub gruczołów kiszkiowych, czy strata jest niespożytem, niestrawionem, niepochlönionem białkiem?

A przy zatrzymaniu azotu: Czy azot przechodzi w białko, czy zalega gdzieś w formie mniej lub więcej rozłożonej cząsteczki? Naiwne mniemanie, że wszelkie zatrzymanie azotu jest korzyścią dla ustroju, a wszelkie wydzielanie stratą, coraz mniej ma zwolenników.

Od czasu, kiedy pod wpływem C. v. NOORDEN'a udowodniono, że w cierpieniach podagrycznych zatrzymanie azotu może dochodzić do 10 gr. na dzień; od czasu doświadczeń Fr. MÜLLER'a i innych, które wykazały, że przed śmiercią następuje raptowne powiększenie wydzielania azotu, polegające prawdopodobnie na obumieraniu czynności ustroju, rola azotu i pojęcie równowagi azotowej uległo zmianom. Oznaczanie wagi ciała nie daje żadnej rękojmi, bo oczywiście nikt jeszcze nie zważył osobno w ciełe azotu, a osobno wody lub tłuszczu. Organizm może zatrzymywać znaczne ilości wody, mimo że ani opuchlizny, ani nawet obrzęków nie widać. Pewne przekrwienie, albo ściślej przewodnienie licznych narządów, wyrażające się w zmniejszeniu ilości moczu, można zauważyć po każdym zmęczeniu, jak również wzmocnioną diurezę po odpoczynku. Waga nam wykaże w pierwszym wypadku zysk, w drugim stratę, choć doprawdy w obu razach zwodzi. O ileż większe nieporozumienia zachodzić muszą, jeżeli sprawy ustroju idą drogą nieprawidłową, jeżeli ustroj choruje.

Zatem jeszcze jeden czynnik wprowadzić trzeba było — ilość wody, a co zatem idzie, stężenie, koncentrację soków organizmu. Wraz z nim przybyła nowa forma energii — ciśnienie osmotyczne. Dawno już wiedzieli botanicy, że pompowanie wody na szczyty drzew stanowi bardzo pokazną pracę, i że pracy tej dokonywa różnica stężenia, wywołująca tak zwane osmotyczne ciśnienie w kierunku bardziej stężonego roztworu. Jeżeli zatem obliczymy, ile ciepła wytworzy przy spalaniu pewna ilość białka, cukru i tłuszczu, to przez to całości energii nie poznamy. Pozostaje jeszcze jedno źródło sił — ciśnienie osmotyczne, które bynajmniej nie zależy od wartości cieplikowej kalorymetrycznej; jeno od wartości osmotycznej, to jest od stopnia rozszczepienia czyli disocjacyi. W myśl tej teoryi pomiędzy roztworem cukru a roztworem siarczanu miedzi może żadnej nie zachodzić różnicy, mimo że odżywczo zachowują się zupełnie różnie¹⁾. Oczywiście w ustroju zwierzęcym przenoszenie wody odbywa się drogą sączenia i w części tylko stanowi pracę osmotyczną, ale w każdym bezwarunkowo ustroju są ogniwa, złożone z procesów istot wyższych i niższych. W życiu ludzkim jest cząstka życia skał, i cząstkę tę umie odróżnić oko myśliciela, umie ją wyluszczyć z otaczających i gmatwających się wzajem procesów. I dla ustroju zwierzęcego nie może być drobnostką zatrzymanie choćby 400 ctm. wody, a poznanie sił, które to sprawiły, staje się zadaniem od chwili, kiedy nasze myśli w tym kierunku skierowane zostały.

(D. n.).

¹⁾ Interesujących się teorią osmotyczną odsyłam do dzieł W. OSTWALD'a „Allgemeine Chemie“ mniejsze wydanie lub większe trzyciome — Lothara MEYER'a pod tymże tytułem, Vant HOFF'a „Vorlesungen“ i czasopisma „Zeitschr. f. physical. Chemie“, w którym w pierwszych rocznikach podstawy tej teoryi ogłoszono. Klinicznie prace znaleźć można w „Zeitschr. f. klin. Medicin“, T. 30 i 31, gdzie v. KOBANYI i jego uczniowie badania swoje ogłosili.

Trzy rzadkie spostrzeżenia ANOMALII ROZWOJOWYCH ANALOGICZNYCH.

(*Herniae funiculi umbilicalis*).

Podał

FR. NEUGEBAUER.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 24).

Po odpadnięciu pępowiny w obrączce pępkowej pozostaje tak wąski otwór, że zwykle kiszki przez otwór ten nie wytlaczają się na zewnątrz, przy silnym krzyku jednak dziecka, przy obstrukcyi upartej, przy silnem wydymaniu się powstają wtedy *post partum* przepukliny pępkowe. Nigdy zaś pod wpływem *preli intraabdominalis* nie mogą wytłoczyć się kiszki do sznurka pępkowego, ponieważ ciśnienie wewnątrz worka *amni*, wypełnionego wodą płodową, jest równe ciśnieniu wewnątrz-brzusznemu. Jeśli więc znajdziemy wewnątrz sznurka pępkowego pętle kiszek, i t. d. czyli przepuklinę sznurka pępkowego, to przepuklina ta musiała powstać podczas życia wewnątrz-macicznego.

Przystąpmy teraz do wyświetlenia powstania tych przepuklin, o które dziś głównie nam chodzi. Otóż podług AHLFELD'a przez dłuższy czas płodowego rozwoju, zwykle aż około 10-go tygodnia, część pęteli kiszek, mianowicie kiszki cienkiej oraz kiszki grubej, leży jeszcze w powrozie pępkowym.

Zwykle kiszka jest jakby wyciągniętą z jamy brzusznej w kształcie trójkąta o równej długości bokach. Jedna pętla odpowiada kiszce cienkiej, a druga równej długości kiszce grubej. Na części kiszki, najdalej wystającej z jamy brzusznej, znajduje się miejsce połączenia jej *cum ductu omphalomesaraico*. Jeśli z byle jakiej przyczyny pętla kiszki nie cofną się do jamy brzusznej, a pozostaną stale w powrozie pępkowym, to powstaje *ectopia intestini funicularis umbilicalis: hernia funiculi umbilicalis*, przepuklina w sznurku pępkowym. Mniejsze stopnie tej anomalii rozwojowej łatwo bywają przeoczone przez akuszerkę, a nawet i lekarza. Pępowina przy końcu płodowym zdaje się być cokolwiek grubsza, niż normalnie, dopiero po odpadnięciu pępowiny zdradza się albo *hernia* ta w resztkach sznurka pępkowego, albo też powstaje *anus praeternaturalis umbilicalis*.

Jeśli pozostał znaczniejszych rozmiarów rozszczep przedniej ściany brzusznej w miejscu, gdzie powinna istnieć już tylko obrączka pępkowa, na miejscu, gdzie powinien być pępek, widzimy guzowatą wytłoczną wielkości jabłka, pomarańczy, a nawet główki noworodka, zawierającą pętle kiszek, a nieraz i część wątroby, śledziony, żołądka; czasami nawet wszystkie trzewia jamy brzusznej zawarte są w tej przepuklinie.

Etiologię tych przepuklin w sznurku pępkowym tłómaczono dawniej w najróżniejszy sposób. Już OKEN dowiódł, że nie chodzi tutaj o wyparcie jelit z jamy brzusznej, lecz o to, że leżące pierwotnie w pępowinie jelita nie weszły do jamy brzusznej. *Hernia funiculi umbilicalis* jest objawem wstrzymanego rozwoju („Hemmungsbildung“). Jedni upatrywali przyczynę

w powiększeniu się niektórych organów jamy brzusznej, na przykład, w powiększeniu się wątroby, rozszerzeniu żołądka, torbielach nerek i nadnerczy, w zamknięciu światła kiszki i rozszerzeniu jej światła powyżej miejsca zamknięcia — w tych jednak przypadkach przecież nie było przyczyny, aby jama brzuszna nie mogła się zamknąć *normaliter* — albowiem znamy sporo przypadków, gdzie płód rodzi się z ogromnem wzdęciem brzucha normalnie zamkniętego, gdzie wzdęcie to pochodzi od *ascites*, od różnych guzów, nowotworów, torbieli i t. d. organów jamy brzusznej. Również dawno upadło tłómaczenie inne, mianowicie MUELLER'a, że przyczyną miało być okręcenie szyi płodu pępowiną. Według AHLFELD'a tłómaczenie takie mimowoli musiało upaść, ponieważ w okresie, gdzie mogłoby nastąpić okręcenie pępowiny dokoła szyi, *hernia funiculi umbilicalis* już dawno musiała być gotowa. Pod koniec trzeciego miesiąca, gdy kiszki już powinny ze sznurka pępkowego wejść do jamy brzusznej, pępowina jeszcze jest za krótka na to, aby mogła być owinięta dokoła szyi płodu. Wskutek okręcenia się pępowiny dokoła szyi najwyżej mogło nastąpić rozcieńczenie pępowiny przy osadzie. ТРУБИЧУМ upatrywał przyczynę w rozluźnieniu i wiotkości kreski kiszkowej, które również może być tylko objawem wtórnym czyli następczym, wywołanym właśnie *ectopia funiculari intestini ilei*. Również nie można upatrywać przyczyny w brakach przedniej ściany brzusznej pierwotnych, albowiem *musculi recti abdominis* zawsze dobrze były rozwinięte, a powiększony odstęp ich był po prostu następstwem częściowego rozszczepu ściany brzusznej. Inni znów upatrywali przyczynę w sprawach zapalnych w życiu płodowem, w zrostach pomiędzy błonami jaja płodowego a płodem, szczególnie we wczesnych zrostach pomiędzy owodną a płodem, dopóki jeszcze nie ma *liquoris amnii*. Inni przyczynę, wywołującą ektopię organów jamy brzusznej, upatrywali w wyparciu ich z jamy brzusznej wskutek persystencji pierwotnej lordozy kręgosłupa, która później dopiero ustępuje miejsca kifotycznemu wygięciu.

AHLFELD bardzo trafnie upatruje przyczynę *herniae funiculi umbilicalis* w tem, że byle jaka przyczyna utrzymuje kiszkę *in funiculo umbilicali*, gdzie ona normalnie leży aż do 10-go mniej więcej tygodnia życia płodowego. Jaka to siła może być? Dajmy na to, płód rozwijał się prawidłowo aż do trzeciego tygodnia. Gdy worek *amnii* bardzo szybko i nadmiernie się napełni wodą płodową, to odsuwa on mimowoli pęcherzyk żółtkowy od płodu ku obwodowi jaja płodowego. Wskutek tego, ma się rozumieć, *ductus omphaloentericus* zostanie coraz to więcej napiętym i wskutek tego wywiera rodzaj trakcyi na pętle kiszki cienkiej, z którą się łączy. Jeśli *ductus omphaloentericus* wtedy przerwie się, nie będzie następstw ze strony kiszki, jeśli zaś nie przerwie się, to kiszka wskutek ciągnięcia, wywartego przez silnie napięty *ductus omphaloentericus*, musi coraz to dalej wdążyć do sznurka pępkowego. Jelita więc jamy brzusznej przez trakcyę ową, wywartą na kiszkę cienką i jej kreskę, są wciągane do sznurka pępkowego coraz to głębiej, i przy persystencji *ductus omphaloenterici* tam zatrzymane, tak, że cofnąć się nie mogą do jamy brzusznej w miarę zamknięcia się jej od przodu przez zrośnięcie się ze sobą prawej i lewej ściany brzusznej w linii środkowej ciała, *in linea alba*. Tak powstają znacznieszego stopnia przepukliny sznurka pępkowego wskutek trakcyi, wywartej przez silnie napięty *ductus omphalomesaraicus*: trakcyja ta zaś jest następstwem oddalenia się raptownego pęcherzyka żółtkowego od ciała płodu wskutek nadmiernego i raptownego napełnia-

nia się worka *amni* wodą płodową. Mniejsze stopnie *herniae funiculi umbilicalis* mogą powstać nawet bez tej trakcyi, poprostu wskutek persystencyi *ductus omphaloenterici*, opóźnionego oderwania się jego od кишки, nadmiernej grubości i rezystencyi jego. Jeśli jednak ostatecznie *ductus omphalomesaraicus* obliteruje się i przerwie się, кишки jeszcze mogą wpaść do jamy brzusznej częściowo, a część pętel może pozostać w sznurku pępkowym, a nawet możebno jest, że obrączka pępkowa wtedy się zamknie jeszcze i odsznurowuje zupełnie części pętel kiszek lub wątroby i t. d., leżące jeszcze w sznurku pępkowym. Rodzi się wtedy dziecko z jakimś wiszącym przy osadzie pępowiny guzem szypułowym. Gdy guz ten rozciąć, znajdujemy w nim odsznurowane zupełnie pętle kiszek, przy obu końcach na ślepo zamknięte, cząstki wątroby odsznurowane i t. d. Ponieważ kieszka przy trakcyi, wywartej przez persystujący i silnie napięty *ductus omphalomesaraicus*, działającej pod prostym kątem do osi podłużnej płodu, występuje z późniejszej jamy brzusznej tak, że wychodzą dwie pętle równej długości: część kieszki cienkiej i część kieszki grubej — tworząc kąty trójkąta równoramienne-go, to kieszka gruba, wolniej rosnąca, przez trakcyę tę więcej uciepć musi, niż kieszka cienka. Wskutek trakcyi tej światło kieszki grubej może zostać zwężonem, a nawet kieszka może rozerwać się zupełnie lub też obliterować. W innych przypadkach kieszka gruba, wyciągana z jamy brzusznej ku górze, może spowodować to, że dolny odcinek jej, już odseparowany od *allantois*, dyzlokuje się znacznie ku górze i nie może spotkać się z zagłębieniem skór-nem odbytowem; dziecko więc urodzi się *cum atresia ani*. Jeśli dolny koniec kieszki jeszcze komunikuje *cum allantoide* (kloaka), to persystować może *anus* taki i po urodzeniu się dziecka: zawartość kiszek znajduje upust na zewnątrz, — gdy zaś komunikacya ta już przestała istnieć, dziecko urodzi się bez możności opróżnienia zawartości kiszek, *meconium* wtedy nie znajdzie żadnego wyjścia.

Ponieważ z powodu wytworzenia się przepukliny sznurka pępkowego przestrzeń jamy brzusznej znacznie się powiększa, łatwo zdarzyć się może, że i narządy jamy brzusznej się powiększą, szczególnie wątroba i nerki. Przypuszczenie to AHLFELD'a zdaje mi się być nieszczególnie uzasadnione. Podług AHLFELD'a czasami i wątroba wrasta do tej przepukliny, głównie dolnym brzegiem swoim. Czasami nawet i żołądek znajduwano w przepuklinie sznurka pępkowego.

Nawet i przepona piersiowobrzuszną niekiedy wypukła się ku jamie brzusznej, a przy niedorozwoju jej i serce znajduwano w jamie brzusznej. Podług LINDFORS'a (patrz Preobrażenskij: l. c. pg. 1557 w 69% *in hernia* znajduwano tylko kieszki, 22 — 44% wątrobę równocześnie z kiszka-mi lub bez nich, jeszcze rzadziej żołądek (4,8% podług LINDFORS'a, 20% podług KRAEMER'a). Jedynie kieszki prostej nigdy w przepuklinie nie znaleziono; kilka razy *in hernia* leżało serce przy *hernia diaphragmatica* lub niedorozwoju przepony, a nawet i macicę i jajniki, nerki znajduwano czasami w przepuklinie sznurka pępkowego. Nieraz brak było pęcherzyka żółciowego.

W przypadkach bardzo znacznej i wczesnie powstałej przepukliny sznurka pępkowego wskutek trakcyi, wywartej przez *ductus omphalomesaraicus* na kieszki i kreski ich, wygina się, wypukła kręgosłup ku przodowi, a w rzadkich przypadkach nawet zagina się ku przodowi, tworząc kąt ostry rozwar-ty ku tyłowi tak, że okolica pośladków przylega do łopatek. Podług AHLFELD'a takiemu zniekształceniu kręgosłupa często towarzyszą inne anomalie

rozwoju kręgosłupa w rodzaju *hydrorrhachis dehiscens*, *spina bifida*, wstrzymany rozwój i *torsio columnae vertebralis* (*lordosis*, *scoliosis* etc), *anencephalia*, *mikrocephalia* etc.

Prócz wyżej wymienionych komplikacji, jako następstwa pośredniego tych przepuklin, mogą powstać jeszcze inne anomalie w dolnym końcu tułowia: mianowicie w miednicy wielkiej i malej. Gdy przedstawić sobie, że w bardzo wczesnym okresie rozwoju istnieje owo silne napięcie *ductus omphalomesaraici*, trakcja wyciągająca kiszki na zewnątrz do sznurka pępkowego i t. d. to i kreska kiszki musi być silnie napięta, wtedy to dyzlokacja kiszki ku przodowi może się stać przyczyną, że u płodów żeńskich dwa przewody MUELLER'a wskutek tej mechanicznej przeszkody nie mogą się złączyć ze sobą, i powstaje wtedy *uterus bicornis*, *didelphys* etc, a nawet może kiszka tak dyzlokowana stać się wtedy przyczyną, że *ossa pubis* nie mogą się połączyć ze sobą, i powstanie tak zwany rozszczep miednicy — *pelvoschizis anterior* czyli *pelvis fissa*. Wyobraźmy sobie, że przy odpowiednim położeniu płodu cała pępowina będzie silnie napięta i to w kierunku ku dołowi, to łatwo zrozumiemy, że powstać może i rozszczep prącia, na przykład *epispadiasis* i t. d. Nareszcie przytoczyć wypada, że często w przypadkach *herniae funiculi umbilicalis* znajdowano brak jednej *arteriae umbilicalis* oraz niedorozwój jednej kończyny dolnej, przeważnie prawej, lub chorobliwe kształty: *talipes equinovarus*, *valgus*, *calcaneus* i t. d. Na 19 przypadków aż 9 razy brak było jednej *arteriae umbilicalis*. Pępowina zwykle bywa bardzo krótka. Czasami znajdowano 2 *venae umbilicales*, częściej brak było *art. umbilicalis sinistrae*.

Łatwo rozumieć, że, jeśli pęcherzyk żółtkowy wyjątkowo z jakiegokolwiek przyczyny leży bliżej dolnego końca tułowia, a nie, jak zwykle bywa, bliżej głowy płodu, wpływ ujemny silnego napięcia *ductus omphalomesaraici* odbija się znacznie na dolnej połowie ściany brzusznej, przyczyniając się jako mechaniczna przeszkoda do rozszczepu całej dolnej połowy przedniej ściany brzusznej, do najróżniejszych zбочeń rozwojowych *allantoïdis* — anomalii *urachi*, pęcherza moczowego, do anomalii rozwojowych organów płciowych u obojga płci oraz ukształtowania kloaki i t. d. *In extremis* powstanie *gastropeljo-kystoschisis*, rozszczepienie ściany brzusznej, miednicy oraz *exstrophia vesicae*. O tych następstwach konkomitujących *herniae funiculi umbilicalis* nie będę się dziś rozpisywał, ponieważ one tylko pośrednio wchodzą w rachubę przy preparatach, dziś nas interesujących.

Ściany przepukliny sznurka pępkowego składają się na zewnątrz z *amnion*, na wewnątrz z otrzewny, pomiędzy nimi leży masa galaretowata pępowiny WHARTON'a. Na przedniej powierzchni przepukliny pomiędzy *amnion* i *peritoneum* leży *allantois* oraz *arteriae umbilicales*; *vena umbilicalis* zaś przebiega albo po prawej albo po lewej stronie, zwykle po lewej. Powłoka amniotyczna przepukliny na samym szczycie jej przechodzi zwykle na pępowinę. Czasami jednak przy istnieniu wytłoczyny bocznej *in hernia funiculi* pępowina inseruje pozornie nie na samym szczycie przepukliny. Powłoki skórne brzucha kończą się przy osadzie przepukliny takiej ostrą granicą o gładkim brzegu powłok skórnych, Gdy dokonać iniekcji płodu barwnikiem stężającym się od strony *aortae*, barwnik ten ze ścian brzusznych nie przechodzi na powłoki przepukliny. Płody, dotknięte znaczących rozmiarów przepukliną sznurka pępkowego, rzadko kiedy rodzą się donoszone i żywe, zwykle już podczas ciąży pęka powłoka amniotyczna przepukliny lub nawet i otrzewna: w tym przypadku, ma się rozumieć, kiszki wypadają

ex hernia do cavum amnii, a po rozzerwaniu błon lub pęknięciu ich *sub partu*, ręka do macicy wprowadzona napotyka kiszki płodu, leżące w jamie macicznej. Ś. p. Kolega STĘPKOWSKI podczas wizyty w pewnej klinice akuszeryjnej zagranicznej akurat przybył do kliniki w chwili, gdy asystent szykował cięcie brzuszne dla wykonania *sectionis caesareae*. Gdy spytał się, jakie jest wskazanie w danym przypadku, gdzie miednica rodzącej była zupełnie prawidłowa, asystent oświadczył mu, że podejrzywa *rupturam uteri*, ponieważ wymacał pętle kiszek w macicy. Rzeczywiście asystent dokonał cięcia brzuszego, lecz macica okazała się nienaruszoną. Przez fatalną pomyłkę więc asystent wypadł do jamy macicznej pętle kiszek płodu o rozszczepionej przedniej ścianie brzusznej wziął za pętle kiszek rodzącej! Nie zaszkodzi praktykowi pamiętać o takim przypadku. Zdawałoby się, że każdy akuszer odróżni kiszki dorosłej kobiety od kiszki płodu, a jednak *facta aliter loquuntur*.

Oto mniej więcej rdzeń sprawy patologicznej embryologicznej, o którą nam dziś chodzi. Teorię AHLFELD'a oraz dodatki te różne przytoczyć musiałem dla objaśnienia preparatów, które dziś opisać mam zamiar. Wypada mi jednak jeszcze dodać kilka słów względem *ectopiae hepatis in hernia funiculi umbilicalis*. Otóż ś. p. Ojciec mój w roku 1850 czyli 50 lat temu, praktykując wtedy jeszcze w Kaliszu, ogłosił bardzo ciekawe spostrzeżenie własne w czasopiśmie „Neue Zeitschrift fuer Geburtskunde her. von BUSCH, v. RITGEN, v. SIEBOLD“. (Tom 27. Berlin 1850 pg. 64 — 78 z tablicą rysowaną). „Ueber das Auftreten der Leber im Nabel als Fehler erster Bildung“. W pracy tej opisał on przypadek *herniae funiculi umbilicalis*. Urodziła się dziewczynka żywa o przepuklinie sznurka pępkowego wielkości męskiej pięści. Pępowina inserowała na boku pod ostrym kątem do szczytu przepukliny. Część zawartości przepukliny była twardawa i przeświecała niebieskawo przez powłoki przepukliny. Obrączka pępkowa miała więcej, niż dwa cale średnicy.

Rozpoznano obecność wątroby *in hernia* i wobec tego rokowanie postawiono wątpliwe lub złe i nie próbowano wcale redukcji *herniae*. Nazajutrz po urodzeniu się dziecka wystąpiła żółtaczką, i dziecko w konwulsjach zmarło po czterech dniach.

Prawie cała wątroba leżała *in hernia*, również i *omentum majus*. Na preparacie znaleziono różne osobliwości: 1) Przemieszczenie prawej części kiszki grubej do lewej połowy jamy brzusznej, cała zaś kiszka cienka leżała w prawej połowie jamy brzusznej. 2) Koniec *venae umbilicalis* leżał po prawej stronie pęcherzyka żółciowego zamiast po lewej. 3) Dwunastnica opuszczona była aż do wysokości pępka. 4) Wątroba nie została wciągnięta do przepukliny sznurka pępkowego, lecz powstała w niej. 5) Wszystkie *venae hepaticae* wpadały do *ductus venosus* zamiast do *vena cava ascendens*, która w tym przypadku nie miała żadnego związku z wątrową. Opierając się na wynikach badań bardzo drobiazgowych danego przypadku, ś. p. Ludwik NEUGEBAUER przyszedł do wniosku, że powstanie wątroby w tym miejscu zależy od miejsca zejścia się i stosunku topograficznego *venae portae* oraz *venae umbilicalis*, i że miarodajny dla stosunku tego jest stosunek topograficzny położenia dwunastnicy do *vena umbilicalis*. Wątroba powstaje w miejscu, gdzie znajdują się anastomozy pomiędzy *vena umbilicalis* i *vena portae*. Jeśli dwunastnica leży bliżej pępka, to zbliża się i *vena portae* do *vena umbilicalis* i wcześniej (wyżej) z nią się spotyka, wytworzenie się więc w tym miejscu wątroby zależy pośrednio więcej od opuszczenia się dwunastnicy ku dołowi.

Gdy więc AHLFELD przypuszcza, że wątroba zostaje wciągnięta do przepukliny sznurka pępkowego w sposób, który powyżej opisałem, ś. p. Ludwik NEUGEBAUER przyszedł do wniosku innego i wniosek ten opiera na wzajemnym stosunku naczyń krwionośnych żylnych.

Jak wyżej powiedziałem, większość płodów, obarczonych znacznymi rozmiarów przepukliną sznurka pępkowego, obumiera już *intra uterum*, są jednak przypadki, gdzie dziecko rodzi się żywe. KUESTNER niedawno w takim przypadku zastosował zabieg operacyjny — patrz: „Operation einer Nabelschnurhernie mit Resektion des vorgefallenen Leberlappens“ (Centralblatt für Gynaekologie. 1901. N. 1). Urodził się chłopczyk o przepuklinie wielkości jabłka, średnicy 8 ctm. Przez powłoki widać było pętle kiszki i część wątroby *in hernia*. Pępowina osadzona była na dolnej połowie przepukliny. Pępowina krótka, 34 ctm., posiadała dwie arterye i jedną żyłę umbilikalną. KUESTNER przystąpił zaraz do operacji i po otworzeniu worka przepuklinowego podwiązał naczynia umbilikalne przy brzegu skóry, znalazł wtedy i *venam omphalomesaraicam*, przebiegającą ku pętli kiszki cienkiej i pełną ciemnej krwi. Żyłę tę również podwiązał katgutem. Znalaziono *diverticulum Meckelii in hernia* oraz *processus vermiformis* z wielką częścią *colon ascendens*. Po odpreparowaniu worka przepuklinowego, KUESTNER odprowadził pętle kiszki do jamy brzusznej, nie udało mu się zaś odprowadzić wątroby, do niej nawet po powiększeniu cięcia ku dołowi na przedniej ścianie brzusznej. Dla tego odpreparował on częściowo pęcherzyk żółciowy od wątroby, a następnie rezekował płat wątroby, podwiązując go podwójnie katgutem i przypalając następnie powierzchnię rany żegadłem PAQUELIN'a. Dopiero teraz udało się repozycya wątroby do jamy brzusznej. Ranę brzuszną zaszyto, operacji dokonano bez chloroformu i dopiero podczas repozycji dano kilka kropel chloroformu. Na drugi dzień już po operacji dziecko piło mleko, na trzeci przystawiono je do piersi, do 6-go dnia dziecko traciło na wadze, od tego dnia waga się powiększała, do 11 dnia — 2860 gramów. Dnia 11-go zjawily się wymioty krwawe, krwawy stolec do 12-go dnia, przebieg był bezgorączkowy aż do 19-go dnia, w którym wystąpiła gorączka do 38,9° C.; dnia 21 dziecko zmarło wśród objawów ciężkiej *melaena neonatorum*. Przy sekcji ujawniło się, że rana wątroby sklejoną była ze ścianą brzuszną.

Przyczyną śmierci dziecka może nie tyle była sama interwencya chirurgiczna lub błąd jakiś, jak usunięcie części wątroby.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

PH. JUNG.

Różniczkowe rozpoznawanie gorączki połogowej.

Od czasu, gdy stwierdzono zakaźny charakter gorączki połogowej, każdy akuszer poczytuje sobie za punkt honoru chronić od niej swoje pacyentki za pomocą powszechnie przyjętych środków zapobiegawczych. Zmusza go do tego nie tylko sumienie lekarskie, ale i troska o własny byt, wieści bowiem o zapobieganiu gorączce połogowej zdołały przeniknąć już i do laików, i nieostrożny lekarz naraża się nie tylko na zarzuty, ale nawet na pozwy sądowe. Dodać trze-

ha jeszcze i to, że, gdy wobec dawniejszych naszych danych naukowych, wobec t. zw. „gorączki mlecznej“ i t. p. można było niekiedy mieć spokojne sumienie, to dziś każdą chorobę gorączkową w okresie połogu skłonni jesteśmy uważać za zakażenie i przypisywać je niedbalstwu i błędowi lekarza.

Tymczasem nie zawsze tak się rzecz ma. Pomijając już bowiem możliwość samozakażenia, którą przyjmuje AHLFELD, mamy dość znaczną liczbę przypadków, w których pojęcia „gorączka w połogu“ i „gorączka połogowa“ skutkiem błędnego rozpoznania bywają mieszane. Pod nazwą gorączki połogowej zgodnie z OLSHAUSEN'em rozumieć należy „gorączkę przyranną, której punkt wyjścia stanowią rany narządów płciowych położnicy“. Wszystkie inne choroby gorączkowe w okresie połogu powinny być stosownie do powyższego określenia ściśle od gorączki połogowej odróżniane.

Co się zaś tyczy tej okoliczności, że każdą chorobę gorączkową w okresie połogowym skłonni jesteśmy poczytywać za zakażenie, to ma ona swoją podstawę w owym niezaprzeczonem fakcie, iż pomimo najrozmaitszych sposobów odkażania ręce akuszera, jako też i zewnętrzne narządy płciowe rodzącej nie mogą być z pewnością wyjałowione.

Kilka nader pouczających spostrzeżeń zniewoliło autora do zajęcia się sprawą różniczkowego rozpoznawania gorączki połogowej.

13 lutego 1900 r. w czasie, gdy w Greifswaldzie panowała wielka epidemia grypy, jedenaście kobiet ciężarnych zachorowało nagle w klinice z objawami gorączki i zaburzeń żołądkowo-kiszczkowych; do objawów tych przyłączyły się wkrótce i objawy ze strony narządów oddechowych — w ciągu następnych 8-iu dni zachorowało jeszcze 10 innych ciężarnych z takimiż samymi objawami. Z początku objawy te uważano za ostre zapalenie żołądka i kiszek, spowodowane złem pożywieniem, myśl tę jednak zaraz porzucono, skoro pojawiły się objawy ze strony narządów oddechowych — niebawem udało się z płwociny jednej chorej wyhodować lasecznika grypy, i rzecz cała się wyjaśniła. Interesujący był wpływ choroby na przebieg ciąży — otóż u 11 ciężarnych nastąpił poród, przy czem u 2 jeszcze w czasie okresu wylęgania grypy tak, że gorączka pokazała się dopiero na 2 i 3 dzień połogu, u 9 innych natychmiast po pierwszym ostrym napadzie. 5 razy poród odbył się czesny, 6 razy przedwczesny.

Następnie przytacza autor dwa takie przypadki.

2 kwietnia 1900 r. 33 letnia ciężarna po 4 godzinnym porodzie dobrowolnym urodziła żywą dziewczynkę — w początku porodu, wczesnym rankiem, ciepłota ciała była 37,6°, tętno 96. Asystent i dwaj studenci, którzy chorą badali, odkażali ręce za pomocą gorącej wody z mydłem i 1⁰/₁₀ rotworem sublimatu. Pęknienie krocza drugiego stopnia bezzwłocznie zeszyto, a przeciw następczym krwotokom atonicznym zastosowano ergotyne (0,2), gorące przepłukiwania lizolem, jako też podskórnie 300 szść ctm. fizyologicznego roztworu soli kuchennej i koniak z jajkiem w lawatywie. W godzinę po porodzie ciepłota ciała położnicy podniosła się do 39,9°, tętno do 124, wieczorem zwolnienie na 37,2°, tętno jednak 128, następnego dnia znowu podwyższenie do 40,2°. Od tego czasu gorączka stała, z nieprawidłowemi podwyższeniami i spadkami, trzymała się w granicach 39° do 40,6° z wyjątkiem dnia 8-go, w którym spadła na 38,4° tętno od 130—150 do 158, małe, lecz prawidłowe. Od dnia 3 odchody stały się cuchnące, w dniu 4 otworzono nieczysty szew rany krocza i jednorazowo przemyto pochwę lizolem, poczem ciepłota z 40,2° spadła na 39°. Odchody i nadal były skąpe, cokolwiek cuchnące, macica i parametrium bolesne. Macica kurczyła się wolniej, niż zwykle, 12 jednak dnia po porodzie nie można jej było wymacać. W cią-

gu 8 dni zatrzymanie stolca, zwalczane za pomocą lewatyw i gorzkiej wody, od dnia 11-go silne rozwolnienie. Masy kałowe ciemnobrunatne, wodniste, z częściami twardymi zmieszane. Śledziona nie wyczuwalna, na skórze brzucha po za czerwonością od pęcherza z lodem żadnych innych plam nie widać. Brak łaknienia, wielkie pragnienie. Stan ogólny w ciągu pierwszych 8 dni dobry. 8-go dnia z powodu niespokojności 0,01 *morphii* podskórnie. Od dnia 14. V. bredzenie, a 17 od czasu porodu śmierć przy utracie świadomości i podniesieniu się tętna do 160.

Wobec powyższych danych rozpoznano „zakażenie połogowe”. Ponieważ podwyższenie ciepłoty ciała pojawiło się w godzinę po porodzie, więc zakażenie mogło nastąpić już w samym początku owego krótko irwającego porodu. Za zakażeniem przemawiało przede wszystkim wysokie tętno, które przy zwolnieniu ciepłoty nie tylko że nie ustąpiło, ale się nawet podniosło, a wszelka wątpliwość co do zakażenia musiała zniknąć, gdy w 3 dniu odchody stały się cuchnące, a w 4 nieczyste zeszyte kroczka trzeba było otworzyć. Również i stolce, nie przedstawiające nic charakterystycznego, przemawiały za zakażeniem. Mówiąc krótko, obraz choroby był taki, że rozpoznanie wydawało się nieulegającym najmniejszej wątpliwości. Wprawdzie, obecny podczas porodu asystent, opierając się na lekkim jego przebiegu, jako też i na przedmiotowym i podmiotowym odkażeniu, nasuwał myśl o durze brzuszny, brak jednak powiększenia śledziona, brak różyczki, wysokie tętno i stolce nie kaszkowate — wszystko to, razem wzięte, dawało tylko rozpoznanie „zakażenia połogowego”.

Leczenie polegało na wzmacniającym płynnym pożywieniu (wino, koniak, wiele mleka, jajka) i na chłodnych kąpielach.

Wynik sekcji był zdumiewający, a mianowicie — dur brzuszny.

Typhus abdom. recidivus (dawne, oczyszczone i w części zagojone wrzody, świeże obrzmienie blaszek Peyer'a, miejscami owrzodzenia pokryte strupami). *Hyperaemia glandul. lymphat. mesenterii et lienis. Pyelonephritis purul. dextra. Bronchopneumonia pulmonis utriusque. Kolpitis et endometritis ulcerosa diphtheritica.*

W zielonawym nalocie na pochwie i wnętrzu macicy znaleziono laseczniki duru.

Drugi przypadek dotyczył 39-letniej kobiety, która przez leczącego ją lekarza była 16 maja 1900 r. przyjęta do kliniki z rozpoznaniem: *Abort. imperf. mens. III. e retroflexione uteri gravidi*, a 17 poddała się zabiegom potrzebnym do wydobywania pozostałych w powiększonej macicy resztek jaja płodowego. Gorączka, dochodząca w czasie przyjęcia chorej do kliniki do 40° (tętno 130), spadła w ciągu następnych dwu dni na 37,5° (tętno 76) tak, jak gdyby choroba miała się ku wyleczeniu. Później jednak pojawiło się znowu podwyższenie do 39,8° (tętno 110), a ponieważ 6 dnia dołączyły się jeszcze i bardzo obfite poty, wypróżnienia ciemno-brunatne, więc, mając na uwadze przypadek 1-szy, można było i tu przyjąć możliwość duru, tembardziej, że ze strony narządów płciowych żadnych objawów nie było. Zawezwany dyrektor kliniki chorób wewnętrznych nie był pewny co do duru, ponieważ brak było prawie wszystkich objawów (powiększenia śledziona i t. d.), a zaczerwienienie skóry brzucha spowodowane było znowu przez pęcherz z lodem, mimo to chora została przeniesiona do izolacyjnych baraków kliniki chorób wewnętrznych. I tu jednak w ciągu dłuższego czasu nie udało się rozpoznać choroby na pewno; gorączka przebiegała z zupełnie nieprawidłowymi podwyższeniami i spadkami, pomiędzy 40° i 36,7° aż wreszcie ukazała się w dn. 15-ym krwawych stolców, a także dodatni wynik próby WIDAL'a rozpoznanie potwierdził. 27 czerwca chora opuściła klinikę wyleczona.

W tym samym czasie były jeszcze w klinice przypadki gorączki w okresie połogu, które, choć z powodu widocznej a znajdującej się po za sferą narządów płciowych etiologii, nie przedstawiają dla różniczkowego rozpoznawania wielkiego interesu, godne są jednak uwagi, a mianowicie spostrzegano: *Mastitis* — 6 razy; *Arthritis acuta* — 2 razy; *Pharyngitis* — 1 raz; *Dermatitis pustulosa et neplritis* 1 raz; zawał płucny przy wadzie serca i zapaleniu nerek — 1 raz.

Ostatni przypadek przyjęty został do kliniki z gorączką i z wyraźnymi objawami zawału krwotocznego w płucach. Przy spokoju i kofeinie objawy ze strony serca i nerek znikły, i gorączka spadła; korzystając z tego wykonano sztuczny poród w drugiej połowie 10-go miesiąca. Na 3 dzień po porodzie pokazała się znowu wysoka gorączka do 39,4° przy tętnie 118—120; ze znacznymi zwolnieniami trwała ona do dnia 10. I tu z początku podejrzewano zakażenie, które mogło być spowodowane wprowadzeniem kolpeuryntera, że jednak ze strony narządów płciowych nie było żadnych objawów, a zmiany w płucach wystąpiły szybko, więc można było zakażenie wyłączyć.

Grypa w omawianej sprawie, zdaniem autora, o tyle tylko przedstawia interes, o ile doprowadzać ona może do bardzo błędnych wniosków wówczas, gdy przypadki nie są spostrzegane łącznie w klinice, lecz pojedynczo w prywatnej praktyce. W takich razach, osobliwie zaś w przypadkach, w których poród nastąpił już w okresie wylegania grypy, a gorączka pokazała się na 2, 3 dzień po porodzie, t.j. w zwykłym czasie występowania gorączki połogowej, każdy lekarz z wszelkiem prawdopodobieństwem skieruje rozpoznanie na zakażenie, tembardziej że takie objawy, jak rozwolnienie, wymioty, należą również i do objawów zakażenia, a badanie bakteryologiczne bardzo rzadko dla lekarza praktyka bywa dostępne. Dalszy więc tylko przebieg choroby, w większej części szybki i pomyslny, jako też i brak objawów ze strony sfery płciowej pozwoli wyłączyć zakażenie połogowe, a rozpoznać grypę na pewno.

Inaczej zupełnie rzecz się będzie miała, jeżeli wiktająca choroba tak samo, jak i zakażenie połogowe, należeć będzie do ciężkich chorób zakaźnych — wtedy trudności w rozpoznaniu będą o wiele większe. W odnośnym piśmiennictwie o takich powikłaniach znajdują się tylko bardzo krótkie wzmianki (SCHRÖDER, AHLFELD, RUNGE, v. WINCKEL, CURSCHMANN). Autor, o ile z dwóch własnych przypadków wnioskować może, sądzi, że różniczkowe rozpoznanie bywa tu bardzo trudne, osobliwie, jeżeli, jak to miało miejsce w przypadku pierwszym, wrota zakażenia są widoczne, a innych oznak charakterystycznych nie ma żadnych. Objaw, który RUNGE uważa za charakterystyczny, mianowicie, szybka działalność serca, w pierwszym np. przypadku był, gdyż tętno dochodziło od 128—160, a mimo to okazał się dur brzuszny.

W takich razach, jak na to ostatnimi czasy położył nacisk w Towarzystwie akuszerów w Paryżu LEPAGIE, wielką usługę wyświadczyć może próba WIDAL'a, która, niestety, w pierwszym przypadku autora była pominięta.

I rozpoznanie z przypadku nasuwało trudności. O takich przypadkach CURSCHMANN powiada, że: „z jednej strony wobec niejasnych danych anamnestycznych można zakażenie połogowe z przebiegiem zbliżonym do przebiegu duru wziąć za rzeczywisty dur brzuszny, z drugiej znów wobec tego, że ciężarne, chore na dur brzuszny, zwykle ronią lub rodzą przedwcześnie, bardzo jest łatwo dalszy ciąg duru w połączeniu z rzekomym wczesnym porodem przyjąć za zakażenie“. W przypadku autora dokładne wywiady wykazały, że chora już od 12 dni skarżyła się na ogólne osłabienie, brak łaknienia i t. d., uważała to jednak za

objawy, spowodowane ciążą, tymczasem, istotnie, z większą pewnością można je było przypisać durowi.

Choroby zakaźne, wogóle, mają właściwość przerywania ciąży; właściwość tę, jak się okazało, dzieli z niemi i grypa.

Dawny pogląd, że ciężarne są względem duru odporne, ostać się nie może, natomiast poglądy co do długości okresu wylegania duru wymagają wyjaśnienia.

Jest ściśle na licznych spostrzeżeniach oparty fakt, że ostre choroby zakaźne, osobliwie szkarlatyna (MARTIN, OLSHAUSEN) bardzo często zjawiają się w ciągu pierwszych (1—3) dni połogu, i niektórzy autorowie są zdania, że w takich razach mianowicie, gdy źródło zakażenia dokładnie udowodnione być może, należy przyjąć przedłużony okres wylegania (w przypadku np. MONTGOMERY'ego opisanym przez OLSHAUSEN a ciężarna w 5 tygodni po pielęgowaniu chorego na dur brzuszny porodziła, a w 8 dniu połogu na dur zmarła). Autor sądzi, że wiele przypadków bez wątpienia tłumaczyć można tem, że albo postać duru ambulatoryjna, lecz już przedtem istniejąca, wybucha dopiero w okresie połogu, albo też jawny dur brzuszny wywołuje poród. Przypadki takie tylko na sekcjach mogą znaleźć potwierdzenie — w pierwszym np. przypadku autora sekcyja wykazała, że chora już na 2, 3 tygodnie przed porodem miała dur brzuszny, lecz ujawnił się on dopiero w okresie połogu lub też był bezpośrednią przyczyną porodu.

Czy główną odpowiedzialność za śmiertelne zejście w durze można zwać na udział, wogóle dość rzadki, narządów płciowych, tego na podstawie jednego przypadku autor rozstrzygnąć nie może, przytacza jednak zdanie MARTIN'a, który twierdzi, że rokowanie np. względem szkarlatyny w okresie połogu przy udziale narządów płciowych jest nader niepomyślne.

W końcu swej pracy autor omawia skutki, jakie pociągać może błędne rozpoznanie gorączki połogowej.

Co do leczenia, to u wszystkich gorączkujących pacjentek leczenie pozostaje zwykle jedno i to samo: płynne, wzmacniające pożywienie, środki podniecające i chłodne kąpiele.

O wiele gorsze mogą być skutki dla otoczenia, należy się bowiem obawiać przenoszenia się duru za pośrednictwem chorych na personel dozorujący i rozszerzania się go w ten sposób na długi przeciąg czasu na całą klinikę (w klinice autora szczęśliwym trafem skończyło się tylko na 2 przypadkach).

W praktyce prywatnej, rzecz prosta, ewentualności tej o wiele więcej lękać się trzeba, gdyż przytacza się tu jeszcze jeden moment, niebezpieczeństwo dla leczącego lekarza.

Jeżeli przypuścimy, że pierwszy przypadek trafiłby się w prywatnej praktyce, chora wyzdrowiała, a mąż wniósł skargę do sądu o niedbałą opiekę podczas porodu, to w braku sekcyi, fachowi koledzy z wszelkiem prawdopodobieństwem przyjęliby rozpoznanie zakażenia połogowego, a akuszer, co najmniej, wielceby stracił na opinii swego imienia lekarskiego. I w drugim przypadku przy mniej troskliwej obserwacji aż do czasu wyzdrowienia chorej choroba mogła być przyjęta za zakażenie z takim samym skutkiem dla akusзера.

Spostrzeżenia więc autora stanowią poważne napomnienia dla tych, którzy jako eksperci stają w sądach, że zanim bezpowrotnie zgubią imię lekarskie kolegi, powinni uwzględnić i tego rodzaju dalekie możliwości.

(*Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 297. Leipzig. 1901*) *Stan. Ługowski.*

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

50. MIECZNIKOW. Rola pewnych robaków kiszkowych (nematodes) w etiologii zapalenia wyrostka robaczkowego. Autor miał sposobność w ostatnich czasach stwierdzić obecność jajek askarydy lub tasiemce w wypróżnieniach chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego. Leczenie, przeciwko tym robakom kiszkowym podjęte, spowodowało wyleczenie bez uciekania się do rękoczynu chirurgicznego. Autor przeto sądzi, że w wielu przypadkach przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego są robaki.

W roku zeszłym ogłoszony był w *Semaine médicale* przypadek dotyczący chorego z ciężkimi objawami zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego objawami ogólnego zapalenia otrzewny, które ustąpiły po odejściu z wypróżnieniami z askaryd.

Z drugiej strony w literaturze znaleźć można seryę przypadków, w których przy operacji lub oględzinach pośmiertnych znaleziono w wyrostku robaczkowym robaki kiszkowe.

W ostatnim numerze *Semaine médicale* GIRARD podaje analogiczny przypadek.

Jest więc niejako stwierdzonem, że pasorzyty kiszkowe mogą być przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego.

Rola tych pasorzytów jest zdaniem autora podwójna: działają one na wyrostek robaczkowy bezpośrednio już to mechanicznie, już chemicznie lub też pośrednio przez wprowadzenie mikrobów do wyrostka robaczkowego.

Rołą robaków kiszkowych w powstaniu zapalenia wyrostka robaczkowego dadzą się wytłomaczyć współczesne zachorowania kilku członków rodziny lub małe epidemie tego cierpienia, spostrzegane w pensyonatach, a wywołane przez spożycie jarzyn, zanieczyszczonych wypróżnieniami ludzkimi, lub picie wody zanieczyszczonej.

Jak często robaki te są przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego, nie podobna orzec: w każdym razie należałoby w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego poddać często wypróżnienia badaniu brobnowidzowemu, które jednak niezawsze wypaść musi dodatnio i wykryć prawdziwą przyczynę choroby. Jeszcze właściwiej jest niekiedy podać lek przeciwko robakom w przypadkach, gdy badanie drobnowidzowe dało wynik ujemny. Kiedyś przepisywano dzieciom od czasu do czasu środki przeciwko robakom, od pewnego czasu zwyczaj ten zarzucono. Jestto zdaniem autora może jedną z przyczyn zwiększenia się częstości zapaleń wyrostka robaczkowego przez wielu klinicystów stwierdzonej.

Z powyższych faktów autor wyprowadza następujące wnioski i prawa:

1) We wszystkich przypadkach, w których się podejrzewa zapalenie wyrostka robaczkowego, należy dokonać badania drobnowidzowego wypróżnień.
2) Należy, ile razy to jest możliwe, przeprowadzić leczenie przeciw robakom kiszkowym.

3) Osoby, zagrożone zapaleniem wyrostka robaczkowego, powinny się wstrzymać od jedzenia świeżych i niedojrzałych jarzyn, poziomek i t. p. jakoteż picia wody surowej lub niefiltrowanej.

4) Zabronienie pokarmów nieświeżych i niestrawnych i picia wód nieczystych stanowi wyborny środek zapobiegawczy.

5) Nakoniec należy badać wypróżnienia od czasu do czasu szczególnie u dzieci i podawać środki przeciw robakom.

(*La semaine medicale* Nr. 11. 1901).

F. A.

51. P. MIRAUDE. Zapalenie płuc pod postacią zapalenia wyrostka robaczkowego. Obok ogólnie dziś znanych powikłań płucnych zapalenia wyrostka robaczkowego istnieje inny dział przypadków, w których cierpienie narządu oddechowego naśladuje klasyczny obraz zapalenia wyrostka i to bez najmniejszego jego obrażenia. R. MORRIS, półtora roku temu, ogłosił z przypadki tego rodzaju, a obecnie autor wznawia tę kwestyę w swej pracy, opartej na 8 nowych przypadkach, z których 3 podane przez prof. HUTNEL'a. Większość tych przypadków (6 na 8), zarówno jak i te, które były ogłoszone przez MORRIS'a, dotyczą zapalenia płuc zrazowego i wykazują, iż dla potrzeb kliniki konieczne jest odróżnianie szczególnej odmiany tego cierpienia, w którym przeważają objawy naśladujące zapalenie wyrostka robaczkowego.

Od samego początku i przez pierwsze 3 lub 4 dni ta odmiana zapalenia płuc rozwija się ze wszystkimi klasycznymi objawami zapalenia wyrostka robaczkowego. Powtarne dreszcze, mniej lub więcej umiarkowana gorączka, żółciowe wymioty, ból podłędźwiowy pozostawiają płuco jakby w cieńniu do tego stopnia, iż nietylko jest się dalekim od podejrzenia zapalenia płuc, lecz jeszcze rozpoznanie zapalenia wyrostka narzuca się do tego stopnia, że zabieg chirurgiczny uważamy za bezwzględnie konieczny. Operujemy i znajdujemy wyrostek zupełnie zdrowym, podczas gdy w dwa lub trzy dni później zagadka zostaje rozwiązana przez oddech oskrzelowy i rżenia trzeszczące.

Jeżeli dreszcze, gorączka i wymioty są wspólne dla zapalenia wyrostka i zapalenia płuc, to zdaje się przecieżyć, że ból powinien mieć uniejscowienie charakterystyczne. Otóż wiemy, że istnienie bólu i klucia w prawym dole podłędźwiowym jest oznaką patognomiczną dla zapalenia wyrostka i, z drugiej strony, klucie w boku jest najbardziej charakterystycznym przejawem początku zapalenia płuc włóknikowego.

Wiadomo, co prawda, iż u dzieci klucie w boku ustępuje często miejsca bólowi brzuszному. Otóż, według autora, fakt podobny spostrzega się również i w zapaleniu płuc u dorosłych. Ból może być umiejscowiony wyłącznie w prawym dole podłędźwiowym i to nawet przy lewostronnem zapaleniu płuc.

Jeżeli dodamy, że w podobnym przypadku niema nigdy duszności i że może ona, zresztą, być łatwo przypisana zapaleniu wyrostka robaczkowego, gdy istnieje wzdęcie brzucha, to łatwo takie zapalenie płuc przyjąć za zapalenie wyrostka. Błąd taki może być szczególnie częsty u dzieci, gdyż u nich zapalenie płuc ma często typ i przebieg brzuszny (kolki, wymioty, zaparcie), gdy jednocześnie objawy płucne, a szczególnie kaszel i odpluwanie, są mało wyraźne.

Należy jednak zauważyć, że całokształt objawów zapalenia wyrostka zdarza się tylko w początku zapalenia płuc, rzadko tylko przeciąga się on do czwartego dnia. W pewnych przypadkach natężona i stała gorączka, szczególny wygląd twarzy, nabrzmiały i nawałowy, czerwonosć policzka, wczesne wystąpienie kaszlu mogą skierować rozpoznanie na dobrą drogę nadługo przed ustąpieniem objawów brzusznych. Z drugiej strony, należy brać pod uwagę objawy, przemawiające za istnieniem zapalenia wyrostka, jak rozszerzenie żył brzusznych, obrzęk skóry, wrażliwość zagłębienia odbytnico-macicznego DOUGLAS'a u kobiety i zagłębienia prostnico-pęcherzowego u mężczyzny. Należy, wreszcie, pamiętać, że różnica między ciepłotą w odbytnicy i pod pachą, która w chorobach gorączkowych waha się między $0^{\circ},02$ i $0^{\circ},05$, dosięga w zapaleniu wyrostka robaczkowego $1^{\circ},1$ do $1^{\circ},4$ (SCHULE).

Jakkolwiek bądź jest, istnienie odmiany zapalenia płuc, naśladującego zapalenie wyrostka robaczkowego nakazuje jaknajwiększą baczość w rozpoznawaniu i wymaga zawsze szczegółowego badania płuc. Jest ono również argumentem, przemawiającym za zwlekaniem z zabiegiem chirurgicznym w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego, zwlekaniem bardzo krótkim, ponieważ objawy zapalenia wyrostka, zaciemniające zapalenie płuc, ustępują zwykle w ciągu pierwszych dni choroby.

(*La semaine médicale* Nr. 2. 1901).

St. Roslan.

XIX ZJAZD INTERNISTÓW W BERLINIE.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzenia d. 18 kwietnia.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 24).

Posiedzenie dzisiejsze rozpoczęto odczytem MUNZER'a (Praga Czeska), który podaje przyczynek do nauki o *febris hepatica intermittens*; zdaniem jego, zmniejszone wydalanie azotu z moczem zależy nie od zmniejszonego wytwarzania mocznika w wątrobie, lecz od zmniejszonego przyjmowania pokarmów. HIRSCHBERG (Frankfurt n. M.) podaje przypadek cierpienia wątroby, który zalicza do przerostowej marskości wątroby, wyleczony operacyjnie: autor usunął zastój żółci przez założenie przetoki przewodu żółciowego.

W dyskusyi NAUNYN (Strassburg) i ROSENSTEIN (Leiden) wyrażają wątpliwość, czy rzeczywiście była to marskość przerostowa HANOT'a.

Następnie przystąpiono do dwóch głównych referatów o ostrym zapaleniu rdzenia. LEYDEN (Berlin) rozpatrywał tę kwestyę przeważnie ze stanowiska klinicznego. Po krótkim przeglądzie historycznym postawił on następujące trzy główne typy: 1) *Myelitis transversa*. 2) *Myelitis disseminata*. 3) *Poliomyelitis acuta*.

Wyłączyć należy cierpienia, spowodowane przez charłactwo, złośliwą małokrwiistość, moczwkę cukrową i t. p., jak również zapalenia rdzenia uciskowe, wywołane zwłaszcza przez próchnienie stosu pacierzowego. Etiologicznie najważniejszą rolę gra wtargnięcie bakterii. Ostre zapalenie rdzenia występuje najczęściej w następstwie ostrych chorób zakaźnych i zdaniem PIERRE MARIE jest chorobą zakaźną.

Czy toksyny same mogą wywołać zapalenie rdzenia, tego dziś jeszcze nie wiemy. Najczęściej jest ono skutkiem wtargnięcia mikrobów, zwłaszcza diplokoków WEICHELBAUM'a i streptokoków. Ale zdarza się zapalenie rdzenia również po grypie, tyfusie, zapaleniu jamy gardzieliowej, po połogu i t. p. Z chorób chronicznych należą tu gruźlica, przymiot i rzeżączka. Inne momenty przyczynowe stanowią zatrucia alkoholem, nikotyną, ołowiem i gazami (CO, CO₂, CS₂ lub inne) Nareszcie wielką rolę odgrywa uraz nawet czysto psychiczny. LEYDEN mówi już wprost o zapaleniu rdzenia z przestrawu (*Schreckmyelitis*), który gra tu rolę momentu wywołującego.

Referent odróżnia 3 formy zapalenia rdzenia: 1) *Myelitis dorsalis*. 2) *Myelitis cervicalis*. 3) *Myelitis bulbaris*.

Obraz kliniczny zależy od umiejscowienia sprawy. Objawy początkowe mogą wystąpić nagle (*Myelitis acutissima s. apoplectica*); w tych razach należy zawsze pamiętać o możliwości hematomyelii. Potem sprawa posuwa się dalej

a) w górę, wtedy mamy groźne objawy ostrego zapalenia opuszkowego, które jednak może uleczyć polepszeniu, a nawet uleczeniu, b) w szereg i c) aż do pokazania się objawów neuroparalitycznych, jako to: zapalenia pęcherza, odleżyny, zaburzeń odżywczych, zgorzeli i t. p.

Ale nawet tutaj rokowanie nie jest bezwzględnie niepomyślne, gdyż i te objawy mogą ustąpić. *Myelitis transversalis* i *disseminata* uważamy dzisiaj za sprawy uleczalne, gdyż wiemy, że obrzęk i wylew krwawy ulegają wessaniu. Proces ten może się stać przewlekłym. Nawet *paralysis spinalis spastica* zalicza referent do zapalenia rdzenia. Terapia nie jest dziś tak bezsilna, jak dawniej. Z leków jod nie jest tu specyficzny, jak przy przymiocie, ale zawsze daje najpomyślniejsze wyniki.

Następny koreferent REDLICH (Wiedeń) przedstawił tę sprawę wyłącznie z punktu widzenia anatomii i patologii ogólnej.

STRUEMPPELL (Erlangen) zwraca uwagę na trudności, jakie następcza wykazanie drobnoustrojów, wywołujących zapalenie. Największe usługi może tu oddać nakłucie łądźwiowe. Stosował je on dwa razy: w pierwszym przypadku chodziło o ograniczone zapalne rozmięczenie rdzenia w dolnej części piersiowej w następstwie *panaritium*. W mętnym płynie znaleziono liczne stafilokoki. Istnieje pewna ostra postać zapalenia rdzenia, która nie wychodzi po za tylne pęczki. Referent widział ją w następstwie róży.

SCHULZE (Bonn) zaznacza częsty udział opon rdzeniowych w zapaleniu rdzenia, zwłaszcza w poliomyelicie. Zaleca on gorąco nakłucie łądźwiowe, które przy zachowaniu pewnych środków ostrożności nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa.

KAHLDEN (Fryburg), ROTHMANN (Berlin) i GOLDSCHIEDER (Berlin) mówią o sposobie szerzenia się zapalenia rdzenia.

RITTER (Berlin) mówi o zapaleniu rdzenia u dzieci. Spostrzegł on 6 przypadków rozlanego zapalenia rdzenia, a mianowicie jeden w szkarlatynie, dwa w dyfterycie i trzy w przymiocie dziedzicznym; z tych ostatnich jedno dziecko miało trzy lata, a pozostałe po 5 miesięcy. Wyzdrowienie nastąpiło po szkarlatynie i raz po dyfterycie.

Posiedzenie popołudniowe poświęcone było przeważnie kwestyom chemii fizyologicznej i patologicznej. WIENER (Praga Czeska) mówił o powstawaniu syntetycznym kwasu moczowego w ustroju zwierzęcym, MEYER (Karlsbad) o badaniach doświadczalnych nad rozpadem cukru w ustroju.

BIAL (Kissingen) mówi o doświadczeniach i obserwacji nad chroniczną pentozuryą. Przeróbka monosacharydów 6 atomowych w ciele pentozuryka odbywa się zupełnie normalnie; po zadaniu fiorydzyiny przechodzą jednak te ostatnie substancje do moczu. Pentoza nie pochodzi z pokarmu, lecz zostaje wytworzona w ustroju. Utlenianie pentozy w ciele pentozuryka odbywa się tak samo, jak u normalnego człowieka.

ELLINGER i SEELIG (Królewiec) mówią o wpływie uszkodzeń nerki na przebieg moczówki cukrowej pochodzenia trzustkowego u psa. Wywoływali oni ostre zapalenie nerek za pomocą kantarydyny u psa, któremu wyluszczyli uprzednio całą trzuskę. Zawartość cukru w moczu spadła, objaw ten przemija szybciej, niż białkomocz. To samo zdarza się, gdy pies sam z siebie dostanie zapalenia nerek; wtedy zawartość cukru we krwi jest znacznie wyższa, gdyż nerka nie może dostatecznie wydzielać. Istota zaburzenia przemiany materii w cukromoczu, hyperglicæmia, trwa przeto dalej, gdy glikozurya ustaje. Opierając się na tem, autorowie dochodzą do następującego wniosku: chorzy na moczówkę cukrową

z białkomoczem powinni zachować dietę węglowodanową, nawet wtedy, gdy mocz cukru nie zawiera.

NAUNYN w dyskusji jest temu stanowczo przeciwny. Zaznacza on, że częstokroć przy charłactwie gruźliczem cukier znika z moczu zupełnie, chociaż nie ma absolutnie żadnych objawów zapalenia nerek. Ścisłe powstrzymanie się od węglowodanów może u takich pacjentów wywołać bardzo groźne skutki.

Sprawozdanie z posiedzenia dnia 19 kwietnia.

Ostatnie posiedzenie rozpoczęto odczytem ROTHMANN'a (Berlin) „o eksperymentalnych uszkodzeniach rdzenia przedłużonego“.

KAHLDEN (Fryburg) mówił: 1) o porencefalii, 2) o pęknięciu aorty rzadkiego pochodzenia. Prelegent demonstruje preparat z chorego, który po reumatyzmie dostał ropnego zapalenia osierdza; sprawa przeszła na ścianę aorty i doprowadziła do jej przedziurawienia.

Długo dyskutowano tego dnia nad etiologią reumatyzmu, ale bez żadnych pozytywnych wyników. Brali w tem udział: SINGER (Wiedeń), który przemawiał na rzecz *streptococcus pyogenes* i MAYER (Berlin), który był za specyficznym *diplo-streptococcus*.

Ciekawy był odczyt GLUCK'a (Berlin) o chirurgii płuc. Demonstruje on trzech pacjentów i jeden preparat anatomiczny. Na podstawie badań eksperymentalnych próbował autor z powodzeniem usuwać chore części płuc, wycinając uprzednio duże części klatki piersiowej i ewentualnie łopatki, aby mieć łatwy dostęp. Zdumiewający był wynik w następującym przypadku: pacjent, starszy już człowiek, miał swojego czasu ropnicę z wielokrotnem zajęciem stawów i gruczołów limfatycznych. Z tego wywiązał się wielki ropień lewego płuca. Referent wyluszczył cały lewy płat dolny, tak że widać było aortę, serce i przeponę. Chory wyzdrowiał i ma się dzisiaj bardzo dobrze. Te same wyniki otrzymał autor u dwojga dzieci. Preparat dotyczył chłopca, u którego wyluszczył był lewy dolny i średni płat. Chory przeżył operację dobrze i był jakiś czas zdrowy; śmierć nastąpiła nagle wskutek zapalenia mięśnia sercowego.

SCHRÖTTER (Wiedeń) i KRAUS (Graz) podają przypadki kazuistyczne porażenia nerwu zwrotnego przy *stenosis mitralis*.

VOGT (Berlin) o scentralizowaniu pracy nad anatomią mózgu.

HAMPELN (Ryga) o śmiertelności z zapalenia płuc w szpitalach.

ROSENFELD (Wrocław) o stłuszczeniu narządów.

MORITZ (Monachium) o ortoradyografii serca.

SOMMER (Giessen) analiza zaburzeń ruchowych w chorobach nerwowych i umysłowych.

Z kongresem połączona była wystawa preparatów anatomicznych i przyrządów, która wykazała całe bogactwo środków, jakimi się dziś medycyna wewnętrzna posługuje. Na szczególniejszą uwagę zasługuje oftalmoskop THORNER'a (Berlin). W zasadzie nie różni się on od zwykłego oftalmoskopu, uboczne dość skomplikowane jednak urządzenia pozwalają nawet nielekarzowi w jednej chwili obejrzeć jaknajdokładniej dno oka. Oftalmoskop urządzony jest na dwóch obserwatorów, tak że niepodobna sobie wyobrazić bardziej idealnego

przyrządu do nauczania klinicznego. Szkoda tylko, że cena jest dosyć wysoka, bo dochodzi do 300 marek.

W ogólności zjazd internistów był o wiele mniej ciekawy i pouczający od chirurgicznego. W referatach widać było przewagę teorii nad praktyką. Zainteresowanie z biegiem kongresu znacznie osłabło; niewielka stosunkowo sala częstokroć świeciła pustkami.

Maurycy Urstein.

O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława

za czas od 14 Maja do 14 czerwca r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 102 (m. 40, k. 62); przybyło od 14 maja do 14 czerwca 146 (m. 67, k. 79); wypisało się 141 (m. 58, k. 83); zmarło 19 (m. 10, k. 9); pozostało na miesiąc następny chorych 88 (m. 39, k. 49).

Ogólna liczba chorych była większa, niż w ubiegłym miesiącu (129), a to z powodu stopniowego zwiększania się wszystkich prawie chorób gorączkowych, prócz tyfusu wysypkowego, który, aczkolwiek w dalszym ciągu szerzyć się nie przestaje, notowany był jednakże rzadziej. Częściej więc pokazywała się znów ospa, odra, róża, zapalenie płuc z przebiegiem dosyć ciężkim. Pojawiają się również już dosyć częste przypadki biegunki krwawej

Na pierwszy więc plan w miesiącu sprawozdawczym wystąpiła znów ospa, której przybyło przypadków 35 (m. 22, k. 13) z przebiegiem dosyć ciężkim. Śmiercią zakończyło się przypadków 6 (m. 4, k. 2), z których 5 u chorych nie-szczepionych. Chorzy przybyli z ulic i domów: Solec 14, Sienna 76, Tamka 28, 33, 48 i 39 (2 przypadki); Żórawia 5 i 59, Hoża 20, Wspólna 11, Solna 10, Aleje Jerozolimskie 37 i 78, Chmielna 27 i 43, Nowy Świat 6, Miodowa 13, Piękna 44, Pańska 29, Wolska 58, Św. Krzyska 5, Książęca 9, Marszałkowska 58, Plac wyścigowy, Szczygła 4, Dzielna 86, Nowolipki 18, Nowogrodzka 5, Sowia 3 i 4 z poza Warszawy.

Drugą rubrykę zajął tyfus wysypkowy, którego odnotowano przypadków 30 (m. 11, k. 19) z przebiegiem ciężkim, powikłanym. Śmiercią zakończyło się przypadków 5 (m. 3, k. 2). Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Pawia 37, Bugaj 18, Dworska 3, Nowolipki 64, 40, Miła 40, 35, Grochowska 11 (2 przypadki), Dzielna 23, Nowo-Dzika 4 (2 przypadki), Ogrodowa 60, Brzozowa 17, Chmielna 76, Krochmalna 39, 6; Kościelna 4, Twarda 3, Ogrodowa 61, Wolska 21, 35 (2 przypadki), Smocza 39, Freta 32, oraz droga Górczewska (3 przypadki), Wola i Jelonki.

Więcej niż w kwietniu przybyło chorych na różę, której przyjęto przypadków 24 (m. 7, k. 17), z przebiegiem niezbyt ciężkim pomyślnie zakończonych. Chorzy pochodzili z ulic: Zielna 5, Wiejska 8, Dzika 1, Elektoralna 17, Wolska 30, Tamka 34, Św. Jerska 18, Plac Zamkowy 107, Marszałkowska 72, 49, Krochmalna 24, Smolna 8, Górczewska 6, Krakowskie Przedmieście 41, Solec 52, Plac Witkowskiego 12, Nowowiejska 18 i 11, Krucza 34, Chmielna 62, Hoża 24, Ochota, Ożarów i Dumienice.

Częściej również pokazywała się odra, której odnotowano przypadków 7, (m. 3, k. 4), przeważnie u dorosłych z ulic: Chłodna 16 i 6, Krakowskie Przedmieście 48, Ciepła 26, Ogrodowa 21, Sienna 80, Dobra 51.

Zaznaczyć należy wczesne pojawienie się biegunki krwawej, której przyjęto przypadków 5 z przebiegiem łagodnym, z ulic: Rybaki 6, Długa 20, Belwederska 17, Dobra 5, Rymarska 6.

Z innych chorób gorączkowych przyjęto: 4 przypadki zapalenia płuc krupowego, po 3 — tyfusu brzuszno (Miła 62 i 2 zamiejskie), błonicy gardła i reumatyzmu wielostawowego; po 2 przypadki szkarlatyny (Wolska 35, Warecka 12), zimnicy, gorączki płożowej (Żórawia 3, Czyste), gruźlicy płuc i zapalenia gardła oraz jeden przypadek nosacizny (Ochota).

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych było 18 (m. 11, k. 7).

Biletów odmownych chorym, niekwalifikującym się do szpitala św. Stanisława, wydano 13 (m. 7, k. 6).

Rewakcynacyi dokonano 57 (m. 26, k. 31).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 3205 (m. 1285, k. 1920).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 7,6%.

J. Szwejcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Pierwotne stwardnienie przymiotowe bywa zazwyczaj oznaką ogólnego zarażenia, ponieważ chory staje się już wówczas odpornym na szczepienie zarazka przymiotu, a usunięcie stwardnienia nie zapobiega wystąpieniu objawów ogólnych. Wobec tego jednak dziwnem się zdaje, dla czego objawy ogólne (wysypka i t. d.) pojawiają się dopiero po upływie dłuższego czasu? MATZENAUER odpowiada na pytanie to w sposób następujący. Po ukazaniu się stwardnienia pierwotnego zarazek przez drogi chłonne przenika do gruczołów, w których się zatrzymuje, gdy tymczasem wytworzone przezeń toksyny dostają się do krwi i uodparniają ustrój przeciw nowemu zarażeniu się. Tym sposobem, przed pojawieniem się wysypki, zarazek mieści się w stwardnieniu i w gruczołach chłonnych. Zjawiska te są zupełnie podobne do objawów przy nowotworach złośliwych. Opierając się na zasadzie, iż zarazek długi czas zostaje zatrzymywany przez gruczoły, M. proponuje wycinanie stwardnienia pierwotnego i gruczołów pachwinowych. Z 21 przypadków takiego leczenia w 4 nie było wcale wtórnych objawów. Autor stawia wnioski: 1) jeśli usunąć stwardnienie przed pojawieniem się obrzmienia gruczołów, to ostatnie nie następuje; 2) po usunięciu stwardnienia i wyluszczeniu obrzmiących po jednej stronie gruczołów, gruczoły strony przeciwnej nie o-

brzmiewają. (Archif. f. Derm u. Syph. T. 52).

— SERGENT, na zasadzie 30 spostrzeżeń, zaleca stosowanie wstrzykiwań eteru w kaszakach skóry (z wyjątkiem guzów, okazujących skłonność do zapalenia). Należy wstrzyknąć zwolna całą strzykawkę PRAVAZ'a. Niekiedy trzeba powtarzać rękoczyn kilka dni z rzędu. Gdy zawartość stała się płynniejszą, to wyciska się ją, a worek ostrożnie wydobywa się szczypczykami.

(Presse med. 30. 6. 900).

— Ażeby wzierniki kraniowe nie zachodziły parą podczas wyprowadzania do jamy ustnej, stosuje się zdawna ogrzewanie ich nad lampą. KIRSTEIN zaproponował, zamiast tego, smarowanie wziernika mydłem szarem. VACHEZ zanurza wziernik w 1% roztworze sody, a następnie zwilża 1—2% roztworem cyanku rtęci. Obecnie RUPRECHT zastosował $\frac{1}{2}$ % roztwór lizolu w którym wzierniki pozostawać mogą bez szkody przez czas dłuższy. Roztwór ten powleka wziernik zupełnie równomiernie i nie mąci wcale jasności obrazu. Smaku lizolu chorzy nie odczuwają prawie wcale. (Mon. f. Ohr. czerw. 900).

— W r. 1896 WILLIAMSON opisał próbę krwi w moczołwie cukrowej, polegającą na danych następujących: na dno małej wąskiej probówki nalewa się kroplę wody (40 milim. sześć.), dodaje 20 mm. sz. krwi (t. j. kroplę z pal-

ca) i 1 cm. sz. roztworu błękitu metylenowego (1 : 6000) wraz z 40 cm. sz. roztworu lugu potasowego; po 4 minutowem gotowaniu płyn traci swój kolor błękitny i staje się brudno-żółtawym, gdy krew zdrowa w tym płynie nie zmienia jego barwy i pozostaje on błękitnym lub zielonawym. Autor otrzymał odczyn dodatni u wszystkich 43 chorych badanych. Niewątpliwie zależy on od nadmiaru cukru we krwi chorych na moczówkę, gdyż krew zdrowa daje tenże odczyn po dodaniu do niej cukru gronowego. (Lancet. 4. 8. 1900).

= ULLMANN w instytucie fizyologicznym w Wiedniu dokonał prób przeszczepiania odcinków kiszek u świń (których przewód kiszkowy najbardziej jest zbliżony do ludzkiego). Przeszczepiał on: kışkkę cieką do grubej, ślepą do czczej, grubą do żołądka, cieką do żołądka, żołądek do grubej i wreszcie żołądek do biodrowej. Przeszczepiania były zupełne i niezupełne (trans- i implantacye). Zwierzęta znosiły operacyę bardzo dobrze, z wyjątkiem dwóch. Trawienie pozostawało prawidłowem. Po 2—4 miesiącach zwierzęta zabijano. Następowало dokładne zrastanie się wszczepionych odcinków, czy pozo-stawianych na szypule, czy oddzielonych, a nawet takich, które zawinięte w ciepłe serwety, zostawały godzinę na sąsiednim stoliku. Przy wszczepianiu kışki grubej do żołądka lub odwrotnie, na miejscach przejścia jednej błony śluzowej w drugą tworzyły się wrzody, trwające nawet 3 miesiące. Do szwów autor używał jedwabiu. Przeszczepiań kışkowo-kışkowych rurkowatych autor dokonywał sposobem MAUNSELL'a; przy przeszczepianach odcinków kiszek lub żołądka nakładano podwójny rząd szwów nie obejmujących błony śluzo-

wej. Ruchy robaczkowe odcinków odbywały się prawidłowo. Badania drobnowidzowe wykazały, iż odcinki nie przystosowywały się do nowych warunków, jak to bywa przy przeszczepianiu błony śluzowej do skóry. (Wien. m. Woch. 18. 8. 1900).

= Zdaniem POWELL'a, każdy przypadek gościca stawowego, nawet najłżejszy, powinien zniewalać lekarza do pozostawiania chorego w łóżku. Jednoczesne cierpienie serca najłatwiej ustępuje przy zachowywaniu bezwzględne go spokoju. Salicyl przedstawia pod jednym względem niebezpieczeństwo: mianowicie, po usunięciu bólów chory uważa się za wyleczonego, gdy tymczasem choroba stała się tylko ukrytą; po wstaniu chorego z łóżka, występują często szmer y sercowe, których poprzednio nie było. (Lancet. 31. 3. 1900).

= Opisawszy jeden własny przypadek, w którym autor rozpoznał raka trzustki i wątroby na zasadzie obrzmienia gruczołów nadobojczykowych, TORSCHETTI zebrał 38 przypadków raka żołądka, dwunastnicy, trzustki i wątroby i znalazł obrzmienie gruczołów pachwinowych w 9 przypadkach, szyjowych, w 17 i nadobojczykowych w 7. Obrzmienie tych ostatnich gruczołów występować może bardzo wcześnie, gdy nie ma jeszcze innych oznak raka. Jest ono bardzo charakterystyczne: gruczoły są duże, łatwo wyczuwalne, leżą tuż nad obojczykiem i zawsze prawie z lewej strony. (D. Arch. J. Kl. Med. 1. 67).

= REMLINGER, z liczby 706 chorych na tyfus brzuszny u 6 spostrzegł łuszczenie naskórka; pojawiało się ono z chwilą opadania ciepłoty, między 32 a 52 dniem choroby, w przypadkach wogóle ciężkich, głównie na bocznych częściach tułowia i na brzuchu. (Rev. de med. 5 — 1900).

— Zmarli. W Nałęczowie w 46 roku życia zmarł d-r Tytus MĄCZEWSKI, wychowaniec uniwersytetu Warszawskiego. Zmarły pozostawia po sobie pamięć zacnego kolegi i człowieka. S. p. MĄCZEWSKI pochowany został w Łomży, gdzie przez szereg lat praktykował.

MARIENBAD

(Zdrojowisko Światowe
Czechy)

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn

najsilniejsze wody glauberskie w Europie (z 5 gr. soli glauberskiej w litrze).

Wskazania: ogólne otłuszczenie, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stołca, plethora.

Ambrosiusbrunn najsilniejsza, czysta woda żelazista w Europie, (z 0.177 gr. dwuwęglanu żelaza w litrze).

Wskazania: anemia, chloroza.

Rudolfsquelle, z bardzo dużą zawartością kwasu węglanego, wapna i magnezyi.

Wskazania: przewlekłe nieżyty dróg moczowych, kamienie nerkowe, cukrzyca, artretyzm.

Wszystkie wody Marienbad w Czechach
SKŁADY
we wszystkich aptekach, w składach wód mineralnych
i składach aptecznych.

ŻEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM

kolej, poczta, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szeczawa żelazista, Pora kąpielowa trwa od 28 Maja do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ŻEGIESTOWSKA znajduje się we wszystkich wielkich składach wód mineralnych

Lekarz Ordynujący: Dr. WŁADYSŁAW MIKUCKI, były asystent kliniki ginekol. U. J.

5 godz. od Warszawy,
godzina od Lublina,
5 wiorst od stacyi kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf
na miejscu. Powozy na
zainówienie.
W lecie omnibus.

Zdrojowisko szorzawy żelazistej do picia i do kąpeli. Kąpiele błotne. Hydroterapia.

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dyetetyczną. Masaż Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi wygodnie urządzonej na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyń chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

Dyrektor D-r A. PUŁAWSKI, h. ordynator Szpit. D. Jozus.

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Poznań—Schneidemühl).

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

ŁADOWANIE AKUMULATORÓW ELEKTRYCZNOŚCIĄ
z skutecznością się na każde zadanie, wraz z obsługą
takowych do domów.

Zakład Elektro-mechaniczny WŁADYSŁAWA MAKOWSKIEGO

Warszawa — Nowogrodzka 17.

Wyrabia i naprawia: Akumulatory do oświetlania i galwanokaustyki, Elektromotory, Dynamomaszyny, Volt i ampermetry, maszyny elektryczne: galwaniczne i statyczne oraz Roentgenowskie itp.

Aparaty sterylizacyjne do narzędzi chirurgicznych i podwójne niklowanie tychże narzędzi. Urządza instalacje oświetlenia elektrycznego, połączeń telefonicznych, telegraficznych — oraz przenoszenia siły na odległość za pomocą elektryczności. Piorunochrony itp.

UWAGA. Zakład posiada na składzie, do sprzedania — po cenach bardzo przystępnych — nowe oraz mało używane — i znajdujące się w zupełnie dobrym stanie:

Baterie galwaniczne o prądzie stałym w cenie od rub. 40 i wyżej.

Baterie do galwanokaustyki " " " 60

Akumulatory z opornikami " " " 30

Dynamomaszynę o sile 12 amp. i napięciu 65 volt. rub. 125

Galwanometry, Elektromotorki itp. itp. w cenie od rub. 15

Specjalność: Ładowanie akumulatorów elektrycznością po cenach przystępnych.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE

„MOTOR“

Marszałkowska 23. Telefon Nr. 491.

ODDZIAŁ WÓD MINERALNYCH

dawniej

PATENTOWANY INSTYTUT SZTUCZNYCH WÓD MINERALNYCH APTEKARZY WARSZAWSKICH

Poleca wody mineralne sztuczne i napoje gazowe przygotowane na wodzie destylowanej.

Sole do kąpiei mineralnych — kąpiele wydają się w łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

Na żądanie wysyła się wody mineralne naturalne. Woda destylowana na balony.

Wiesbaden Lekarz chorób skóry i syfilitycznych

Friedrichstrasse 16. D-r med. Julius Müller.

Baden pod Wiedniem

Kąpiele siarczane pierwszorzędne. Lekarz zdrowotny D-r Henryk Kümmerling (Polak) ordynuje od 1-go Maja b. r. w Baden pod Wiedniem przy Renn-gasse 3 i udziela bliższych informacyj.

D-r Kazimierz Kruszyński

ordynuje jak lat poprzednich od 1-go Czerweca w Szczawnicy.

D-r Zygmunt Wasowicz

asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell., ordynuje jak lat ubiegłych

w Krynicy

Dom „pod Orłem.”

D-r Feliks Arnstein

od 20 Maja ordynuje jak zwykle w Ciechocinku.

D-r Med. Wasserthal (junior)

praktykuje w KARLSBADZIE

„SCHWARZES ROSS“

Mühlbrunn-gasse.

D-r Jan Piltz

zamieszkał w Warszawie i przyjmuje z chorobami nerwowymi codziennie od 9—10 i od 4—6 pp.

PIĘKNA 14 A.

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki na trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.

Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol

Stosowanie: czysty lub z Acid. bor. pulv. albo jako maść 5%.

Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)
zawiera 5% Tanniny w połączeniu organicznem.

Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale AgNO₃, nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

Lycetol

(Winian dimetalpiperazyny)
łatwo podzielną o przyjemnym smaku, nie hygroskopijny.

Epicaryna

dla użytku weterynar.

Lozofan

Kwas salicyłowy. Salicylan sodu. Analgen.

Phenacetyna Bayer Aspiryna



Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakoln.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia tanninę, rozszepca się w kiszkaż przez co nie psuje apetytu.

Hedonal

Tetronal

Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicyłowy i salicylan sodu, nie drażni żołądka i zostaje bez rozkładu przyswojona.

Żelazo—Somatoza

(Ferro-Somatose)
Zawiera 2% żelaza w połączeniu organicznem łatwo przyswajalnem. Bez smaku, łatwo rozpuszczalna.

Europphen

zastępuje jodoform w małej chirurgii.

Stosowanie: czysty lub z acid. boric. pulv. aa. p. w maści —10%.

Jodotyryna

działająca substancja gruczołu tarczycowego.

Salophen

zamiast kwasu salicyłowego i jego soli, bez zapachu, zupełnie nieszkodliwy, wolny od wszelkich ubocznych działań.

Piperazyna

Trional

Sulfonal

Salol