

MEDYCYNA.

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 Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Przyczynę do kwestyi ciąży śródmiaższowej. Podał H. Raszkę. — Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa. Napisał A. Wizel. (Ciąg dalszy). — WYKŁADY KLINICZNE. W sprawie klinicznego znaczenia produktów rozkładowych, występujących w moczu. (Dokończenie). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 74. Dalsze spostrzeżenia nad appendicitis chronica. 75. Jak często brak typowego stłumienia w prawym dole biodrowym przy zapaleniu wyrostka robaczkowego? 76. Przyczynę do nauki o martwicy tkanki tłuszczowej (Fettnekrose). — Z Towarzystw Lekarskich zagranicznych.—DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Raszkes — Contribution à la question de la gravidité intermusculaire. 2) D-r A. Wizel — Une imbécille comme calculatrice extraordinaire.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Raszkes—Ein Beitrag zur Frage der intermusculären Gravidität. 2) D-r A. Wizel — Ein ausserordentliches Rechentalent in einem Falle von Imbecillität.

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

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA J. ROSENTHALA I Z PRACOWNI PATOLOGICZNEJ
D-RA J. STEINHAUSA W SZPITALU ŻYDOWSKIM W WARSZAWIE.

PRZYCZYNEK DO KWESTYI CIĄŻY ŚRÓDMIĄŻSZOWEJ.

Podał

D-r H. RASZKES asystent oddziału.

Ciąża pozamaciczna, do niedawna jeszcze zaliczana do rzadkości, w ostatnich czasach spostrzegana bywa nierównie częściej. Dzieje się to, według wszelkiego prawdopodobieństwa, przedewszystkiem dzięki udoskonaleniu metod rozpoznawczych. Tylko niektóre formy ciąży pozamacicznej pozostały nadal względną rzadkością i budzą dotychczas żywe zainteresowanie w kołach specjalistów. Do tych form należy przedewszystkiem ciąża trąbkowa śródmiaższowa.

Autorowie odróżniają kilka odmian ciąży śródmiąższowej; większość, idąc za przykładem HENNIG'a ¹⁾, uznaje odmiany następujące:

1) *Graviditas tubouterina* — kiedy jajo leży częściowo w trąbce, częściowo zaś w macicy.

2) *Graviditas interstitialis* — kiedy jajo rozwija się wyłącznie w części trąbki, leżącej w ścianie macicy.

3) *Graviditas intramuralis* — (którą DEZEIMERIS już w 1836 roku opisał pod nazwą *uterointerstitialis*), kiedy jajo przedostaje się z części trąbki, leżącej w ścianie macicy, do mięśnia macicznego, rozerwawszy lub rozsunąwszy jego pęczki.

Różnica pomiędzy 2-gą a 3-cią odmianą HENNIG'a polega więc na tem, że w odmianie 3-ciej błona śluzowa trąbki nie przyjmuje udziału w budowie legowiska jaja płodowego. Oczywiście różnicę taką uchwycić możnaby było jedynie przy dokładnem badaniu drobnowidzowem, i to tylko o tyle, o ile wogóle taka różnica jest uchwytana. Jednakże większość autorów, opisujących przypadki ciąży śródmięśniowej i przyjmujących klasyfikację HENNIG'a, ogranicza się na makroskopowem badaniu preparatów. Początkowy okres rozwoju jaja w śródmiąższowej części trąbki, pęknięcie tej ostatniej, przejście jaja do mięśnia macicznego, — wszystkie te zjawiska nie były dotychczas przez nikogo jeszcze przestudyowane, więc też istnienie ciąży śródmięśniowej (*grav. intramuralis*) nie jest jeszcze udowodnione. Sądzimy wobec tego, że byłoby o wiele racjonalniejszym odróżnianie dwóch tylko odmian ciąży śródmiąższowej: 1) *Graviditas tubouterina* i 2) *Graviditas interstitialis propria*.

Takiego podziału trzyma się już BECKMAN ²⁾. Autor ten wszakże zalicza, naszym zdaniem niewłaściwie, do pierwszej odmiany te przypadki, w których jajo leży wyłącznie w części trąbki, przebiegającej w ścianie macicy, ale rozszerza ujście maciczne trąbki. BECKMAN uzasadnia to zaliczenie właściwie jajowodowej formy ciąży do jajowodowo-maciczej grupy względami praktycznymi. Klinicznie bowiem jednakowo należy traktować, według BECKMAN'a, wszystkie przypadki ciąży zewnątrzmacicznej, które mogą być zakończone (naturalnie albo sztucznie) wyjściem jaja przez macicę, od tych, w których takie zakończenie jest niemożliwe. Do pierwszej kategorii będą należały ciążę maciczno-trąbkowe i te trąbkowe, w których ujście maciczne trąbki jest rozszerzone, do drugiej zaś te, w których jajo płodowe oddzielone jest od jamy macicy grubszą lub cieńszą warstwą mięsną.

Ale istnienie szerokiego otworu macicznego trąbki za życia nie zawsze skonstatowane być może, więc i zakończenie *per vias naturales* nie jest wcale konieczną konsekwencyą jego. Jako dowód, może służyć przypadek M. WARSZAWSKIEGO ³⁾, w którym łożysko poprzedzające zamykało szeroki otwór trąbki przy 3 $\frac{1}{2}$ -miesięcznej *graviditas interstitialis*. Nie wiedząc o istnieniu tego otworu, dokonano laparotomii i amputacji nadpochwowej.

Kilka miesięcy temu mieliśmy okazję spostrzegać klinicznie, a następnie badać mikroskopowo przypadek typowej ciąży śródmiąższowej.

¹⁾ Centralbl. f. Gyn. 1889. Nr. 12. p. 204.

²⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXVIII p. 471 i Wracz 1898. Nr. 15 p. 428.

³⁾ Kronika lekarska. 1897.

Przypadek nasz dotyczy 25-letniej Sz. F., pochodzącej ze zdrowej rodziny. Pacjentka nasza zaczęła miesiączkować w 17 roku życia; typ miesiączki był czterotygodniowy; trwanie 6—7 dni. W 20-tym roku wyszła za mąż. W 14 miesięcy po ślubie urodziła żywe dziecko w położeniu pośladowym (*extractio*). Łóżysko odeszło samo, krwawiła 10 dni po porodzie. Dziecko karmiła przez 1½ roku. Miesiączkować ponownie zaczęła dopiero po zaprzestaniu karmienia. Typ jednak się zmienił — peryody powracały co 2½ — 3 do 3½ tygodnia, trwały 8 dni i były bardzo obfite. Przez cały rok 1901 dokuczały jej silne białe upławy. W końcu września miała po raz ostatni peryod. W końcu listopada nastąpił nagle krwotok maciczny; silne krwawienie trwało przez 8 dni, a dwa tygodnie jeszcze pokazywały się „plamy”. 6 stycznia r. b. pacjentka nagle poczuła po powrocie z przechadzki silny ból w dolnej części brzucha, szum w uszach, mroczenie przed oczyma. Wezwani lekarze żądali natychmiastowego umieszczenia chorej w szpitalu; chora jednak pomimo coraz groźniejszych objawów zapaści przez dwa dni się nie decydowała. Dopiero 9-go stycznia o godzinie 12½ po poł. chorą przywieziono do szpitala żydowskiego do oddziału d-ra J. ROSENTHALA.

Przy badaniu chorej zaraz po jej przyjęciu zwróciła na siebie uwagę niezwykła bladość skóry i błon śluzowych przy dobrym wogóle odżywianiu i obfitym pokładzie tłuszczowym. Ciepłota — 37°. Tętno — około 100, ledwo wyczuwalne. Brzuch był bardzo bolesny na dotyk, wypukłony nienormalną zawartością, którą wyczuć było można jeszcze na jeden palec powyżej pępka. Opukiwanie wykazywało od tego miejsca ku dołowi stłumienie. Wyraźne chęłbotanie. Część pochwowa macicy była odsunięta ku spojeniu łonowemu, ujście maciczne zamknięte. Trzonu macicy wyczuć nie można było. Sklepienia znacznie wypukłone; przez tylne sklepienie wyczuliśmy wyraźne chęłbotanie.

Na podstawie wywiadów (zatrzymanie regularności, atypowe krwawienia, zapaści) już można było rozpoznać ciążę pozamaciczną; badanie zaś chorej wskazało nadto, że nastąpić musiał krwotok wewnętrzny po pęknięciu legowiska jaja płodowego. Z jaką odmianą ciąży pozamacicznej mieliśmy do czynienia, tego określić nie można było — przepełnienie jamy brzusznej krwią i silna bolesność brzucha uniemożliwiały dokładniejsze zbadanie chorej. D-r J. ROSENTHAL natychmiast po zbadaniu chorej przystąpił do operacji.

Po dokonaniu cięcia brzuszego wzdłuż linii białej wylała się z jamy brzusznej świeża, płynna krew. Ręką i tamponami wydobyto resztę płynnej krwi i skrzepy, wśród których leżał świeży płód 3½-miesięczny. Po uniesieniu ręką macicy w górę przekonano się, że lewy róg i lewa połowa dna macicy przekształciły się w guz wielkości gęsiego jaja (Fig. I). Na górnym brzegu guza widać miejsce pęknięcia, wiodące do jamy we wnętrzu guza. Jama ta nie znajdowała się w żadnej łączności z jamą macicy, i w niej leżały skrzepy i błony płodowe, w części wychodzące na zewnątrz jej przez szczeliny na górnym brzegu. Tuż pod guzem, po stronie lewej odchodzi od macicy trąbka lewa zwykłej grubości, a ku przodowi i dołowi lewe więzadło obłe. Cały guz (wraz z lewą trąbką i jajnikiem) został odcięty od macicy. Po przypaleniu żegadłem PAQUELIN'a powierzchni cięcia macicznego i oczyszczeniu jamy otrzewny, nałożono szwy katgutowe na otrzewną, a jedwabne na mięśnie i skórę.

Przebieg pooperacyjny był niepomyślny. Tętno, choć pełniejsze po operacji, pozostało jednak przyspieszonym (100—120); język był suchy, jednak mało obłożony, a brzuch trochę wzdęty. Zaraz po operacji chora zaczęła wymiotować; pomimo stosowania najrozmaitszych środków terapeutycznych wymioty powtarzały się po 5 do 6 razy dziennie. Przemyskania żołądka, dokonane na 5-ty i 6-ty dzień po operacji, pozostały również bezskuteczne; przy przemyskaniu wydobyto z żołądka sporo żółci i śluzu. Wypróżnienia również były niedostateczne. Lawatywa, zastosowana przed operacją, nie oczyściła kiszek. Środki przeczyszczające nie działały; jedynie lawatywy skutkowały, choć niedostatecznie. Sądząc, że niedowład kiszek był przyczyną tego rodzaju objawów, zastrzyknęliśmy chorej kilka razy po 0.003 *Strychnini nitrici* [według rady GRUBE'go z kliniki A. MARTIN'a ⁴⁾] — i to bez skutku. Ciepłota wahała się pomiędzy 37.3° a 37.8° C., na 6-ty dzień doszła nawet do 38.3° C. Przy objawach wzrastającego osłabienia działalności serca chora zmarła na 8-my dzień po operacji.

Sekcyi, wobec oporu rodziny, dokonać nie można było, tak że przyczyna śmierci pozostała nie wyjaśniona: *peritonitis, ileus, pseudoileus, sepsis* czy *hyperemesis?* ⁵⁾

Wycięty pęknięty róg macicy okazał się legowiskiem jaja płodowego w kształcie czworoboku o zaokrąglonych kątach. Jama jego widocznie wskutek skurczenia się mięśnia po wyrzuceniu zawartości mierzyła 5½ — 3½ cm. Długość całego worka wynosiła 6½ ctm., szerokość — 4½ ctm. Od wewnątrz i z dołu ściana legowiska jaja płodowego jest gruba, ku górze i ku zewnątrz cienieje ona stopniowo, a pęknięcie, długie na 6 ctm., zajmujące górny i zewnętrzny brzeg czworoboku, znajduje się w najcieńszym miejscu ściany. Dolny brzeg legowiska jaja płodowego odpowiada części jego, przechodzącej w ścianę macicy. Tutaj został on odcięty od macicy. Powierzchnia odcięcia ma formę elipsy, której długa oś mierzy 4½ ctm., krótka zaś — 2½ ctm. Tuż nad miejscem odcięcia grubość ściany legowiska jaja płodowego wynosi 0.8 ctm. W dolnej części zewnętrznego brzegu legowiska, tuż pod końcem linii rozdarcia, odchodzi lewa, niezgrubiała, 12 ctm. długa trąbka, która na całej przestrzeni przepuszcza zglębnik i łączy się z legowiskiem jaja płodowego za pomocą bardzo wąskiego otworu. Pod miejscem odchodzenia trąbki i nieco ku tyłowi znajdujemy przyczep maciczny *lig. ovarii propriae*. Normalny jajnik połączony z jajowodem fałdą *lig. latii*. Więzu obłego nie widzimy, gdyż pozostał przy macicy.

Jama legowiska zawierała nieliczne i niewielkie skrzepy krwi, błony płodowe oraz część łożyska, którego reszta znaleziona została wraz z dużą ilością krwi i skrzepów w jamie brzusznej podczas operacji. Płód znaleziony został właśnie wśród tych skrzepów, leżących w jamie brzusznej; mierzył on od ciemienia do pośladka 9 ctm., od ciemienia do stóp — 13 ctm.; największy obwód główki wynosił 10 ctm.

Przyczepienie lewego więzu obłego na zewnątrz od legowiska jaja płodowego, stosunek ostatniego do jajowodu i do jamy macicy każą uważać wyżej opisany przypadek za ciążę jajowodową śródmiaższową (*graviditas interstitialis propria*).

⁴⁾ Centralbl. f. Gyn. 1901, Nr. 25, p. 738.

⁵⁾ Por. u Häberlin, Centralbl. f. Gyn. 1902, Nr. 1, p. 11.

Analogiczny przypadek spostrzegany był w oddziale d-ra J. ROSENTHALA przed dziewięciu laty (1893). D-r ROSENTHAL opisał go w 1896 roku ⁶⁾; jednocześnie odnotował wszystkie podobne przypadki *gravid. interstitialis propriae* (*grav. intramuralis* HENNIG'a), które opisane były między 1874 a 1895 rokiem. Ogółem było ich siedm (JUNGE, POPPEL, BAART de la FAILLE, LEOPOLD, BIRNBAUM, STEEL, ENGSTRÖM). W ciągu tego samego czasu wogóle odnotowano 1324 przypadki ciąży pozamacicznej.

Od 1896 roku do chwili obecnej w literaturze znalazłem 12 przypadków niewątpliwej *gravid. tubar. interstitialis propriae*, a mianowicie przypadki: J. ROSENTHALA, P. TYTLER'a ⁷⁾, J. C. KYNOCH'a ⁸⁾, W. BECKMAN'a ⁹⁾, SMITH'a ¹⁰⁾, 2 przypadki G. LEOPOLD'a ¹¹⁾, H. A. GUÉRARD'a ¹²⁾, M. WARSZAWSKIEGO ¹³⁾, W. A. WASTEN'a ¹⁴⁾, M. MURET'a ¹⁵⁾, K. P. ULEZKO-STROGANOW'ej ¹⁶⁾.

Oprócz tych 12 przypadków niewątpliwych znalazłem jeszcze 6, których opisy w dostępnych mi źródłach były tak krótkie i niejasne, że nie mogę mieć pewności co do ich przynależności do typowej *gravid. interstitialis propriae*; mianowicie: 2 przypadki OPITZ'a ¹⁷⁾, 1 — DELANNAY'a ¹⁸⁾, 2 — KOBLANCK'a ¹⁹⁾, 1 — J. HOFMEIER'a ²⁰⁾.

Z opisanych przypadków na szczególną uwagę zasługują dwa, a mianowicie, przypadek WARSZAWSKIEGO, i drugi przypadek LEOPOLD'a.

W przypadku WARSZAWSKIEGO, jak już wspominaliśmy, ujście trąbkomaciczne było szerokie, i ciąża ta przeszłaby niewątpliwie z *gravid. interstitialis propria* w *tubo-uterina*, gdyby łożysko nie zamykało tego ujścia, t. j. gdyby nie wytworzyło się łożysko przodujące trąbkowo-maciczne.

W drugim przypadku LEOPOLD'a ²¹⁾ rozpoznano mięśniak macicy. Przy operacji zaś znaleziono w lewym 8 ctm. długim, $4\frac{3}{4}$ ctm. szerokim i 3 ctm. grubym jajowodzie skurczony i zasuszony płód, którego główka dochodziła do lewego rogu macicy, podczas kiedy golenie i stopy wyszły z trąbki na zewnątrz do jamy brzusznej. Łożysko było rozsiane (*placenta disseminata*), zajmowało cały lewy róg macicy i wrastało głęboko w warstwę mięśniową. I tutaj mieliśmy więc ciążę śródmiaższową przy szerokim połączeniu trąbki z legowiskiem jaja. Po 3-miesięcznym prawie rozwoju płód zmarł. Należało spodziewać się poronienia trąbkowego; tymczasem tylko część dolnych kończyn wysunęła się z trąbki do jamy brzusznej, płód zaś cały przekształcił się w *lithopaedion*, prawdopodobnie z powodu zatorów łożyskowych.

⁶⁾ Gazeta Lekarska 1896, Nr. 41 i Centralbl. f. Gyn. 1896, Nr. 51. p. 1297.

⁷⁾ British. med. Journal. 1897. June 12 p. 1472.

⁸⁾ British. med. Journal. 1897, Maj 22 p. 1284.

⁹⁾ L. c. p. 475.

¹⁰⁾ Centralbl. f. Gyn. 1900 Nr. 18, p. 496.

¹¹⁾ Archiv f. Gyn. Bd. LVIII p. 526.

¹²⁾ Centralbl. f. Gyn. 1901. Nr. 45 p. 1244.

¹³⁾ L. c.

¹⁴⁾ Żurn. akusz. i žen. bol. Marzec 1899, p. 243.

¹⁵⁾ Deutsch. Archiv. f. klin. Medicin, Bd. 73 (Festschr. f. Prof. A. Kussmaul) p. 449.

¹⁶⁾ Żurn. akusz. i žen. bol. Styczeń 1902. p. 116.

¹⁷⁾ Centralbl. f. Gyn. 1899. Nr. 12. p. 333.

¹⁸⁾ Centralbl. f. Gyn. 1899. Nr. 44. p. 1342.

¹⁹⁾ Centralbl. f. Gyn. 1900. Nr. 1. p. 29.

²⁰⁾ Centralbl. f. Gyn. 1900. Nr. 8. p. 233.

²¹⁾ L. c. p. 532 i Tabl. XXI.

Ze wszystkich autorów jedynie LEOPOLD i ULEZKO-STROGANOWA dokładnie zbadali i opisali histologię zdobytych preparatów. Opisy takie są tembardziej pożądane, że wiele jeszcze kwestyi wymaga dokładnej odpowiedzi. Pragnąc skorzystać z nadarzonej sposobności, by choć cokolwiek przyczynić się do wyjaśnienia nierozstrzygniętych jeszcze pytań, zajęliśmy się mikroskopowem badaniem naszego preparatu.

W tym celu przygotowaliśmy całe szeregi skrawków z różnych części wyciętego legowiska jaja płodowego, z trąbki i z jajnika i barwiliśmy je częścią hematoksyliną — eozyną, częścią według v. GIESSON'a; niektóre wreszcie skrawki barwiliśmy według WEIGERT'a na włóknik. Oto wyniki badania tych preparatów.

(C. d. n.).

Z ODDZIAŁU CHORYCH UMYŚLOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

PRZYPADEK FENOMENALNYCH ZDOLNOŚCI RACHUNKOWYCH U GŁUPTASA.

Napisał

ADAM WIZEL

ordynator oddziału.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 40)

Zauważywszy równie osobliwe zjawisko, nazajutrz zmieniam formułę pytania i zapytuję wprost: ile jest szesnastek w rublu, a ona odpowiedziała wnet: 12 i pozostaje jeszcze 8 (i rzeczywiście $16 \times 12 + 8 = 200$). Pytam: ile jest 16-tek w 2-ch rublach, a ona na to: 25 (i rzeczywiście $16 \times 25 = 400$). Pytam, ile jest 16-tek w 3 rublach, a ona na to: 37 i pozostaje jeszcze 8 (i rzeczywiście $16 \times 37 + 8 = 600$). Pytam, ile jest 16-tek w 5 rublach, a ona na to: 62 i pozostaje 8 (i rzeczywiście $16 \times 62 + 8 = 1000$).

Z przykładów tych najwidoczniej okazuje się, że szesnastka odgrywa niezmiernie doniosłą rolę w operacjach rachunkowych Sabiny. Nie ulega żadnej wątpliwości, że 16 jest dla niej podstawą odrębnego systemu liczbowego, jest dla niej tem, czem dla nas jest 10, choć Sabina zna i uwzględnia system, przez nas używany, tak iż o Sabinie śmiało powiedzieć można, iż posiada ona dwa systemy liczbowe: dziesiętny i szesnastkowy.

Okoliczność ta tłumaczy nam, dlaczego chora najłatwiej i najszybciej wykonywa te działania arytmetyczne, w których 16 figuruje, jako mnożnik lub dzielnik. By dowieść tego, dokonałem jeszcze następujących doświadczeń: kazałem chorej mnożyć po kolei liczby od 5 do 30 naprzód przez 16, a potem przez 14. Otóż okazało się, iż przez 16 mnoży ona szybko i dokładnie, przez 14 mnoży o wiele wolniej i często się myli (zaczęła się mylić począwszy od 19). To samo tyczy się dzielenia, o czem zresztą jużśmy mówili, a mianowicie, iż chora najłatwiej i najszybciej dzieli przez 16, gdy tymczasem przez inne dzielniki dzieli ona o wiele gorzej.

Oto jest mniej więcej cały materiał pozytywny, jaki udało mi się zebrać, badając zdolności rachunkowe Sabiny. Zebranie tego materiału stanowiło pierwszą połowę zadania, pozostało zbadać, jakimi metodami chora wykonywa swe zadziwiające operacje rachunkowe.

Aby kwestyę tę rozwiązać, zacząłem od tego, iż żądałem od samej chorej wyjaśnień, w jaki sposób wykonywa ona na pamięć rachunki. Zadawszy jej to lub inne zadanie i otrzymawszy dokładną odpowiedź, prosiłem zaraz, aby mnie nauczyła, jaką drogą doszła ona do trafnej, a tak szybkiej odpowiedzi. Chora nie zawsze chciała, nie zawsze umiała wytłumaczyć, ale w pewnej liczbie przypadków otrzymałem wcale ciekawe wyjaśnienia. Wyjaśnienia te postaram się szczegółowo wyłożyć. Z wyjaśnień chorej okazuje się, iż posiada ona dwie metody mnożenia, — o każdej z nich będę mówił oddzielnie. Dla łatwiejszego zrozumienia rzeczy przytoczę naprzód szereg przykładów, ilustrujących metody, używane przez chorą.

Zadania, wykonywane metodą pierwszą:

Zadanie I. $45 \times 18 = ?$ Odpowiedź chorej: 810. Objasnienie: chora powiedziała, iż dla rozwiązania tego zadania pomnożyła 90×9 .

Zadanie II. $27 \times 27 = ?$ Odpowiedź: 729. Objasnienie: pomnożyła 81×9 .

Zadanie III. $36 \times 36 = ?$ Odpowiedź: 1296. Objasnienie: pomnożyła 81×16 .

Zadanie IV. $24 \times 24 = ?$ Odpowiedź: 576. Objasnienie: pomnożyła 96×6 .

Analizując powyższe przykłady, łatwo się przekonamy, iż mamy tu do czynienia wszędzie z jednym i tym samym typem operacji logicznej: operacja ta polega na rozkładaniu liczb na czynniki i na następczem mnożeniu ich w sposób najdogodniejszy. I rzeczywiście:

Zadanie: 45×18 .

Postępowanie chorej: $45 \times 18 = 45 \times 9 \times 2 = 90 \times 9 = 810$.

Zadanie: 27×27 .

Postępowanie chorej: $27 \times 27 = 3 \times 9 \times 3 \times 9 = 9 \times 81 = 729$.

Zadanie: 36×36 .

Postępowanie chorej: $36 \times 36 = 4 \times 9 \times 4 \times 9 = 16 \times 81 = 1296$.

Zadanie: 24×24 .

Postępowanie chorej: $24 \times 24 = 4 \times 6 \times 24 = 6 \times 96 = 576$.

Metoda ta oczywiście znacznie ułatwia mnożenie, trzeba tylko do tego posiadać zdolność szybkiego rozkładania liczb na czynniki, a przede wszystkim szybkiego oryentowania się, czy dana liczba daje się na czynniki rozłożyć. Chora nasza widocznie zdolność tę w wysokim stopniu posiada.

W powyższych przykładach metoda rozkładania na czynniki od razu rzuca się w oczy. Są wszakże inne, w których metody tej na pierwszy rzut oka nie widać, jest ona tam zamaskowana, ale i w tych przypadkach można ją odnaleźć.

Przykłady:

Zadanie V. $64 \times 64 = ?$

Chora, plotąc o rzeczach postronnych, wśród tej paplaniny nagle wyrzekła liczbę 4096.

Na zapytanie, w jaki sposób rozwiązała to zadanie, plotła bez związku w dalszym ciągu, ale wśród potoku słów udało się usłyszeć kolejne liczby: 256, 512, 1024, 4096. Analizując liczby te, widzimy, iż $256 = 16 \times 16$, $512 =$

$= 256 \times 2$, $1024 = 512 \times 2$, zaś $4096 = 1024 \times 4$. Czyli że cały proces odbył się w sposób następujący: $64 \times 64 = 16 \times 16 \times 2 \times 2 \times 4 = 4096$.

Zadanie VI. $78 \times 78 = ?$

Chora szybko odpowiedziała 6084, a na pytanie moje, jak to zrobiła, rzekła tylko: 1521. Przy bliższej analizie okazuje się, że $1521 = 39 \times 39$, czyli że proces cały odbył się u niej w sposób następujący: $78 \times 78 = 39 \times 39 \times 4 = 1521 \times 4 = 6084$.

Zadanie VII. $69 \times 69 = ?$

Odpowiedź: 4761, a na pytanie moje, jak to zrobiła, rzekła, że pomnożyła 23 przez 23. Cały więc proces należy tak sobie przedstawić:

$$69 \times 69 = 23 \times 23 \times 9 = 529 \times 9 = 4761.$$

Zadanie VIII. $99 \times 99 = ?$

Odpowiedź natychmiastowa: 9801, a na pytanie, jak to zrobiła, rzekła: 1089, 9801. Ztąd należy wyrozumieć, że proces odbył się u niej w sposób następujący:

$$99 \times 99 = 99 \times 11 \times 9 = 1089 \times 9 = 9801.$$

Zadanie IX. $49 \times 49 = ?$

Odpowiedź momentalna: 2401, a na pytanie, jak zrobiła to zadanie, chora rzekła: 343, 2401, to znaczy, iż odbył się u niej proces w sposób następujący: $49 \times 49 = 49 \times 7 \times 7 = 343 \times 7 = 2401$.

Zadanie X. $17 \times 35 = ?$

Odpowiedź: 595, a zapytana o objaśnienie, chora powiedziała: 119, to znaczy, iż proces odbył się u niej w sposób następujący:

$$17 \times 35 = 17 \times 7 \times 5 = 119 \times 5 = 595.$$

Widzimy więc, że i w tych wszystkich przykładach mamy do czynienia z metodą rozkładania na czynniki, tylko że w przykładach tych występuje ona w formie zamaskowanej, chora bowiem dawała nader lakoniczne wyjaśnienia, okazując jedynie fragmenty swej zakulisowej roboty, tak iż dopiero z fragmentów tych należało cały proces logiczny odtwarzać.

Ale prócz powyższej metody chora inną jeszcze posiada. Metodę tę stosuje ona w tych razach, gdy dane do pomnożenia liczby nie rozkładają się na czynniki.

Zadania, wykonywane metodą drugą:

Zadanie I. $79 \times 79 = ?$

Odpowiedź prawie momentalna: 6241, a na pytanie, jak to zrobiła, rzekła:

$$70 \times 70 = 4900$$

$$9 \times 70 = 630$$

$79 \times 9 = \dots$, w tem miejscu chora nic nie powiedziała, tylko rzekła, że razem wszystko to wyniesie 6241.

Zadanie II. $83 \times 83 = ?$

Odpowiedź: 8849 (źle, powinno być: 6889), a na pytanie, jak to zrobiła, rzekła:

$$80 \times 80 = 6400$$

$$80 \times 3 = 240$$

$$83 \times 3 = 249$$

Oczywiście metoda dobra, tylko chora pomyliła się w dodawaniu i ze sumowania $6400 + 240 + 249$ zamiast 6889 otrzymała 8849.

Zadanie III. $91 \times 91 = ?$

Odpowiedź momentalna: 8281. Objaśnienie:

$$90 \times 90 = 8100$$

$$90 \times 1 = 90$$

$$91 \times 1 = 91$$

$$\underline{8281}$$

Jest to metoda druga. Metoda ta niewątpliwie ułatwia i przyspiesza mnożenie. Tu zaznaczymy szczegół, o którym jeszcze niżej mówić będziemy, a mianowicie, iż chora przy tym sposobie mnożenia mnoży, jak to widać z powyższego, z lewej strony do prawej.

Tyle co do mnożenia, co się zaś tyczy dzielenia, to chora dawała objaśnienia następujące:

Zadanie I. $384 : 16 = ?$

Odpowiedź: 24. Objaśnienie: pomnożyła 32 przez 12 (= 384).

Zadanie II. $196 : 14 = ?$

Odpowiedź: 14. Objaśnienie: pomnożyła 28 przez 7, albo $12 \times 16 + 4$ (= 196).

Zadanie III. $225 : 15 = ?$

Odpowiedź: 15. Objaśnienie: 5 pomnożyła przez 45 (= 225).

Objaśnienia te, jak widzimy, zupełnie nam nie tłumaczą sposobu używanego przez chorą przy dzieleniu. Z objaśnień tych jedno tylko wypada, a mianowicie, iż chora umie na pamięć wyniki bardzo wielu mnożeń. Chora nie tylko wie, ile razy 16 mieści się w 384, ale pamięta jednocześnie, iż $384 = 32 \times 12$. Tę formułkę ma ona gotową w pamięci, i dość powiedzieć jej 384, a chora wnet przypomina sobie, iż jest to iloczyn z 32×12 .

III.

Z powyższego opisu widzimy, że chora posiada istotnie niezwykle zdolności rachunkowe. Pomijając dodawanie i odejmowanie, które wykonywa wolno i niedokładnie, w zakresie mnożenia, a poniekąd i dzielenia okazuje ona wyjątkowe zdolności. Nie bacząc na upośledzoną swą inteligencyę, działania te wykonywa ona szybko, co więcej, wykonywa je o wiele szybciej, aniżeli człowiek normalny. Niekiedy wykonywa je ze zdumiewającą, fenomenalną szybkością, bo ledwo usłyszy pytanie, wnet daje na nie gotową odpowiedź. Czas reakcyi jest niekiedy przy tych operacyach minimalny, najmniejszy, jaki sobie tylko wyobrazić można.

Prawda, że Sabina nad liczbami trójznanymi operuje już o wiele gorzej, jako tako mnoży jeszcze z pamięci liczby trójznanne na jednoznaczne, ale już na tem kończy się zakres jej zdolności rachunkowych. Ale jednak i te zdolności, które ona ujawnia, znacznie wybiegają po za normę i pozwalają nam zaliczyć ją do rodziny „wielkich rachmistrzów“ (grands calculateurs).

O pamięci matematycznej i zdolnościach rachunkowych u osobników psychicznie niedorozwiniętych, znajdujemy w literaturze luźne tylko wzmianki. Tak np. KRAFFT EBING w podręczniku swym psychiatrii, mówiąc o niektórych zdolnościach idiotów, powiada: „Na równi z tem jednostronnem uzdolnieniem do sztuk postawić można te przypadki, w których u idiotów spostrzegać się daje uderzająca pamięć wyrazów i liczb“.

SOLLIER, autor znanej monografii, p. t. „Psychologie de l'idiot et de l'imbecile“, mówi: „Jakkolwiek nie należy to do dziedziny popędu artystycznego, sądzimy, że winniśmy w tem miejscu pomówić o niektórych innych uzdolnieniach specjalnych, które zdarza się spotykać u idiotów i głuptasów w stopniu zadziwiającym względnie do ich stanu“.

„Forbes WINSLOW podaje przypadek idyoty, który przypominał sobie dzień, kiedy jakakolwiek osoba zmarła w okolicy od lat trzydziestu pięciu, i powtarzał bez zmiany nazwisko i wiek zmarłego. Lecz był on niezdolny do odpowiedzi na najmniejsze pytanie i nie umiał nawet sam jeść. FALRET opowiadał nam, że widział w jednym z przytułków w Anglii głuptasa, który natychmiast wymieniał datę urodzenia, śmierci i głównych wydarzeń życia wszystkich sławnych osobistości, jakie mu przytaczano. D-r HEIM opowiada przypadek kobiety, której inteligencja była bardzo ograniczona, zarówno jak mowa, która jednak, gdy się jej mówiło swój wiek, natychmiast odpowiadała, ile to wynosi minut. ATKINSON mówi o kobiecie idyotce, której jedyną przyjemnością było zajmowanie się liczbami. Można by powiększyć liczbę tych przykładów“¹⁾.

Podobną wzmiankę znajdujemy w pracy MÖBIUS'a, p. t. „Ueber die Anlage zur Mathematik“ (Leipzig, 1900), w której autor przytacza następujący ustęp z pracy GOELIS'a o wodogłowie, zamieszczony w dziełach GALL'a: „nigdy fizyolog nie wytłumaczy, jak może się zachować w całej mocy pewna szczególna zdolność przy zupełnym zaniku wszelkich innych duchowych uzdolnień. Syn pewnego kowala, który pod każdym innym względem był otepiony, okazywał jeszcze w 12-ym roku życia zadziwiającą pamięć liczb“.

Tyle znajdujemy u autorów. Sabina, jak widać z tego, miała już poprzedników wśród rzeszy idiotów i głuptasów, o ile jednak sądzić mogę z powierzchownych wzmianek o idiotach-rachmistrzach w przytoczonych powyżej ustępach, to naszej chorej należy się palma pierwszeństwa, Sabina bowiem zdaje się być ze wszystkich wzmiankowanych idiotów-matematyków najbardziej uzdolniona. Już ta jedna okoliczność jest dostatecznym powodem do specjalnego zajęcia się nią. Ale to nie jedyny wzgląd. Gdyby Sabina nie była nawet umysłowo upośledzona, to i tak wartoby się nią zająć, jako osobnikiem o niezwykłych zdolnościach rachunkowych i przez to blisko spokrewnionym z rodziną „wielkich rachmistrzów“.

Wielcy rachmistrze znani już byli dawniej, to też w rozmaitych encyklopediach znaleźć można wzmianki o cudownych rachmistrzach z XVII i XVIII wieku. Co się tyczy naukowego opracowania kwestyi, to po raz pierwszy cudowny rachmistrz został poddany ścisłemu badaniu w pierwszej połowie XIX w. Był to zwyczajny pastuszek, niejaki Henri Mondeux, którego badała wydelegowana *ad hoc* komisja z grona członków Akademii Nauk w Paryżu.

Drugą z kolei poważniejszą pracą o cudownych rachmistrzach jest studjum psychologiczne amerykańskiego uczonego SCRIPTURE'a, p. t. „Arithmetical prodigies“, drukowane w 1881 roku w czasopiśmie „American Journal of Psychology“.

W najnowszych czasach pojawiły się dwie prace o obchodzącym nas temacie: wzmiankowane wyżej dzieło MÖBIUS'a oraz studjum psychologiczne

1) D-r P. SOLLIER. Psychologia idyoty głuptasa. Przekład polski D-ra Mieczysława GOLDBAUMA. Warszawa 1893. str. 78.

A. BINET'a, p. t. „Psychologie des grands calculateurs et joueurs d'échecs“ (Paris, 1894). Dla nas szczególnie doniosła jest praca BINET'a, gdyż w dziele MÖBIUS'a jest mowa głównie o talencie matematycznym i o wielkich matematykach, rachmistrzom zaś poświęcono bardzo niewiele miejsca.

Stydium BINET'a wywołane zostało przez nagłe zjawienie się aż dwóch naraz wielkich rachmistrzów: INAUDI'ego i DIAMANDI'ego, z których jeden w 1892 r., a drugi w 1893 r. przedstawili się Akademii Nauk w Paryżu. Dla zbadania obu rachmistrzów Akademia delegowała komisję, w skład której weszło kilku matematyków oraz prof. CHARCOT. Matematycy zajęli się stwierdzeniem zakresu zdolności rachunkowych badanych osobników, CHARCOT zaś wespół z A. BINET'em, dyrektorem pracowni psychologiczno-doswiadczałnej w Sorbonnie, poddał obu rachmistrzów gruntownemu badaniu ze stanowiska lekarskiego i psychologicznego. Wyniki tych badań, jak również badań, prowadzonych w tym kierunku samodzielnie przez BINET'a, zostały zebrane i wyłożone we wzmiankowanej pracy.

Praca BINET'a jest, jak dotąd, najlepszą rzeczą w zakresie psychologii cudownych rachmistrzów, to też zasadnicze poglądy autora uważamy za konieczne w tem miejscu przytoczyć. Posłuży to nam za punkt wyjścia do analizy naszego przypadku.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

FERD. BLUMENTHAL.

W sprawie klinicznego znaczenia produktów rozkładowych, występujących w moczu.

(Dokończenie—Zob. Nr. 40).

W powinowactwie z fenolem znajdują się oksykwasy. Dla wykazania ich w moczu nie posiadamy jednak metody dokładnej. BAUMAN traktował mocz eterem, a wyciąg eterowy próbował na oksykwasy odczynnikiem MILLON'a. Auto-uważał za lepsze wyciąg eterowy, po rozpuszczeniu go w wodzie, osadzać wodą bromową, lecz osady powstałe są nie krystaliczne, nie mogą być ważone. Należy więc czynić określenie bromu. Zabiegi te są jednak zawile i nie zupełnie bezpieczne, tak iż należy się ograniczać wnioskowaniem z obfitości osadu bromowego. Okazało się, że przy pokarmie mlecznym oksykwasy bywają zmniejszone, zwiększone zaś po użyciu somatozy, również w stanach gorączkowych. Określał autor także sumę wszystkich kwasów nie lotnych, przechodzących do eteru, t. j. sumę aromatycznych oksykwasów, kwas hippurowy i skatolkarbonowy. Kwasy te pochodzą z rozkładu białka, a znając jednocześnie ilość eterosiarczanów, możemy wnioskować o ogólnym stopniu rozpadu jądra aromatycznego w cząsteczce białka.

Kwas hippurowy, rozpatrywany oddzielnie, zwiększany bywa przy rozkładzie kiszkowym, również po podawaniu kwasu benzoosowego i ciał, które

w ustroju doń redukują się, jako to kwasu chinowego i salicylowego, a także w stanach gorączkowych i zapaleniu nerek.

Znaczenie podobne, jak fenol, posiada indoksył. Pochodzi on z indolu i wydziela się, jako połączenie, sprzężone z kwasem siarszanym lub glikuronowym. Dla określenia ilościowego autor posiłkował się metodą OBERMEYER'a bez dobrych wyników. Dla tego zaczął używać sposobu następującego: spostrzegając, wiele kropeł musiał dodawać z 5% roztworu chlorku wapnia do 10 ctm. moczu przy próbie indykanowej JAFFE'go, aby uzyskać zupełne odbarwienie. Jeżeli należało dodać więcej, niż 3 krople, aby osiągnąć zmianę barwy, próba wypadła słabo dodatnio, a indykan zwiększonym. Z badań swych wynioskował, że na próbie indykanowej polegać można we wszystkich cierpieniach kiszek, nawet tam, gdzie próba z fenolem wypada ujemnie. Przy znacznym rozkładzie białka w kiszkiach cienkich próba indykanowa zawsze wypada dodatnio. W dwóch przypadkach okazała usługi w znaczeniu różniczkowo-rozpoznawczem. W obydwu wypadła znacznie, pomimo poprzednich wypróbnień, co pozwoliło zrobić rozpoznanie „*perityphlitis*”, następnie sprawdzone. Indykan, jak i fenol, występuje w sprawach pochodzenia bakteryjnego, zachodzących po za kiszki, np. w szkarlatynie, róży, dyfterycie, ropnem zapaleniu migdałków. Mocz, w indykan bogate, posiadają zwykle wysoki ciężar gatunkowy i wykazują próbę redukującą TROMMER'a mniej lub więcej znacznie. Ostatnie doprowadza do przekonania, że indol wydziela się i w połączeniu z kwasem glikuronowym. Mocz z dużą zawartością indykanu zawsze wykazuje zwrot płaszczyzny polaryzacyjnej na lewo od 0,1 do 0,3% i na odwrót, mocze, które wykazują dodatnio próbę TROMMER'a, zawierają zwykle dużo indykanu, chociaż nie było powodów do badania ich w tym kierunku. Mocze podobne wykazują również próbę orcynową. Nie ulega przeto wątpliwości, że obok połączenia indoksylo-siarczanego, wydziela się połączenie indoksylo-glikuronowe. Redukująca więc własność wielu moczków polega na zawartości ostatniego połączenia. Obfitsze tworzenie się połączenia indoksylo-glikuronowego w danych przypadkach autor uważa za wyraz zaburzenia przeróbki materii, przy której tworzy się indoksył; tyczy się to w szczególności cierpień nerwowych i innych, w których znajdujemy w moczu znaczną zawartość indykanu obok wysokiego ciężaru gatunkowego, redukcji, dodatniej próby orcynowej i nieznacznego zwrotu płaszczyzny polaryzacyjnej na lewo. Na tej zasadzie istnieje związek pomiędzy *diabetes* a indoksyłurą.

Część wytwarzanego przy współdziałaniu bakterii skatolu wydziela się w moczu, jako kwas skatolowęglany, który wykazujemy w sposób następujący: do moczu dodajemy parę kropeł rozcieńczonego kwasu solnego i kilka kropeł rozcieńczonego roztworu Fe_2Cl_6 . Po ogrzaniu, w czasie gotowania wrażliwości obecności kwasu skatolowęglanego, występuje wiśniowo-czerwone zabarwienie. Wynik dodatni próby otrzymujemy w gruźlicy kiszek, zapaleniu płuc, otrzewny, w ropnicy, w przypadkach wybitnych raka kiszek i żołądka, nigdy zaś w zwyczajnych zachorowaniach kiszek.

Dotychczas omawiane produkty mogą być rozpatrywane, jako produkty, pochodzące z rozkładu ciał białkowych. Inaczej z lotnymi kwasami tłuszczowymi, które teoretycznie pochodzą z ciał białkowych, węglowodanów i tłuszczów. W celu otrzymania wyników autor zastępował w pożywieniu 50 grm. białka mięsnego: 1) troponem i nutrozą; 2) mlekiem i cukrem mlecznym. W drugim razie ilość lotnych kwasów tłuszczowych wzmagała się w stosunku do ilości, wykazywanej w czasie podawania troponu. Na tej zasadzie przyjęć należy, że lotne kwasy tłuszczowe pochodzą z węglowodanów i tłuszczu pokarmów. U cho-

rych wydzielanie lotnych kwasów tłuszczowych w gorączce zmniejsza się, powiększa zaś przy znacznych sprawach gnicia, septycznym zapaleniu otrzewny, ropnym zapaleniu migdałków, w sprawach gnilnych w kiszkiach, w żółtaczce. W stanach wyniszczenia, w gruźlicy obserwowano zmniejszenie. Zwykle wydzielają się kwasy tłuszczowe o niskim ciężarze gatunkowym. W dwóch przypadkach (przeziurawienie w tyfusie i róży) otrzymał autor wyższy ciężar gatunkowy kwasów tłuszczowych. Ostatnie wogóle rzadko zjawiają się w kiszkiach, co zależy od ich łatwiejszego utleniania.

W 30 przypadkach różnych chorób badano w moczu jednocześnie wszystkie produkty przeróbki materii, jakie według panujących poglądów zależą od wpływu bakterii. W tym samym dniu określano ilość lotnych kwasów tłuszczowych, sumę aromatycznych oksy-kwasów, kwas hippurowy, fenol, eterosiarczyn, indykan i kwas skatolowęglany. W chorobach gorączkowych, w których przebiegu nie przyjmowano podstawy do zachodzenia w kiszkiach znacznego gnicia — znaleziono, że np. w róży w czasie gorączki ilość lotnych kwasów tłuszczowych w moczu jest zniżona; w czasie przesilenia zaś znajdowano ilości normalne lub zwiększone. Jeżeli, według badań nad zdrowymi, przyjąć chcemy, że mleko wywołuje wzmożone wydzielanie lotnych kwasów tłuszczowych, to dziwić się należy, dla czego kwasy te były zmniejszone u chorych gorączkujących, a żywionych przeważnie mlekiem lub głodzonych.

Przypuszczając nawet zmniejszenie siły utleniającej w gorączce — nie możemy połączyć z tym faktem zmniejszonego wydzielania kwasów lotnych. Przeciwnie, należy przyjąć, że w gorączce utlenianie kwasów tłuszczowych jest wzmożone; że samotrawiający się organizm oksyduje energiczniej swój tłuszcz, niż ustroj zdrowy tłuszcz pokarmów. I rzeczywiście, przy podawaniu wewnętrznym w czasie gorączki sodu kwaso-masłowego, znajdujemy według WICHURY kompletne spalanie tego połączenia. Nie można więc przyjąć, iż zmniejszone wydzielanie kwasów tłuszczowych lotnych zależy od zmniejszonego ich utleniania. Z drugiej strony wiemy, że w czasie gorączki znajdujemy często w moczu kwas β -oksymasłowy, acetoctowy i aceton, czego u zdrowych nie spostrzegamy. Należy przypuścić, że utlenianie tłuszczu u gorączkujących przebiega po części inaczej, niż u zdrowych. Toż samo tyczy się i acetonu. Powinniśmy znajdować więcej acetonu tam, gdzie mniej wydziela się lotnych kwasów tłuszczowych, co w rzeczywistości nie następuje. Wogóle zaznaczyć należy, że wytwarzanie się acetonu z tłuszczu ustrojowego potwierdzeń nie znajduje.

Wydzielanie acetonu może mieć znaczenie dyagnostyczne. Na 67 przypadków *anginae follicularis* u dorosłych bez drobnoustrojów dyfterytycznych w 41 autor znajdował acetonurę (próba LEGAL'a). W 36 przypadkach dyfterytu nie septycznego acetonu nie było. W postaciach dyfterytu o septycznym przebiegu aceton w moczu zjawiał się częściej. W przypadkach więc wątpliwych aceton w moczu przemawiać się zdaje przeciwko dyfteryi.

Wogóle BLUMENTHAL dochodzi do wniosku, zdobytego przez przytoczone w pracy niniejszej badania własne, że zawczasie jeszcze z obecności w moczu lotnych kwasów tłuszczowych decydować dyagnostycznie lub prognostycznie przy łóżku chorego. Należy zbierać dalszą kazuistykę.

Co się zaś tyczy innych produktów rozkładowych, jako to fenolu, indykanu, aromatycznych oksykwasy, to wspólne ich określenie nie posiada przewagi nad określeniem pojedynczym każdego z tych ciał.

Oszczędzimy sobie wiele zachodu, jeżeli przy badaniu moczu w kierunku wykrycia produktów rozkładowych uwzględniać będziemy postulatory następujące:

1) Ilościowe określenie eterosiarczanów nie posiada w znaczeniu klinicznym przewagi nad przybliżonem ilościowym określeniem indoksyłu i fenolu.

2) Indoksył wzmożony bywa w kiszkaach przy zwężeniach w obrębie kiszek cienkich, przy krwawieniach z żołądka i kiszek, a także w innych sprawach pochodzenia bakteryjnego, zachodzących w ustroju (ropień, wysięki ropne), często w stanach gorączkowych. We wszystkich tych przypadkach indoksył powstaje przy współdziałaniu bakterii.

3) Indoksył powstawać może i przez czynność komórek; stanowi on wtedy wyraz zaburzeń przeróbki materii. Zaburzenie to istnieje często obok moczówki cukrowej, powstać może jednak i samodzielnie; wtedy obok indoksyłu występuje w moczu kwas glikuronowy.

4) Fenol znajdujemy często w tychże warunkach, w jakich powstaje indoksył. Nie zawsze jednak obydwie zjawiska bywają równoległe. Wzmożenie fenolu bez wzmożenia indoksyłu oznacza istnienie w ustroju procesów pochodzenia bakteryjnego, lecz bezgnilnych.

5) Kwas skatolowęgłany znajdujemy często w ciężkich przypadkach gruźlicy. Posiada znaczenie dyagnostyczne w rakach żołądka i kiszek.

6) Wydzielanie lotnych kwasów tłuszczowych bywa zwiększone po przyjęciu pokarmów węglowodanowych i w żółtacze, zmniejszone w gorączce.

7) Jeżeli utrudnione zostaje rozpoznanie różniczkowe pomiędzy *angina* i *diphtheritis* — acetonuria w moczu przemawia przeciwko dyfterytowi.

(*Charité Annalen* 1902).

Sunderland.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

74 R. LENZMANN. Dalsze spostrzeżenia nad *appendicitis chronica*. Poprzednio już autor wykazał, że bywają przypadki chronicznego zapalenia wyrostka robaczkowego, rozwijające się po większej części skrycie bez wszelkich charakterystycznych dla *appendicitis* objawów. Wkrótce jednak występują pewne ogólne objawy, na zasadzie których choroba bywa rozpoznawana, jako kamica żółciowa, wrzód żołądka, kolka kiszkowa lub histerya, jakkolwiek ma tu miejsce *appendicitis chronica*. Autor opisuje dwa obserwowane przez siebie przypadki omawianej sprawy chorobowej.

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety lat 26. Przed dwoma laty odbyła ona szczęśliwie poród; od tego czasu cierpi na pojawiające się prawie codziennie bóle brzucha, rozprzestrzeniające się w okolicę pępka i przyjmujące nieraz charakter kurczów. Prócz tego chora skarży się na stałe zaparcie stolca. Przy palpacji *region. ileo-coecalis* chora uczuwa silny ból promieniujący w okolicę pępka i żołądka. Przy głębokiej palpacji po *linea spinalis* (łączącej obie *spinæ ilei ant. sup.*) w miejscu oddalonym na 5 cm. od *spina ilei ant. sup. dextra* wyczuwa się dokładnie, zwłaszcza przy podniesionej nodze, dość twardą obrzmiłość grubości małego palca, położoną ukośnie do wewnątrz i do środka i dającą się przesuwając między palcami. Przy tem przesuwaniu pojawia się silny nagły ból, promieniujący ku pępkowi i żołądkowi. Wymacywana nabrzmiłość mogła być tylko wyrostkiem robaczkowym, ponieważ trąbki wyczuwały się przy badaniu ginekologicznem oddzielnie. Autor zaproponował chorej wycięcie wyrostka; po operacji tej nastąpiło zupełne wyzdrowienie. *Appendix* przedstawił się zgrubiałym,

twardym. Zewnętrzna, pokryta otrzewną powierzchnia jego była gładka, bez zrostów, wewnętrzna zaś, t. j. błona śluzowa, była zgrubiała, nierówna z licznymi wylewami krwi i powiększonymi gruczołami; zawartość składała się z cuchnącego śluzu i kawałeczków kału. Pod mikroskopem tkanka dawała obraz chronicznego zapalenia.

W drugim przypadku chora zachorowała w 3 tygodnie po ostatnim porożu; choroba trwała już 8 lat. Chora skarży się na bóle w okolicy żołądka, pępka lub wątroby, pojawiające się niezależnie od przyjęcia pokarmu; podczas takich bólów zdarzały się wymioty gorzkiego smaku. Przy uciskaniu okolicy żołądka chora czuwa niewielką i nieumiejscowioną bolesność. Przy palpacji *fossae iliac. dextr.* czuwa silny ból. Przy palpacji po *linea spinalis* w miejscu oddalonym na 6 cm. od *spina ilei ant. sup.* wyczuwa się dość twardą obrzmiałość, ciągnącą się po *psaos* i dającą się przesuwać między palcami, przyczem chora czuwa silny ból, promieniujący w inne okolice brzucha, który co do miejsca i charakteru jest zupełnie analogiczny z występującymi podczas napadów bólami. Wycięty wyrostek przedstawiał stwardniały twór, zgięty w połowie wskutek skrócenia i zgrubienia swego *mesenterium*; w miejscu jego przyczepu na błonie śluzowej znajdowało się małe powierzchowne owrzodzenie, przyczem powłoka otrzewnowa była w tem miejscu zgrubiała. Po za tem obraz anatomo-patologiczny był, jak w poprzednim przypadku.

Nie ulega wątpliwości, że na zasadzie badania anatomo-patologicznego należy zrobić w obu tych przypadkach rozpoznanie: *appendicitis chronica haemorrhagica resp. ulcerosa*. Z wyrostka robaczkowego sprawa dalej nie poszła, jeżeli nie będziemy brali pod uwagę nieznacznego zgrubienia otrzewny i przylegającej doń krezki w drugim przypadku. Sprawa ta sama w sobie nie przedstawiała nic groźnego, była jednak dla chorych ciężka do zniesienia z powodu przykrych, nie odpowiadających zmianom anatomicznym objawów.

Co się tyczy powstania tej sprawy chorobowej w obu przypadkach po *puerperium*, to autor sądzi, że nie jest to tylko zbieg okoliczności. Wiadomo, że bakterye tem łatwiej mogą dostać się i osiedlić w wyrostku, im słabsze są jego ruchy perystaltyczne. Stan podobny mamy właśnie podczas brzemienności. Powiększona macica odpycha wtedy wszystkie narządy na bok, i mały ruchomy wyrostek łatwo może uleść zgięciu lub zmianie umiejscowienia, wskutek czego utrudnia się opróżnienie jego zawartości i zarazem łatwo może się w nim osiedlić. Zdawałoby się więc, że ciężarna powinna być bardzo dysponowana do *appendicitis*. Należy tu jednak wziąć pod uwagę i to, że podczas brzemienności, jak same narządy rodne, tak i części, leżące bliżej nich, odżywiają się znacznie lepiej, niż w zwykłych warunkach, i przeto łatwiej mogą się oprzeć infekcyi. Z tego powodu zamiast ostrego złośliwego wysięku mamy przewlekłe chroniczne zapalenie.

Autor sądzi, że tego rodzaju przewlekłe zapalenie wyrostka zdarzają się dość często u kobiet po porożu.

Objawy (bóle, zaparcie stolca) tłumaczy autor w sposób następujący: Wyrostek unerwiają gałązki *plexus mesenterici super.*, który również unerwia cienką kiszki i łączy się z *plexus solaris*, unerwiającym żołądek. Zmiany chorobowe w wyrostku wywołują podrażnienie zakończeń nerwowych tamże, które przenosi się na wspomniane sploty brzuszne i wywołuje stały stan podrażnienia nerwu współczulnego brzuszego, objawiający się napadami bólu, lokalizowanego w okolicy żołądka i kiszek. Objawy te należy więc uważać za newralgię nerwu współczulnego brzuszego. Uporczywe zaparcie stolca, które po operacyi

zupelnie ustąpiło, objaśnia autor tem, że znajdujący się w stanie zapalnym wyrostek odruchowo wywierał wpływ drażniący na n. *splanchnicus*, który jest, jak wiadomo, nerwem, hamującym ruchy kiszek.

Rozpoznanie opisanego obrazu chorobowego nie przedstawia trudności, jeżeli z pewnością uda się wymacać zgrubiały wyrostek i wyłączyć inne postacie chorobowe z podobnymi objawami, jak kamicę żółciową, kolkę nerkową, gastralgię *ulc. ventriculi* i t. p. U kobiet należy również zbadać dokładnie narządy rodne, aby zgrubiałej i przesuniętej wskutek sprawy zapalnej trąbki nie wziąć czasem za *appendix*. Istotna terapia zasadza się w większości przypadków na wycięciu wyrostka; w niektórych przypadkach autor widział dobre rezultaty od długotrwałego stosowania wilgotnych ciepłych okładów na *regio ileo-coecalis*.

(*Deutsche Medic. Wochenschrift* 1902 Nr. 15).

Janczurowicz.

75. RIEDEL. Jak często brak typowego stłumienia w prawym dole biodrowym w zapaleniu wyrostka robaczkowego? Im więcej się ma do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego, tem częściej natrafia się przypadki z nietypowym przebiegiem, bez wytwarzania typowego wysięku, przypadki, przebiegające często pod postacią niedrożności kiszek, choć żadnej mechanicznej przeszkody nie ma. Tego rodzaju przypadki uważać należy za niebezpieczne, częstokroć szybko kończące się śmiercią, podczas gdy wysięk, a raczej nacieczenie dowodzi, że ustrój energicznie broni się przed napastującym go nieprzyjacielem. Należy wyraźnie uprzytomnić sobie, w jakich warunkach nacieczenie wogóle nie wytwarza się, następnie dlaczego istniejący naciek nie daje się stwierdzić ani za pomocą obmacywania, ani za pomocą opukiwania, wreszcie dla czego stwierdzony już naciek na nowo znika, choć w ogólnym stanie chorego nie następuje żaden zwrot ku lepszemu. Przypadki, w których powyżej więzu POUPART'a nie można stwierdzić stłumienia, są częste; RIEDEL oblicza je na 30% wszystkich przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. T. zw. ostry napad zapalenia wyrostka w ogromnej większości przypadków rozwija się w poprzednio już zmienionym, zgrubiałym i otoczonym zrostami wyrostku. Tam, gdzie poprzednio nie było zrostów, nacieczenie rozwinąć się nie może, bez względu na to, gdzie wyrostek leży w jamie brzusznej. Ponieważ zapalenie wyrostka może być lżejsze i cięższe (surowicze, ropne, posokowate), to w następstwie rozwija się lżejsze lub cięższe zapalenie otrzewny bez uprzedniego wytworzenia się ograniczonego ropnia i pęknięcia tegoż do wolnej jamy brzusznej. Nawet przy surowiczem zapaleniu wyrostka i wysięku surowicznym w jamie otrzewny, w obrazie klinicznym na pierwszy plan występować mogą niezmiernie częste i silne wymioty, co często prowadzi do fałszywego rozpoznania niedrożności kiszek (*ileus*). Jeśli, przeciwnie, wymiotów niema, co w początku przytrafiać się może nawet przy ropnem zapaleniu wyrostka, to rozpoznaje się często, uwzględniając ogólną bolesność brzucha, „rozlane zapalenie otrzewny z niewiadomej przyczyny“. Pamiętać należy, że u chłopców przyczyną takiej *peritonitis diffusa* prawie zawsze bywa zapalenie wyrostka, podczas gdy u małych dziewczynek jajowody niekiedy umożliwiają wtargnięcie zarazka, dalej że u osobników dorosłych płci żeńskiej uwzględniane być winny przedewszystkiem genitalia, jeżeli powstaje zapalenie otrzewny z przyczyn niewiadomych, wreszcie u mężczyzn i kobiet pamiętać należy jeszcze o kamieniach żółciowych (pęknięcie zropiałego pęcherzyka żółciowego) i wrzodzie żołądka dziurawiącym.

Zupełnie inaczej ma się rzecz wówczas, gdy naokoło wyrostka istnieją zrosty: przy wybuchu sprawy ostro-zapalnej powstaje tu nacieczenie. To ostatnie nie zawsze daje się stwierdzić. Zależy to przedewszystkiem od położenia cho-

rego wyrostka. Typowe nacieczenie powyżej więzu POUPART'a powstać może tylko wtedy, gdy otoczony zrostami wyrostek leży przed- poza- lub poniżej kątnicy w chwili wybuchu napadu ostrego zapalenia, przypuszczając, że kątnica leży w prawym dole biodrowym, co nie zawsze ma miejsce. Jak często zapalenie wyrostka przebiega pod postacią dawnej *typhlitis*, t. j. jak często wytwarza się typowe, dające się stwierdzić nacieczenie? Na to pytanie daje odpowiedź statystyka RIEDEL'a, podług której na 252 przypadki wyrostek leżał przed dolnym końcem kiszki ślepej 25 razy, po za nim 33 razy, poniżej 66; a zatem w 124 przypadkach, t. j. prawie w połowie wszystkich przypadków autora wyrostek leżał tak, że mógł powstać znany obraz *typhlitis*. W drugiej połowie przypadków nie miało to miejsca, choć przy położeniu wyrostka na wewnątrz kątnicy powstać może w dalszym przebiegu cierpienia nieco bliżej linii środkowej położone i dające się stwierdzić nacieczenie wówczas, gdy wyrostek uległ zropieniu w odcinku, leżącym bliżej kątnicy. Najwyraźniej i najwcześniej wykazać można nacieczenie, jeśli wyrostek leży bezpośrednio przed kątnicą, zlepiony zazwyczaj z siecią. Przy położeniu wyrostka po za kątnicą nacieki z początku nie jest wyraźny, gdyż pokrywa go kiszka ślepa. Tylko 10 razy wyrostek leżał zupełnie zewnątrz otrzewny poza kątnicą, 23 razy przebiegał zzewnątrz na wewnątrz poza kątnicą, leżąc częściowo albo zupełnie wewnątrzotrzewnowo. Przy położeniu wyrostka poniżej kątnicy nacieku niekiedy brak, mianowicie wówczas, gdy wyrostek jednocześnie przebiega wtył, wgląb' i zostaje wówczas przykryty przez kątnicę i sieć.

Typowe nacieczenie nie mogło (w przyp. autora) powstać wcześniej albo wogóle nie powstało w 128 przypadkach: 4 razy przy wyrostku, leżącym przed kątnicą i wysoko wstępującym aż do przedniego brzegu wątroby, przyczem tam wierzchołek wyrostka uległ pęknięciu; 40 razy przy położeniu wyrostka nazewnątrz, powyżej kolca biodrowego (3 razy sięgał do wątroby); 60 razy przy położeniu wyrostka na wewnątrz, blisko pępka, pęcherza, *promontorium*, *linea innominata*; 24 razy przy położeniu wyrostka w małej miednicy. Zależnie od położenia i przebiegu wyrostka guz naciekowy niekiedy stwierdzić się daje w okolicy wątroby, w okolicy lędźwiowej, w małej miednicy i t. d. Przytem zmienia się także obraz choroby: umiejscowienie bólów, częstość wymiotów i innych zaburzeń, zaburzenia ze strony sąsiednich narządów, charakter powikłań i t. d. Wyrostek, wstępujący nazewnątrz kątnicy, jest o wiele niebezpieczniejszy, niż położony przed, poza lub poniżej *coecum*, gdyż w tej okolicy niema sieci, chroniącej wolną jamę otrzewny w razie pęknięcia ropnia. Najniebezpieczniejsze jednak jest położenie wyrostka, skierowane nawewnątrz. Jeżeli przytem powstaje ostra sprawa zapalna w części wyrostka, leżącej bliżej kątnicy, to sieć może jeszcze przyczynić się do ograniczenia sprawy zapalnej, przyczem powstaje nacieki wyczuwalny poza prawym mięśniem prostym brzucha; jeżeli jednak pęknięciu ulega wierzchołek wyrostka, położony blisko *promontorium* lub *lin. innominata*, to niepodobna wykazać nacieczenia; ropa biegnie powyżej pęcherza między pętlcami kiszki lub przed niemi na lewą stronę brzucha. Chorzy nie skarżą się na ból z prawej strony brzucha, lecz często ból umiejscawia się naokoło pępka; występuje także często bolesne oddawanie moczu. Ropne zapalenie otrzewny prowadzi często do wytwarzania oddzielnych ropni między pętlcami kiszki, które pękają do światła kiszki lub do pęcherza. Wskutek sklejenia pętllic powstają także często objawy niedrożności kiszki. Jeżeli wyrostek leży przed kątnicą i końcem swym sięga przedniego brzegu wątroby, to wytwarza się przy pęknięciu wierzchołka wyrostka guz, mogący być wzięty za pęcherzyk

zółciowy, zawierający kamienie. Przy położeniu wyrostka nazewnątrz powstaje naciek powyżej kolca biodrowego w kierunku ku tyłowi. Tam też jest największa bolesność; chory wykrzywia się na prawo, a zatem występują takie same objawy, jak przy położeniu wyrostka poza kątnicą (zewnątrzo-trzewnowo). Jeśli koniec wyrostka sięga jeszcze więcej w górę, to powstać mogą ropnie w okolicy nerki, ropień podprzeponowy i t. d. Wszyscy ci chorzy nie mają wyraźnych objawów ze strony brzucha: ten ostatni okazuje bardzo małe wzdęcie albo wcale nie jest wzdęty, wymioty zdarzają się rzadko, albo wcale nie występują, tętno pozostaje wolne i pełne, jakkolwiek ciepłota jest podniesiona. Przy pęknięciu ropnia na zewnątrz otrzewny następuje rozprzestrzenienie się ropy niekiedy z nadzwyczajną szybkością z jednej strony w górę do kopuły przepony, z drugiej — na dół do małej miednicy, jak również w kierunku linii środkowej, przy czym ropa przedziurawić może dwunastnicę. Gdy wreszcie wyrostek swym przedziurawionym końcem leży w małej miednicy, mowy być nie może o stwierdzeniu nacieczenia; dopiero po dłuższem czekaniu, które dla chorego może być niebezpieczne, można je niekiedy wyczuć *per rectum* lub *per vaginam*. Obraz kliniczny w początku choroby jest niewyraźny: wzdęcie brzucha, ból naokoło pępka, objawy podobne do *ileus*, prawdziwy *ileus* wskutek sklejenia wszystkich pętlic kiszek cienkich w małej miednicy, parcie na mocz, niekiedy parcie na stolce bez skutku. Pęcherz wydaje się napełnionym, w rzeczywistości zaś jest powiększony wskutek nacieczenia podotrzewnowego, albo też podniesiony niekiedy nawet do pępka przez ropień, leżący w dole DOUGLAS'a. Niekiedy niema prawie objawów ze strony kiszek, gdyż pętlice kiszek cienkich zostały przez ropień z miednicy w górę podniesione. Ropa toruje sobie drogę albo w górę, albo też przenika przez *foramen ischiadicum* do okolicy pośladkowej. Rozpoznanie tego umiejscowienia ropnia może być zrobione tylko za pomocą cięcia.

Oznaki powyższe często wystarczają nawet w początku choroby do rozstrzygnięcia pytania, czy wyrostek leży na wewnątrz, na zewnątrz, poniżej, przed kątnicą i t. d.

W praktyce dotychczas mało uwzględniano możliwość przeniknięcia powietrza do ropnia po pęknięciu wyrostka, gdy tymczasem zdarza się to wcale nierzadko. Następstwem tego bywa zmniejszenie się albo nawet zniknięcie stłumienia, co lekarza może w błąd wprowadzić odnośnie do przebiegu choroby. Podobne zawierające powietrze ropnie RIEDEL spostrzegał przy każdym położeniu wyrostka: w małej miednicy, u brzegu tejże, pomiędzy więzłem POUPART'a a kątnicą, u przedniego brzegu wątroby i nazewnątrz od kiszki ślepej i t. d.

Z powyższego widzimy, jak często i w jak rozmaitych warunkach brak klasycznego stłumienia w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Pamiętając to, nie będziemy czekali na jego zjawienie się, a wcześniej przystąpimy do zabiegu operacyjnego, przez co nie jednemu choremu życie uratujemy.

(*Berlin. Klin. Wochenschr.* 1902. Nr. 31).

S. P.

76. P. WULFF. Przyczynek do nauki o martwicy tkanki tłuszczowej (*Fettnekrose*). Spostrzeżenie autora przedstawia pewne osobliwości, których dotychczas jeszcze nie notowano, zasługuje przeto na streszczenie.

Chory 40 letni, nadużywający w wysokim stopniu napojów wyskokowych, przechodził przed paru miesiącami włóknikowe zapalenie płuc o ciężkim przebiegu. Obecna choroba zaczęła się od bólów w brzuchu, które umiejscawiały się głównie w okolicy kiszki ślepej, i od nudności. Bóle we wzmiankowanej okolicy wzmagały się, chory gorączkował. Rozpoznano zopalenie okołokątnicze. Pwłoki brzuszne powyżej prawego więzła POUPART'a były nadzwyczaj wrażliwe

na ucisk, przedstawiały zaczerwienie i rozlane nacieczenie. W innych okolicach brzuch nie był ani bolesny na ucisk, ani wzdęty. Ciepłota ciała dosięgała 39,5°. Wobec złego stanu ogólnego przystąpiono do operacji, podczas której już w tłuszczu podskórnym ukazały się oddzielne twarde woskowate masy tłuszczowe. Po przecięciu warstwy mięśniowej weszło się do jamy, leżącej pozaotrzewnowo i sięgającej do małej miednicy. Jama ta wypełniona była kruchemi ziarnistymi masami oraz płynem surowicznym. Ziarna te obudziły podejrzenie promienicy. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono w sieci takie same złogi. Sonda, wprowadzona do tłuszczu przedotrzewnowego, z łatwością dochodziła aż do pępka, przyczem i ztąd wydostać można było podobne ziarniste masy. Badanie tych ziaren na grzybki promienicy wypadło ujemnie, natomiast stwierdzono obecność małych igieł tłuszczowych. Szczepienie tych mas wykazało czystą hodowlę gronkowca białego. W dalszym przebiegu ciepłota pozostawała wciąż na wysokich cyfrach, a z jamy wydzielały się suche rozpadłe masy, zmieszane z płynem surowicznym. W 9-tym dniu po operacji powstało w jamie silne krwawienie, które pomimo tamponowania nie ustało, i chory po 3 dniach zmarł.

Z protokołu sekcyjnego zanotować należy, co następuje: tłuszcz przedotrzewnowy w dolnej prawej czwartej części brzucha zamieniony jest na masę kruchą, podobną do trupiego wosku; w pozostałych okolicach brzucha, jak również w tłuszczu podskórnym klatki piersiowej i kończyn, żadnych zbroczeń nie wykryto. W jamie pozaotrzewnowej znajdują się wyżej opisane masy oraz krew w ilości pół litra. Takie same masy woskowe znaleźć można w sieci, krezce, kiszkiach, jamie osierdza oraz w tkance tłuszczowej naokoło trzustki. Sama trzustka zmian nie przedstawia ani makroskopowo, ani pod drobnowidzem. Wyrostek robaczkowy niezmienny. Zaznaczyć jeszcze należy, że główne ognisko martwicy tłuszczowej zupełnie nie stykało się z trzustką.

W sprawie powstawania martwicy tłuszczowej, której prawie zawsze towarzyszą zmiany w trzustce, panują obecnie dwa poglądy. Jedni utrzymują, że martwica tkanki tłuszczowej wywołuje cierpienie trzustki, inni są zdania, że przeciwnie cierpienie trzustki jest sprawą pierwotną, przyczem opierają się głównie na tej okoliczności, że dotychczas przy martwicy tkanki tłuszczowej trzustka jeszcze ani razu nie okazała się nietkniętą. Spostrzeżenie autora nie pozostawia żadnej wątpliwości, że martwica tłuszczowa w jego przypadku była cierpieniem *sui generis*, wywołanem przez nadużycie napojów wyskokowych. Z wielkim prawdopodobieństwem można znaczną część odnośnych przypadków w tym sensie wytłomaczyć, t. j. towarzyszące martwicy tłuszczowej cierpienie trzustki uważać za zjawisko wtórne. Pod względem klinicznym przypadek autora, który przebiegał pod postacią zapalenia wyrostka robaczkowego, stanowi prawdziwe *unicum* w literaturze.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1902. N. 31).

S. P.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Kolonii d-r HOCHHAUS mówił o spostrzeganym przez siebie przypadku choroby ADAM-STOCKES'a. Chory, silny, 32-letni mężczyzna, przebywał przed 11-tu laty ostry gościec stawowy, powikłany zapaleniem wsierdza, po którym pozostała niedomykalność zastawki

dwudzielnej. W ciągu następnych kilku lat było kilka nawrotów tej choroby; potem przez ostatnie pięć lat chory czuł się nieźle i zajmował się ciężką pracą. W końcu 1899 r. znów dostał gościa, którego przebiegowi towarzyszyły zaburzenia poważne czynności serca: duszność, bicie serca, nie ustępujące pod wpływem leczenia. Prawie w rok później chory nagle zemdlął i stracił przytomność bez żadnej widocznej przyczyny wśród objawów duszności i lekkich drgawek w kończynach górnych. Przywołany niezwłocznie lekarz znalazł chorego w stanie lekkiej śpiączki, oddychającego z trudnością, tętno zaś było nader zwolnione 17 — 20 uderzeń na minutę i nieregularne. Po dużych dawkach kamfory liczba uderzeń tętna podniosła się nieco po nad 20 uderzeń, a dopiero po upływie kilku dni wynosiła 46. Chory dzwignął się po kilkotygodniowym leżeniu, lecz napad taki sam powtórzył się znów, aczkolwiek trwał znacznie krócej. Pomimo zachowania wszelkich ostrożności i stosowania środków nasercowych napady podobne zaczęły zjawiać się coraz częściej, bo czasami nawet co parę dni. Zbliżanie się napadu poprzedzało zawsze swoiste przykre uczucie w piersiach, następnie zjawiały się zawroty głowy, czasami zupełna utrata przytomności, a dopiero po kilkunastu minutach chory wracał do przytomności, oddychając ciężko, i czuł się bardzo wyczerpanym. Na trzy tygodnie przed śmiercią stan chorego był następujący: uderzenie wierzchołkowe serca nader wzmożone, rozlane na 5-te i 6-te międzyżebrze, nazewnątrz od linii sutkowej; stępienie serca względne przesunięte znacznie i na lewo i na prawo. Nad wszystkimi otworami serca wyraźne szmery skurczowe; najwyraźniejszy wysłuchiwało się nad wierzchołkiem; ton drugi nad tętnicą płucną kłapiący. Liczba uderzeń tętna — 40 na minutę; tętno dosyć pełne, napięte i prawidłowe. W narządach pozostałych zmian wyraźnych nie znaleziono. Wkrótce po badaniu zjawiała się duszność, chory stał się niespokojny i senny, jednocześnie tętno spadło do 17 uderzeń, a podczas pauz pomiędzy uderzeniami tętna w sercu nie można było stwierdzić żadnych szmerów. Po 3 — 4 minutach stan chorego polepszył się; tętno stopniowo podniosło się zwolna do 40-tu. Napady tego rodzaju powtarzały się często, bywało ich nawet po kilka w tym samym dniu, a podczas jednego z nich chory zmarł.

Badanie zwłok wykazało znaczne rozszerzenie i przerost całego serca, zupełne zarośnięcie jamy osierdzia (*synechia pericardii completa*) i wybitną niedomykalność zastawki dwudzielnej. W mięśniu serca drobnowidz wykazał zwyrodnienie włókniste umiarkowanego stopnia. Przypadek powyższy należy do bardzo typowych. Przyczynę stanu chorobowego stanowiło bez wątpienia cierpienie samego serca.

K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= WANNIER podaje wyniki swoich doświadczeń nad wpływem różnych środków, przyjmowanych *per os*, na rozwój bakterji w moczu. 1) Kwas borowy, gwajakol, kreozot, tannopina i tannoforn nie wywierają żadnego wpływu. 2) Kwas benzoesowy w dawce 3,0 — 6,0 *pro die* zupełnie powstrzymuje rozwój paciorkowca ropnego. 3) Salol również kompletnie powstrzymuje roz-

wój paciorkowca ropnego, znacznie utrudnia rozwój paciorkowca białego i proteusa. 4) Bardzo silnie działa urotropina — z początku powstrzymując rozwój bakterji, później zabijając je; najdłużej opiera się *bacterium coli*. (Centralbl. f. d. Krankh., d. Harn. u. Sex. Org. Bd. XII. H. 11).

= RUMPF i GUINARD badali zdolność aglutynacyjną surowicy krwi suchotni-

ków za pomocą metody ARLOING'a i COURMONT'a i metody KOCH'a i doszli do wniosków następujących: 1) zdolność aglutynacyjna surowicy zależy prawdziwie od wytwarzania ciał, ochraniających ustrój (Schutzstoffe) od zarazka; wzmacnia się ona, jeżeli ustrój skutecznie walczy z zarazkiem, słabnie, jeżeli jedna ze stron walczących — ustrój albo

zarazek — ulega w walce; 2) przy stosowaniu tuberkuliny KOCH'a R. i G. obserwowali zwiększenie zdolności aglutynacyjnej surowicy; znaczna poprawa lub — odwrotnie — raptowne pogorszenie szło w parze ze zmniejszeniem zdolności aglutynacyjnej. (Deutsch. med. Woch. 8. 1902.)

Ż.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 6 października r. b. w sądzie Okręgowym Warszawskim otworzono i ogłoszono testament ś. p. Władysława FLORKIEWICZA, zmarłego w dniu 13 sierpnia r. b. w Zakopanem. Cały majątek nieboszczyka, składający się z dwóch domów w Zakopanem oraz z gotowizny w ilości rb. 80,000, po śmierci jedynej Jego sukcesorki Pani Kassylidy Florkiewicz przechodzi na własność następujących instytucji: 1) 2 domy w Zakopanem oraz 40,000 rb. przejść ma na własność Galicyi w tym celu, aby Władza Krajowa utworzyła szkołę sanatoryjną imienia bł. Ładysława z Gielniowa w Zakopanem. W razie, gdyby Władza Krajowa powyższego zapisu nie przyjęła, domy i kapitał przechodzą na własność Akademii Umiejętności w Krakowie. 2) 18,000 rb. na rzecz Akademii Umiejętności w Krakowie. 3) 5,000 rb. na rzecz Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Odsetki od tej sumy mają stanowić stypendium dla studenta medycyny, polaka, katolika w Uniwersytecie Warszawskim. 4) 5,000 rb. na rzecz

Uniwersytetu Jagiellońskiego, procent od tej sumy ma być wypłacany, jako stypendium, studentowi wydziału lekarskiego lub filozoficznego w uniwersytecie Jagiellońskim, polakowi i katolikowi, aż do ukończenia studiów uniwersyteckich. 5) 5000 rb. na rzecz Kasy wdów i sierot po lekarzach pozostałych przy Warszawskim Tow. Lekarskim. 6) 3000 rb. na rzecz Towarzystwa pomocy imienia d-ra Karola MARCINKOWSKIEGO w Poznaniu. 7) 2000 rb. na rzecz Muzeum Tatrzańskiego imienia d-ra Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO. 8) Książki, atlasy i zbiory naukowe na rzecz szkoły sanatoryjnej lub Akademii Umiejętności w Krakowie.

— Na katedrę po VIRCHOW'ie powołany został do Berlina d-r ORTH z Getyngi.

— Na Zjeździe międzynarodowym w sprawie walki z gruźlicą w Berlinie, mającym się odbyć pomiędzy 22 a 26 października, głównym przedmiotem obrad ma być sprawa tożsamości gruźlicy ludzkiej i bydłowej.

Komitet, zarządzający Kasą pomocy dla osób, pracujących na polu naukowym, imienia J. Mianowskiego, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natanson'a przyznane zostaną w roku 1905 dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych, (matematyka, nauki przyrodnicze łącznie z biologicznymi) ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1901, 1902, 1903, 1904; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z Ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet, zarządzający Kasą, własnym staraniem usiłował zebrać dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z Członków Komitetu.

Prezes Komitetu: *H. Struwe.*

Członek Komitetu Sekretarz: *Feliks Kucharzewski.*

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

ZAMIAST ŻELAZA

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;
(alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadwyzczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zółzów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy organizmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań! Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycyi: **APTEKA NA BOLSZOJ UCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncyi) 1 r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).

Sanatorium, dla chorych piersiowych W ZAKOPANEM

pod kierunkiem D-ra Kazimierza Dłuskiego

1050 m. nad poziom. morza. Wszystkie pokoje i obszerna leżalnia zwrócone na południe. Oświetlenie elektryczne. Ogrzewanie centralne. Kanalizacja. Windy. Kąpiele. Natryski. Pralnia parowa i dezynfekcja. Poczta, telegraf i telefon w Zakładzie. Własne powozy na zamówienie.

Prospekty na żądanie franko.

Przyjmuje się chorych od 1 Listopada 1902 r.

Adres: Dr Kazimierz Dłuski. Zakopane.

PISMO MIESIĘCZNE ILUSTROWANE

(12 dużych tomów rocznie)

pod redakcją Księdza Józefa Adameczyka

„Dzwonek Częstochowski“

w roku 1903 zawierać będzie:

- 1) Artykuły treści teologicznej.
- 2) Powieści religijne.
- 3) Modlitwy prozą i wierszem.
- 4) Żywoty Świętych Pańskich, Ojców Kościoła, wielkich Papieży.
- 5) Obrazy z historii kościoła Rzymsko-katolickiego.
- 6) Wiadomości różne, z obszernem uwzględnieniem spraw kościelno-religijnych i dotyczących się Częstochowy.
- 7) Ogłoszenia.
- 8) Ilustracje.

Prenumerata „Dzwonka Częstochowskiego“ wynosi w Częstochowie rocznie rub. 3, półrocznie rub. 1.50. Kwartalnie 75. Z przesyłką pocztową rb. 4, półrocznie rb. 2, kwartalnie 1 rb.

LISTY NALEŻY ADRESOWAĆ:

Redakcja „Dzwonka Częstochowskiego“ pod Jasną Górą w Częstochowie.

NAŁĘCZÓW

Zakład leczniczy dla chorych z chorobami **wewnętrzniemi** (z wyłączeniem gruźlicy i zakaźnych) i **nerwowemi** (z wyłączeniem umysłowych). W sezonie zimowym ceny niższe (utrzymanie wraz z leczeniem od 3 rb. 50 kop. dziennie). Szczegółowe prospekty na żądanie gratis i franco.

Dyrektor Dr. A. Puławski.

Lekarz zakładu **Dr. B. Malewski.**

Największy skład naczyń

APTECZNYCH CHEMICZNYCH I DOKTORSKICH

oraz

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

E. CH. SZEDROWICZA

Warszawa, ulica Żymna № 6.

Towar wyborowy

CENY UMIARKOWANE.

SANATOGEN

*Środek wzmacniający
Działanie tonizujące
Zupełnie nie drażni.*

Panom lekarzom wysyła próby i broszury
bezpłatnie reprezentant: **Biertuempfel**,
Warszawa Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **Bauer & C-ie**,
Berlin, S. O. 16.

Aparaty Dezynfekcyjne
za pomocą **Formaldehydu**

do dezynfekcji
MIESZKAN,
MEBLI,
Ścieroby
i wszelkich
PRZEDMIOTÓW
bez
uszkodzenia
łakowych.

Edolf Witt poleca
FABRYKA
ul. Leopoldyny № 11

— Skład fabr. Elekoralna 21

GENNIKI NA ZADANIE

ZAKŁAD LECZNICZY „BELLARIA”

D-ra F. Navrátila

W ARCO

Najlepszej stacji klimatycznej południowego
Tyrolu dla chorych chronicznych, rekonwal-
lescentów etc.

Prospekty i wszelkie informacje na żądanie.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny
PRACOWNIA przyrządów ORTOPEDYCZNYCH
D-ra Reichsteina
Warszawa—Leszno 31.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk
2) Ligatury

Składy Główne materiałów opatrunkowych Sterylizowanych z Pracowni D-ra Bo- rzymowskiego

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia
Sterylizacyjna
2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar.
Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze
i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr.
24. Telefon. Nr. 610.
w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).
w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.
w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.
w Kielcach: Apteka W-go Wierzbłąty.
w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

6) Gaza jodoformowa po 0,25; 0,5 i 1 m. 7) Banda-
że 5—10—20 ctm. sześć. 6 m. dług.

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) Gaza
hygroskopijna po 0,5 i 1 m

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
ślab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp
Chorych na uszy od 12—2 pp.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
ładkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
piciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).