

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do różniczkowego rozpoznania ropni podprzeponowych. Podał Wł. Biegański. Kilka słów o badaniu kliniczem krwi. Skreślił Stanisław Klei'n. (Dalszy ciąg). — **Streszczenia i wyciągi.** 100. Leczenie rozmięczenia kości (osteomalatia). 101. a) Przyczynek do leczenia wrzodu żołądka oraz niektórych zależnych odeń objawów podrażnienia i krwotoków. b) Krwotoki żołądkowe podczas ciąży. 102. O czynności żołądka. 103. Znaczenie prognostyczne gorączki w suchotach płucnych. — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc maj r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Przyczynek do różniczkowego rozpoznawania ropni podprzeponowych.

Podał **Wł. Biegański** lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

S. K. lat 36, organista ze wsi Borowno powiatu Radomskiego, zapisał się do szpitala w dniu 15 lutego 1893 r. z porady kol. PISARZEWSKIEGO. Chory niedomaga już przeszło od 3 miesięcy, uskarża się na ból w prawym boku i mocne osłabienie. Kol. PISARZEWSKI, który dwukrotnie poprzednio chorego badał, znalazł objawy prawostronnego zapalenia opłucnej; przekłucie próbne, dokonane przez niego w 6-ym odstępnie międzyżebrowym w linii pachowej, wykazało obecność posokowatej ropy i dlatego też kol. P. skierował chorego do szpitala dla wykonania operacji. Z powodu nalegania rodziny, chory zaraz po przybyciu do szpitala wzięty był na stół operacyjny i tu też po raz pierwszy badałem chorego. Znalezione wyraźne stłumienie odgłosu opukowego w dolnym odcinku z prawej strony klatki piersiowej, sięgające w linii sutkowej do dolnego brzegu 4-go żebra, w linii pachowej do 6-go żebra, z tyłu zaś stłumienie nie dochodziło do dolnego kąta łopatki. Na miejscu stłumienia szmer oddechowy zupełnie zniesiony, drżenie klatki piersiowej również niewyczuwalne. Powyżej stłumienia szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy bez rżień. Taki sam szmer pęcherzykowy znajdujemy na całej przestrzeni lewej strony klatki piersiowej. Przekłucie próbne, dokonane w 6-ym odstępnie międzyżebrowym, mniej więcej na linii pachowej, wykazało obecność gęstej ropy, której wydobyto $\frac{1}{4}$ strzykawki.

Wobec tego rozpoznanie wysięku ropnego w jamie opłucnej nie ulegało wątpliwości, chociaż dziwnem odrazu zdawało się, że wysięk pomimo dość długiego czasu (3 miesięcy) trwania, był stosunkowo nieznacznych rozmiarów. Nie wzbudziło to jednak wątpliwości co do rozpoznania i tej to właśnie okoliczności przypisać należy, że nie przedsiębraliśmy bardziej szczegółowego badania. Przystąpiłem więc zaraz do operacji przy pomocy kolegów: PISARZEWSKIEGO, BRZEZIŃSKIEGO, KOHNA i FUCHSA. Wyciąłem kilka centymetrów 6-go żebra nieco z przodu od linii pachowej i po osuszeniu rany przystąpiłem jeszcze raz do przekłucia próbnego. Trzykrotnie jednak zrobione przekłucie próbne nie wykryło w tem miejscu ropy. Igła strzykawki zagłębiała się widocznie dość głęboko. Zmieniłem igłę na grubszą i dłuższą i, nakłuwając wtedy

głęboko w przednim kącie rany, wyciągnąłem ropę. Ta właśnie okoliczność kazała się domyślać obszernych zrostów opłucnowych, to też ostrożnie przystępowałem do otwierania jamy opłucnej. Po kilku warstwowych cięciach otworzyłem jamę opłucnej, lecz w jamie tej ropy wcale nie było. Palcem wprowadzonym do jamy opłucnej wyczuwałem dokładnie brzeg płuca i wypuklającą się ku górze przeponę, sama jednak jama nie zawierała ropy. Teraz też wyszła na jaw nasza omyłka rozpoznawcza, ropa widocznie była zebrana pod przeponą. Mieliśmy więc do czynienia z ropniem podprzeponowym. Postanowiliśmy tedy zaszyć ranę i przystąpić do otwarcia ropnia. Tak też i zrobiliśmy, ponieważ jednak czas trwania operacji wskutek spotykanych niespodzianek znakomicie się przedłużył, a stan chorego utrudniał chloroformowanie, nie mogliśmy już dokonać drugiej resekcji, lecz szerokiem cięciem w przettworze międzyżebrowym pomiędzy 7-em a 8-em żebrem przy samym łuku żebrowym, otworzyliśmy ropień i wypuściliśmy dużo posokowatej cuchnącej ropy.

Szczegółowa anamneza zebrana następnego dnia wykazuje co następuje: chory pochodzi z rodziny zdrowej, nigdy poprzednio ciężko nie chorował, nie miewał nigdy ani wymiotów krwawych, ani bólu w okolicy żołądka, nie było również objawów zapalnych w okolicy kiszk ślepej. Dopiero w miesiącu Lipcu r. z. chory, powracając w nocy z Kruszyny do Borowna, wypadł z bryki na prawy bok. Uderzenie było bardzo mocne, chory nie mógł wcale oddychać i natychmiast kazał sobie postawić bańki cięte na bok prawy. Po kilku dniach ból przeszedł prawie zupełnie, chory czuł się zdrowym i spełniał swoje obowiązki aż do Listopada. W sam dzień Wszystkich Świętych ból w prawym boku znów się pojawił, wystąpiła gorączka i od tego właściwie czasu chory musiał pozostać w domu. Pomimo rozmaitych stosowanych środków, objawy chorobowe nie ustępowały, ból w boku, gorączka i nieznaczny kaszel trwały aż do dnia dzisiejszego bez przerwy.

W dalszym przebiegu pooperacyjnym, po kilku dniach nastąpiło nagłe zamknięcie otworu zewnętrznego, zrobionego w przettworze międzyżebrowym. Objawy więc zatrzymania ropy na nowo w całej pełni wystąpiły. Wtedy też przystąpiłem do szczegółowego zbadania chorego i mając na uwadze popełnioną omyłkę rozpoznawczą, szukałem z całą dokładnością objawów, któreby mogły służyć jako różniczkowe, w tej, jak się pokazuje, trudnej do rozpoznania sprawie.

Chory wysokiego wzrostu, wychudzony, z długą a wąską klatką piersiową, z szerokimi przettworami międzyżebrowymi, przedstawia przy oglądaniu dość wyraźne wypuklenie dolnej części klatki piersiowej z prawej strony. Przy oddechaniu ta część klatki piersiowej wyraźnie mniejszy przyjmuje udział w ruchu. Drżenie klatki piersiowej w dolnym odcinku z prawej strony zupełnie zniesione. Przy opukiwaniu na prawej stronie stłumienie sięga od dołu do dolnego brzegu 4-go żebra w linii sutkowej, do dolnego brzegu 5-go żebra w linii pachowej i prawie do 9-go żebra około kręgosłupa. Stłumienie z przodu zupełne, to samo w linii pachowej, z tyłu zaś stłumienie nie zupełne. Szmer oddechowy na miejscu stłumienia z przodu zupełnie niesłyszalny, to samo w linii pachowej, z tyłu zaś tylko osłabiony, ale przy głębokim wdechu słyszalny. Powyżej miejsca stłumienia szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy, wyraźnie słyszalny, bez rżężeń. Granice stłumienia nie zmieniają się wcale przy głębokim wdechu. Dodać winniśmy, że górna rana po resekcji

żebra zagoiła się *per primam intentionem*, żadnych objawów odmy piersiowej nie było, ani też widocznego odczynu zapalnego w opłucnej.

Z lewej strony klatki piersiowej granice płuc prawidłowe, właściwiej zaś nieco podniesione; szczególnie podniesienie to wyraźnie występowało z przodu. Górna granica półksiężycowej przestrzeni TRAUBE'go dochodziła do dolnego brzegu 5-go żebra. Serce wyraźnie przemieszczone ku górze; uderzenie serca w 4 ym przestworze międzyżebrowym na wewnątrz od linii sutkowej. Górna granica stłumienia serca na linii przymostkowej zaczyna się tuż pod chrząstką 3-go żebra. W linii pachowej lewej granica płuc znajduje się pod 7-em żebrem, około kręgosłupa na 11-em żebrze. Na całej przestrzeni lewej strony klatki piersiowej szmer oddechowy pęcherzykowy, bez rzężeń.

Badając prawe podżebrze, znajdujemy dolny brzeg wątroby mocno opuszczony, dochodzący prawie do linii pępkowej; całe prawe podżebrze jest więcej wypukłone, aniżeli lewe, i odporność tej strony przy dotykaniu jest znacznie wzmożona. Nigdzie jednak nie znajdujemy chęłbotania. Przy głębokim wdechu dolny brzeg wątroby okazuje się zupełnie nieruchomym. Inne okolice jamy brzusznej nie przedstawiają żadnych zmian, niema ani bolesności przy ucisku, ani jakiegokolwiek guzowatości przy wymacywaniu. Mocz nasycony, w małej ilości, białka nie zawiera.

Przy powyższem badaniu zwróciły naszą uwagę trzy objawy, które należy bliżej omówić. Przedewszystkiem górna granica stłumienia opukowego na prawej stronie ma wyraźnie inny kształt, aniżeli zwykle spotykany przy wysiękach opłucnej. Swobodne wysięki opłucnej umiejscawiają się zawsze na zasadzie prawa ciężkości w najniższych odcinkach jamy opłucnej, górna granica wysięku zależy od położenia, w jakim chory się znajduje, zawsze jednak ma wyraźną dążność do układania się do poziomu. Wobec tego, że jama opłucnej ma największą głębokość ku tyłowi w bliskości kręgosłupa, najwięcej więc płynu wysiękowego tam się zbiera; tam też na klatce piersiowej spotykamy najwyraźniejsze i prawie najwcześniejsze występujące stłumienie odgłosu opukowego. Z przodu stłumienie przy wysiękach opłucnej występuje zawsze później, w miarę większego nagromadzenia się płynu. Jeżeli stłumienie z przodu dochodzi do dolnego brzegu 4-go żebra, to z tyłu około kręgosłupa dochodzi przynajmniej do połowy łopatki. Tymczasem w opisywanym przez nas przypadku widzieliśmy wprost przeciwnie. Stłumienie z przodu było wyraźniejsze i dochodziło do dolnego brzegu 4-go żebra, z tyłu zaś stłumienie było mniej wyraźne i nie dochodziło nawet do dolnego kąta łopatki. Linia przedstawiająca granicę stłumienia, przebiegała nie poziomo, lecz ukośnie, z najwyższym punktem zwróconym ku przodowi a najniższym ku tyłowi. Przy wysiękach opłucnej linia ta przebiega albo poziomo, albo ukośnie, ale wtedy najwyższy jej punkt przypada na tylną część klatki piersiowej, jeżeli chorzy znajdują się w położeniu leżącym. A teraz zapytajmy się, czem objaśnić należy tę różnicę w granicy stłumienia, jaką napotykamy pomiędzy ropniem podprzeponowym a wysiękiem opłucnej? Ropień zbierający się w przestrzeni pomiędzy przeponą a wątrobą, odpycha z jednej strony przeponę ku górze i tym sposobem powiększa prawidłową kopułowość tejże, z drugiej zaś strony spycha wątrobę ku dołowi. Wierzchołek prawidłowej kopuły przepony jest więcej ku przodowi zbliżony, aniżeli ku tyłowi, podnoszenie się więc wierzchołka kopuły będzie ciśnąć silniej na części przednie płuc, aniżeli na tylne. Wątroba również ma stałe i nieruchome przyczepienie na tylnym swym brzegu, przy ciśnieniu więc z góry opuszcza się głównie przedni brzeg i przednia część wątroby. Z tych właśnie

powodów jama ropnia podprzeponowego przedstawia mniej więcej stożek, wierzchołkiem zwrócony ku tyłowi a podstawą ku przodowi, czyli innemi słowy, ropień podprzeponowy prawostronny przylega do przedniej powierzchni klatki piersiowej bezpośrednio i na znacznej przestrzeni, do tylnej zaś pośrednio i na nieznacznej przestrzeni.

Wobec takiego umiejscowienia ropnia pod przeponą, głównie w przedniej części przestrzeni podprzeponowej, łatwo zrozumieć możemy i granicę stłumienia opukowego, stojącą wysoko na przedniej powierzchni klatki piersiowej a względnie nisko na tylnej. Ten sam wzgląd tłumaczy nam, dlaczego stłumienie około kręgosłupa nie jest zupełne. Wypukłona przepona przyciska tylną część dolnego płata płuc do tylnej ściany klatki piersiowej, pomiędzy więc ropniem a ścianą klatki piersiowej leży warstwa płuca zawierającego jeszcze powietrze i dlatego stłumienie nie jest tam zupełne.

Drugim objawem, który zwrócił moją uwagę, było przemieszczenie serca ku górze i względne podniesienie granic lewego płuca, głównie z przodu. Przy wysiękach w jamie opłucnej rzecz się ma przeciwnie. Już TRAUBE zwrócił uwagę, że przy wysiękach jednostronnych, obniżających przeponę, przepona drugiej strony również się obniża. To co nazywamy zastępczą rozedmą płuca (*emphysema vicarium*), zależy w większości przypadków od obniżenia przepony. Przy wysiękach prawostronnych, które jak wiadomo częściej, aniżeli lewostronne, powodują obniżenie przepony, wraz z opuszczeniem przepony obniża się też i serce. W tych przypadkach, gdzie wysięk jest znaczny i następuje przemieszczenie serca, przemieszczenie to zawsze ma miejsce na lewo i ku dołowi. Tak rzecz przedstawia się z wysiękiem w jamie opłucnej. W ropniu podprzeponowym ciśnienie wywierane jest na przeponę z dołu ku górze; przepona więc zajmuje położenie wysokie i to nie tylko po stronie istniejącego ropnia, lecz również i po drugiej stronie, chociaż w mniejszym stopniu. Granice więc drugiego płuca i przylegające do przepony serce bywają przy znacznych ropniach podprzeponowych podniesione ku górze. Otóż fakt przemieszczenia serca ku górze oraz podniesienia granic drugiego płuca stanowczo przemawia przeciw zapaleniu opłucnej, a za ropniem podprzeponowym w tych przypadkach, gdzie zachodzi wątpliwość, z jaką z tych dwóch spraw patologicznych mamy do czynienia.

Trzecim objawem różniczkowym ropnia podprzeponowego prawostronnego jest znaczne obniżenie wątroby, wzmożona rezystencja w całym podżebrzu i znaczna bolesność przy wymacywaniu podżebrza. Obniżenie wątroby spotykamy prawie stale przy prawostronnych wysiękach opłucnej; zależy ono wtedy od obniżenia przepony. Stopień tego obniżenia zależy wyłącznie od ilości wysięku. Im wysięk będzie obfitszy, im przepona wskutek tego mocniej się obniży, tem wątroba wyraźniej wystawać będzie z podżebrza. Przy małych wysiękach opłucnowych obniżenie wątroby nigdy nie bywa znaczne. Jeżeli przy wysięku znajdziemy górną granicę nie wysoko zachodzącą, tak np., jak w naszym przypadku, wątrobę zaś mocno opuszczoną, dochodzącą prawie do linii pępkowej, to podobnego obniżenia wątroby nie możemy żadną miarą przypisać wysiękowi w jamie opłucnej. Brzeg dolny wątroby obniżonej przy wysięku opłucnej jest zwykle miękki, przy wymacywaniu gładki i ostry t. j. ma wszystkie właściwości brzegu wątroby prawidłowej (przypuszczamy, że w wątrobie nie zachodzi żadna sprawa patologiczna), tymczasem przy ropniu podprzeponowym brzeg wątroby jest twardy, nierówny i gruby. To zachowanie się dolnego brzegu wątroby przy ropniu podprzeponowym zależy od zrostów

brzegu z przednią ścianą jamy brzusznej, zrostów, które odgraniczają ropień od jamy brzusznej i których nigdy nie brak przy ropniu podprzeponowym. Na koniec przy wymacywaniu prawego podżebrza występuje znaczna bolesność; takiej bolesności na dotyk w prawym podżebrzu nie spotykamy zwykle przy zapaleniu opłucnej. O chelbotaniu w prawym podżebrzu i znaczeniu rozpoznawczem tego objawu pomówimy jeszcze następnie przy omawianiu drugiego przypadku.

Trzy te powyżej opisane objawy były bardzo wyraźne w naszym przypadku, to też zwróciły one moją uwagę tem bardziej, że prawie żaden z objawów różniczkowych podanych przez LEYDEN'a ¹⁾ nie był w naszym przypadku widoczny. Anamneza wskazywała uraz jako możliwą przyczynę spostrzeżanej sprawy. Ten moment jednak etyologiczny nie ma w sobie nic swoistego dla ropnia podprzeponowego; uraz również może wywołać zapalenie opłucnej. Brakowało tu wyraźnego obniżenia granic płuc przy głębokim wdechu na 2 — 3 cm., objawu, podług LEYDEN'a, dość stale spotykanego przy ropniu podprzeponowym. Tylko nieznaczny kaszel i brak wszelkich rzeżeń na granicy stłumienia mogliśmy stwierdzić w naszym przypadku, jako jedyny objaw z podanych przez LEYDEN'a. Z objawów rozpoznawczych, podanych przez SENATOR'a ²⁾, oprócz mocnego bólu, rozpromieniającego się między łopatki i na prawe ramię, nie spostrzegaliśmy także żadnego. Nie było ani bolesności i sztywności grzbietu, ani bolesnego odbijania, ani na koniec charakterystycznego położenia chorego na grzbiecie; chory nasz leżał prawie zawsze na boku, częściej na lewym, aniżeli na prawym. (D. n.)

Z oddziału wewnętrznego prymariusza E. NEUSSERA w Szpitalu RUDOLFA w Wiedniu i z kliniki terapeutycznej prof. STOLNIKOWA w Warszawie.

Kilka słów o badaniu klinicznem krwi.

Skreślił Stanisław Klejn.

Ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zobacz Nr. 25).

Mało wspominałem dotychczas o znaczeniu rozpoznawczem komórek eozynofilowych. Jeżeli o patologicznych wahaniach innych leukocytów posiadamy niewiele stosunkowo danych, to literatura t. zw. eozynofilii jest stosunkowo dość bogata, a wyniki badań niektórych autorów tak ciekawe i dla klinicysty ważne, że pozwolę sobie nimi zająć uwagę.

Pierwszą sprawą, w której zauważono powiększenie ilości komórek eozynofilowych, była białaczka: fakt ten wraz ze znaczną leukocytozą stanowił według EHRLICH'a cechę niezbitą tego cierpienia. Kiedy jednak przekonano się, że eozynofilia występuje w rozmaitych innych stanach, nic wspólnego

¹⁾ Literaturę tego przedmiotu oraz krytykę objawów rozpoznawczych podanych przez Leyden'a, znajdzie czytelnik w pracy kol. Bruner'a „Przypadek ropnia podprzeponowego i t. d.“ Medycyna Nr. 6 i 7 r. b..

²⁾ Senator: „Ueber Pleuritis im Gefolge von Unterleibsaffectionen“. Charité-Annalen. 1884. Cyt. w pracy Matlakowskiego, Nowiny Lekarskie 1889 r.

zresztą z białaczką nie mających, rozpoczęto cały szereg poszukiwań, które wykazały, że w wielu przypadkach niewątpliwiej białaczki stosunkowa ilość komórek eozynofilowych nie jest wiele większa od znalezionej przy wielu innych cierpieniach, a nawet bywa niekiedy wcale niezwiększona³¹⁾ ³²⁾. Z drugiej znów strony zauważono eozynofilię, np. przy astmie³³⁾ podczas napadu i po nim, podczas okresu karmienia (OSTROGORSKI), po zapaleniu płuc (KIKODZE), podczas szkarlatyny (KOCZETKOW, FELSENTHAL), przy guzach śledziony³⁴⁾, przy anemiach chronicznych, a w szczególności przy blednicy (MÜLLER i RIEDER) i przy szkorbutcie³⁵⁾. Wprawdzie zdarzały się przypadki pomienionych cierpień, gdzie ilość komórek eozynofilowych wcale nie była zwiększona, to też, gdy nie zauważono zbyt wielkiej prawidłowości w zjawianiu się eozynofilii przy tych cierpieniach, znaczenie jej spadło do zera.

Jednakże tak nie jest. Badawczy i rzutki umysł NEUSSER'a, któremu pobudkę do zajęcia się hematologią oraz wiele szczegółów tej pracy zawdzięczam, za co na miejscu tem serdecznie składam mu podziękowanie, rzucił trochę światła na tę zawiłą kwestyę i jeżeli pochodzenia eozynofilii całkowicie jeszcze nie wyjaśnił, to w każdym razie wskazał kierunek, w jakim dalsze badania powinny być przeprowadzone i w ten sposób stał się twórcą, że się tak wyrażę, myślenia hematologicznego. NEUSSER³⁶⁾ po pierwsze przekonał się, że komórki eozynofilowe tworzą się nie tylko w szpiku kostnym, lecz także w rozmaitych innych narządach, między innymi w skórze. Dowodem tego z jednej strony eozynofilia, zauważona przez niego przy *lymphodermia perniciosa*, przy wyprysku i pęcherzycy, przy której szpik kostny był normalny, z drugiej zaś zawartość komórek eozynofilowych w skórze przy *lymphodermia perniciosa* oraz w pęcherzach przy *pemphigus*, przy jednoczesnym braku ich w pęcherzach przy *erythema bullosum*, lub wywołanych sztucznie przy pęcherzycy. Być może, że w wielu innych cierpieniach skórnych eozynofilia w ten sam sposób dałaby się wyjaśnić, jednakowoż zdaje się według NEUSSER'a nie ulegać wątpliwości, że komórki eozynofilowe mogą tu nieraz pochodzić ze szpiku kostnego przez pośrednictwo podrażnienia bogatych rozgałęzień nerwu sympatycznego. Do tego wniosku można dojść drogą następującą. Pellagra, jak wiadomo, przebiega pod rozmaitemi postaciami, a mimo to w wszystkich jej przypadkach znalazł NEUSSER eozynofilię. Z drugiej znów strony istnieje wiele cierpień, przebiegających z objawami podobnymi do rozmaitych postaci pellagry i tu taksam³⁷⁾ uważa się eozynofilię. Takie podobieństwo objawów klinicznych pozwala przypuszczać i podobieństwo sposobu powstawania, a więc także autointoksykację, działającą głównie na nerw sympatyczny, co według NEUSSER'a dla pellagry zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Że otrucie ustroju pewnymi substancjami chemicznymi może wywołać eozynofilię, dowodzi obecność tego objawu po zastrzyknięciu pod skórę pilokarpiny, nukleiny, tuberkuliny. W podobny sposób da się także wytłoma-

³¹⁾ H. F. Müller u. Rieder. Ueber Vorkommen und klinische Bedeutung der eosinophilen Zellen im Blute. Deut. Arch. f. kl. Med. 1891. Bd. 48. H. 1 i 2.

³²⁾ Zappert. Loc. cit..

³³⁾ Gabryszowski. Arch. f. exper. Pathologie u. Pharmakologie. 1891.

³⁴⁾ J. Weiss. Das Vorkommen und die Bedeutung der eosinophilen Zellen etc. Wiener med. Presse. Nr. 41—44. 1891. Sep. Abd..

³⁵⁾ Wieruszki. Wracz. 1889. Nr. 12.

³⁶⁾ E. Neusser. Klinisch-Hämatologische Mittheilungen (Erster Theil). Sep. Abdr. aus der Wien, kl. Woch. 1892. Nr. 3 i 4.

czyć eozynofila, tak często spostrzegana przy obecności w kiskach *anchylostomum duodenale*. Od takiegoż samozatrucia pochodzenia kiskowego zależy także eozynofilia skonstatowana przez NEUSSER'a przy astmie i skażeniu moczowym, a właściwiej mówiąc, ksantynowem (według HORBACZEWSKIEGO). Nukleina, jak wiadomo, może w pewnych warunkach dać kwas moczowy, w innych zaś zasady ksantynowe. Przy skażeniu moczowym prawdopodobnie derywaty nukleiny nie utleniają się w kiskach w nieszkodliwy kwas moczowy, lecz rozpadają się na zasady ksantynowe i w ten sposób wywołują zatrucie, objawiające się we krwi przez leukocytozę i eozynofilię. Jako dowód związku skażenia moczowego z astmą może służyć fakt wywołania napadu astmy przez zatrucie nukleiną chorych cierpiących na tę chorobę, fakt spostrzegany przez NEUSSER'a. Analogiczna sprawa odbywa się przy dnie, oksalurii, migrenie, które to cierpienia zdaniem TROUSSEAU'a i NEUSSER'a są w związku ze skażeniem moczowym. W cierpieniach tych również znajdujemy eozynofilię. Wogóle substancje toksyczne, drażniąc rozmaite gałązki nerwu sympatycznego, mogą wywołać, stosownie do miejsca silniejszego podrażnienia, już to migrenę, już to psychozę, już to zaburzenia przewodów pokarmowych, już to wysypkę skórą, już to napad padaczki, albo mocznicy, albo tężyczki, przyczem we krwi znajdujemy eozynofilię, jako wyraz podrażnienia gałązek szpikowych systemu sympatycznego.

Są także dane, że rozmięczenie kości (osteomalacja) ma za podstawę zaburzenia systemu nerwowego; przemawiają za tem częste powikłania tej choroby z chorobami umysłowymi, z psychozą, z chorobą BASEDOW'a, oraz z zaburzeniami w sferze płciowej. Otóż we wszystkich przypadkach osteomalacji znalazł NEUSSER eozynofilię, albo też obce normalnej krwi myelocyty, słowem elementy szpiku kostnego. Wobec faktu, że po kastracyi eozynofilia przy osteomalacji znika wraz z objawami tej choroby, nasuwa się przypuszczenie, że istnieje związek pomiędzy jajnikami a szpikiem, t. j., że przy cierpieniu pierwszych następuje odruchowe podrażnienie ostatniego drogą nerwu sympatycznego. Za związkiem sfery płciowej ze szpikiem przemawiają zresztą inne jeszcze fakty, które przy starannem badaniu niezawodnie się pomnożą. Tak np. przy psychozach podczas menstruacji, lub w *climacterium*, przed i podczas samej menstruacji, przy *mania puerperalis* można znaleźć chwilowo eozynofilię wraz z myelocytami; dalej, podczas menstruacji i ciąży rozmaite sprawy chorobowe, jak osteomalacja, histerya i zaburzenia umysłowe pogarszają się; nie więc dziwnego, że w niektórych przypadkach odruchowe podrażnienie szpiku może manifestować się zwiększoną produkcją jego elementów, w innych zaś doprowadza do prawdziwego zapalenia. W ten sposób można pojąć, dlaczego podczas ciąży raz występuje *coryza vasomotorica*, przekrwienie nerek, ślinotok, obrzmienie gruczołu tarczowego, swędzenie skóry, kiedy indziej znów gwałtowne krwotoki nosowe, eklampsja, zapalenie ślinianek lub trzustki, wole, wysypki skórne jak np. pęcherzyca. Podczas miesiączki i ciąży „*glüht es*, jak się plastycznie wyraża NEUSSER, *an allen Ecken unseres Blutsystems und diese Gluth kann sich an den entzündbarsten Stellen zur Flamme entfalten*“. Na tle tego tajemniczego związku jajników ze szpikiem występuje także eozynofilia przy histeryi, przy torbielach jajników i przy blednicy. Współczesne znów zjawienie się rozmaitych cierpień skóry przy ciąży i przy cierpieniach jajników (torbiele) wskazuje nam, iż jajniki ze skórą znajdują się także w związku hematologicznym. Związek ten naprowadza NEUSSER'a na myśl kastracyi w celu radykalnego wyleczenia takich ciężkich i dotychczas nieule-

czalnych cierpień jak *pemphigus*, *lymphodermia perniciosa*. Wskazania te dałyby się jeszcze znacznie rozszerzyć.

Nietylko żeńska sfera płciowa pozostaje w hematologicznym związku ze szpikiem i skórą, odnosi się to także i do sfery płciowej mężczyzn. Jeżeli zgodzimy się ze zdaniem GOLLASCH'a, że kryształ *CHARCOT-LEYDEN'a* przedstawiają derywaty krystaliczne eozynofilowych ziaren, które wraz z pierwszymi znajdujemy w nasieniu i w gruczole krokowym, oraz we krwi leukemiaków, jeżeli przyjmiemy następnie pod uwagę, że przy zapaleniu tego gruczołu znajdujemy w moczu mnóstwo komórek eozynofilowych, we krwi zaś u neurasteników z zaburzeniami sfery płciowej eozynofilię, to związek ten wyda się dość prawdopodobnym. Przemawiają za tem jeszcze i inne fakty, jak np. ten, że u kastratów nigdy nie zdarzają się wysypki skórne ani zaburzenia umysłowe, że niektórzy dawniejsi lekarze leczyli choroby umysłowe oraz epilepsyę zapomocą kastracyi, że przy zapaleniu ślinianek jednocześnie bywa zajęcie jąder *resp.* jajników, że nowotwory gruczołu krokowego bardzo często dają przerzuty w szpiku i wiele, wiele innych faktów.

Przytoczyłem tu wkrótce bieg rozumowania NEUSSER'a wraz z wiązką faktów, stwierdzających jego teorię. Faktów tych jest zresztą w pracy tej taka obfitość, że zbyt wiele czasu zajęłoby dokładne ich wyliczenie, dlatego też, ograniczając się tu do ważniejszych, odsyłam po resztę do oryginału. Wspomnę tylko nawiasowo, że niektóre z faktów tych zostały już potwierdzone przez MANDYBUR'a ³⁷⁾, KRYPIAKIEWICZA ³⁸⁾, CANON'a ³⁹⁾, część zaś tychże i mnie udało się potwierdzić. Tak np. w badanych przezemnie przypadkach wola, torbieli jajników, choroby BASEDOW'a oraz po zastrzyknięciu pilokarpiny znalazłem wybitną eozynofilię.

Z tego, com przytoczył, można chyba dojść do wniosku, że powiększenie ilości komórek eozynofilowych we krwi nie jest objawem, któryby sobie można było lekceważyć; skonstatowanie tego faktu daje nam nietylko wyjaśnienie sposobu powstawania niektórych cierpień zagadkowych dotychczas, lecz także, jak widzieliśmy, i pewne wskazówki terapeutyczne. Badania NEUSSER'a odkryły nam związek hematologiczny rozmaitych narządów, jak skóry, narządów płciowych, systemu nerwowego i szpiku kostnego; badania te wskazały nam, iż, działając na jedno z ogniw tego delikatnego a niewidzialnego łańcucha, możemy przerwać prąd chorobotwórczy, wznicający pożar w jednym lub kilku ogniwach tego łańcucha. Przyjąwszy teorię NEUSSER'a, będziemy już w stanie objaśnić niektóre dane hematologiczne, które do tej pory wydawały się przypadkowemi, a więc bez znaczenia.

W ten sposób eozynofilia, napotykana niekiedy przy nowotworach złośliwych, daje się objaśnić podrażnieniem szpiku kostnego przez przerzuty nowotworu w nim rozwijające się. Eozynofilia spostrzegana normalnie u zdrowych kobiet karmiących, da się znów wytłomaczyć odruchem, wychodzącym ze sfery płciowej. Wspomnianą poprzednio eozynofilię, występującą pod koniec szkarlatyny, należy objaśnić sobie podrażnieniem nerwu sympatycznego w sposób następujący: niektóre objawy występujące przy tej chorobie, jak szkarlatna czerwoność skóry i rozszerzenie naczyń, wyrażające się przekrwieniem wielu narządów (gardła, ślinianek, nerek), wskazuje nam, iż system nerwowo-

³⁷⁾ Loc. cit..

³⁸⁾ Loc. cit..

³⁹⁾ J. Krypiakiewicz: Einige Beobachtungen über das Blut der Geisteskranken. Wien. med. Woch. 1892. Nr. 25 i 26.

sympatyczny jest tu mocno dotknięty, rzecz można, porażony; prawdopodobnem jest, iż z chwilą ustępowania choroby następuje wzmożenie jego działalności, analogiczne ze wzmożeniem czynności niektórych narządów po chorobach infekcyjnych. Wynik – eozynofilia. Tak samo rzecz się ma i z zapaleniem płuc. I tu we krwi znikają podczas choroby komórki eozynofilowe ze krwi, a także z płwociny ⁴⁰⁾ (jeżeli chory jest emfizematykiem); i tu istnieje w pewnej mierze porażenie nerwu sympatycznego (czerwoność twarzy, rozszerzenie źrenic, jednostronne poty), ustępujące widocznie z chwilą kryzy wzmożeniu jego działalności, zdradzającej się eozynofilią krwi oraz płwociny.

Oprócz powyższego znaczenia eozynofilii, posiada objaw ten jeszcze inne, ważne dla rokowania. Wspomniałem już poprzednio, że eozynofilia zdarza się w niektórych, nie wszystkich, przypadkach anemii i blednicy; jestto zawsze objaw dla chorego pomyślny, gdyż dowodzi funkcjonalnej zdolności szpiku do odtwarzania krwi i rzeczywiście przypadki takie szybko się leczą zwykłymi środkami. Eozynofilia ta, jak się wyżej rzekło, może zależeć od odruchowego porażenia szpiku, wychodzącego ze sfery płciowej, podrażnionej w porze rozkwitania, z drugiej jednak strony objaw ten da się niekiedy także wytłumaczyć autointoksykacją kiszkiową, za czem przemawiają zaburzenia żołądkowo-kiszkiowe, występujące często przy tej chorobie, oraz fakt wyleczenia tejże nie żelazem, lecz środkami przeczyszczającymi lub kwasem solnym. Jakiemkolwiek bądź jest źródło tego objawu, zawsze wskazuje nam ono etiologię a zarazem terapię choroby.

Że eozynofilia występuje przy rozmaitego rodzaju zatruciach, widać z danych, przytoczonych przez NEUSSER'a, jako świeży zaś dowód mogę podać eozynofilię, zauważoną po wstrzyknięciu kamfory (NOORDEN) ⁴¹⁾ i przy zatruciu fosforem ⁴²⁾ (JAKSCH).

Jako uzupełnienie podanych powyżej przypadków eozynofilii należy dodać jeszcze następujące, w ostatnich dopiero czasach opisane i poczęści potwierdzające fakty podane przez NEUSSER'a, poczęści zaś zupełnie nowe. GRAWITZ ⁴³⁾, BOTKIN ⁴⁴⁾ i BISCHOFF ⁴⁵⁾ znaleźli eozynofilię po zastrzyknięciu tuberkuliny, ALDEHOFF ⁴⁶⁾ i BISCHOFF widzieli ją przy malarii. Przy syfilisie znalazł sporo eozynofilowych komórek ANC ⁴⁷⁾, RILLE oraz CANON; fakt ten i ja kilkakrotnie spostrzegalem. Zwracam tu uwagę na eozynofilię, występującą przy przymiocie, która wraz z limfocytozą, towarzyszącą tej chorobie, może w wątpliwych przypadkach dopomóc nam przy rozpoznaniu. Eozynofilię znajdował NEUSSER przy wjadzie rdzenia i na zasadzie tego objawu wnosi o syfi-

⁴⁰⁾ E. Mandybur. Vorkommen und diagnostische Bedeutung der eosiphilen und bazyphilen Leukocyten im Sputum. Wiener med. Woch. 1892. Nr. 7, 8 i 9.

⁴¹⁾ v. Noorden. Zeitschrift f. kl. Med. 1892. T. XX. H. 1 i 2.

⁴²⁾ R. v. Jaksch. Beitrag zur Kenntniss der acuten Phosphorvergiftung des Menschen. Deut. med. Woch. 1893. Nr. 1.

⁴³⁾ Grawitz. Ueber Blutbefunde bei der Behandlung mit dem Koch'schen Mittel. Charité Annalen Jahrg. XVI. Str. 291.

⁴⁴⁾ S. Botkin. Hämatologische Untersuchungen bei Tuberculininjectionen. Deut. med. Woch. 1892. Nr. 15.

⁴⁵⁾ A. H. Bischoff. Blutuntersuchungen an mit Tuberculin behandelten Tuberculösen. Diss. Berlin. 1891.

⁴⁶⁾ Aldehoff. Beitrag zur Kenntniss der eosinophilen Zellen. Prag. med. Wochon. 1891. Nr. 8.

⁴⁷⁾ Anc. Wracz. 1891 Nr. 4.

litycznem pochodzeniu pewnych przypadków wiału. CANON znalazł zgodnie z NEUSSER'em znaczną eozynofilię przy rozmaitych wysypkach skórnych, między innymi przy łuszczycy, rybiej łusce, świerzbicze i wreszcie przy chorobie ADDISON'a. Eozynofilię widział przy wilku RILLE; ilość tych komórek zwiększała się jeszcze bardziej po zastrzyknięciu tuberkuliny. co zresztą, jakem wspomniał, zauważył już i BOTKIN. Ten ostatni przekonał się także, że ilekroć po zastrzyknięciu tuberkuliny występowała wysypka skórna, tyle razy zawsze występowała bardzo wybitna eozynofilia. We wszystkich badanych przeze mnie przypadkach wola oraz choroby BASEDOW'a eozynofilia była bardzo wybitna. Prócz tego w przypadku *myxoedema* znalazł EHRlich umiarkowaną eozynofilię. W przytoczonych przeze mnie przypadkach wysypki pochodzenia idyosynkrazyjnego, oprócz opisanych już zmian, znalazłem także eozynofilię, chociaż poprzednio jej nie było. Jest to jeszcze jeden wzgląd przemawiający za intoksykacyjnem pochodzeniem idyosynkrazyi. Eozynofilię spostrzegałem także, jakem już napomknął, przy *nephritis scarlatinosa*; ilość komórek eozynofilowych dochodzi tu niekiedy do 20%. Z tego, com dotychczas widział, zdaje mi się, iż eozynofilia przy tem cierpieniu ma prognostycznie dobre znaczenie, przekonałem się bowiem, iż przypadki, w których eozynofilii nie było, nigdy nie kończyły się wyzdrowieniem.

Eozynofilię spostrzegano często także przy guzach śledziony (MÜLLER ⁴⁸⁾, WEISS ⁴⁹⁾). Przypadki takie trudno wytłomaczyć teorią NEUSSER'a, natomiast wyjaśniają je nam poniekąd prace KURŁOW'a ⁵⁰⁾, wykazujące, że może istnieć eozynofilia, że się tak wyrażę, zastępcza. KURŁOW mianowicie wycinał świnkom morskim śledzionę i następnie badał ich krew. Rezultatem tej operacji była w pierwszym roku silna leukocytoza limfocytowa, zależna prawdopodobnie od zastępczego powiększenia wszystkich gruczołów limfatycznych. Po dwóch blisko latach w miejsce limfocytozy zjawiała się eozynofilia wysokiego stopnia, gruczoły zaś limfatyczne były zawsze prawie zmniejszone, a szpik kostny czerwony i pulchny. W jednym przypadku, gdzie eozynofilia była stosunkowo mniejsza, gruczoły pozostały jeszcze powiększonymi. KURŁOW wyprowadza stąd wniosek, że po wyłuszczeniu śledziony nagromadzają się we krwi pewne substancje chemiczne, zwykle przez śledzionę niszczone; w braku tej ostatniej rolę jej przyjmują na siebie gruczoły chłonne; gruczoły te, podrażnione przez owe substancje, powiększają się, a wynikiem tego jest limfocytoza. Po wyczerpaniu się działalności gruczołów, wyrażającem się zmniejszeniem ich objętości i zarazem ilości limfocytów krwi, też same substancje (być może pomnożone przez substancje nie przerobione przez gruczoły) poczynają drażnić szpik kostny, we krwi pojawiają się elementy tego narządu, komórki eozynofilowe, w olbrzymiej ilości. KURŁOW przypuszcza, że następstwa operacji na tem się nie skończą: prawdopodobnie z biegiem czasu i szpik ulegnie wyczerpaniu i nastąpi zmniejszenie ilości eozynofilowych komórek; zapewne zjawią się anomalie produkcji czerwonych ciałek, co jest bardzo prawdopodobnem, gdyż już obecnie jednocześnie z eozynofilią znalazł zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi, przyczem niektóre z nich były bardzo małe (mikrocyty), albo zawierały jądra.

⁴⁸⁾ Por. Müller und Rieder. Loc. cit.

⁴⁹⁾ J. Weiss. Loc. cit..

⁵⁰⁾ Kurłow. Wracz. 1889. Nr. 23 oraz loc. cit..

Jeżeli przypuścimy, że u człowieka następstwa braku śledziony są analogiczne ⁵¹⁾ z objawami u świnek morskich, to objaśnienie eozynofilii przy niektórych guzach śledziony będzie dość łatwe. Co prawda, u człowieka rzadko kiedy możemy rozporządzać takim czystym doświadczeniem, zwykle bowiem guzy śledziony nie zajmują od razu całego narządu, lecz stopniowo, po kawalku. Rozumie się, że wobec tej okoliczności obraz krwi nie może być zupełnie typowy, jak to bywa w eksperymencie, gdyż po pierwsze objawy ze strony gruczołów (obrzemiecie ich i limfocytoza) nie wystąpią nagle, lecz stopniowo, może niespostrzeżenie dla naszego oka, po drugie zaś szpik kostny nie zawsze ulegnie podrażnieniu, wyrażającemu się we krwi eozynofilią, gdyż na przeszkodzie temu staje zwykle kacheksja, wywołująca wprost przeciwny i przeważny może skutek, oraz zbyt słabe, prawdopodobnie, nagromadzenie obcych substancji, drażniących szpik, zależne od zbyt powolnego usuwania śledziony z czynności krwiotwórczych; jak łatwo zaś z większymi jeszcze brakami kompensacyjna zdolność ustroju daje sobie radę, nie potrzebując tu chyba dodawać. Jednakże fakt eozynofilii i limfocytozy ⁵²⁾ przy guzach śledziony pozostaje faktem, jedynym zaś objaśnieniem będą tu więc chyba prace Kurlowa, tembardziej, że zdarzają się jednak niektóre nowotwory (mięsaki) śledziony, bardzo szybko rosnące, a więc dostarczające nam wszystkich prawie warunków doświadczenia naukowego. Dalsze spostrzeżenia powinny na ten punkt głównie być zwrócone.

Mniej często, choć wcale nierzadko, zdarza się, iż ilość komórek eozynofilowych bywa zmniejszona. Widzimy to normalnie podczas trawienia ⁵³⁾, po zatem przeważnie w chorobach wycieńczających (przy raku), przy ostrych anemiach ⁵⁴⁾, w chorobach gorączkowych, między innymi przy zapaleniu płuc (Kikodze), przy tyfusach, przy dyfteryi, przy septycznem zakażeniu krwi. W ostatnim przypadku znaczenie tego braku może być rozstrzygające dla rozpoznania, jeżeli zakażenie, jak to bywa u położnic, przebiega przy objawach maniakalnych lub wogóle zaburzeniach sfery psychicznej, a także i dla rokowania; okazuje się bowiem ⁵⁵⁾, iż przypadki septyczne, przebiegające z niewielkiem zmniejszeniem ilości eozynofilowych komórek, kończą się wyzdrowieniem, te zaś, przy których komórek tych prawie niema, kończą się śmiertelnie.

(D. c. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

100. LABUSQUIÈRE. **Leczenie rozmiękczenia kości (osteomalatia)**. Autor oddzielnie rozpatruje: 1) Leczenie czysto wewnętrzne, zapomocą środków działających na ogólną przemianę materji i 2) Leczenie chirurgiczne.

Leczenie wewnętrzne zależne było od poglądu, jaki miano o tej chorobie. Wogóle uważano ją jako poważne zaburzenie w odżywianiu, jako ogólną chorobę

⁵¹⁾ Już po napisaniu niniejszej pracy zjawiał się artykuł O. Riegner'a p. t. Ueber einen Fall von Exstirpation der traumatisch zerrissenen Milz (Berl. kl. Woch. 1893. Nr. 8), potwierdzający na człowieku badania Kurlowa.

⁵²⁾ P. Ehrlich. Farbenanalit. Untersuch. etc. str. 128.

⁵³⁾ H. Rieder. Loc. cit..

⁵⁴⁾ Ehrlich. Loc. cit. str. 106.

⁵⁵⁾ Canon. Loc. cit..

ustroju, która umiejscawiała się w układzie kostnym i wyrażała się przez jego odwapnienie. Na tej podstawie stawiano rozmaite hipotezy: TROUSSEAU porównywał ją z krzywicą i nazywał krzywicą dorosłych, zalecając głównie tran jako środek swoisty. BOUCHARD zalicza osteomalację do grupy skaz (dyskrazji) kwaśnych. Wadliwa przemiana materii, zależna od rozmaitych przyczyn, wywołuje nagromadzenie się kwasów w organizmie wskutek zwiększonego ich wyrobu lub wskutek niedostatecznego ich spalania; kości zawierają wtedy znaczną ilość kwasów organicznych jako to ¹⁾: mlecznego (BOUCHARD), octowego, szczawiowego (BENEKE), przez co sole fosforowe łatwiej się utleniają i wydalają z ustroju. Względnie do swoich zapatrywań zaleca on: walczyć przeciw kwaśności soków alkaliarnymi, wyrównywać utratę soli przez pożywienie bogate w fosforany, pokonywać kwaśną dyspepsyę, usuwać przyczyny osłabiające odżywianie (wilgoć, życie siedzące, powietrze zacieśnione, brak ćwiczeń gimnastycznych etc.), pobudzać przemianę materii działaniem na układ nerwowy (wodolecznictwo, kąpiele słone).

W ostatnich czasach BUSCH przytacza kilka przypadków wyleczenia fosforem, STERNBERG zapomocą fosforu i tranu. MAROCCO proponuje prąd galwaniczny, opierając się na tem, że TEDESCHI otrzymał tym sposobem dobre wyniki przy krzywicy (TROUSSEAU).

Leczenie chirurgiczne. Podwaliną tego leczenia było spostrzeżenie, że chore na rozmiękczenie kości po operacyi PORRO lub nawet po klasycznej operacyi cięcia cesarskiego, szybko i doszczętnie pozbywały się tego cierpienia, chociaż ta ostatnia operacja rzadziej doprowadzała do tak pomyślnego wyniku. WINCKEL, FREUND, BREUS, GUÉNIOT, SOŁOWIEW cytują podobne przypadki wyleczenia ²⁾.

FEHLING objaśnia wyższość pod tym względem operacyi PORRO tem, że usuwając jajniki, zapobiegamy wytwarzaniu się jajka, zapłodnieniu, ciąży i karmieniu, i opierając się na tem dochodzi do wniosku, że osteomalację należy leczyć zapomocą kastracyi. Pierwszą taką operacyę sposobem próby wykonał on przed 4 laty na chorej dotkniętej rozmiękczeniem kości w wysokim stopniu, chora została zupełnie wyleczoną. Przypadek ten stanowi epokę w leczeniu osteomalacyi.

Z tablicy E. KUMMER'a, 38 chorych wyleczonych tą metodą zawierającej, widzimy, jak szczęśliwą była myśl FEHLING'a, która doprowadziła go do leczenia tej choroby zapomocą kastracyi. Opierając się na tych świetnych wynikach, jak również i na tym fakcie, że u wielu z operowanych znalazł silne przekrwienie jajników, FEHLING stara się zbudować nową hipotezę powstawania osteomalacyi: choroba ta ma być następstwem pobudzonej, patologicznej działalności jajników. One są punktem wyjścia odruchów, działających na nerwy, rozszerzające naczynia kości, warunkujące bierne w nich przekrwienie, a w następstwie silniejsze i energiczniejsze wessanie elementów tkanki kostnej. Kastracya zaś, usuwając ognisko tej nerwicy troficznej, usuwa i przyczynę złego.

Przeciwko tej teorii przemawiają oddzielne fakta: wyleczenie osteomalacyi po klasycznym cięciu cesarskiem (WINCKEL, BREUS, GUÉNIOT, FREUND, SOŁOWIEW), leczenie czysto wewnętrzne (TROUSSEAU, BUSCH, STERNBERG etc.), jajniki normalne lub w zaniku (HOFMEIER). To by naprowadziło na myśl, że rozmiękczenie kości zależne jest i od innych jeszcze przyczyn a z tego powodu teorii BOUCHARD'a odrzucać nie można. Można by raczej sądzić, że osteomalacya nie jest chorobą pierwotną, a raczej, jak białkomocz, cukromocz, stwardnienie tętnic, jest najwydatniejszym objawem rozmaitych spraw patologicznych.

Autor kończy swoją pracę następującemi wnioskami: 1) Leczenie wewnętrzne powinno stać zawsze na pierwszym planie (fosfor, tran), szczególnie w przypadkach niedaleko posuniętego cierpienia. 2) Przy silnie rozwiniętej chorobie—kastracya obustronna, gdy nie mamy do czynienia z osobą ciężarną. 3) Gdy mamy do czynienia z ciążą i ta dochodzi do swego kresu (jak to najczęściej się zdarza), to

¹⁾ VIRCHOW znalazł, że płyn wyciekający ze świeżych rozmięczonych kości oddziaływał silnie alkalicznie. Uważa on tę sprawę jako zapalenie miąższowe kości bez wytworzenia interstycjalnego wysięku, wskutek zmiany odżywiania w samych pierwocinach tkanki kostnej.

²⁾ Prof. MADUROWICZ w Krakowie jeszcze wcześniej, bo w 1890 roku, wykonał z pomyślnym skutkiem w 2-ch przypadkach osteomalacyi w czasie ciąży, cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników. (*Przyp. ref.*).

mamy do wyboru operację PORRO lub klasyczne cięcie cesarskie, zawsze jednakże większe widoki wyzdrowienia daje pierwsza operacja. Ostatnio VELTZ zamiast tego, wykonał operację klasyczną cięcia cesarskiego z wycięciem obustronnem jajników.

(*Annales de gynecol. et d'obstet. Janvier 1893*).

Feliks Ficki.

101. a) FLEINER. Przyczynę do leczenia wrzodu żołądka oraz niektórych zaleźnych odeń objawów podrażnienia i krwotoków.

b) KOCH. Krwotoki żołądkowe podczas ciąży.

a) Bóle żołądka, wyrażające się w najwyższym swem natężeniu jako t. zw. kurcz żołądka, polegają bądź na kurczowym zamknięciu ujść tego narządu, bądź na rozdzieleniu jego, bądź wreszcie na podrażnieniu nerwów obnażonych skutkiem owrzodzenia ścian żołądka. Owrzodzenia te bywają rozmaite, poczynając od lekkich nadżarć błony śluzowej żołądka pod wpływem wylewów krwawych, aż do t. zw. wrzodu okrągłego lub rakowatego. Bóle w tych razach wywoływane zostają przez działanie drażniące kwaśnej zawartości żołądka, a ustają zazwyczaj z chwilą wydalenia tejże, czy to drogą fizyologiczną do dwunastnicy, czy drogą patologiczną zapomocą wymiotów, czy wreszcie drogą leczniczą przy pomocy przepłukiwań. Niekiedy jednak żołądek nie może być opróżniony całkowicie, ponieważ w fałdach i uchyłkach owrzodzeń leżą resztki pokarmowe i tu się rozkładają, albo też czczy nawet żołądek wydziela ustawicznie sok nadmiernie kwaśny.

Przez leczenie mechaniczno-dietetyczne, alkalia, głodzenie i karmienie lawatywami odżywczemi osiągamy wprawdzie częstokroć poprawę, a nawet wyleczenie zupełne. Niemniej jednak istnieje przepadki, opierające się tego rodzaju zabiegom, a środki narkotyczne sprawiają zaledwo ulgę chwilową.

Gdybyśmy tedy posiadali środek, zabezpieczający owrzodzoną i ulegającą drażnieniu powierzchnię żołądka od wpływów szkodliwych, udałoby się prawdopodobnie i w tych nawet uporczywych przypadkach osiągnąć skutek pomyślny. Z tej wychodząc zasady, wpadł KUSSMAUL na myśl wprowadzania saletrzanu bismutu do żołądka czczego przy pomocy zgłębnika w ten sposób, ażeby miejsca owrzodzone pokryte zostały warstwą ochraniającą i łatwiej goić się mogły.

Stosowanie bismutu w najrozmaitszych cierpieniach żołądka znane jest od dawna, lecz niepewne działanie tego środka nie zależało bynajmniej od niego samego, lecz od niewłaściwej formy podawania go i dawkowania. W dawkach małych nie może on, rzecz prosta, wywoływać odpowiedniego skutku. Że jednak bismut przechodzi przez drogi pokarmowe w stanie niezmiennym, przeto wolno go wprowadzić do żołądka w dawkach tak wielkich, aby mógł zetknąć się z miejscem, uległemu chorobie. Ze względu na swój wysoki ciężar, bismut zmieszany z wodą, osiada szybko; określiwszy tedy siedlisko owrzodzenia, można je pokryć warstwą bismutu, jeśli natychmiast po wlewu mieszaniny takiej nadać ciału pacjenta położenie, w którym by wrzód zajął najniższe miejsce w żołądku.

Idąc za radą KUSSMAUL'a, autor wykonywał leczenie bismutem w sposób następujący: Natychmiast po przepłukaniu żołądka z rana naczczu, wlewał doń przez zgłębnik mieszaninę 1—2 łyżeczek saletrzanu bismutu z 200,0 wody letniej, i układał pacjenta bądź na boku prawym (gdy wrzód mieścił się przypuszczalnie w okolicy odźwiernika), bądź na wznak (gdy przypuszczał obecność wrzodu na krzywiznie małej). Już po 5—10 minutach bismut osiadał na ścianie żołądka tak, iż woda wypływała czysta i można było zgłębnik wyjąć. Po upływie pół godziny pacjent otrzymywał śniadanie.

Rękoczyn ten powtarzano z początku codziennie, później co drugi lub trzeci dzień. Nigdy autor nie widywał objawów zatrucia, pomimo że wprowadzał do 300,0 i więcej bismutu.

Wynik był doskonały i szybki. Pacjenci, dotknięci starymi i głębokimi wrzodami, doznający przedtem chwilowej zaledwo ulgi po przepłukiwaniach, zaczęli jadać chętnie i szybko przybierali na wadze.

Bismut usuwał nie tylko bóle, lecz wpływał skutecznie i na czynność żołądka ruchową jako też wydzielniczą. W jednym przypadku ilość wolnego kwasu solnego z 4‰ obniżyła się zwolna do 1‰, w innym z 3‰ do śladów HCl. W przypadkach sokotoku stałego udawało się często stwierdzić, iż żołądek naczczu był zupełnie próżny. Chorzy z nadmierną kwasnością soku i z sokotokiem znosili po wlewaniach bismutowych pokarmy mączne.

Kilkakrotnie autor spostrzegał w przypadkach starych wrzodów, a raz w raku krwawienia miazszone podczas przeplukiwań żołądka. I tu bismut działał skutecznie, lecz zamiast wlewania przez zgłębnik, autor ze względów przezorności dawał chorym tym do wypicia naczczo zawieszinę 10,0 bismutu w 150—200,0 wody letniej.

Na zasadzie faktów powyższych autor podaje następujące wskazania do stosowania wielkich dawek bismutu:

I. Wlewania zapomocą zgłębnika (10—20,0 *Bism. subnitr.* na 200,0 wody):
1) we wszelkich samoistnych podrażnieniach żołądka czuciowych, ruchowych i wydzielniczych; 2) jako środek swoisty we wrzodach żołądka i dwunastnicy, zwłaszcza zastarzających.

II. Bismut w dawkach wielkich (10,0 *Bism. subnitr.* w szklance wody letniej); w owrzodzeniach żołądka i dwunastnicy, jakoteż w krwotokach, w których wprowadzanie zgłębnika bywa przeciwwskazane.

Leczenie bismutem nie może być stosowane w cierpieniach żołądka, połączonych z znacznie zmniejszonym wydzielaniem kwasu solnego.

(*Münch. med. Woch.* 18—93).

b) W przebiegu ciąży występować mogą choroby ostre i przewlekłe, groźne zarówno dla ustroju matki, jak i płodu. Poważnem zaburzeniem bywają między innemi nadmierne wymioty. W niektórych przypadkach są one pochodzenia odruchowego, lecz dosięgają tak znacznego stopnia, że powodują poważne zaburzenia odżywcze i przerwanie ciąży. Z drugiej strony wymioty uporczywe wywołane zostają przez wrzód żołądka, a wówczas mogą wpływać na ciążę niepomysłnie skutkiem zbyt wielkiej utraty krwi. Autor spostrzegał dwa tego rodzaju przypadki, z których wysnuwa pewne wnioski lecznicze. Chodzi bowiem o rozwiązanie pytania, czy przez wywołanie porodu przedwczesnego można usunąć groźne dla życia krwotoki żołądkowe? Autor nie znalazł dotąd podobnego opisu w literaturze.

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety 38-letniej, będącej w 3-im miesiącu ciąży po raz pierwszy. Wymioty krwawe były bardzo obfite, upadek sił znaczny. Pomimo to nie było wskazania do poronienia sztucznego, gdyż o wzmożonem ciśnieniu wewnątrzbrzuszem w tak wczesnym okresie ciąży nie mogło być mowy. Kobieta ta wyzdrowiała i urodziła dziecko żywe w czasie właściwym.

Zupełnie inaczej przebiegał przypadek drugi. 34-letnia kobieta była w 8-ym miesiącu ciąży. Już przed wielu laty chorowała na bóle brzucha i wymioty; wówczas ciąży nie było. Obecnie dostała nudności, gwałtownych wymiotów i bólów brzucha; wymiociny były brunatnoczerwone, prawie czarne, stolce tak samo zabarwione. Bóle wzmagaly się po jedzeniu. Zalecane w ciągu dwóch tygodni środki nie odnosiły większego skutku. Nagle wystąpił ponowny krwotok żołądkowy z objawami zapaszi i ledwo wyczuwalnem tętnem. Myślano wtedy o wywołaniu porodu przedwczesnego, na co wszelako pacjentka zgodzić się nie chciała. Niebawem nastąpiły bóle porodowe samoistne, a w kilka godzin później urodziło się dziecko nieżywe. Z chwilą porodu wymioty ustały, a bóle zaczęły się przy odpowiedniej dyecie stopniowo zmniejszać tak, iż chora po 3 miesiącach wyzdrowiała zupełnie.

Autor stawia pytanie, czy wolno przypuścić, iż wymioty krwawe ustały skutkiem porodu i jak objaśnić fakt ten? Poglądy na sprawę stosunków ciśnienia i krążenia krwi brzuszego w czasie ciąży i po porodzie są sprzeczne. Według SCHROEDER'a, ciśnienie w jamie brzusznej podczas ciąży nie ulega wzmożeniu. LEYDEN i SENATOR są przeciwnego zdania. SENATOR utrzymuje, iż ciśnienie to dotyczy wszystkich narządów jamy brzusznej, utrudniając zarówno dopływ tętniczy, jakoteż odpływ żylny.

Autor podziela w zupełności zdanie SENATOR'a. Wszakże nawet przy guzach brzusznych, odpowiadających swą wielkością macicy z 7—8-go miesiąca ciąży, rozwijają się zastoiny, puchlina i t. d., których niepodobna zawsze kłaść na karb wyniszczenia chłirczego.

Krwotoki żołądkowe, kończące się często śmiercią, pochodzą z większych naczyń, mianowicie wtedy, gdy wrzód przeniknął aż do błony surowiczej. Krwawienia z małych naczyń, umieszczonych w błonie podśluzowej i mięśniowej, nie spowodują zazwyczaj śmierci natychmiast, lecz po kilkukrotnych dopiero nawrotach. Otóż w tych ostatnich krwawieniach może, zdaniem autora, istnieć (ku końcowi ciąży) wskazanie do sztucznego przerwania teje. Krwawienie takie bywa nie tę-

tniczem, lecz pochodzi z żył, gdyż nadmiernie zwiększone ciśnienie wewnątrzbrzuszne utrudnia dopływ krwi tętniczej i odpływ krwi żyłnej. LITTEN dowiódł, że przez utrudnienie krążenia w układzie żyły wrotnej przy marskości wątroby, żyły dolnego odcinka przelyku przepełniają się krwią tak, iż dojść może do pęknięcia ich i do krwotoku śmiertelnego.

Jeśli przeto istnieje przy wrzodzie żołądka *locus minoris resistentiae*, a odpływ żylny w jamie brzusznej bywa jednocześnie utrudniony, to przypuścić wolno, iż dobrowolne czy też sztuczne przerwanie ciąży stanowić będzie moment pomyślny dla powstrzymania krwotoku żołądkowego. Zakrzep nadwężonego naczynia tętniczego zyska przez to więcej czasu do umocnienia i zorganizowania się.

(S. Pet. med. Woch. 10—93). H. Pacanowski.

102. MERING. **O czynności żołądka.** Wiadomo, że wchłanianie wody w żołądku rozszerzonym wskutek zwężenia odźwiernika odbywa się z trudnością i że w żołądku takim na drugi dzień po przyjęciu pokarmów płynnych znajdujemy płyn w większej ilości i o znacznie mniejszym ciężarze gatunkowym, niż płyn wprowadzony w przeddzień. Naprowadziło to autora na myśl, że i w prawidłowym żołądku woda nie wchłania się, jak to jest ogólnie przyjętem, przeciwnie, nawet przy wchłanianiu się substancji stałych z żołądka, woda przesącza się do niego. W tym celu autor wykonał szereg doświadczeń na psach, którym przecinał dwunastnicę i przyszywał ją do skóry brzucha, przyczem przyjmowane przez psa pokarmy wydobywały się przez otwór zewnętrzny. Wprowadzając psu, w ten sposób operowanemu i mającemu pusty żołądek, wodę, mleko, alkohol, cukier i t. p., autor przychodzi do następujących wniosków:

Zawartość żołądka przedostaje się do kiszek zapomocą rytmicznego zamykania się i odmykania odźwiernika (2—6 na minutę). Płyny opuszczają żołądek prędzej, niż pokarmy stałe, woda przytem w pustym żołądku nie wchłania się, lecz przechodzi całkowicie do dwunastnicy, przy podawaniu zaś wody sodowej wchłania się tylko duża ilość kwasu węglanego. Alkohol wchłania się w znacznej ilości, cukier (gronowy, mleczny, trzcinowy i maltoza) w wodnych roztworach wchłania się w umiarkowanej ilości, w alkoholowych w nieco większej; dekstryna i pepton wchłaniają się trudniej niż cukier, przyczem wchłanianie jest tem znaczniejsze, czem stężenie roztworu jest większe. Jednocześnie z wchłanianiem odbywa się przesłanie wody do żołądka tem większe, czem większe ilości substancji pożywnych uległy wchłonięciu. Obfite przesłanie wody można spostrzegać i wówczas, kiedy w żołądku nie daje się wykryć obecności kwasu solnego. Wchłanianie się pokarmów w żołądku przypomina w pewnym względzie proces dyfuzji.

Dla celów praktycznych z doświadczeń tych wynika, że przy rozszerzeniu żołądka, zwłaszcza z powodu zwężenia odźwiernika, zabronić należy napojów alkoholowych, zalecać zaś podawanie skoncentrowanych roztworów substancji pożywnych z następnem przepłukaniem żołądka. Wodę należy w razie potrzeby dostarczać zapomocą wlewań do kiszek, 3 razy dziennie po 400 ctm. sz., w postaci wody czystej lub $\frac{1}{2}$ procentowego roztworu soli kuchennej.

(*Therapeutische Monatshefte* N. 5. 1893)

F. Sylwestrowicz.

103. STRUEMPEL. **Znaczenie prognostyczne gorączki w suchotach płucnych.** Rozległość sprawy w płucach dać może przybliżone jedynie pojęcie o rokowaniu. Czasem choroba trwa dopiero od niedawna i ogranicza się do małych zmian w jednym szczycie; tymczasem już po kilku tygodniach obraz się zmienia, cały niemal płąt górny, a nawet pozostała część płuca i drugie płuco ulegają chorobie i śmierć następuje po kilku miesiącach. Inny przykład: cały płąt górny jest mocno zmarszczony i nie zawiera prawie tkanki powietrznej. Po upływie roku znajdujemy też same prawie zmiany, nie większe, a stan ogólny jest dobry. Z tego wynika, iż lekarz w każdym przypadku zadać musi sobie pytanie: jaki będzie przebieg dalszy?

Trzeba tu mieć na względzie przede wszystkim ogólne, zewnętrzne stosunki chorego; w razie momentu dziedzicznego, niedokrewności i osłabienia — przebieg będzie szybszy, niż u ludzi silniejszych i pochodzących z rodziny zdrowej. U młodych gruźlica postępuje szybciej, u alkoholików również. Wywiady dać mogą także pewien punkt oparcia.

Największe wszelako znaczenie prognostyczne ma gorączka. Każde przewlekłe cierpienie płuc z długotrwałą gorączką wzbudzić musi podejrzenie gruźlicy.

Liczne jednak przypadki przebiegają bez gorączki. Od jakich przeto warunków gorączka zależy?

Ogniska otorbione, zamknięte, przebiegać mogą bez gorączki. Czy jednak gorączka zależy od samej li tylko sprawy gruźliczej? Otóż wielkie niewątpliwie znaczenie mają zakażenia wtórne. Na każdej, łączącej się z drogami powietrznymi powierzchni owrzodzonej, osiadają na pierwotnym gruncie gruźliczym inne bakterie, które działają jako bodźce zapalne i które są przyczyną zapaleń oskrzeli, zapaleń płuc nieżytowych i włóknikowych. W tych wtórnych ogniskach bronchopneumonicznych laseczники gruźlicze osiadają bardzo łatwo i rozwijają się. Te właśnie zapalenia wtórne są przyczyną gorączki, którą podtrzymują też toksyny septyczne, tworzące się w rozkładającej się zawartości jamy.

Trzeba mierzyć ciepłotę najmniej 3 razy dziennie. Gdy przez czas dłuższy bywa najwyżej $37,5^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, to znaczy, że gorączki nie ma. Takie przypadki gruźlicy, dość częste, stoją lata całe w miejscu. Bywa kilka odmian gorączki: 1) Stan podgorączkowy: rano ciepłota prawidłowa, w południe i wieczorem najwyżej do $38,5^{\circ}$. Często gorączka taka zostaje przeoczona. 2) Gorączka przepuszczająca, hektyczna: rano normalna ciepłota, wiecz. $38,5^{\circ}$ — 40° i wyżej. 3) Gorączka zwalnająca i 4) stała, tu bywa gorączka i rano i wieczorem. Prawdziwa gorączka stała, podczas całego trwania choroby, wydarza się niezmiernie rzadko lub może wcale nie. 5) Gorączka o typie nieprawidłowym; tu rokowanie jest najgorsze.

Wnioski: Brak gorączki wskazuje na ciszę sprawy gruźliczej; stan podgorączkowy—na postęp bardzo powolny. Gorączka hektyczna z małymi wahaniami, przepuszczająca z wysoką ciepłotą wieczorną, oraz zwalnająca i stała dają w podanym tu porządku rokowanie coraz gorsze.

Zmiany w krzywiźnie ciepłoty są nadzwyczaj rzadkie; zwykle każdy przypadek gruźlicy ma stały swój charakter gorączki. Powikłania (*pleuritis*, *pneumonia*, *haemoptoe*, *pneumothorax*) wytworzyć mogą nowy typ gorączki.

O wyleczeniu gruźlicy wtedy tylko można mówić, gdy gorączka już znikła. Są trzy kategorie chorych. W pierwszej—chory od początku nie gorączkuje. Skoro jego warunki zewnętrzne się poprawiają, gdy ma dostateczną opiekę, nastąpić może wyzdrowienie zupełne. W drugiej kategorii gorączka istnieje, lecz po kilku już dniach starannego leczenia znika. Badanie wykrywa, iż jednocześnie z gorączką ustępują i niektóre inne zmiany chorobowe: rozległe nieżyty oskrzelowe ograniczają się, zapalenie płuc zrazikowe ustaje i t. p. Tu zatem gorączka zależała od powikłań. W kategorii trzeciej bywa gorączka przepuszczająca lub zwalnająca; tutaj zupełne ustanie gorączki należy do wyjątkowo rzadkich przypadków.

(M. m. W. 50—92).

P.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc Maj r. b.

Pozostało z zeszłego miesiąca	45 (m. 27, k. 18)
Przybyło w Maju	61 (m. 35, k. 26)
Wypisało się	74 (m. 44, k. 30)
Zmarło	6 (m. 3, k. 3)

Najliczniejszą rubrykę z 61 nowoprzybyłych chorych, i w tym miesiącu stanowią: tyfus wysypkowy i oспа. Pierwszego mieliśmy 37 (m. 21, k. 16); drugiej zaś 14 (m. 10, k. 4). W porównaniu z zeszłymi miesiącami zarówno ogólna ilość chorych jak i tyfusowych jest znacznie mniejsza. Ilość tyfusowych jest prawie dwa razy mniejsza, niż w miesiącu Kwietniu. Przeciwnie się dzieje z oспą, którą widzimy coraz częściej.

Chorzy tyfusowi pochodzili z następujących ulic i domów: Freta 17, Nowy-Świat 44, Ogrodowa 33, Rymarska 4, Franciszkańska 19 i 21, Pawia 66 i 62, Rybaki 2, Grochowska 19, Twarda 3, Nowo-Karmielicka 11, Muranowska 4, Nizka 28, Wolska 3, Leszno 31, Żelazna 30, Nowolipki 65 (3 przypadki), Bracka 5, Wałowa 48, Nowe-Miasto 17, Elektoralna 6, Stawki 61, Grzybów 8, Maryensztat 18. Prócz tego mieliśmy chorych z przytułku praskiego (2 przypadki), więzienia śledczego, ze szpitala Ś-go Rocha i po jednym również przypadku z Jabłonną, Zegrzą, Ochoty i Węgrowa.

Co się tyczy ospy, to przypadki jej pochodziły z następujących miejsc: Podwał 15 (Cyrkuł), Nowogrodzka 24, Freta 19, Wązki Dunaj 10, Brukowa 5, Mostowa 18 (2 przypadki), Piwna 47, Pelcowizna 30, Areszt policyjny w Ratuszu, hotel Brzeski, Marki, Dubrowice i Pułtusk.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy po jednym przypadku tyfusu brzuszego (Grochów), róży, *meningitidis cerebrospinalis* (Wałowa 17), *anginae follicularis*, zapalenia płuc krupowego i dwa przypadki zimnicy.

Zmarło w ubiegłym miesiącu chorych 6 (m. 3, k. 3), z tych: na tyfus wysypkowy 2 m. 1, k. 1), na ospę 4 (m. 2, k. 2).

Jak już wspomniałem, ilość chorych na ospę stopniowo wzrasta, a liczba nieszczepionych jest bardzo uderzająca. Na 98 chorych na ospę, mieliśmy w roku zeszłym około 40 nieszczepionych, a powtórnie szczepionych ani jednego. Nic też dziwnego, że śmiertelność z ospy u nas jest jeszcze niesłychanie duża, i w samej Warszawie w r. 1889 była 2 razy większa, aniżeli w całych Niemczech razem, stopień razy większą, aniżeli w najbardziej dotkniętych ospą prowincjach Pruskich (Wschodnich), gdzie, jak wiadomo, szczepienie ospy jest przymusowe. (*Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*). Jaki jest stosunek śmiertelności z ospy u szczepionych i nieszczepionych, widzimy z tego, że na 98 chorych nieszczepionych umarło 15, a szczepionych 5. U pierwszych przy tem przebieg był bez porównania cięższy, dłuższy i prawie zawsze powikłany. Do chwalebnych środków walki z ospą, w ostatnich czasach u nas przedsięwziętych, chciałbym dodać jeden, który, jakkolwiek skromny w skutkach, na uwagę jednak zasługuje. Mam tu na myśli obowiązkowe szczepienie ospy wszystkim chorym, przybywającym do naszych szpitali, jak to już zaprowadzono od pewnego czasu w szpitalu zapasowym. Sądzę, że lekarzy szpitalnych obowiązek ten nie bardzo obarczy, i ze względów humanitarnych do przekonania trafi. Nie bez interesu może będą i ze względów kazuistycznych uwagi, jakie w przebiegu danej choroby szczepienie ospy wywoła. Jeśli weźmiemy na uwagę, że w szpitalach Warszawskich leczy się rok rocznie około 20,000 chorych, to szczepienie i rewakcynacja tylu osobników nie będzie bez znaczenia dla stanu sanitarnego miasta.

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Sz wajcarski uczony, profesor RAOUL PICTET oddaje się oddawna badaniom nad działaniem bardzo niskich temperatur (aż do 200° zimna) na związki chemiczne. Okazało się, że bardzo niskie temperatury wywierają odrębne działanie na wiele reakcji chemicznych i prócz tego umożliwiają otrzymywanie (absolutnie czyste) takich związków, które w inny sposób wcale lub też bardzo trudno można było otrzymać. Niektóre związki chemiczne, dotąd tylko w stanie płynnym otrzymywane, można przy dostatecznie niskich temperaturach otrzymać w stanie krystalicznym. Do takich należy np. chloroform. Otrzymany tą drogą jest on absolutnie czysty, wolny od wszelkich przymieszek, może zatem bez obawy być stosowany do użytku lekarskiego i nadaje się doskonale do badań naukowych nad usypianiem.

Dla otrzymania tych wyjątkowo niskich temperatur PICTET używa specjalnych metod. Fabrykacja odbywa się za pomocą rozległych urządzeń maszynowych, należących do akcyjnego towarzystwa berlińskiego. Prócz chloroformu, otrzymano tą samą drogą w stanie zupełnie czystym chlorek etylu, bromek etylu, tlenek azotu (wyłącznie używany w berlińskiej klinice zębów), eter (wolny od wszelkich przymieszek, głównie od aldehydu), alkohol 100°. Zapomo-

cą sposobu PICTET'a otrzymano już blisko 60 ciał w stanie zupełnie czystym, co dla lekarzy nie jest rzeczą obojętną, gdyż mogą uniknąć przy stosowaniu niepożądanego i szkodliwego działania przymieszek. Pomiędzy temi środkami znajdują się: kwas karbolowy, kwas borny, kwas salicylowy, antyfebryna, antypiryna, kokaina, sulfonal, jod, jodoform, kreosot, sublimat, kalomel i t. p. (Berl. Klin. Woch. Nr. 22—93).

= Na zjeździe internistów w Wiesbaden JAKSCH podał niektóre wyniki swych poszukiwań nad chemią krwi. W warunkach prawidłowych znalazł cyfry następujące: cała krew zawiera 22,63% białka, surowica sama 8,6%; ilość wody wynosi 77,28%; ilość substancji suchej 23,1%. Co do spraw chorobowych, to we wszelkich otruciach i w rozmaitych chorobach nerwowych cyfry pozostają te same. Natomiast w chorobach serca i zapaleniu nerek z obrzękami lub bez nich zmniejsza się ilość białka a wzrasta ilość wody. Toż samo bywa w białaczce, blednicy, niedokrewności złośliwej. Odwrotny stosunek zachodzi jedynie w moczwóce, gdzie ilość substancji suchej podnosi się do 33%, a ilość wody opada do 66%. (D. m. Z. 36—93).

= DRESCHFELD spostrzegł 4 przypadki tyfusu brzuszego bez podniesienia

ciepłoty; jeden z chorych umarł. U wszystkich były niewątpliwe oznaki tyfusu: biegunka, powiększenie śledziony, różyczka, u 2-ch krwotok kiszkowy, u 1-go przedziurawienie. Ciepłotę mierzono 2—4 razy dziennie. GERHARDT opisał 17 tego rodzaju przypadków. (Practit. 93).

— **Odczyn na cukier.** Rozpuszcza się 5,76 grm. kwasu α -nitrofenylpropionowego w 100 c. sz. 10% ługu sodowego i dopełnia się wodą do litra. Otrzymuje się płyn czerwono-

brunatny. 5 c. sz. tego odczynnika miesza się z 10 kroplami badanego moczu i gotuje się przez $\frac{1}{4}$ minuty. W razie obecności pierwiastków redukujących, roztwór staje się ciemno-niebieskim (indygo). Mocz normalny wykazuje po dodaniu go do odczynnika w ilości conajmniej 1 c. sz. barwę zieloną. Białko przeszkadza występowaniu odczynu dopiero w ilości 2% przeszło; wtedy należy zagotować mocz z kwasem octowym i precedzić. (Z. f. phys. Chem. T. 17).

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny Warszawy w ciągu ubiegłych dwóch miesięcy, Maja i Czerwca, przedstawiał się bardzo zadawalająco tak w porównaniu z poprzednimi miesiącami, jak i w porównaniu z odpowiednimi miesiącami lat ubiegłych. Śmiertelność w ciągu ostatnich tygodni uległa znacznemu zmniejszeniu. W ostatnich tygodniach zaczęły się zaledwie pokazywać niezbyt liczne i wogólności łagodnie przebiegające cierpienia przewodu pokarmowego, właściwe letniej porze roku, mianowicie ostre niezłyty żołądka i kiszki u dzieci i dysenterya. Widzieliśmy już przypadki tej ostatniej choroby dosyć ciężkie z głębokimi owrzodzeniami błony śluzowej kiszki prostej, nieraz u kilku osób w rodzinie, ale dotąd nie przyjęła ona w mieście charakteru nagminnego. Z chorób zakaźnych gorączkowych tyfus wysypkowy rzadziej nieco niż poprzednio się wydarza, u dzieci choroby ostre wysypkowe zaledwie odosobnione spotykać się dają, mianowicie szkarlatyna i odra. Ospa częściej się napotyka, ospa wietrzna bardzo często. Zapalenie płuc włóknikowe rzadziej, koklusz częściej, niż w miesiącach poprzednich widzimy. Również często wydarzają się obecnie przypadki zimnicy. Epidemia zapalenia opon mózgo-rdzeniowych zbliża się widocznie ku końcowi.

J. K.

— Ze sprawozdania inspektora szpitali cywilnych w mieście naszym za r. 1891 okazuje się, że w 8 szpitalach ogólnych było chorych 19,300, z których zmarło 2402; średnia dzienna cyfra chorych wynosiła 1102, średnia cyfra dni przebytych w szpitalu przez jednego chorego 21,5. Średni procent śmiertelności wynosił 12,8% (najmniejszy w szpitalu ewangelickim 10,5%, największy w zapasowym (dla chorób zakaźnych 16,7%). Odmówiono przyjęcia z braku miejsca 3556 chorym (Zdrowie).

— Od prof. RYDYGIERA otrzymaliśmy zaproszenie na V-ty Zjazd chirurgów polskich, odbyć się mający dnia 11, 12 i 13-go lipca r. b. w Krakowie.

Posiedzenia Zjazdu będą się odbywały podobnie jak w roku ubiegłym od 10—1 godz. przed poł. i od 2—4 godz. po poł. w klinice chirurgicznej; posiedzenia przedpołudniowe przeznaczone są na wykłady z demonstracjami, popołudniowe na wykłady teoretyczne.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—10 godziny zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza.

Chorych przeznaczonych do demonstracji przyjmie klinika chirurgiczna.

Dla szan. kolegów, chcących przedstawić nowe operacje na trupie, będzie wszystko odpowiednio przygotowane.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, uprasza się więc o nadesłanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznej i o jak najrychlejsze zgłaszanie wykładów, nadających się do dyskusji, do sekretarza Zjazdu pana Docenta D-ra BOSSOWSKIEGO, żeby jaknajodpowiedniej przygotować porządek obrad.

— Nadesłano do Redakcyi „Zapiski lekarskie“ D-ra MURDZIENSKIEGO, w których znajduje się „Podręcznik terapeutyczny“, ułożony przy współpracownictwie D-ra MARCISIEWICZA, prof. D-ra MARSA, prof. D-ra PIENIĄŻKA, D-ra ROSENZWEIGA, D-ra SOKOŁOWSKIEGO, D-ra SURZYCKIEGO, Doc. D-ra TRZEBICKIEGO, zawierający: wskazówki terapeutyczne z dodatkiem przeszło 1000 recept, najnowsze leki wraz z sposobem zapisywania, ważniejsze krajowe i zagraniczne zakłady zdrojowo-kąpielowe, oraz nadzwyczaj praktycznie ułożony wybór najodpowiedniejszych zdrojowisk do leczenia poszczególnych chorób przez D-ra M. ZIELENIWSKIEGO, rozbiór moczu przez D-ra OPIEŃSKIEGO, najnowsze dawki środków leczniczych dla dorosłych i dzieci, otrucia i sposób ratowania w tychże.

Do dzisiejszego numeru „Medycyny“ dołącza się Odezwa i Ogłoszenie „Wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie“.