

GAZETA LEKARSKA.

Ś. p. Władysław Florkiewicz.

Dnia 13-go b. m. zgaśł w Zakopanem człowiek wielkiej prawości, lekarz doskonały, zacny kolega.

Ś. p. FLORKIEWICZ, nad którego stratą głęboko ubolewamy, urodził się 14-go września 1834 r. we wsi Wiktorowicach w okręgu Miechowskim dawnego Województwa Krakowskiego. Po ukończeniu gimnazjum św. Anny w Krakowie, wstąpił na wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej i 25-go czerwca 1861 r. stopień doktora medycyny uzyskał.

W latach 1860 i 1861 FLORKIEWICZ pełnił obowiązki asystenta przy katedrze zoologii i mineralogii na Uniwersytecie Krakowskim. W początkach swej działalności lekarskiej, zaskoczony wypadkami r. 1863, oddał się musiał chirurgii. Osiedlony w Koniecpolu wystarał się o zbudowanie szpitala, któremu bezinteresownie oddawał kilka godzin codziennej pracy, już to lecząc chorych szpitalnych, już to udzielając pomocy bezpłatnej biednym włościanom, z dalekich okolic przybywającym. To poświęcenie i wzrastające doświadczenie praktyczne, obok nieporównanej dobroci i łagodności zjednały FLORKIEWICZOWI wielkie powodzenie.

Nadmiar pracy wobec rozwijającej się przewlekłej sprawy płucnej zmusza FLORKIEWICZA w r. 1879 do przeniesienia się do Warszawy, gdzie od razu działalności lekarskiej jego towarzyszy miłość i szacunek kolegów i wielkie uznanie ze strony licznych zastępów chorych.

FLORKIEWICZ późno, bo dopiero w 48 r. życia, przystąpił do pracy literackiej; pozostawił po sobie wprawdzie artykuły przeważnie kazu-

istyczne, wszystkie jednak były bardzo starannie opracowane i świadczyły o wielkiej sumienności jego w badaniu lekarskiem. On pierwszy z pośród polskich lekarzy dokładnie obserwował przebieg promienicy u człowieka i dwa przypadki tej choroby opisał. [Dwa przypadki promienicy. *Gaz. Lek.* 1885. № 45—48. Kilka uwag nad objawami promienicy. *Medycyna.* 1888. str. 829. *Przegl. Lek.* 1888. str. 473]. Już sam ten fakt dowodzi, że FŁORKIEWICZ nie był praktykiem przeciętnym, że miał wątpliwości, które starał się rozwiązać; aczkolwiek rozpoznanie tej sprawy chorobowej ostatecznie ustaliło się dzięki badaniom drobnowidzowym, dokonany przez prof. HOYERA i PRZEWOSKIEGO, to jednak FŁORKIEWICZOWI zawdzięcza się to, że od ogłoszenia jego pracy baczniejszą zaczęto zwracać uwagę na promienicę.

FŁORKIEWICZ opisał nadto: „Rak pierwotny całego płuca lewego, zajmujący po stronie odpowiedniej część klatki piersiowej i połowę przepony” [*Medycyna.* 1882. str. 117, 133, 149], „Przypadek niemoty po obrażeniu głowy powyżej skroni lewej” [*Gaz. Lek.* 1883 str. 1009], a wspólnie z ROGOWICZEM ogłosił „Przypadek przybloniaka szyi macicznej” [*Med.* 1883 str. 137, 153].

Z większych prac znajdujemy: „Uwagi nad chorobą BRIGHT'a [Pam. Tow. Lek. Warsz. 1884 str. 447] i „Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etyologii ropnego zapalenia wątroby” [*Med.* 1887 str. 33, 49, 69].

Wszystkie te prace noszą cechę czysto praktyczną i stanowią przeważnie przyczynki do dyagnostyki i terapii chorób wewnętrznych.

Aczkolwiek w pracach tych nie odzwierciadlają się może w odpowiednim oświetleniu nowe kierunki w nauce, FŁORKIEWICZ śledził jednak bacznie bieg odkryć w dziedzinie medycyny teoretycznej a dla ścisłych badań, wbrew utartemu, niestety, u nas zwyczajowi, miał zawsze na ustach wyrazy zachęty i uznania.

FŁORKIEWICZ o rozgłos nie ubiegał się. Powodzenie zawdzięczał wielkiej pracowitości i wyrobieniu praktycznemu. O przyjaźń nie starał się, bo czyny jego na wyrachowaniu nie opierały się. Kto się z nim zetknął, pokochał i szanować go musiał. Miłość własna jego zadowalała się poczuciem zanego spełnienia obowiązku.

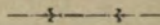
Pruszyński.

I. Z DOMU WYCHOWAWCZEGO PRZY SZPITALU DZIEC. JEZUS W WARSZAWIE.

PRZYCZYNEK DO BADAŃ NAD ENTERITIS STREPTOCOCCICA U NIEMOWLĄT (*Streptokokkenenteritis Escherich'a*).

Podał

Józef Brudziński.



Opis postaci klinicznej — *enteritis streptococcica* wraz z zarysem historycznym rozwoju nauki o roli łańcuszkowców w powstawaniu cierpień przewo-

du pokarmowego niemowląt i najnowszych badaniach w tym zakresie [po ogłoszeniu monografii ESCHERICH'a] podałem w pracy mojej p. t.: „O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt“.

W pracy niniejszej uwzględnię niektóre tylko punkty teorii ESCHERICH'a, mianowicie te, które są poruszane w pracach o tej kwestyi autorów francuzkich: MARFAN'a, NOBÉCOURT'a, LESAGE'a i in.

Niektórzy autorowie francuscy uważają streptokoka za normalnego pasożyta kanału kiszki niemowlęcia, stąd też wypływają ich teoretyczne wywody o roli streptokoków w powstawaniu cierpień przewodu pokarmowego niemowląt: uważają oni zakażenia streptokokowe za wtórne wewnętrzne (*endogene*), podczas gdy ESCHERICH i BOOKER opisali postać, przedstawiającą typ zakażenia zewnętrznego (*ectogene Infection*).

Większość autorów francuskich nie widzi dostatecznych powodów do wyodrębnienia streptokoka, występującego w kanale kiszki w oddzielnej grupie: „*enteritis-streptococcus*“ i skłania się do zaliczenia go do grupy *streptococcus pyogenes*, przyznając jednak, iż cechują go niektóre różnice, podawane przez ESCHERICH'a, które tu w krótkości przypomnimy.

Odmianę powyższą ESCHERICH wyhodował ze stolców niemowląt, dotkniętych cierpieniem przewodu pokarmowego, z krwi, jak również przy badaniu postmiernem z jelit, płuc. Odmiana ta streptokoków różni się od znanych dotąd. Na preparatach ze stolców i z narządów przedstawia się w postaci łańcuszków krótkich, składających się z 5—8-iu ogniw lub w postaci diplokoków. Nader rzadko łańcuszki bywają dłuższe. Niekiedy dwie pary diplokoków tworzą łańcuszek z 4-ch ogniw (*Diplokokkenkette*). Ten, inaczej tak zwany, *enterococcus* występuje nader wyraźnie na preparatach ze stolców, barwionych metodą WEIGERT-ESCHERICH'a. W przypadkach typowych całe prawie pole widzenia jest zajęte przez koki, w innych spostrzega się prątki, zabarwione na czerwono, sarcyny, tetrazy i t. d. Ważnym punktem jest stwierdzenie pod drobnowidzem produktów zapalenia—śluzu, białych i czerwonych krążków krwi. Obraz ten mikroskopowy zmienia się w przebiegu choroby aż do powrotu do obrazu wegetacji zwykłej. Przytem dla otrzymania obrazu typowego wybierać należy cząsteczki stolca, składające się głównie ze śluzu i przeszukać skrzętnie preparaty. *Enteritis-streptococcus* ESCHERICH'a hoduje się źle na zwykłych pożywkach sztucznych. Najlepiej hoduje się, gdy cząsteczkę stolca zaszczeplić do bulionu ocukrzonego [5% cukru gronowego]. W przeciągu 24-ch godzin ciecz mętnieje i tworzy się na dnie próbówki osad, w którym znajdują się nader liczne łańcuszkowce. Z bulionu mogą być izolowane przez rozlewanie na płytki. Są one właściwie grupą całą, mieszaniną różnych odmian koków, biologicznie zresztą bardzo zbliżonych do siebie i z drugiej strony zbliżonych do streptokoka typowego—*streptococcus pyogenes longus*; najwięcej zbliżone są do pneumokoków. Od streptokoka zwykłego odróżniają się brakiem wieloogniowych, pozakręcanych łańcuszków w hodowli bulionowej, małą siłą zabójczą i nieznaczną zdolnością rozmnażania się na pożywkach sztucznych zwykłych. Otrzymuje się je z łatwością, gdy się zastrzyknie emulsię ze stolca podejrzanego myszy białej; w razie pozytywnym po paru dniach mysz pada i z serca

wyhodować można koki. Od *streptococcus coli gracilis* i *brevis* [ESCHERICH] odróżnia się ta odmiana tem, iż nierozpuszcza żelatyny.

ESCHERICH zalicza tę odmianę do streptokoków, pomimo iż najczęściej przedstawia się ona pod postacią diplokoków i krótkich łańcuszków, na tej zasadzie, iż podług najnowszych systematyków do rodziny streptokoków zaliczają się wszystkie koki, które wykazują podział w jakimkolwiek kierunku bez względu na to, czy dochodzi do tworzenia się dłuższych łańcuszków. ESCHERICH sądzi, iż w grupie t. zw. streptokoków krótkich [LINGELSHEIM] znajdują się bardzo zbliżone do jego *enteritis*-koków.

Zdaje się, że warunki istnienia w przewodzie pokarmowym sprzyjają rozwojowi tych właśnie odmian; streptokoków zwykłych nie stwierdzano w przewodzie kiszkowym niemowlęcia. To samo zdanie o specjalnych warunkach w przewodzie kiszkowym wypowiada NOBÉCOURT, który w swoich badaniach doszedł do wniosku, że własności morfologiczne streptokoków, znajdowanych przez niego, są zupełnie takie same, jak streptokoków, opisanych przez ESCHERICH'a, THIERCELIN'a: przewaga postaci diplokoków lub krótkich łańcuszków, postać owalna koków, brak łańcuszków długich. NOBÉCOURT pomimo to sądzi, iż te własności odrębne nie wystarczają do wyodrębnienia ich w oddzielną grupę z rodziny streptokoków.

MARFAN wypowiada przypuszczenie, że opisany przez THIERCELIN'a *enterococcus* i *diplococcus intestinalis* TAVEL'a, pasożyty zwykle kanału kiszkowego, mogą, gdy błona śluzowa zachorzeje, stać się chorobotwórczymi i wytwarzać łańcuszki. MARFAN przypisuje również znaczenie w powstawaniu *gastroenteritis* przedostawaniu się streptokoków z powierzchni skóry lub z ognisk broncho-pneumonicznych (*par déglutition*). LESAGE, przyznając w zupełności słuszność pojmowaniu sprawy przez ESCHERICH'a, zaznacza, iż we Francyi jednak nie spotyka się tej postaci *gastroenteritis*. Wypowiada przypuszczenie o zmienności vegetacji bakteryjnej kiszkowej, zależnie od szpitala, sal szpitalnych, a tembardziej krajów; temu przypisuje występowanie częstsze koków i łańcuszkowców w stolcach niemowląt np. w Paryżu. Tej myśli o „*mauvais milieu*“ hołduje również i HUTINEL, z którego laboratorium w „*Hospice des enfants assistés*“ wyszło parę cennych prac w tym zakresie.

Kwestya, czy łańcuszkowce stanowią normalną część składową vegetacji bakteryjnej przewodu pokarmowego niemowlęcia, posiada doniosłe znaczenie, wiąże się bowiem ściśle z kwestyą roli łańcuszkowców w etyologii cierpień przewodu pokarmowego. ESCHERICH uważa opisaną przez siebie postać *Streptokokkenenteritis* za infekcyę zewnętrzną, opierając się na fakcie, wielokrotnie w swoich badaniach stwierdzonym, iż łańcuszkowce nie spotykają się normalnie w kanale kiszkowym niemowlęcia. Spotyka się koki w niewielkiej liczbie; występowanie tychże w większej liczbie, a zwłaszcza grupowanie się ich w łańcuszki uważa ESCHERICH za zjawisko psucia się vegetacji bakteryjnej, które może doprowadzić do objawów patologicznych ze strony przewodu pokarmowego.

Zgadza się pod tym względem z ESCHERICH'em MARFAN; odmiennego zdania jest NOBÉCOURT, który uważa streptokoka za normalnego pasożyta kanału kiszkowego niemowląt; stwierdzał on jego obecność na 11 badanych przypad-

ków w 8-iu i to zarówno u dzieci karmionych sztucznie, jak i u dzieci karmionych piersią. SZEGÖ stwierdził jego obecność w 40-tu przypadkach na 50 badanych, PIGEAUD w 84,5% badanych przypadków; w jednym przypadku u dziecka karmionego piersią, zupełnie zdrowego. BOOKER jednak na 92 badane przypadki, tylko w 29-iu stwierdził obecność koków, częścią w postaci łańcuszków, częścią w grupkach w dużej liczbie. Jak widzimy, różnice są pod tym względem znaczne i, jak słusznie mówi w swej pracy MARFAN, niezbędne są nowe badania do wyświeślenia tych sprzeczności.

Badania w tym przedmiocie podjąłem właśnie za inicjatywą prof. MARFAN'a podczas pobytu na klinice pedyatrycznej w Paryżu. Chodziło nam głównie o stwierdzenie faktu, czy przy systematycznych badaniach stolców niemowląt łańcuszkowce rzeczywiście spotykają się tak często; ubocznie zajmowała nas kwestya, czy występowanie ich nie stoi w związku z cierpieniami skóry i ze sprawami zapalnymi płucami, jak to przypuszczał MARFAN. Badania odpowiednie przeprowadziłem na stacyi klinicznej dla niemowląt w t. zw. „Crèche Husson“. Dzieci wszystkie karmione były sztucznie. Ogółem zbadałem 16 niemowląt, powtarzając u niektórych badania parokrotnie. Stolce otrzymywałem przez rurkę, poprzednio wygotowaną do próbówki również wyjałowionej. Badałem je na preparacie, barwionym metodą WEIGERT-ESCHERICH'a [barwienie *gentianaviolet*'em, odbarwienie *jodjodkali*'m, zabarwienie następcze fuksyną—szczegóły podałem w pracy mej „O roli drobnoustrojów“ i t. d.]. Cząsteczki stolców przeszczepiałem do bulionu ocukrzonogo, jako „*milieu de préférence*“ streptokoków ESCHERICH'a; w niektórych przypadkach przeszczepiałem na agar i żelatynę. Metoda badania była nader prosta, chodziło nam bowiem, jak już zaznaczyłem, nie o izolowanie streptokoków z pośród innych drobnoustrojów, lecz o stwierdzenie faktu, częstości i warunków ich występowania.

Szczegółowe dane badania podaję poniżej, tu uwzględnię ogólne wyniki i tylko niektóre wybitniejsze przykłady podam w tekście.

[Patrz tablicę na str. 846 i n.]

Na ogólną liczbę 16-tu przypadków w 5-iu nie stwierdziliśmy obecności diplo- czy streptokoków. W 11-tu przypadkach badanie na preparacie barwionym i w hodowli wykazało obecność diplokoków, koków w większej liczbie i łańcuszków.

Prawie wszystkie te przypadki odnieść musimy do kategorii cierpień wtórnych kanału pokarmowego, w 4-ch bowiem jednocześnie istniała *bronchopneumonia*, w jednym *pleuritis streptococcica*, w jednym *erysipelas* z następczem charłactwem, w jednym — odra.

We wszystkich tych przypadkach na preparacie, barwionym wprost ze stolca, występowały diplokoki, koki w większej liczbie i krótkie łańcuszki, składające się z 4—6—8, najwięcej 10-iu ogniw; dłuższych łańcuszków pozakręcanych nie spotykano. Z powyższego okazuje się, iż, jak to przypuszczał MARFAN, przy bronchopneumonii występować mogą zakażenia wtórne kanału pokarmowego, doprowadzające nawet do zakażenia ogólnego. Ciakawym pod tym względem jest następujący przypadek z badaniem pośmiertnem.

Z Crèche Husson.

<p>I. Stolce płynne</p> <p>Po tygodniu—stolce normalnej zbitości.</p>	<p>Badanie na preparacie barwionym i w hodowli; diplokoki, kilka łańcuszkowców, przeważnie prątki zabarwione na czerwono.</p> <p>Wegetacya normalna dziecka, karmionego sztucznie, koków niema.</p>
<p>II. Stolce częste, płynne [obok tego <i>bronchopneumonia</i>] dnia 13. XII. 1899.</p> <p>Badanie powtórne dnia 15. XII: stolce w rurce płynne, w pieluszcze więcej zwarte.</p> <p>Badanie [dnia 19. XII: stolce zbitością zbliżają się do normalnych.</p>	<p>Diplokoki, w paru miejscach [rzędami po 4, <i>bact. coli</i> prawie równomiernie na czerwono zabarwione. Z hodowli w bulionie ocukrzonym koki w dużej liczbie, w wielu miejscach zgrupowane w ładne łańcuszki z 5—8-ju ogniw.</p> <p>Na preparacie barwionym i w hodowli vegetacya, jak przy poprzednim badaniu.</p> <p>Na preparacie barwionym rzadko gdzie spotykają się diplokoki, vegetacya bakteryjna zbliżająca się do normalnej przy sztucznie karmieniu.</p>
<p>III. Dziecko 5-10 mies. (<i>Bronchopneumonia</i>). Dogorywające. Stolce woniące, płynne, z dużą ilością śluzu, nieprzetrawione.</p>	<p>Na preparacie barwionym łańcuszkowce, na preparacie z hodowli w bulionie ocukrzonym łańcuszkowce liczne po 5 i więcej ogniw. Przeszczepiono na agar—hodowla skąpa [inne szczegóły w tekście].</p>
<p>IV. Stolce częste, płynne od dziecka chorego na odrę.</p>	<p>Na preparacie, barwionym ze stolca dużo diplokoków, w kilku miejscach krótkie łańcuszki; przeszczepiono do bulionu ocukrzonego—ładne krótkie łańcuszki na preparacie barwionym.</p>
<p>V. Dziecko 4-ro mies. <i>Erysipelas</i>.</p>	<p>Szczegóły w tekście.</p>
<p>VI. Dziecko 4-ro mies. D. 15. I. 1900. <i>Cholera infantum</i> po przełomie objawów groźnych. Stolce w rurce tryskające, płynne żółte.</p>	<p>Na preparacie barwionym większość pratków zabarwionych na czerwono, dość dużo niebieskich; w niektórych miejscach <i>streptobacilli</i>. Przeszczepiono do bulionu ocukrzonego. Na preparacie barwionym niema zupełnie łańcuszkowców, tu i owdzie koki w nader małej liczbie.</p>
<p>VII. Dziecko 6-10 mies., <i>bronchopneumonia</i>. Stolce częste, płynne, w rurce płynne żółte.</p>	<p>Na preparacie barwionym liczne koki, diplokoki. Łańcuszków niema. Przeszczepiono do bulionu ocukrzonego. Na preparacie barwionym — nader ładne łańcuszki do 5—6 ogniw. Na agarze hodowla skąpa—spotyka się krótkie łańcuszki.</p>
<p>VIII. D. 19. I. Germaine Cot. 1 1/2 mies. <i>Splenomegalia</i>. <i>Abscès géant</i>. W ropie znaleziono streptokoki. Stolce konsystencji stałej, żółtawo-białe.</p>	<p>Na preparacie z ropy łańcuszkowce zwykłe. Na preparacie barwionym ze stolców przeważnie prątki, zabarwione na niebiesko, czerwone nieliczne, diplokoki nader nieliczne, łańcuszków nie spotyka się wcale.</p>
<p>IX. D. 14. II. Marcelle T. 3 1/2 mies. <i>Gastroenteritis chron.</i> <i>Dermatitis posteros</i>. Stolce nierównomierne (<i>panachés</i>) z domieszką śluzu,</p>	<p>Na preparacie barwionym ze stolców prątki czerwone i niebieskie, nader liczne diplokoki, nieliczne łańcuszki krótkie. Na preparacie barwionym z bulionu ocukrzonego nieliczne diplokoki i krótkie czteroogniowe łańcuszki (<i>diplostreptocoques</i> THIERCELIN'a).</p>

X. D. 17. II. André F. 12-to mies. *Pleuritis streptococcica*. Stolce częste, zielonkawe, w rurce płynne, galaretowate.

Na preparacie barwionym prątki, zabarwione na czerwono i niebiesko, diplokoki; w kilku miejscach ładne łańcuszki. Na preparacie barwionym z bulionu ocukrzonego diplokoki i krótkie łańcuszki [przeważnie 4—6 ogniw]. Na agarze—na tle czerwonych prątków diplokoki i kilka krótkich łańcuszków. Żelatyna po paru dniach w znacznej części rozpuszczona.

XI. Thuiller 8-io mies. *Hydrocephalus*. *Pemphigus*. *Impetigo*. *Bronchopneumonia*.

Na preparacie barwionym wprost ze stolców—głównie niebieskie i czerwone prątki, tu i owdzie diplokoki, ani jednego łańcuszka. Na preparacie z bulionu—łańcuszków nie widać.

XII. André M. 4-ro mies. *Gastroenteritis chronica*. *Bronchopneumonia*. Stolce zawierają dużo śluzu. W rurce płynne.

Na preparacie barwionym ze stolców przeważnie prątki, zabarwione na niebiesko, prątki czerwone, diplokoki, ani jednego łańcuszka. Na preparacie z bulionu ani łańcuszków, ani diplokoków; duże na niebiesko zabarwione prątki, żelatyna po kilku dniach nierozpuszczona.

XIII. Dziecko 14-to mies. [Salle Bouchut]. *Enteritis acuta*. Śluz i krew w stolcach.

Na preparacie barwionym ze stolców czerwone prątki, diplokoki, parę łańcuszków. Na preparacie z hodowli w bulionie—liczne łańcuszkowce [8—10 ogniw]. Na preparacie z agaru ani koków, ani łańcuszków. Prątki czerwone.

XIV. Roger F. 5-io mies. Stolce wyglądu normalnego u dzieci karmionych sztucznie.

Na preparacie barwionym—vegetacja normalna, bardzo niewielka liczba koków, ani łańcuszków ani diplokoków.

XV. D. 9. III. Suzanne P. 5-io mies. *Furunculosis universalis*. Stolce w rurce płynne, zielonkawe.

Na preparacie barwionym ze stolców i z hodowli w bulionie łańcuszków nie widać.

XVI. G. Léon. Dwumies. Stolce przy wydobywaniu rurką twarde. Żółte, zapieczone, nadzwyczaj cuchnące.

Na preparacie barwionym ze stolca vegetacja, jak u dziecka karmionego sztucznie; koków, diplokoków ani łańcuszków niema. Na agarze charakterystyczny zapach. Żelatyna rozpuszcza się (*Proteus*?).

Z Domu Wychowawczego.

XVII. Tom. Leszcz. Stolce półpłynne [karmiony piersią].

Na preparacie barwionym wygląd normalnej vegetacji bakteryjnej—przeważnie niebieskie prątki, nieliczne diplokoki. Na preparacie z bulionu ocukrzonego—dość liczne diplokoki i krótkie łańcuszki. Normalna vegetacja bakter. dziecka przy piersi.

Badanie powtórne w kilka dni.

XVIII. 5-io mies. Stolce w rurce płynne z domieszką śluzu [dokarmia się mlekiem].

Na preparacie barwionym vegetacja normalna dla dziecka karmionego sztucznie—prątki czerwone i niebieskie.

XIX. 3 mies. Dwa stolce żółte, dość równomierne.

Na preparacie barwionym ze stolców—prawie wyłącznie prątki, zabarwione na niebiesko. Na preparacie z hodowli w bulionie ocukrzonej—koków niema.

XX. 4-ro mies. Stolce zielonkawe, półpłynne.	Na preparacie barwionym z hodowli w bulionie oczekrzonym niewielka liczba diplokoków, parę krótkich łańcuszków.
XXI. 3-mies. Stolce półpłynne żółte.	Na preparacie barwionym ze stolca oddzielne koki i prątki niebieskie. Na preparacie z hodowli w bulionie oczekrzonym—niewielka liczba krótkich łańcuszków.
XXII. Dwumies. i 4-ro mies. Stolce normalnej zbitości, żółte.	Ani na preparatach barwionych wprost ze stoleców, ani z hodowli w bulionie oczekrzonym—koków niema.
XXIII. 12-to mies. Stolce, prawie wyłącznie składające się ze śluzu. Sztucznie karmione, dokarmiane piersią.	Przeważnie prątki zabarwione na czerwono, na temle nieliczne koki i prątki niebieskie.
XXIV. 8-io mies. Stolce częste, płynno-maściste, zielonkawe; odczyn kwaśny.	Na preparacie barwionym wyłącznie prątki, zabarwione na niebiesko, koków niema. Wegetacya bardzo obfita.
XXV. 5-io mies. Stolce od kilku dni z ogromną domieszką śluzu, 5—6 dniennie.	Na preparacie barwionym tylko czerwone prątki, liczne koki i diplokoki, łańcuszków nie widać.
XXVI. Dwumies. Stolec 1 na dobę, żółty, zbitości maści, zapachu kwasowatego, odczyn kwaśny.	Na preparacie barwionym charakterystyczny obraz normalnej wegetacyi bakteryjnej dziecka przy piersi, wegetacya nader obfita, koków nie spotyka się wcale.
XXVII. 2 $\frac{1}{2}$ mies. Stolce żółte, płynne.	Na preparacie barwionym przeważnie niebieskie prątki, dość liczne koki i diplokoki.
XXVIII. Dziecko 1 mies. 3 tyg. dobrze odżyw. Stolec zwykle jeden na dobę, żółty. [Przy piersi].	Charakter. obraz normalnej wegetacyi bakteryjnej dziecka przy piersi.
XXIX. 3 mies. 3 stolce półpłynne, zielonkawe. [Przy piersi].	Na preparacie barwionym obok licznych prątków niebieskich nieliczne czerwone; niewielka liczba koków i diplokoków.
XXX. Dwumies. Stolce półpłynne.	Na preparacie barwionym wegetacya o tyle się różni od normalnej, że jest znacznie skąpsza, oprócz tego dość duża liczba koków. Poddano badaniu mleko mamki na preparacie barwionym—stwierdzono obecność koków.
Badanie powtórne w tydzień d. 12. XII. Stolce normalnej zbitości maści. D. 19. XII. Stolec żółte, bez domieszki śluzu.	Obecność koków. W mleku przy zabarwieniu błękitem metylenowym widać prątki, ngrapowane charakterystycznie dla <i>bac. acidophilus Moro</i> ; koków nie widać. Na preparacie barwionym ze stolca normalna obfita wegetacya bakteryjna.
XXXI. Dwumies. Wyłącznie przy piersi, trawienie stale dobre. 1 stolec dziennie, żółty.	Charakter. obraz norm. weget. bakter. dziecka karmionego piersią.

<p>XXXII. 6-io tyg. Wyłącznie przy piersi Stolec normalne.</p>	<p>Jak wyżej.</p>
<p>XXXIII. 8-io mies. <i>Impetigo</i>. Stolec żółte, półpłynne. Dostaje dużo rzeczy mącznych.</p>	<p>Przeważają niebieskie prątki, nader nieliczne: koki dość liczne, duże niebieskie prątki [Proteolity].</p>
<p>XXXIV. 1 mies. 10 dni. Potajemnie dokarmiane mlekiem. Stolec półpłynny, nieco cuchnące.</p>	<p>Prątki niebieskie przeważają, dość dużo czerwonych, niewielka liczba diplokoków i krótkich łańcuszków.</p>
<p>XXXV. 5-io mies. Stolec płynne, słuzowe.</p>	<p>Prątki niebieskie i czerwone, koki w niewielkiej liczbie.</p>
<p>XXXVI. 8-io mies. Karmione sztucznie. Stolec cuchnący, blady, półpłynny.</p>	<p>Przeważają czerwone prątki, wegetacya skąpsza niż zwykle, dość liczne koki, diplokoki i krótkie łańcuszki.</p>
<p>XXXVII. Dziecko karmione wyłącznie piersią. Stolec żółty, normalnej zbitości.</p>	<p>Jak XXXI.</p>
<p>XXXVIII. Stolec dwa na dobę, półpłynne, zielonkawe.</p>	<p>Tu i owdzie poszczególnie koki, zresztą obraz norm. weget. bakter.</p>
<p>XXXIX. Stolec żółte dwa norm.</p>	<p>Jak XXXI.</p>
<p>XL. Stolec żółty, kwaśn. odcz., norm. zbitości.</p>	<p>Jak XXXI.</p>

Dnia 20. XII. 1899. Dziecko 5-cio mies., dogorywające. *Bronchopneumonia*. Stolec woniejący, płynny, z dużą ilością śluzu, nieprzetrawione. Dnia 21. XII. *exitus letalis*.

Na preparacie barwionym wprost ze stolców—łańcuszkowce kilkoogniowe, na preparacie z hodowli w bulionie ocukrzonym liczne łańcuszkowce, składające się z 5—8-iu ogniów. Dnia 21. XII. Przeszczepiono na agar w wielu miejscach krótkie łańcuszkowce na tle czerwonych prątków.

Na s e k c y i. *Bronchopneumonia abscondens*. *Injectio intestinorum*. Po zabarwieniu preparatu odciskowego (*Abklatschpräparat*) z jelita grubego—krótkie łańcuszkowce. Przeszczepiono wydzielinę z jelita grubego i cienkiego do bulionu ocukrzonego. Badanie na preparacie barwionym z hodowli bulionowej wydzielinę jelita cienkiego wykazuje łańcuszkowce, składające się z 8—10-iu ogniów, nader liczne. Wegetacya obfita. Z jelita grubego tu i owdzie streptocoki i diplokokki. Wegetacya o wiele lichsza. Na preparatach z płuc [badal dr ROSENTHAL] stwierdzono obecność *streptococcus pyogenes longus*, również w hodowli z wydzielinę pęcherzyków płucnych.

Przypadek ten i kilka innych, których w tekście nie przytaczam, potwierdzają dowodnie przypuszczenie MARFAN'a. Z drugiej strony wraz z innymi przypadkami świadczy on, iż łańcuszkowce, przedostając się do przewodu pokarmowego, zmieniają poniekąd swe właściwości: występują w postaci krótkich [do 8-iu ogniw] łańcuszków. Pokrewieństwa bliskiego z łańcuszkowcem zwykłym dowodzi fakt, iż rozpuszczają żelatynę i hodują się dość łatwo na agarze i tu jednak tworzą tylko krótkie łańcuszki.

Przypadek następujący potwierdzałyby się zdawał i drugie przypuszczenie MARFAN'a co do źródła streptokoków, spotykanych w przewodzie pokarmowym, mianowicie, że przedostają się z powierzchni skóry.

Dziecko 4-ro mies. *Erysipelas* rozległa. Pod wpływem iniekcji surowicy MARMORKA wyzdrowienie. Pozostało charłactwo. Na preparacie barwionym ze stolca dość liczne diplokoki, prątki zabarwione na czerwono i na niebiesko. Z hodowli w bulionie ocukrzonym obok diplokoków ładne łańcuszki 4—8 ogniwowe. Na agarze liczne koki, diplokoki, lecz tylko w kilku miejscach składające się z nie więcej, jak 4-ch ogniw łańcuszki, obok tych liczne na czerwono zabarwione prątki.

I tu widzimy zmodyfikowane własności streptokoków w kanale kiszkowym. Przypadek ten jednak w kwestyi przedostawania się streptokoków ze skóry, pozostaje dość odosobniony, inne bowiem przypadki przeczą przypuszczeniu MARFAN'a.

Germaine Cot. 1 $\frac{1}{2}$ mies. *Splenomegalia*. *Abscès géant*. W ropie *streptoc. pyog. long.* Stolce konsystencyi zbitej, żółtawo-białe. Na preparacie barwionym ze stolców—przeważnie prątki, zabarwione na niebiesko; czerwone w małej liczbie. Nader mała liczba diplokoków, łańcuszków nie spotyka się wcale. To samo miało miejsce w przypadku XI (*pemphigus, impetigo*) i XV (*furunculosis universalis*).

W powyższych 10-ciu przypadkach streptokoki występowały wtórnie w kanale kiszkowym, znikwały z vegetacyi wraz z powrotem do normalnych stosunków. Mieliśmy tego dowód w 2-ch przypadkach przy badaniu systematycznym stolców aż do wyzdrowienia dziecka: w jednym już po tygodniu łańcuszkowce ustąpiły zupełnie z vegetacyi bakteryjnej, w drugim [№ II p. szczegóły w tabl.] również przy trzecim badaniu na preparacie barwionym rzadko gdzie spotykały się diplokoki, zresztą vegetacya bakteryjna, zbliżająca się do normalnej vegetacyi w kanale kiszkowym dziecka, karmionego sztucznie. Poza tymi 10-ciu przypadkami w 5-iu nie stwierdzono zupełnie obecności łańcuszkowców w stolcach, w niektórych przypadkach nawet z ciężkiem cierpieniem przewodu pokarmowego (VI. *Cholera inf.*).

W jednym przypadku [XIII] mieliśmy do czynienia z typową postacią *enteritis streptoc. ESCHERICH'a*. Dziecko 14-to mies. Zachorowanie nagłe. Stan ciężki. Stolce częste, śluzowe z domieszką krwi. Na preparacie barwionym ze stolca czerwone prątki, diplokoki liczne, parę łańcuszków krótkich. Na preparacie barwionym z bulionu ocukrzonego liczne łańcuszkowce, składające się z 8—10-iu ogniw, nader liczne koki. Na preparacie barwionym z hodowli

na agarze ani koków, ani łańcuszkowców nie widać, jedynie prątki zabarwione na czerwono.

Z badań więc, przeprowadzonych na klinice w Paryżu, mogliśmy wyciągnąć wniosek, że streptokoki nie są normalnymi pasożytami kanału kiszki niemowląt zdrowych; w tych bowiem przypadkach, gdzie obecność ich stwierdzono istniało cierpienie przewodu pokarmowego wtórne. Charakter streptokoków przez pobyt w kanale kiszki ulega pewnym zmianom, zbliżającym je do streptokoka ESCHERICH'a.

W jednym przypadku spostrzegaliśmy typową postać *Streptococcus enteritis* ESCHERICH'a, czyli że i we Francji postaci podobne się spotykają.

Ze względu, iż w przypadkach powyższych nie mogliśmy otrzymać wyraźnej odpowiedzi na postawione pytanie: czy streptokoki są normalnymi pasożytami kanału kiszki niemowlęcia, — gdyż w większości przypadków dzieci badane były chore, — uważaliśmy za stosowne dopełnić badania powyższe badaniami stolców dzieci zdrowych lub przynajmniej bez poważniejszych zaburzeń przewodu pokarmowego.

Badania odnośnie przeprowadziłem w Domu Podrzutków przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Badałem stolce w 24-ch przypadkach. W większości przypadków ograniczyłem się do badania ich na preparacie barwionym, w niektórych przeszczepiałem do bulionu ocukrzonemu. Na 24 przypadki w 14-tu stwierdzono brak zupełny koków — na preparacie barwionym mieliśmy obraz normalnej vegetacji bakteryjnej dziecka karmionego piersią; w 6-iu przypadkach występowały na preparacie bardzo nieliczne koki tak, że i te zaliczyć możemy do normalnych. W 4-ch przypadkach występowały w większej liczbie koki, diplokoki i krótkie łańcuszki. Łańcuszki występowały obficie, lecz zawsze w postaci krótkich łańcuszków na preparatach z hodowli w bulionie ocukrzonym. Jak to widać z dołączonej tablicy, stolce w tych przypadkach nie były normalne ani co do zbitości, ani co do częstotliwości.

Następujące dwa przypadki przytaczam w tekście ze względu, iż przedstawiają parę ciekawych danych co do występowania koków. Dziecko dwumies., karmione piersią matki. Stolce częste, półpłynne. Na preparacie barwionym vegetacja prawie normalna, tylko skąpsza, oprócz tego duża liczba koków. Poddano badaniu mleko matki. Przy zabarwieniu preparatu metodą ESCHERICH'a i błękitem metylowym stwierdzono obecność koków. Badanie powtórne w kilka dni wykazało jeszcze obecność koków. Po dwu tygodniach stolec barwy żółtej bez domieszki śluzu. W mleku po zabarwieniu preparatu błękitem metylowym widać prątki ugrupowane charakterystycznie dla *bac. acidophilus Moro*. Koków nie widać. Na preparacie barwionym ze stolca — obfita normalna vegetacja bakteryjna. W tym przypadku widzimy, jako źródło występowania dużej ilości koków — mleko matki. Wraz ze zniknięciem koków z mleka znikają one powoli z vegetacji bakteryjnej kiszki.

W danym przypadku nie wywołały one poważniejszych zaburzeń. Na fakt ten zwrócił już uwagę ESCHERICH, że koki przedostawać się mogą z mleka, jamy ustnej do przewodu pokarmowego, nie wywołując objawów chorobowych, występowanie tychże zależy bowiem nie tylko od samego faktu obecności czyn-

ników chorobotwórczych, lecz może w większej jeszcze mierze od odporności organizmu—w danym razie integralności kanału kiszkiowego.

Przypadek następujący świadczy o znikaniu koków z wegetacji bakteryjnej wraz z poprawą stanu przewodu pokarmowego.

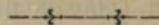
Tomasz L. 1 mies., karmiony piersią mamki. Stolce częste, półpłynne. Na preparacie barwionym wygląd normalnej wegetacji bakteryjnej: przeważnie niebieskie prątki, obok nich diplokokki. Przeszczepiono do bulionu oczkowanego. Na preparacie barwionym dość liczne diplokokki i krótkie łańcuszki.

Badanie po kilku dniach: stolce normalnej zbitości, 2 — 3 na dobę. Na preparacie barwionym ze stolca niema diplokoków, ani łańcuszkowców—normalna wegetacja bakteryjna dziecka przy piersi.

W całej seryi przypadków, badanych w Crèche Husson i w Domu Podrztuków w Warszawie widzimy, iż występowanie koków w większej liczbie związane jest z pewnemi zaburzeniami przewodu pokarmowego, że w normalnym przewodzie pokarmowym niemowlęcia nie spotyka się ich w większej ilości, a co ważniejsze, że znikają wraz z poprawą warunków w kanale kiszkiowym. Wniosek ten zgadza się w zupełności z wynikami badań ESCHERICH'a i badań naszych własnych, przeprowadzonych dorywczo w tym względzie w Gracu. Zjawienie się większej ilości koków, zwłaszcza diplokoków i łańcuszkowców, uważanem być może za fakt, przekraczający sferę normalnej wegetacji bakteryjnej kanału kiszkiowego niemowlęcia. Naturalnie, sam fakt ten może nie doprowadzić do poważnych objawów chorobowych, zależy to bowiem w znacznej mierze od odporności organizmu.

Fakt ten ma też tylko znaczenie pośrednie dla wyjaśnienia roli koków, resp. łańcuszkowców w powstawaniu cierpień przewodu pokarmowego niemowląt; decydujące znaczenie dla dyagnozy *enteritis streptococcica* posiada fakt, gdy streptokoki występują nagle w dużej liczbie wraz z niechybnymi oznakami ostrego kataru błony śluzowej kiszki i zaburzeniem stanu ogólnego. W takim tylko wypadku możemy postawić rozpoznanie—*enteritis streptococcica*.

L I T E R A T U R A.



ESCHERICH. Die Darmbakterien des Säuglings. 1886.

ESCHERICH. Ueber Streptokokkenenteritis im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderh. 1891.

BOOKER. A bacteriological and anatomical Study of the summer diarrhoeas of infants. John Hopkins Hospital Reports. 1897. T. VI.

MARFAN i MAROT. Infections secondaires dans la dyspepsie gastrointestinale chronique des nourrissons. Rev. mens. des mal. de l'enf. 1893.

NOBÉCOURT. Recherche sur la pathogénie des infections gastrointestinales des jeunes enfants. Thèse de Paris. 1899.

NOBÉCOURT. Étude sur les streptocoques de l'intestin des jeunes enfants à l'état normal et à l'état pathologique. Journal de Physiologie et de Pathologie gen. 1899. Nr. 6.

LESAGE. Ostry katar żołądka i kiszki u niemowląt. Tłómacz. J. BRUDZIŃSKIEGO. Odczyty Kliniczne. 1901.

J. BRUDZIŃSKI. O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Gaz. Lek. 1901.

II. ZESZTYWNIENIE KRĘGOSŁUPA.¹⁾

Podał

A. Puławski,

dyrektor Zakł. leczn. w Nałęczowie.

Chory S., od lat kilku stały mieszkaniec Nałęczowa, z powołania ogrodnik ma lat 29, lubo wygląda znacznie starzej. Pochodzi z rodziny zdrowej, od lat, 5-iu jest żonaty i ma jedno zdrowe dziecko. Oprócz poniżej opisanej żadnych chorób nie przechodził, nadużyć nie popełniał. W 10-ym roku życia zapadł na jakieś cierpienie w kolanie lewym [obrzemie, ból, gorączka]. Wyleczył się, jak mówi, przyżeganiem PAQUELIN'a. We dwa lata potem takie samo cierpienie zjawilo się w stawie golenio-stopowym tejże kończyny, a wkrótce potem w stawie barkowym po tejże stronie. Z dobrym skutkiem stosowano salicyl i PAQUELIN'a. Od tego czasu chory stał się jakoby wrażliwym na chłód i zmiany pogody a napady bólów w rozmaitych stawach wszystkich czterech kończyn, jak również i w krzyżu, z gorączką lub bez niej, dawały mu się odtąd we znaki przez całe życie. Z początku napady te dość łatwo ustępowały [salicyl, okłady, parówek] i chory był zdolny nawet do ciężkiej pracy.

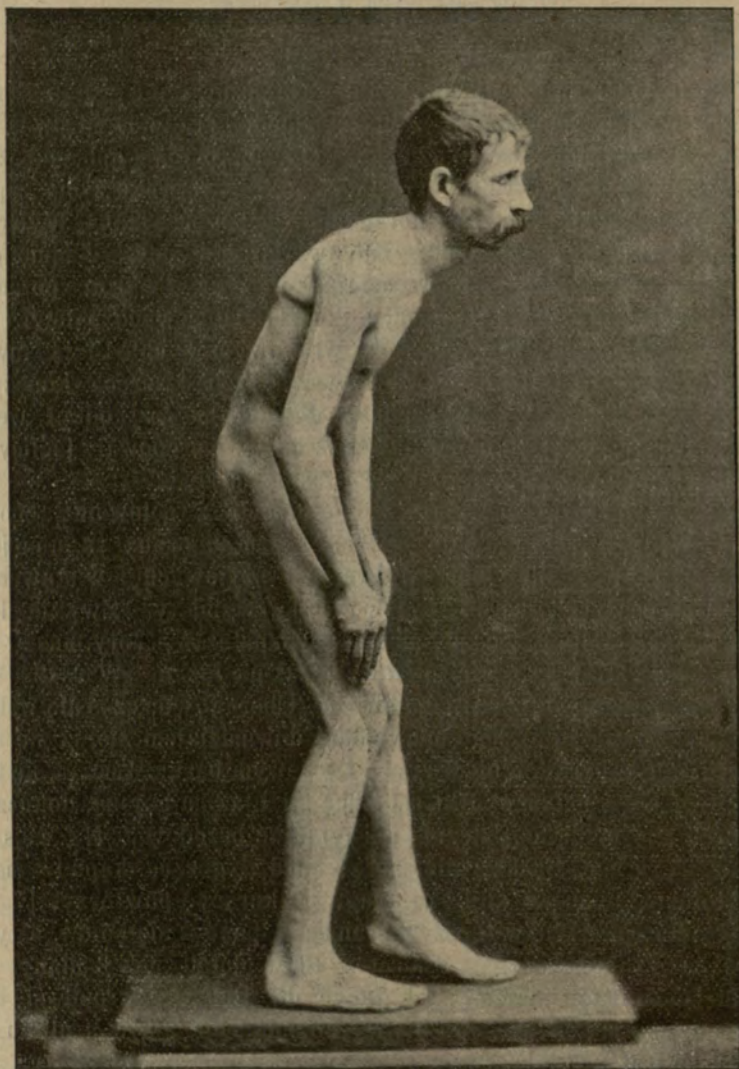
Przed 4-ma mniej więcej laty, po powrocie z polowania chory dostał napadu cięższego, niż zwykle. Tym razem choroba ta umiejscowiła się w szyi; były bardzo silne bóle w kręgach szyjowych i w stawach kończyn górnych; na początku choroby były podobno wymioty. Zwykle leczenie mało przyniosło ulgi. Bóle przenosiły się ze stawu na staw, chory musiał porzucić zwykłe zajęcie i znaczną część roku przeleżał na łóżku. W r. 1899 zjawil się w Nałęczowie, gdzie mieszkali jego krewni. Chorego wówczas nie widziałem, ale z ksiąg nałęczowskich i z jego opowiadań dowiedziałem się, iż źle chodził, miał przykurczenia w stawach biodrowych i w lewym barku. Leczył się kąpielami błotnymi [24], ale z małym skutkiem. Zimą miał jak najgorszą, dokuczaly mu bóle w krzyżu i zaczął się nieznacznie pochylać ku przodowi. Na wiosnę roku następnego udał się do Buska, gdzie brał bardzo gorące kąpiele siarczane [32° R.]. Tu doznał znacznej ulgi i na drugi rok kurację powtórzył [w szpitalu]. Wrócił stamtąd o tyle w lepszym stanie, że pozbył się bólów, sztywności w szyi i mógł jako tako chodzić. Stan ten trwa dotąd bez zmiany. Chory i w tym roku miał zamiar udać się na kurację do Buska i zwrócił się do mnie z prośbą o napisanie mu świadectwa dla wyrobienia sobie ulg w szpitalu. W ten sposób dostał się pod moją obserwację.

Główną i jedyną skargą chorego jest upośledzenie chodzenia i ruchów w lewym barku; zaznacza również bóle w krzyżu po zmęczeniu. Zresztą czuje się zdrow a badanie organów wewnętrznych żadnych szczególnych zmian nie wykrywa. Normalnym również jest mocz [C. wł. 1020, kwaśny, białka, ani cuk-

¹⁾ Przedstawienie chorego na posiedzeniu Tow. lekarzy lubelskich d. 5-go maja r. b.

ru niema, bez osadu] i krew [krążków czerw. przeszło 5 mil., 90% hemoglobiny w apar. FLEISCHL'a, normalny stosunek krąż. czerw. do białych, niema eozynofili].

Chory jest szczupły, zawsze pochylony ku przodowi i na prawo. Podczas gdy długość ciała wynosi rzeczywiście 176 ctm. [linia krzywa], wzrost jego,



gdy stoi przy ścianie, wynosi 149 ctm. [linia prosta]. Kręgosłup, na przestrzeni od VII kręgu szyjowego do końca jest absolutnie nieruchomy, na ucisk niebolesny. Kręgi szyjowe nie są sztywne, ale ruchy szyi, *resp.* głowy nie są zupełnie swobodne: przechylenie głowy w tył, pochylenie naprzód, jak również ruchy boczne nie dochodzą do normy maksymalnej. Podbródek nie może zbliżyć się do mostka więcej, jak na 8 ctm. Oprócz pochylenia naprzód, daje się

zauważyć dość znaczne przechylenie tułowia na prawo, tak, że żebra fałszywe tej strony znajdują się bardzo blisko grzebienia miednicy.

Kończyny dolne lekko zgięte w kolanach, lewa wywichnięta w stawie biodrowym ku wewnątrz, kolana powierzchnią wewnętrzną ściśle się stykają, wskutek czego kończyny dolne tworzą jakby wydłużoną literę X. Chory idąc, stawia kroki bardzo drobne, w ruchu biorą udział tylko golenie, poruszające się jakby na osi poziomej, przechodzącej przez kolana.

Górne żebra prawie nie biorą udziału w oddychaniu, które ma typ brzusny.

Staw barkowy lewy przykurczony, ruchy w nim są bardzo ograniczone we wszystkich kierunkach. Jeszcze więcej przykurczone są oba stawy biodrowe, zwłaszcza lewy; ruchy w nich są ograniczone do *minimum* tak czynne, jak i bierne. Lewa kończyna wydaje się dłuższą [z powodu wywichnięcia w stawie biodrowym]. Stawy nie są zgrubiałe, zgrubienie tylko daje się zauważyć na wszystkich stawach drugiego członka palców u rąk, lubo ruchy w tych stawach są zupełnie swobodne i niebolesne. Wolne również są: prawy staw barkowy, stawy łokciowe, stawy napięstkowe, kolanowe i golenio-stopowe.

Mięśnie barku lewego są dość znacznie zanikłe (*deltoides*, *pectoralis*), dalej *supra spinatus*, jak również mięśnie ramienia (*biceps*, *triceps*, *brachialis int.*), oraz przedramienia. Zanikłe również są mięśnie lewego uda i goleni.

Ramię w odl. 16. ctm. od <i>acromion</i>	prawe 22,5
	lewe 20
Przedramię w odl. 12 ctm. od <i>olecranon</i>	prawe 20
	lewe 19
Udo w odl. 20 ctm. od <i>cond. exter.</i>	prawe 41,5
	lewe 35
Największa objętość łydek	prawej 32,5
	lewej 29

Pobudliwość na prąd elektryczny [tak faradyczny, jak galwaniczny] po lewej stronie wyraźnie jest mniejsza, niż po prawej, skurcze są normalne, niema odczynu zwyrodnienia.

Czucie skórne — normalne. Odruchy ścięgniste kolanowe — wzmoczone z obu stron, tak samo odruch ścięgna Achillesa; objawu BABIŃSKIEGO — niema.

Podkreślam najważniejsze dane z wyżej przytoczonej historii choroby: 1) częste napady reumatyzmu stawowego od 10-go roku życia, 2) brak wszelkiego innego momentu etyologicznego [dziedziczności, urazu, syfilisu i t. d.], 3) zeszywnienie kręgosłupa, 4) przykurczenie kilku głównych stawów, 5) zanik mięśni kończyn, zwłaszcza po stronie lewej, 6) wzmoczenie odruchów kolanowych, 7) brak zaburzeń w sferze czucia skórniego.

Rozpoznanie kliniczne nie przedstawia żadnych wątpliwości. Mamy przed sobą typowy okaz choroby, dla której utarła się w ostatnich czasach [od 1898 r.] nazwa *spondylosis rhizomelica*, nadana jej przez P. MARIE'go. Dla STRÜMPPELL'a jest to przewlekłe unieruchamiające zapalenie kręgosłupa a BECHTEREW nazy-

wał ją prosto zesztywnieniem kręgosłupa. Kto wie, czy ta ostatnia nazwa nie jest tym czynnikiem najlepszą, gdyż wysuwając na-przód najcharakterystyczniejszą cechę choroby, nie nasuwa z góry żadnych po-glądów na tę dotychczas ciemną, jak wiadomo, sprawę.

Obfita literatura przedmiotu, który bardzo szeroko został uwzględniony i w naszym piśmiennictwie ¹⁾, a świeżo w wybornej pracy Męczkowskiego, uwalnia mię od powtarzania rzeczy znanych. Przypadek mój również należy do kategorii tych, które nie dadzą się podciągnąć pod żaden z dwóch typów, w które usiłowano wtłoczyć wyżej opisany zbiór objawów klini-cznych. Zbliżony do typu MARIE-STRÜMPPELL'a [przykurczenie 3-ch wielkich stawów], różni się od tegoż wyraźnym zanikiem mięśni, bólami w kręgosłupie [typ BECHTEREWA]. Co do etyologii, musimy tu wyłączyć dziedziczność i uraz [typ BECHTEREWA] a przyjąć reumatyzm stawowy, który tu się narzuca jako moment etyologiczny, więcej aniżeli w innych znanych mi przypadkach, lubo niejednokrotnie zwracano na to uwagę, zwłaszcza w naszej literaturze [Kędziór, Męczkowski].

Co do rokowania i przebiegu, przypadek to wysoce przewlekły, prowadzący, jak zwykle, do kalectwa, ale leczenie przeciwreuma-tyczne dało tu jednak dość wybitne wyniki. Wszak chory nasz przed dwo-ma laty nie mógł chodzić i był absolutnie do pracy niezdolny, dziś ruchliwość jego jest bardzo ograniczona, ale jednakże człowiek ten chodzi, nawet bez kija, nie ma bólów i choć cokolwiek może pracować. Dane anatomo-patologiczne, odnoszące się do tej choroby, zbyt są skąpe, ażebyśmy mogli na pewno twierdzić, że nieodzownem jej zejściem jest skostnienie więzów, tak samo, jak okazała się przedwczesną i niedowiedzioną hipoteza zajęcia oponi z wy-rodnienia rdzenia przynajmniej dla całego szeregu przypadków. Być może, że wczesne rozpoznanie choroby, odpowiednie zachowanie się chorych, zapobieganie dowolnemu unieruchomianiu stawów przez samych chorych oraz leczenie wpłyną na polepszenie rokowania w takich przypadkach.

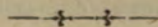
III. O PARADOKSALNEM ODDZIAŁYWANIU ŻRENIC NA ŚWIATŁO.

Niezwykły przypadek zwięzania się źrenic przy usuwaniu oświetlenia oka.

Podał

Jan Piltz,

ordynator szpitala na Pradze.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 33].

HIRSCHL sam obserwował cztery przypadki t. zw. paradoksalnego oddzia-ływania źrenic na światło. Obydwa rodzaje t. zw. paradoksalnego odruchu

¹⁾ RZĘTKOWSKI. Streszczenie zbiorowe w Gaz. Lek. 1901. J. MARKIEWICZ. Dwa przyp. w Księdze jubil. DUNINA. KĘDZIÓR. 8 przypadków w Gaz. Lek. 1901. PECHKRANC. 1 przyp. w Gaz. Lek. 1902. MĘCZKOWSKI. 1 przyp. w Gaz. Lek. 1902.

światlnego, obserwowanego przez HIRSCHL'a, nie noszą w sobie nic paradoksalnego. W jednym przypadku działanie ciepłych promieni źródła światła wywoływało t. zw. sympatyczną reakcję źrenic. W dwóch przypadkach tak samo, jak w przypadkach FRENKEL'a, wobec istniejącej insuficyencyi *internorum*, przy zbliżaniu lampy następowało bardzo prędko wyczerpanie *musculi adductoris* i wskutek tego odchylenie się gałki ocznej w bok, przy którym źrenica rozszerzała się. Czwartego przypadku HIRSCHL dokładniej nie badał.

SILEX ¹⁾ w berlińskim Towarzystwie lekarskiem przedstawił w 1900 roku chorą z prawdziwym paradoksalnym oddziaływaniem na światło.

Przed 7-iu laty chora doznała silnego potłuczenia tyłu głowy z utratą świadomości i t. d. Przy badaniu SILEX skonstatował u niej tylko silne osłabienie, zdenerwowanie i pewien stan podrażnienia. Źrenice były silnie zwężone, lecz reagowały normalnie na światło i na akomodację. Objaw ze strony źrenic występował wyraźnie wtedy, jeżeli SILEX w ciemnym pokoju, w którym chora siedziała, na raz rozkręcał lampę gazową do zupełnej jasności. Wtedy źrenice chorej, które w ciemności były zwężone, natychmiast rozszerzały się. Ruchu gałek ocznych przytem SILEX nie dostrzegał, objawu *hippus'a* też nie było.

Za tem, że w przypadku SILEX'a rozszerzenie się źrenic przy oświetleniu oczu nie zależało od działania ciepła lampy na końcowe rozgałęzienia nerwu trójdzielnego, przemawia według SILEX'a ta okoliczność, iż nawet przy bardzo słabem świetle, gdzie o działaniu ciepła wcale mowy być nie mogło, występowało wyraźne rozszerzenie źrenic.

Zwężenie źrenic, jakie chora posiadała zazwyczaj, można uważać, według SILEX'a, jako wynik podrażnienia ze strony sprawy zapalnej w oponach, która rozwinąć się mogła wskutek stłuczenia głowy. W takim razie to zwężenie odpowiadałoby zwężeniu, jakie spotykamy przy sprawach zapalnych opon mózgowych. Z drugiej strony, zwężenie to może być objawem skurczu akomodacyjnego. Wreszcie może być wprost wyrazem wzmożonej zbytniej wrażliwości i nader małej odporności włókien źrenicowych w związku z ogólnym stanem nerwowego wyczerpania u chorej. Pod działaniem światła występuje bardzo prędko wyczerpanie włókien źrenicowych i wskutek tego przeważa siła rozszerzania źrenic.

Na potwierdzenie swego przypuszczenia SILEX przytacza tę okoliczność, że pacjentka jego przy jaskrawem oświetleniu zapomocą lampy gazowej gorzej widzi, niż przy zwykłym dziennem świetle.

Ponieważ rozszerzenie źrenic, które SILEX obserwował, nie poprzedzał żaden, nawet najmniejszy, skurcz źrenic, SILEX uważa swój przypadek za czysty przypadek prawdziwego, aktywnego paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło, występującego wskutek podrażnienia nerwu wzrokowego promieniami świetlnymi.

P r z y p a d e k I-szy. 50-letni notariusz z Yverdonu, C., został przyjęty do kliniki psychiatrycznej w Lozannie 3-go marca 1898 z dyagnozą *para-*

¹⁾ SILEX. Ueber die sogen. paradoxe Pupillenreaction. Zeitschrift für Augenheilkunde 1900. T. III, str. 498.

lysis progressiva. Obciążenia dziedzicznego nie znaleźliśmy; przed kilkunastu laty chory przechodził *lues*. 10-go stycznia 1900 zanotowałem w historii choroby co następuje; C. nie zdaje sobie dokładnie sprawy ze swego położenia, jest wesół i opowiada chętnie o swoim znakomitem stanie zdrowia; nie wie ani jaki dzień mamy, ani jaki teraz jest miesiąc; twierdzi że do zakładu dostał się przez pomyłkę. Dalej opowiada o tem, jak nocy dzisiejszej rozmawiał z żoną przez nowo wynaleziony telefon bez drutów, żona zawiadamiła go, że przyjedzie po niego dziś jeszcze. Na twarzy widzimy fibrylarne drżenie mięśni, które potęguje się znacznie podczas rozmowy. Wymowa jest niepewna, niektóre sylaby chory przestawia lub wypuszcza zupełnie. Przy zamykaniu ust i otwieraniu oczu lub odwrotnie chory często myli się. Chory bardzo prędko irytuje się, gdy się mu przeczy i zaczyna nawet grozić. Przy zamkniętych oczach chodzić może tylko z wielką trudnością, tak się chwieje. Czucie mięśniowe nie jest naruszone. Czucie dotykowe na tułowiu jest nieco osłabione, prócz tego zauważyliśmy ogólne osłabienie czucia bólowego.

Odruchy ścięgniste na rękach są normalne, periostalne wzmożone. Odruch trycipitalny wzmożony z obu stron. Odruchy kolanowe silnie wzmożone, prawy silniej niż lewy.

Soli od cukru chory w smaku nie odróżnia. Wodę, zabarwioną karminem, przyjmuje za wino czerwone. Na chusteczkę dajemy mu kilka kropel *tincturae asae foetidae* i chory mówi, że chusteczka bardzo ładnie pachnie. Ze strony źrenic skonstatowałem następujące objawy: obie źrenice są rozszerzone, prawa szersza od lewej.

Po energicznym zamknięciu powiek lewa źrenica jest w chwili otwarcia powiek prawie bez zmiany, kurczy się nieco [pod wpływem wpadającego do oka światła] i prędko powraca znów do poprzedniej swej szerokości. Prawa źrenica jest w chwili rozwarcia powiek silnie zwężona i rozszerza się [jak gdyby pod wpływem wpadającego do oka światła], powracając bardzo powoli do zwykłej swej szerokości. Kiedy powieki lewego oka przytrzymujemy rozwarciem i każemy choremu zamknąć oczy, wtedy widzimy ledwie dostrzegalny skurez lewej źrenicy, ustępujący natychmiast po skończonym wysiłku. Gdy powieki prawego oka przytrzymujemy palcami i chory robi wysiłek w celu zamknięcia oczu, spostrzegamy jak prawa źrenica silnie się kurczy a gałka oczna odchyła się ku górze i w bok.

Przy słabem oświetleniu pokoju prawa źrenica jest dwa razy większa od lewej. Przy raptownem jaskrawem oświetleniu prawa źrenica pozostaje też szerszą od lewej. Gdy jednak chory kilka razy z rzędu zamyka energicznie oczy, widzimy, że nierówność źrenic zmienia się w ten sposób, że prawa źrenica robi się węższą od lewej.

Przy raptownem oświetleniu lewego oka lewa źrenica zwęża się za każdym razem nieznacznie.

Przy raptownem oświetleniu prawego oka [odsłonięciu oka przez usunięcie ekranu, zasłaniającego oko] zauważyliśmy trzy razy z rzędu słabe rozszerzenie prawej źrenicy. Potem źrenica przestała reagować zupełnie, t. j. nie dawała przy oświetleniu ani zwężenia, ani rozszerzenia. Ponieważ zbliżanie do pra-

wego oka gorącego przedmiotu nie wywoływało najmniejszej zmiany w źrenicy, musimy w tym wypadku przyjąć, że prawa źrenica u naszego chorego wykazywała paradoksalne oddziaływanie na światło, które jednak bardzo prędko wyczerpywało się.

Przypadek II-gi przedstawia jedyny w swoim rodzaju przypadek paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło, a mianowicie zwięzienia się źrenic przy raptownem zmniejszaniu siły oświetlenia. Jeżeli przy sztucznem oświetleniu lampą zasłonić jedno oko chorego, wtedy występuje bardzo wyraźny skurecz obu źrenic.

39-letni A. W. cierpi od 2½ lat na *atrophia nervorum optitorum luetica*.

Z anamnezy dowiedziałem się tylko, że ojciec chorego cierpiał na astmę. Chory sam w 18 r. życia przeszedł *lues*. Wrzód wypalono lapisem i przemywano karbolową wodą. Wysypki chorego nie miał później nigdy. W ostatnich latach chorego wypijał do 8-miu kieliszków wódki dziennie.

Jego obecna choroba rozpoczęła się 2½ lat temu od osłabienia wzroku najpierw na lewym a w 6 tygodni później i na prawym oku. Jednocześnie z chorobą oczu chorego cierpiał wtedy w ciągu 4-eh tygodni na silne, raptownie zjawiające się, ściągające, skręcające bóle w łydkach i w palcach. W końcu kwietnia chorego miewał silne zawroty głowy z szumem w uszach. W maju 1900 r. wstąpił do Dzieciątka Jezus, gdzie w ciągu 10-iu miesięcy przyjmował *kalium jodatum* i dostał 80 frykcyi po 4 grm. Od 19-go maja 1901 r. W. znajduje się na moim oddziale w szpitalu na Pradze. *Status praesens*. W. jest dobrze zbudowanym mężczyzną wzrostu wysokiego; odżywienia dobrego. Ze strony płuc i serca niema nic specjalnego do zanotowania. Czasami W. skarży się na bóle z tyłu głowy i w lewym kolanie; jesienią zeszłego roku skarżył się na bóle w głębi jam ocznych. Zaburzeń ruchowych i czuciowych niema. Trycipitalne i kolanowe odruchy są nieco wzmożone z obu stron.

Przy oftalmoskopowaniu i badaniu siły wzroku, kolega BEIN, okulista przy ambulatoryum w szpitalu na Pradze, znalazł następujące objawy: w centrum prawej rogówki jest okrągłe zmętnienie wielkości 2 mm. średnicy. Prawa *papilla* jest wyraźnie odgraniczona, koloru białego jak kreda, ze słabym odcieniem szarego. Tętnice dna prawego oka są zwięzzone. *Visus oculi dextri*=0. W centrum lewej rogówki znajduje się też zmętnienie, wielkości 1 mm. średnicy. Na dnie lewego oka B. znalazł to samo co w prawym oku *Visus oculi sinistri*; ruchy ręki chorego może zauważyć na odległości ¼ metra.

Następujące interesujące spostrzeżenie zrobił chorego sam na sobie: przy zachmurzonym niebie widzi on lepiej, niż przy oświetleniu słonecznym, przy księżycu orientuje się podczas spaceru na ścieżce dziedzińca szpitalnego lepiej, niż przy słonecznym oświetleniu (*nyctalopia*).

Powieki są szeroko rozwarłe, tak że robią wrażenie, jak gdybyśmy mieli do czynienia z *exophthalmus* w słabym stopniu. Prócz tego konstatujemy słaby *strabismus divergens* i *insufficiencia internorum*. Zbieżność jest niemożliwa: chorego nie jest w stanie swych gałek ocznych skierować na koniec swego nosa. Ruchy gałek ocznych [każdej z osobna] zachowane są we wszystkich kierunkach.

Status praesens pupillarum. Przy powierzchownem przypatrywaniu się konstatujemy słabe wahania (*oscillations*) źrenic, nie przekraczające granic oscylacji fizyologicznych, tak że o *hippus* w danym przypadku mowy być nie może. Obie źrenice są rozszerzone (*mydriasis*). Przy zwykłym dziennym oświetleniu lewa źrenica jest nieco szersza od prawej (*anisokoria*). Gdy chory usiłuje skierować gałkę oczną na ołówek, który trzyma w ręku w odległości 20-tu ctm., obie źrenice kurczą się; przy skierowywaniu gałek ocznych na przeciwną ścianę, źrenice rozszerzają się nieco przytem lewa reaguje nieco wyraźniej, niż prawa. A zatem oddziaływanie źrenic na zbieżność i na akomodację jest osłabione, lecz jeszcze zachowane. Przy ukluciu szpilką chorego w policzek lub w szyję, górne powieki podnoszą się nieco i źrenice rozszerzają się o 1 mm., a więc tak zw. „sympatyczna reakcyja źrenic” jest u naszego chorego zachowana. Zbliżenie do oka na odległość 5-iu centymetrów kawałka rozpalonego żelaza, jak również raptowne usunięcie z przed oka tego gorącego, rozpalonego żelaza nie wywołuje żadnej zmiany w wielkości źrenic. Żelazo jest takie gorące, że oczy chorego robią się przy tem zupełnie czerwone i zachodzą łzami, a pomimo tego zbliżanie lub usuwanie tego rozpalonego kawałka żelaza nie pociąga za sobą żadnych zmian w źrenicach.

Po energicznem zamknięciu obu oczu, źrenice, które przed zamknięciem oczu były szerokie, w chwili otwarcia oczu ukazują się zwężone, poczem powoli wracają do dawnej swej szerokości. Jeżeli przytrzymujemy powieki prawego oka rozwarłe i choremu polecamy mocno zamknąć oczy, wtedy prawa gałka oczna zwraca się nieco ku dołowi i ku zewnątrz, przyczem źrenica zwęża się. Jeżeli chory usiłuje zamknąć oczy bardzo mocno, prawa gałka oczna zwraca się ku zewnątrz i w górę, przyczem występuje bardzo wyraźny skurecz źrenicy. Po skończonym wysiłku i otwarciu oczu, prawa gałka oczna powraca do poziomej swej pozycji, a źrenica do pierwotnej swej szerokości. Przy badaniu tą samą drogą lewego oka widzimy te same objawy; tylko w chwili, kiedy lewa rogówka wychodzi z pod lewej górnej powieki, źrenica lewa kurczy się jeszcze raz [wskutek wpadającego światła] i dopiero wtedy powraca do pierwotnej swej szerokości.

Jeżeli chory wyobrażał sobie np. bardzo jasno palącą się elektryczną latarnię, zauważyłem u niego każdorazowo wyraźne zwężenie źrenic. Przy wyobrażeniu czarnego papieru, czarnej farby olejnej lub w ogóle ciemności w lesie za każdym razem mogłem zauważyć słabe rozszerzenie [oddziaływanie źrenic przez wyobraźnię, wyobrażeniowe odruchy źrenic]. Poza temi dwoma rodzajami wyobrażeń, przy których występują ruchy źrenic, chory nie jest w stanie źrenic dowolnie zwężać lub rozszerzać.

Badanie odruchu świetlnego źrenic, czyli oddziaływania źrenic na światło odbywało się przy następujących warunkach. Pacjent siedzi spokojnie, stara się nie poruszać ani gałkami ocznymi, ani powiekami. Lampa stoi z lewej strony pacjenta przy badaniu lewego oka i z prawej strony przy badaniu prawego. Pomiędzy okiem a lampą ustawiono dużą 5-litrową butelkę, napełnioną lodowatą wodą, która pochłania wszystkie promienie ciepłe, tak, że na oko padają tylko promienie światła. Przy pomocy zwyczajnej lupy [umieszczonej

pomiędzy okiem a butelką] oko oświetla się pęczkiem schodzących się promieni światła. Za lupą [t. j. pomiędzy lupą a butelką] umieszczony jest czarny ekranik; przesuwając ekranik, można albo oświetlić albo zasłonić badane oko, przyczem warunki oświetlenia drugiego oka pozostają niezmienione. Oto wynik tego badania:

1) oddziaływanie bezpośrednie: a) przy raptownem oświetleniu lewego oka=0. Przy raptownem zasłonięciu lewego oka widzimy za każdym razem nieznaczne, prędko pochodzące, lecz niezawodne zwężenie lewej źrenicy; b) przy oświetleniu prawego oka spostrzegamy słabe i prędko przemijające zwężenie prawej źrenicy. Przy zasłonięciu prawego oka spostrzegamy bardzo wyraźne, szybkie i znaczne zwężenie prawej źrenicy [bez poprzedzającego rozszerzenia].

2) współcześnie czyli konsensualne oddziaływanie na światło: a) przy oświetleniu prawego oka lewa źrenica pozostaje nieruchoma; przy zasłonięciu prawego oka, występuje wyraźne zwężenie lewej źrenicy; b) przy raptownem oświetleniu lewego oka spostrzegamy słabe i prędko przemijające zwężenie prawej źrenicy: przy raptownem, nagle zasłonięciu lewego oka występuje za każdym razem znaczne, bardzo wyraźne, już z daleka widoczne zwężenie prawej źrenicy [z 8-ia mm. szerokości średnicy, do 3-ch mm.].

Faktem zadziwiającym i niezrozumiałym jest więc ta okoliczność, że źrenica, która pod działaniem wpadającego do oka światła wykazuje słaby skurcz,—a więc przy zachowaniu bardzo słabego normalnego odruchu—związa się bardzo silnie i bardzo wyraźnie przy zasłonięciu oka czyli po usunięciu bodźca świetlnego; z nią razem współcześnie związa się też i druga źrenica.

Przy badaniu odruchu świetlnego zwracaliśmy naturalnie nader bacznie uwagę na to, czy gałki oczne nie wykonywają przytem jakich ruchów, np. zbieżności, któraby to zwężenie mogła objaśnić. Nic podobnego nie miało jednak miejsca.

Ponieważ próba z rozpalonem żelazem, o której wspomniałem powyżej, nie dała pozytywnego wyniku i wobec tego, że promienie, które wpadają do oka chorego, przechodzą poprzednio przez wodę lodową, możemy z zupełną pewnością twierdzić, że zwężenie źrenicy przy zasłonięciu oka w danym wypadku zależy jedynie od raptownego usunięcia bodźca świetlnego. Stopień obserwowanego przez nas zwężenia przy zasłonięciu zależy wprost od siły oświetlenia oka. Przy dziennem świetle objaw ten nie występuje prawie wcale albo w bardzo nieznacznym stopniu, jeżeli zaś w ciemnym pokoju oczy oświetlone są bardzo jaskrawem światłem lampy i my zasłonimy naraz jedno oko, to obie źrenice wyraźnie się zwężają. A więc im silniej oko jest oświetlone, tem silniejsze występuje zwężenie źrenicy przy zasłonięciu. Z tego wynika, że to zwężenie źrenic nie zależy od zasłonięcia oka, t. j. od tego, że ono naraz znajduje się w ciemności, ale właściwie od tego, z jaką siłą oczy były oświetlone przed zasłonięciem.

Przypadek nasz charakteryzuje to, że silny bodziec świetlny wywołuje bardzo słaby skurcz źrenic, zaś zmniejszenie lub usunięcie tego silnego bodźca świetlnego pociąga za sobą wyraźny skurcz źrenic.

Wszak w naturze niema nic paradoksalnego. A więc w jaki sposób moglibyśmy objaśnić sobie to jakoby paradoksalne zjawisko w danym przypadku? Jak widzieliśmy przy omawianiu i roztrząsaniu opisanych w literaturze przypadków paradoksalnej świetlnej reakcyi źrenic, bardzo często zupełnie inne zjawiska, nie noszące na sobie bynajmniej cechy paradoksalności, brane były za odwrócony odruch świetlny źrenic.

Bardzo być może, że i w naszym przypadku zwężenie źrenic, obserwowane w chwili zasłaniania oka, zależy od jakiegoś nieznanego momentu, który działa właśnie jednocześnie przy zasłanianiu oka. W takim wypadku to zwężenie źrenic nie byłoby zależne od działania promieni światła na włókna źrenicowe nerwu wzrokowego, lecz występowałyby tylko jednocześnie przy zasłanianiu oka i zależałyby zupełnie od czegoś innego. Jeżeli tak nie jest, wtedy chyba najłatwiej objaśnić sobie to zjawisko w taki sposób, że tak samo, jak przy zwyrodnieniu nerwów i mięśni podrażnienie elektryczne daje nam przy pewnych warunkach reakcyę odwróconą, tak samo stan zwyrodnienia nerwu wzrokowego w danym wypadku jest taki, że raptownie działający bodziec świetlny wywołuje bardzo słabe zwężenie źrenicy, wtedy gdy raptowne usunięcie silnego bodźca świetlnego daje nam bardzo znaczny i bardzo wyraźny skurecz źrenic.

O tem, które mianowicie zjawiska przez autorów najczęściej brane były niesłusznie za paradoksalny odruch świetlny źrenic, da się powiedzieć następujących kilka słów:

W przypadku silnej fotofobii silne oświetlenie może wywołać pewien rozstrój akomodacyi, któremu towarzyszy rozszerzenie źrenic—jak to miało miejsce w przypadku LÉPINE'a.

Zmiany źrenicy, występujące przy zbieżności, rozbieżności gałek ocznych lub przy akomodacyi, mogą w razach wyjątkowych dać nam złudzenie paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło, jak to wykazali FRENKEL i HIRSCHL. Zdarzają się, mianowicie, takie przypadki *insuffitientiae internorum*, w których przy zbliżaniu np. lampy do oczu następuje bardzo prędko wyczerpanie prostych mięśni wewnętrznych, wskutek czego gałka oczna odchodzi w bok; a ten rozbieżny ruch gałki ocznej daje nam jednocześnie rozszerzenie źrenicy—jak gdyby pod wpływem światła.

Zjawiska *hippus* mogą czasami występować pod postacią paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło.

W niektórych spostrzeżeniach t. zw. paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło, rozszerzenie źrenicy nie zależało wcale od działania światła, lecz od promieni ciepła lampy, jak to wykazał HIRSCHL. MONNEY już dawniej tę ewentualność przypuszczał. Dzisiaj wiemy, że jeżeli przy odrętwiałych źrenicach zbliżenie jakiegokolwiek źródła światła wywołuje rozszerzenie źrenic, to rozszerzenie to, nie potrzebuje koniecznie być wyrazem paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło. Jeżeli zaś ono nie jest objawem, towarzyszącym rozchodzeniu się gałek ocznych, to może przedstawić nam wprost t. zw. „sympatyczną reakcyę źrenic“, która jest wynikiem działania promieni ciepła na końcowe rozgałęzienia *n. trigemini*, zaopatrujące skórę twarzy, łącznicę, rogówkę, a może nawet i siatkówkę.

Najczęściej jednak złuzenia i omyłki wynikają z nieznamości t. zw. orbikularnego odruchu źrenic. Stopniowy powrót źrenic do swej pierwotnej szerokości po uprzednim mocnym zamknięciu powiek i rozwarciu ich, niejednokrotnie był uważany i brany za rozszerzenie źrenic, wywołwane przez działanie światła.

Najbardziej obiektywne i najbardziej krytycznie opracowane spostrzeżenia przypadków prawdziwego paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło zawdzięczamy BECHTEREWOWI i SILEX'owi. W przypadku BECHTEREWA słabe oświetlenie wywoływało bardzo nieznaczny skurcz źrenic, który przy bardzo jaskrawem oświetleniu przechodził w rozszerzenie źrenic. A więc rozszerzenie źrenicy poprzedzało każdorazowo króciutki, prawie nieuchwytny skurcz źrenic. W przypadku SILEX'a źrenice rozszerzały się pod działaniem światła wprost, bez uprzedniego zwężania się.

W moim przypadku widzimy bardzo wyraźny skurcz źrenic, występujący przy raptownem zmniejszeniu siły oświetlenia oczu. Zwężenie to występuje bezpośrednio po zasłonięciu oka i nie jest wyprzedzone najmniejszym rozszerzeniem źrenic.

Wyniki naszej pracy możemy tymczasem wyrazić w następujący sposób:

I. Należy rozróżniać następujące kategorie paradoksalnego oddziaływania źrenic:

1-o. paradoksalne oddziaływanie źrenic na akomodację i

2-o. paradoksalne oddziaływanie źrenic na światło; tutaj należy odróżnić: pozorne paradoksalne oddziaływanie źrenic na światło i prawdziwe paradoksalne oddziaływanie źrenic na światło.

Pod paradoksalnem oddziaływaniem źrenic na akomodację rozumiemy taki stan źrenic, kiedy źrenice przy patrzeniu na odległość zwężają się, a przy wpatrywaniu się w blizki przedmiot rozszerzają się, przy niezmiennych się warunkach oświetlenia. Ten objaw źrenic spostrzegał i opisał VYSIN pod tytułem „opacznego oddziaływania źrenic“.

Pozorne paradoksalne oddziaływanie źrenic na światło polega np. na tem, że jeżeli *sphincter pupillae* jest przecięty, to działanie światła, wywołujące skurcz *sphincteris pupillae*, pociąga za sobą rozszerzenie kolobomy, jak to miało miejsce w przypadku BURCHARDT'a.

Prawdziwe paradoksalne oddziaływanie źrenic na światło jest to objaw rozszerzania się źrenic pod wpływem światła lub zwężania się ich przy usuwaniu bodźca świetlnego. Według mnie, należy odróżniać tutaj trzy rozmaite rodzaje tego prawdziwego paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło: 1) rozszerzanie się źrenicy pod wpływem oświetlenia, które poprzedza nieznaczny, prawie nieuchwytny skurcz źrenicy [BECHTEREW], 2) rozszerzanie się źrenicy bez uprzedniego zwężenia się [MORSELLI, LEITZ, SILEX, PILTZ] i 3) bezpośrednie zwężenie się źrenicy przy nagłem usunięciu oświetlenia [PILTZ].

II. Paradoksalne oddziaływanie źrenic na akomodację spostrzegano dotychczas tylko przy t. zw. funkcjonalnych chorobach systemu nerwowego [VYSIN].

III. Pozorne paradoksalne oddziaływanie źrenic na światło obserwowano dotychczas zaledwie w jednym przypadku po iredektomii [BURCHARDT].

IV. Prawdziwe paradoksalne oddziaływanie źrenic na światło jest objawem bardzo rzadkim. Bardzo często zupełnie inne objawy ze strony źrenic przyjmowano za paradoksalne oddziaływanie źrenic na światło, tak na przykład: 1) rozszerzenie źrenic, towarzyszące rozchodzeniu się gałek ocznych, 2) *hippus*, 3) oddziaływanie źrenic na promienie ciepła, 4) orbikularny odruch źrenicy, na który WESTPHAL i ja zwróciliśmy w ostatnich czasach szczególniejszą uwagę.

V. Po wykluczeniu wszystkich przypadków niepewnych, pozostaje zaledwie 6 niewątpliwych spostrzeżeń paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło: spostrzeżenie MORSELLI'ego przy *dementia paralytica*, BECHTEREW'a przy *meningitis luetica et lues cerebri*, LEITZ'a przy *meningitis tuberculosa*, SILEX'a przy silnym stanie nerwowego rozdrażnienia pochodzenia urazowego i dwa moje własne spostrzeżenia: jedno przy *paralysis progressiva* i drugie przy *atrophia nervorum opticatorum luetica*.

VI. A zatem prawdziwe paradoksalne oddziaływanie źrenic jest symptomem nadzwyczaj rzadkim, który spostrzegano dotychczas prawie wyłącznie w przebiegu ciężkich organicznych chorób układu nerwowego.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— 8647 —

[Odpowiedź na „Uwagi dra Kosseckiego”].

W tych paru słowach, jakie mam zamiar skreślić, zabierając jeszcze raz głos w sprawie mojej monografii, pozwolę sobie pominąć milczeniem kwestye, co do których czytelnicy „Gazety“ mogli sobie już własne zdanie wyrobić. Postępuję tak dlatego, że jedynym celem naszej polemiki powinno być rzucenie światła z dwóch punktów widzenia na kwestye sporne.

To też, nie przesądzając zgoła, czyim wywodom ma być słuszność przyznana, nie będę tu nic już mówił ani o zyciorysie GIRSZTOWTA, ani o „egzaminach profesorskich“.

Nie mogę jednak nie rozwieść się szerzej nad kwestyą zasadniczą, bo dotyczącą budowy dzieła.

Sam kol. KOSSECKI nadaje jej duże znaczenie, bo mówi o tem na str. 653 [wiersz 6—21 od góry, wiersz 14, 15 ob dołu], na str. 654 [wiersz 11—16 od góry, 19—24 od góry, na str. 657 i t. d.

Twierdzi kol. K. mianowicie, że źle zrobiłem, włączając do cyklu 1862—1869 dzieje Akademii medyko-chirurgicznej. Dlaczego? Dlatego, że Akademia trwała od r. 1857 do 1862. Drugi zarzut zupełnie konsekwentny brzmi, że znacznie obszerniej uwzględniłem dzieje Akademii, niż t. zw. później Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej.

Co do pierwszego punktu, muszę zauważyć, że nie rozumiem tak formalistycznego traktowania dziejów. Jako, Akademia założona w 1857 r., stanowiąca sam w sobie kompletny wydział lekarski, bezpośrednio na j e d n e m prawie posiedzeniu konferencyi włączona do Szkoły Głównej, ma być dlatego pominięta, że w nagłówku cyklu wydawnictwa jest data 1862—1869? Ja wolę się trzymać takiego poglądu, że nazwa istoty rzeczy nie zamienia i n i e m o ż n a robić sztucznej granicy tam, gdzie niema naturalnej, tembardziej, że taki sztuczny podział dziejów nie ułatwia, a u t r u d n i a zorientowanie się w materyałach. Podług mnie, Wydział lekarski Szkoły Głównej tem właśnie się różnił od innych wydziałów [prawnego,

matematyczno-fizycznego], że był założony w 1857 r. pod nazwą Akademii medyko-chirurgicznej. Stąd pochodzi, że w omawianym cyklu powinien stanowić wyjątek i ramy jego historii musiałem rozszerzyć o 5 lat.

Poza tymi teoretycznymi wywodami, przeciw zdaniu kol. K. mówi i to, że historyk, któryby chciał w oddzielnych broszurach traktować teraz o tym przedmiocie, musiałby dwa razy pisać o jednych i tych samych osobach, dwukrotnie wiele rzeczy powtarzać.

Co zaś do zarzutu, że o wydziale lekarskim [1862—1869] napisałem mało, to odpowiedź moją łatwo wyciągnąć logicznie z poglądów, wyrażonych powyżej w poprzedniej mej odpowiedzi [str. 500, wiersz 23—20 od dołu]. Dodam tu jeszcze tylko, że nie rozumiem, dlaczego przy obliczaniu stronicy i objętości mej pracy kol. Kossecki omylił się tak znacznie, jeżeli w rękę miał broszurę GIRSZTOWTA, a także, że „zaznaczenie, iż podobnie obszerna monografia istniała“ uważam za nieusprawiedliwiony zarzut, że mało co więcej od GIRSZTOWTA napsał.

Do cyfrowych danych, tyjących się gabinetów i pracowni idorzucę jeszcze jedną.

W pierwszym półroczu r. 1864/5 na pierwszy i drugi kurs uczęszczało medyków 69, zaś słuchaczy wydziału matematyczno-fizycznego było w tymże czasie 218.

Niechże kol. Kossecki osądzi, czy podwyżka 410 rs. na sześciu gabinetach i pracowniach mogła wyrównać wzrost potrzeb.

W sprawie utworzenia kliniki terapeutycznej nowej, kol. K. nie chce mnie zrozumieć. Zapytywałem, dlaczego „wziął pod jeden nawias i starania GIRSZTOWTA“, dlaczego nadaje im znaczenie ujemne [str. 269 wiersz 21—23 od góry]. Ja mówię jednocześnie o obu projektach zupełnie słusznie, ale jednemu z nich tylko nadaję oświecenie ujemne, co w mej pracy jest najzupełniej jasno przedstawione. Poza tem powołuję się raz jeszcze na treść przytoczonego urywka z referatu CHALUBIŃSKIEGO i wołę mu w danym wypadku wierzyć więcej, niż Sz. koledze, który, będąc wówczas studentem, mało był może wtajemniczony w zakulisowe sprawy fakultetu.

Wszystkie te jednak kwestye są drobiazgami i więcej o nich wspominać nie będę. Ważniejszym daleko byłoby oświecenie obszerne w dzisiejszej polemice wpływu Akademii i Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej na naukę medycyny u nas i za granicą. Niestety jednak, to zaprowadziłoby nas za daleko i przekroczyłoby rozmiary mej odpowiedzi. Tem więcej, że byłby to spór *de lana caprina*. Ja jestem zdania, że wpływ tego okresu [1857—1862] na czasy dzisiejsze jest niewielki i nie odczuwamy go, kol. K. twierdzi przeciwnie. Może się znajdzie superarbiter, który tę sprawę rozstrzygnie. Przykro mi tylko, że kol. K. niedokładnie odczytuje to, co napisałem.

Powtarzam raz jeszcze, że przedmowa wyszła z pod pióra kol. DOBRZYCKIEGO i nie przyjmuję odpowiedzialności za wyrażone tam poglądy. Więcej jeszcze dodam, że jestem zdania nieco innego. Dlatego też nie rozumiem, poco kol. K. przytacza ustępy w przypisie na str. 657, które „mojem dziełem“ nie są.

Na zakończenie poruszę jeszcze jedną kwestyę, tyjącą się poniekąd i układu dzieła. Z uwag ogólnikowych kol. K. o wpływie Szkoły Głównej, o pracownikach pożytecznych nie tylko dla nauki ale i dla społeczeństwa, wnieść muszę, że podług kol. K. należało właśnie szeroko rozpisać się w monografii o działalności społecznej [nie lekarskiej i nie naukowej] profesorów i wychowawców wydziału lekarskiego. Zgadzałem się w zupełności, że wpływ społeczno-cywilizacyjny musiał być bardzo duży. Będzie on tem wybitniejszy, jeżeli weźmiemy pod uwagę czasy, w których działał Wydział lekarski Szkoły Głównej.

Dlaczego jednak nie poświęciłem więcej miejsca w mej monografii tej części dziejów? Przedewszystkiem dlatego, że jest to bardzo nieuchwytny i trudny do wymierzenia rezultat. Materiałów doń prawdopodobnieby nie można znaleźć wiele,

a w każdym razie tylko osoby współczesne i tylko zbiorowemi siłami mogłyby podołać tak olbrzymiemu zadaniu. I właśnie to może i powinno stanowić treść oddzielnego dziełka. Mogą je pisać nawet nie lekarze, bo w takim dziełku może nie być ani słowa o fachowych zasługach wydziału. Będzie to taki sam temat do obrobienia, jak np. „znaczenie Akademii i Szkoły Głównej w dziejach polskich drugiej połowy 19-go wieku”.

I dlatego jeszcze raz zaznaczam, że, mówiąc o słabych wynikach działalności Szkoły Głównej, miałem i mam na myśli tylko jej działalność fachową.

Wreszcie pozwolę sobie jeszcze na parę sprostowań:

1) Co do używania „pamięci osobistej” w krytykach i historii, trzymam się wciąż zdania, że metodę tę „wolno” stosować tylko z dużemi zastrzeżeniami i w braku innych danych i niewolno jej nadawać poważnego znaczenia. Ja posługiwałem się tego rodzaju tradycyjnymi danymi, ale sprawdzałem je zawsze u kilku świadków. W ten sposób tylko czułem się upoważniony do używania tej metody.

2) Mówiąc o oryginalnym poglądzie kol. K. na „wyrabianie się pewnych siebie specjalistów”, nie myślałem, że to ma znaczyć, iż profesorowie SZOKALSKI, KORZENIOWSKI, NAWROCKI brali nieodpowiednie katedry, ażeby tylko się zaczepić, w oczekiwaniu odpowiedniej. Jeżeli tak, to co innego. Nietylko „co innego”, ale jest to wręcz przeciwny pogląd.

Toż kol. K. w swych „Uwagach” przyznaje, że żaden z wymienionych profesorów „dróg właściwych” nie szukał, „z przedmiotu na przedmiot się nie przerzucał”, tylko wchodził do Akademii, biorąc katedrę jaką dawali, w oczekiwaniu: SZOKALSKI katedry fizjologii, KORZENIOWSKI — chirurgii, NEUGEBAUER — akuszeryi. Taki SZOKALSKI już wówczas był specjalistą i wyrabiał się nie potrzebował.

Tylko, że wystarczy porównać to, co kol. K. napisał na str. 270 [wiersz 18—33 od góry] z tymi poglądami, które wyraził na str. 658, ażeby dojść do wniosku, że pierwsze z drugimi nie godzą się zupełnie.

Bartkiewicz.

Wiadomości bieżące.

— We Lwowie między 6—25 października r. b. odbędą się wykłady dla lekarzy. Oto ich program:

1. Prof. dr H. KADYI. Mechanika stawów. Trzy godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

2. Prof. dr W. NIEMIŁOWICZ. Rozbiór moczu. W całości 8 godzin. Czesne 10 koron.

3) Prof. dr S. BĄDZYŃSKI. Chemia przemiany materji, żywienia i środków spożywczych [wspólnie z drem PANKIEM]. Pięć godzin tygodniowo. Czesne 15 koron.

4. Prof. dr. A. GLUZIŃSKI. Dyagnostyka chorób wewnętrznych z uwzględnieniem najnowszych metod klinicznego badania [badania kliniczne: krwi, płwocin, zawartości żołądkowej, kału, moczu i t. d.] w połączeniu z wykładem o nowych zabiegach leczniczych, przy współudziale docentów drów MARISCHLERA i RENCKIEGO i asystentów kliniki drów ELJASZA RADZIKOWSKIEGO i KIKINGERA. Dziesięć godzin tygodniowo, od 6 do 18 października. Czesne 20 koron.

5. Prof. dr J. PRUS. Dyagnostyka chorób nerwowych i umysłowych. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

6. Doc. dr. P. KUČERA. Bakteryologia lekarska. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

7. Prof. dr. L. RYDYGIER: a) Badanie i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej. Od 10—12 godzin, z wyjątkiem soboty. Dziesięć godzin tygodniowo. Czesne 25 koron. b) Kurs operacyjny odpowiednio do materiału. Od 5—7 godzin. Czesne 50 koron.

8. Prof. dr W. WEHR. Zasady antyseptyki i aseptyki [teorya i praktyka]. 2 razy na tydzień w środę i sobotę, od 6—8-jej godziny wieczorem. Cztery godziny tygodniowo. Czesne 24 koron.

9. Prof. dr E. MACHEK. Rozpoznanie i leczenie chorób ocznych wraz z ćwiczeniami w wziernikowaniu [przy współudziale doc. dra SZULISZAWSKIEGO i asystentów klinicznych]. Trzy razy tygodniowo. Czesne 18 koron.

10. Prof. dr A. MARS. O postępie ginekologii w ostatnim dziesięcioleciu. Pięć godzin tygodniowo. Czesne 15 koron.

11. Prof. dr W. ŁUKASIEWICZ. Dyagnostyka i terapia chorób skórnych i wenerycznych. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

12, 13, 14. Prof. dr W. SZYMONOWICZ wspólnie z drem L. GLUZIŃSKIM i drem Z. SPALKEM: Kurs praktyczny o chorobach uszu, nosa, gardła i krtani.

a) Dr L. GLUZIŃSKI. Kurs praktyczny o chorobach krtani. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

b) Dr Z. SPALKE. Kurs praktyczny o chorobach nosa i gardła. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

c) Prof. dr W. SZYMONOWICZ. Kurs praktyczny o chorobach uszu. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

15. Prof. dr W. SIERADZKI. Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich. Dwa razy tygodniowo po 1½ godziny. Trzy godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

16. Doc. dr A. GOŃKA. Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów i ich plombowaniu plastycznymi materiałami. Pięć godzin tygodniowo. Czesne 25 koron.

Blіszych wiadomości udziela prof. SZYMONOWICZ we Lwowie, ulica Pańska 4.

— Z inicjatywy prof. JAWORSKIEGO w Krakowie założone będzie tamże „Muzeum historyczne dla Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego“. Instytucja ta przechowywać ma przedmioty, dotyczące profesorów, adjunktów, docentów, asystentów, demonstratorów Wydziału Lek. U. J., oraz Uczniów medycyny w czasie ich studyów — od najdawniejszych czasów aż do dnia dzisiejszego, a mianowicie: 1) publikacje naukowe; 2) rękopisy i autografy; 3) przyrządy, modele lub ich rysunki, jako też sporządzone preparaty; 4) portrety, podobizny, fotografie, biusty; 5) opisy, rysunki, plany i inne dokumenty, dotyczące dawnych i obecnych zakładów Wydziału Lekarskiego, ich wewnętrzne urządzenia, regulaminy, personalia; 6) prace, wykonane w zakładach Wydziału Lekarskiego przez czasowo zajętych pracowników; 7) biografie, nekrologi, ogłoszenia ślubne, krytyki, dyplomy, korespondencye, listy, bilety, jako też wszelkie pisma i ogłoszenia, dotyczące czynności i zasług społecznych funkcyjnarystów Wydziału Lekarskiego; 8) rzeczy pamiątkowe jak: otrzymane podarunki, odznaczenia, wyszczególnienia, zaproszenia i t. p.

Zbiór składa się z przedmiotów ofiarowanych i złożonych w depozycie.

Równocześnie będą prowadzone zapiski ważniejszych wydarzeń, dotyczących rozwoju Wydziału Lek.

Celem powyższego zbioru jest wierne przedstawienie historycznego rozwoju, działalności i wpływu Wydziału Lek. U. J. na naukę i społeczeństwo polskie; zabezpieczenie czynności naukowej Wydziału Lek. przed nienależnym uwzględnieniem go w literaturze lekarskiej, jako też przed rychłym zapomnieniem zasług dawniejszych pokoleń. Przyszły pracownik na niwie lekarskiej polskiej, jako też historyograf, znajdą tu bez trudu materiał w jednym miejscu skupiony, a nadto wiele przedmiotów, które z powodu swych właściwości lub pozornie małej wartości, w Bibliotece Jagiellońskiej nie mogą znaleźć umieszczenia. Najdrobniejszy zaś przedmiot, dziś nam obojętny, może nabrać w przyszłości wielkiej wartości i znaczenia.

— Na miejsce prof. ŁUKJANOWA, który został wiceministrem oświaty, dyrektorem Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu mianowano bakterjologa, prof. WYSOKOWICZA z Kijowa.

— Nakładem Kasy Mianowskiego wyszło z druku dzieło p. t. „Wstęp do nauki Bakteryologii“ C. GUENTHER'a w przekładzie, dokonany przez dra ALEKSANDRA ŻURAROWSKIEGO. Cena książki, zawierającej 552 str. druku oraz 90 fotogramów, rb. 2.

— Zmarł SOHENK, b. prof. embryologii w Wiedniu.

SANATOGEN

Środek wzmacniający.

Tonicum, zupełnie nie drażniące.

pp. Lekarzom próbki i broszury wysyła bezpłatnie reprezentant

p. Biertümpfel,

Warszawa, Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **BAUER & C-o**

Berlin S. O. 16.

CHEMICZNA FABRYKA VON HEYDEN, RA DEBEUL-DREZNO

XEROFORM.

Najlepszy i najtańszy środek, zastępujący jodoform. W użyciu przyjemny, nie posiada zapachu, nie trujący nawet przy wewnętrznym stosowaniu, w dużych dawkach dla antyseptyki kiszek. Wybitnie działa kojąco na bóle i wstrzymuje krwawienie, nie drażni i nie wywołuje ekzemy. Odwiania nawet posokowate wydzieliny, działa wybitnie osuszająco i zmniejsza widocznie prędko wytwarzanie ropy. Działa wprawdzie w niektórych przypadkach słabiej na wytwarzanie ziarniny niż jodoform, przewyższa jednak jodoform i inne środki w działaniu na wytwarzanie nabłonka. Specyficzne działa przy ulcus cruris i wszystkich mokrych ekzemach. Świeże rany goją się per primam: czas gojenia skraca się. Dzięki nietrującym własnościom i kojącym bóle z dobrym wynikiem stosuje się w ginekologii i ranach po oparzeniu. Przy przewlekłych mokrych ekzemach wystarcza częste wcieranie xeroformu na wacikach; zaoszczędza się przytem kąpeli i środków opatrunkowych.

CREOSOTAL.

„Heyden“. Specyfik przy wszystkich niegruźliczych chorobach zakaźnych dróg oddechowych. Bystre wyleczenie pneumonii (również broncho-pneumonii, po odrze, influenzy i dyfteryi) przy stosowaniu dużych dawek Cresotalu: 10—15 gr. pro die w 4 dawkach, dla dzieci dawka na dobę 1—5 gr.

ACOIN.

Miejscowy środek znieczulający w chirurgii, okulistyce i dentystrycznych operacjach. Długotrwałe nawet kilka godzinne znieczulenie. Jedyne środki do bezbolesnych podspojówkowych wstrzykiwań.

Kwas acetylosalicylowy.—Solveol.—Lactophenin.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie.

LUDWIK FREIDER, WARSZAWA, LESZNO 60.

Literaturę wysyła się bezpłatnie.