

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka słów o przymocie rdzenia, przez D-ra Stanisława Orłowskiego. Przypadek ropnicy rzeżączkowej (pyaemia gonorrhoeica), podał O. Bujwid. — **Wykłady kliniczne.** O guzach krwistych miednicy (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 150. Egipt jako stacya klimatyczna. 151. Częstość i wyleczalność gruźlicy. 152. Zmiany w składzie krwi pod wpływem zaburzeń w krążeniu. 153. Chirurgiczne leczenie zapaleń zakaźnych pęcherzyka i dróg żółciowych. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc październik r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Orłowski — Quelques mots sur la syphilis de la moelle épinière. 2) Prof. O. Bujwid — Un cas de pyohémie gonorrhéique.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Orłowski — Einiges über syphilitische Rückenmarkserkrankung. 2) Prof. O. Bujwid — Ein Fall von gonorrhöischer Pyemie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

Kilka słów o przymocie rdzenia,^{*)}

przez D-ra Stanisława Orłowskiego, ordyn. klin. chorób nerwowych Uniw. Moskiewskiego.

Sprawa przymotu rdzenia zajęła w ostatnich latach wybitne stanowisko między chorobami układu nerwowego; prawie co tydzień napotykamy w bieżącej prasie lekarskiej pracę, tyjącą się tej ważnej gałęzi neuropatologii. Jednakże trudno przypuszczać, aby przedmiot ten został prędko wyczerpany: zbyt dużo jeszcze w tej dziedzinie nierozstrzygniętych kwestyi, sprzecznych poglądów, zbyt mało faktów i badań na faktach opartych. Dziś jeszcze nawet pojedyncze spostrzeżenia przedstawiają pewną wartość naukową; przypuszczam przeto, że Szanownych Kolegów zająć może moja notatka, — część obszernej pracy, którą już od roku zajęty jestem.

Możność prowadzenia badań w tej dziedzinie zawdzięczam prof. Kożewnikowowi, który oddał do mego rozporządzenia Archiwum kliniki chorób nerwowych. Przejrzawszy te tysiące dokumentów, tyjących się chorych, którzy leżeli w klinice od 1869 r., znalazłem około 80 przypadków przymotu rdzenia (nie licząc przypadków zwykłego wiądu — *tubcs*). Wyłączywszy spostrzeżenia sporne lub niedość szczegółowo opisane, otrzymałem jeszcze pokazną liczbę 52 spostrzeżeń, do których dołączyłem 20 własnych. Obecna notatka przedstawia tylko streszczenie danych statystycznych, tyjących się obrazu klinicznego omawianej choroby.

W liczbie tych 72 chorych było 5 kobiet i 67 mężczyzn.

^{*)} Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Neuropatologów i Psychiatrów przy Uniwersytecie Moskiewskim, w dniu 4 października 1895 roku.

Wiek chorych notowany podczas pierwszych objawów ze strony rdzenia:

Od 20 do 30 lat . . .	21 przypadków
„ 30 „ 40 „ . . .	31 „
„ 40 „ 50 „ . . .	11 „
wyżej 50 „ . . .	9 „

Największa zatem ilość zachorowała w wieku od 30 do 40 lat (43%).

Przeciąg czasu od zakażenia przymiotem do pierwszych objawów nerwowych, wahał się od trzech miesięcy do 34 lat. Zachorowało:

w pierwszym roku	10 osób
w drugim roku	12 „
między 2 i 4-ym	16 „
„ - 4 i 8-ym	14 „
„ 8 i 12-ym	8 „
po 12 latach	12 „

Zatem z liczby 72 chorych u 22-ch (30%) objawy nerwowe wystąpiły w pierwszych dwóch latach po zarażeniu (*syphilis médullaire précoce* według GILBERT'a i LION'a), a u 38 w pierwszych czterech latach.

Wzmiankę o przebiegu przymiotu przed początkiem objawów nerwowych, znajdujemy w 59 historyach chorób:

lekki przebieg	19 przypadków (32%)
średnio-ciężki	24 „ (40%)
ciężki	16 „ (28%)

Wzmianka o leczeniu swoistem w tym ogólnym okresie przymiotu, znajduje się w 67 historyach chorób:

nie leczonych	7 przypadków
leczonych niedostatecznie	26 „
leczonych dostatecznie	11 „
„ energicznie	23 „

To jest w jednej połowie przypadków leczenie było niedostateczne (33), w drugiej połowie dostateczne (34).

Oprócz zakażenia przymiotem, w wywiadach znajdujemy i inne momenty przyczynowe:

dziedziczność nerwowa	14 przypadków
przeziębienie	14 „
alkoholizm	15 „
nadużycia płciowe	13 „
wysiłki cielesne	8 „
obrażenia	5 „

Po większej części w oddzielnych spostrzeżeniach znajdujemy po parę takich momentów jednocześnie. Choroby dawniejsze, bez widocznego związku z przymiotem rdzenia, były notowane u wielu osób. W 9 przypadkach znajdujemy w wywiadach wzmiankę o innych cierpieniach nerwowych (neurastenia, histerya, epilepsja i t. p.). U trzech chorych objawy ze strony narządów oddechowych bezpośrednio poprzedzały objawy rdzeniowe: dwa razy zapalenie płuc włóknikowe, raz zapalenie opłucnej. Wreszcie w 31 przypadkach nie można było znaleźć żadnego momentu przyczynowego oprócz przymiotu.

Wszystkie te 72 spostrzeżenia rozdzielić można na trzy grupy:

I. *Laesiones diffusae medullae et meningum* — 54 przypadki, pomiędzy którymi objawy *myelitis* były 22 razy
 „ *meningo-myelitis* 27 „
 „ *meningitis spinalis* 5 „

II. *Laesiones pseudosystematicae et combinatae* w ilości 11.

Temi dwiema kategoriami nie zostały objęte dwa przypadki: *exostosis syphilitica vertebrarum* i *compressio caudae equinae* (zapewne *gumma*).

III. *Lues cerebro-spinalis*—5 chorych, u których objawy mózgowe były na pierwszym planie w obrazie klinicznym; w innych spostrzeżeniach objawy mózgowe były także czasem notowane, ale tylko jako drugorzędne lub krótkotrwałe.

I. *Laesiones diffusae medullae et meningum.*

Spostrzeżenia, należące do tej grupy, podzielić można na ostre w ilości 19 i przewlekłe (wraz z podostremi) w ilości 35.

Jednakże granice tych kategorii nie zawsze są dość wyraźne i czasem dość trudno jest określić, do której z nich zaliczyć dany przypadek.

A. Przypadki ostre.

W przebiegu ich łatwo dają się odróżnić trzy okresy, opisane przez SOTTAS¹⁾: okres zwiastunów (*période prémonitoire*) okres porażenia ostrego (*période de paralysie aigue*) i okres porażenia kurczowego (*pér. de paral. spasmodique*).

1) Okres zwiastunów.

W czterech spostrzeżeniach cierpienie zaczęło się od objawów mózgowych: bóle głowy, czasem z zawrotem i wymiotami. W innych przypadkach najwcześniej występowały objawy rdzeniowe: ostre bóle w kręgosłupie (4 przypadki), niedowład nóg (5); wkrótce potem występują inne objawy: parestezye w kończynach dolnych, trudne wydalanie moczu, osłabienie wzwodu prącia.

Okres ten trwać może parę dni (2 spostrzeżenia), parę tygodni (2), parę miesięcy (4 spostrzeżenia), nawet lata (od jednego do ośmiu). Ale tylko w tych razach, gdy okres zwiastunów trwał dnie lub tygodnie, objawy chorobowe były stale i potęgowały się stopniowo; w innych razach zjawiały się one chwilowo, napadami, w przerwach między którymi chorzy czuli się zupełnie zdrowymi. A więc były notowane napady: niedowładu kończyn dolnych (2 razy), napady silnego bólu głowy (3 razy) czasem z wymiotami i zawrotami, napady bólów kręgosłupa (2 razy), chwilami mimowolne oddawanie moczu lub stolca (2 spostrzeżenia). U jednej chorej w okresie tym ciepłota podnosiła się chwilami do 40° bez widocznej przyczyny.

Wreszcie w sześciu przypadkach cierpienie zaczęło się odrazu od ostrego porażenia bez objawów zwiastunowych.

2) Okres porażenia ostrego.

Główną cechą tego okresu jest zupełne porażenie poprzeczne (*paraplegia completa*). W połowie przypadków porażenie występowało odrazu w postaci ataku apoplektycznego (9 razy na 19 spostrzeżeń): chorzy niespodziewanie uczuwali, że nogi ich nie są w stanie wykonać najmniejszego

¹⁾ Jules SOTTAS. La syphilis médullaire (Gazette des hôpitaux. 1894. № 148,

ruchu, albo też budzili się rano z zupełnym bezwładem kończyn dolnych. W jednym przypadku była utrata przytomności.

U trzech chorych porażenie rozwijało się w przeciągu całego dnia, u paru w przeciągu paru dni, na koniec u jednego zupełny bezwład nastąpił dopiero po upływie dwóch tygodni. Porażenie obydwóch kończyn dolnych było notowane 15 razy, porażenie typu BROWN-SÉQUARD'a — raz i porażenie nóg i rąk trzy razy (w jednym z tych ostatnich przypadków z początku porażone zostały kończyny lewe, a po paru godzinach prawe). W trzech spostrzeżeniach porażeniu towarzyszyła gorączka, w czterech poprzedzało nagłe zatrzymanie moczu.

Dwóch chorych wspominało o wysiłkach fizycznych, dwóch o nadużyciach płciowych jako o przyczynach porażenia.

Zjawiska kurczowe: silne napięcie mięśni (*rigiditas*) wraz z wzmożeniem odruchów ścięgniastych były notowane 13 razy, zniesienie lub zmniejszenie odruchów 4 razy; dwa razy odruchy pozostały prawidłowe. Jednocześnie z porażeniem ruchowem rozwijało się i upośledzenie czucia (przedmiotowe), tylko w jednym przypadku czucie pozostało prawidłowe, w 7 była zupełna nieczułość (*anaesthesia completa*), w pozostałych przypadkach — *hypaesthesia*.

Również stałe były zaburzenia w czynności oddawania moczu (tylko w jednym przypadku ich nie było): 11 razy zupełne zatrzymanie moczu, które u jednego chorego było tak silne, że trzeba było wykonać przekłucie pęcherza. W czterech spostrzeżeniach było trudne, a w trzech mimowolne oddawanie moczu.

Zaparcie stolca w większości przypadków; w trzech *incontinentia alvi*.

W połowie przypadków wcześniej występowały ciężkie zmiany odżywcze: odleżyny notowano 8 razy, przytem u pięciu chorych zjawily się one w przeciągu pierwszych dni po ataku porażenia. Współcześnie, a częściej nieco później rozwija się nieżytowe lub ropne zapalenie pęcherza (w 8 przypadkach). W dwóch przypadkach zmiany odżywcze postępowały nadzwyczaj szybko i dały początek posocznicy (*septicaemia*): jeden z tych chorych zmarł po dwóch, drugi po trzech miesiącach choroby.

W ostrym tym okresie śmierć nastąpić może również wśród objawów opuszkowych (*bulbares*). Przytaczam w paru słowach jeden taki przypadek z nadzwyczaj gwałtownym przebiegiem: w przeciągu pięciu dni wybitne objawy zwiastunne: ostry ból głowy, zatrzymanie moczu; potem napad apoplektyczny z utratą przytomności (2—3 godziny); zupełny bezwład kończyn górnych i znaczny niedowład dolnych; w przeciągu paru dni i w tych ostatnich znikły wszelkie ruchy dowolne i chory zaczął się uskarżać na oddech utrudniony; duszność była coraz silniejsza i ósmego dnia nastąpiła śmierć przy objawach zaduszenia.

W innych przypadkach (16) przebieg jest powolniejszy: porażenie czas jakiś pozostaje bez zmiany (spostzegane w 11 przypadkach), a przez ten czas zauważyć można wahania w natężeniu innych objawów: w dwóch spostrzeżeniach odruchy ścięgniaste ulegały częstym zmianom: można było stwierdzić to wzmożenie ich, to zmniejszenie, to znów znikanie ich po jednej lub po obu stronach; u dwóch chorych zaburzenia w wydalaniu moczu: zatrzymanie ustępowało miejsca mimowolnemu oddawaniu moczu, które było także tylko przejściowe; nareszcie u kilku chorych w okresie tym zachodziły te zmiany o odżywcze, o których wspominaliśmy wyżej.

Okres porażenia trwał stale w czterech przypadkach mniej, niż dwa tygodnie, w sześciu około dwóch miesięcy, w jednym około sześciu miesięcy. W pięciu spostrzeżeniach nie można było zauważyć tego okresu.

Potem porażenie zaczyna stopniowo zmniejszać się, a jednocześnie na pierwszy plan w obrazie klinicznym występują zjawiska kurczowe.

3) Okres porażenia kurczowego (*paraplegia spastica*).

Zaburzenia w sferze ruchowej zmniejszają się w większości przypadków (13 z 16) bardzo powoli, polepszenie trwa miesiące, nawet lata. Jednakże w trzech przypadkach poprawa nastąpiła dość prędko: jeden z chorych mógł chodzić po sześciu tygodniach, drugi po dwóch miesiącach, w trzecim przypadku porażenie znikło zupełnie w przeciągu trzech miesięcy. Wogóle z tych 16 chorych, 9 mogło jako tako chodzić (z laską lub przy cudzej pomocy). Na zjawiskach kurczowych zbywało tylko w trzech przypadkach, w innych były one bardzo silne; u dwóch chorych, u których w ostrym okresie choroby odruchy ścięgniste były zniesione, zjawily się one w przeciągu pierwszych dwóch tygodni, a później już nastąpiło wzmożenie pobudliwości odruchowej.

Poprawa w sferze czucia następowała znacznie wcześniej: z 18-tu chorych u pięciu znikły wszelkie nieprawidłowości w tej sferze (w 4-ch przypadkach w przeciągu 2—3 miesięcy, w jednym po roku), przytem u dwóch z tych chorych znieczulenie było zupełne. Znaczną poprawę w tej sferze notowano u czterech chorych.

Zaburzenia w czynnościach odruchowych, mianowicie w wydalaniu moczu były bardzo uporczywe; z 18 chorych tylko u jednego zaburzenia te znikły zupełnie, w czterech przypadkach było mniej lub więcej znaczne polepszenie, w 13 zaś nieprawidłowości pozostały na stałe: to zatrzymanie moczu, to mimowolne wydalanie.

Zmarło w tym okresie dwóch chorych na gruźlicę, jeden po 7-iu, drugi po 15-tu miesiącach od napadu porażenia.

Wpływ leczenia swoistego był niewątpliwym w 11 spostrzeżeniach (przytem w pięciu przypadkach znaczne polepszenie nastąpiło przy użyciu jodu). Dwa razy polepszenie było nieznaczne. W sześciu przypadkach wszelkie środki były bezskuteczne (w trzech objawy potęgowały się pomimo energicznego leczenia swoistego, w dwóch stan chorych pozostał bez zmiany, na koniec w jednym, po każdym leczeniu przeciwprzymiotowem można było zauważyć pewne polepszenie, lecz dawniejsze objawy wracały bardzo prędko).

Zejsście w tych 19 ostrych przypadkach było następujące:

Śmierć	5	przypadków
Porażenie kończyn dolnych zupełne	3	„
Niedowład obydwóch kończyn dolnych (skurczowy)	8	„
Niedowład jednej kończyny dolnej	2	„
Znieczulenie kończyn dolnych	1	„

Siedmiu chorych było mniejwięcej zdolnych do niezbyt uciążliwej pracy.

(D. n.).

Przypadek ropnicy rzeżączkowej

(*pyaemia gonorrhoeica*),

podał O. BUJWID.

Ziarniaki NEISSER'a uważane są powszechnie jako drobnoustrój, wywołujący sprawę swoistą, to jest rzeżączkę, i sprawy pokrewne, jak na przykład zapalenie łącznicy natury rzeżączkowej, tak często u noworodków spotykane. Liczni badacze sądzili do niedawna, że *gonococcus* NEISSER'a tylko w połączeniu z innymi, właściwie ropotwórczymi pasorzytami stać się może przyczyną ropienia. Nie brak wszakże i w dawniejszych badaniach wskazówek, że ziarniak NEISSER'a może być uważany niekiedy za jedyną przyczynę powstającego ropnia. Tak np. HORTELOUP ¹⁾ jeszcze w r. 1885 w ropniu nadobojczykowym u mężczyzny, cierpiącego na rzeżączkę przewlekłą, znajduje ziarniaki NEISSER'a i skłania się do przypuszczenia, że ropienie w tym razie pasorzytowi temu zawdzięczać należy. Nieco później podobnie AFANASSIEW, SMIRNOF i KEMMERER ²⁾ znajdowali też same pasorzyty w wysięku surowicznym i surowiczo-ropiastym przy zapaleniu stawów swoim. Podobnie PELLIZARI ³⁾ znalazł ziarniaki te w ropniach okołocewkowych. Hodowle na używanych zwykle glebach, t. j. żelatynie i agarze dały u niego wynik ujemny; ale też nie wyrosły żadne pasorzyty ropotwórcze zwykle, co dowodzi, jak słusznie sądzi PELLIZARI, że w przypadku tym przyczyną ropienia były tylko bakterye rzeżączkowe.

DEUTSCHMANN ⁴⁾, WERTHEIM ⁵⁾, BORDONI-UFFREDUZZI ⁶⁾, GHON ⁷⁾ i inni znajdują już wzmiankowanego pasorzyta nie tylko w ropie, ale zapomocą hodowania na mieszaninie galarety agarowej i jałowej surowicy ludzkiej udawadniają odrębność jego zapomocą hodowli i w ten sposób dostarczają dowodu, że ziarniak NEISSER'a wystarcza sam, bez udziału innych bakteryi, do wywołania ropienia.

Ogólnie jednak przez wszystkich tych badaczy popełniany był jeden błąd. Mianowicie, dla zupełnego wyłączenia obecności innych pasorzytów, należało wykonać hodowlę beztlenową, w celu przekonania się, czy nie gra tam roli ropotwórczej jaki pasorzyt beztlenowy (anaerob). Błąd ten usunąłem w mojem spostrzeżeniu, gdyż prócz hodowania na glebie, sprzyjającej rozwojowi ziarniaka NEISSER'a, t. j. na agarze surowicznym KRAL'a, zaszczerpiłem cząstkę ropy w probówce, do której nalano grubą warstwę tejże galarety, jak to się robi zwykle przy hodowaniu beztlenowców. W ten sposób nie otrzy-

¹⁾ Gazette des Hopitaux. 1885. S. 1004. Ref. Centr. f. Bact. T. I.

²⁾ Centr. f. Bacteriol. T. I. S. 1887.

³⁾ Centr. f. Bact. T. VIII. S. 591.

⁴⁾ Centr. f. Bact. IX. S. 119.

⁵⁾ Centr. f. Bact. T. X.

⁶⁾ Centr. f. Bact. T. XV. Sprawozdanie z Kongresu XI w Rzymie.

⁷⁾ Centr. f. Bact. T. XVI. S. 351.

małem hodowli żadnego innego pasorzyta, prócz ziarniaka NEISSER'a. Dowód to wyraźny, że ten ostatni istotnie zaliczony być może do pasorzytów, wywołujących ropienie, i, jak to wskazuje przypadek, przytoczony poniżej, nawet ropnie przerzutowe powstawać mogą jedynie pod jego wpływem.

N. N., 33 letni mężczyzna, miernie odżywiony, miernej budowy ciała, przed kilku laty przechodził rzeżączkę ostrą. Wypływ powtarzał się kilkakrotnie i później, mianowicie po bardziej wyteżonym stosunku płciowym, sprawa więc prawdopodobnie istniała ciągle z obostrzeniami, które występowały tylko przy podrażnieniu.

Badanie drobnowidzowe wydzieliny ropnej, wykonane po jednym z takich obostrzeń, wykazało dosyć obfite ziarniaki NEISSER'a.

W czerwcu r. b. chory zasięgał porady jednego ze specjalistów, który, w celu wykonania zastrzykiwań głębokich, dwukrotnie wprowadził cewnik metalowy. Za każdym razem chory czuł ból dotkliwy, który za drugim razem mianowicie był tak silny, że i lekarz i chory wyrzekli się tego zabiegu. Po wprowadzeniu cewnika przez czas jakiś trwał ból i kilkakrotnie mocz był krwawo zabarwiony.

We dwa dni po ostatnim wprowadzeniu cewnika chory poczuł dreszcze, które się pojawiały kilkakrotnie w ciągu dalszych dni 10-iu. Równocześnie pojawiły się bóle w okolicy stawu barkowego lewego i kolanowego lewego, oraz na wewnętrznej stronie biodra prawego. Po owym czasie badanie wykazało: ze zmian w narządach daje się zauważyć tylko powiększenie śledziony. W innych narządach nic nie dało się spostrzedz. Ciężota 38° — $38,5^{\circ}$ — 39° , brak łaknienia, ból głowy, bezsenność. W jamie podkolanowej, po nad stawem wyczuwa się guz miękki z niewyraźnym chębotaniem, podobnie i na wewnętrznej stronie lewego biodra, gdzie daje się spostrzegać lekkie zaróżowienie skóry. Chębotanie tutaj wyraźne. Następnego dnia chory został przeniesiony na klinikę kol. RYDYGIERA i tutaj kol. KRYŃSKI wykonał pod chloroformem otwarcia trzech ropni, które wytworzyły się w okolicach wzmiankowanych. Wszystkie ropnie utworzyły się pośród tkanki mięśniowej, żaden nie znajdował się ani w tkance łącznej, ani też nie sięgał do torebki stawowej. W okolicy barku lewego ropień dotykał tuż torebki stawowej, tak, iż według kol. KRYŃSKIEGO, palec dokładnie odczuwał główkę kości ramieniowej, torebka sama była jednak nienaruszona.

Po otwarciu ropni, z dwu wydano niezbyt wielkie ilości ropy gęstej, brunatno-krwawej, bez zapachu i pęcherzyków gazu. Z ropnia w okolicy barkowej ropy było tak mało, że nie można jej było użyć do badania, jako w znacznej części zmieszanej ze skrzepami krwi.

Badanie drobnowidzowe, zaraz wykonane, wykryło bardzo nieliczne tworzy, przypominające ziarniaki NEISSER'a. Nie mogąc oczywiście na niem poprzestać, gdyż sam kształt tych ziarniaków nie jest tak dalece charakterystyczny, ażeby można było być pewnym rozpoznania, wykonałem szczepienie do kilku probówek agaru zwykłego i surowiczego, oraz, chcąc się przekonać, czy niema jakich beztlenowców, zaszczepiłem również cząstki ropy do probówek z wysoką warstwą agaru, z dodatkiem 2% cukru.

Muszę tutaj zaznaczyć, że już poprzednio, idąc za radą KRAL'a, używałem agaru surowiczego, jako dobrej gleby do hodowania ziarniaków NEISSER'a. Tutaj wyrastają one w postaci delikatnych, zwykle ledwo dostrzegalnych, przezroczystych plamek, przypominających hodowle paciorkowca, lecz prze-

zroczystością bardziej zbliżonych do hodowli bakterii grypowych (influenza) . Wyrastanie odbywa się najlepiej w ciepłocie 36—37° C. i trwa w ciągu 3—4 dni, poczem zdolność do życia w hodowli ginie. Gonokoki, w ten sposób wyhodowane, są większe od zwykłych i barwią się niejednostajnie. Ta okoliczność jest właśnie dowodem szybkiego obumierania pasorzyta w hodowli sztucznej.

Agar surowiczy przygotowuję, dodając do 3 części gotowego 2% agaru z 1% peptonu — 1 część surowicy wołowej, 1% cukru i 4% gliceryny. Dwa ostatnie dodatki nie są konieczne, ale pozwalają używać tak przygotowaną glebę i do innych celów, mianowicie do hodowli bakterii gruźliczych i innych.

Na glebie, w ten sposób przygotowanej, już na drugi dzień po zaszczepieniu wzmiankowanej ropy, można było rozpoznać hodowlę ziarniaka NEISSER'a. Jeszcze wyraźniej dało się to widzieć po 48 godzinach.

Podnieść należy tę okoliczność, że hodowla ziarniaków NEISSER'a była tutaj odrazu zupełnie czysta. Nie pojawiły się ani bakterie ropne, ani żadne beztlenowce.

Jest to dowodem, że bakterie NEISSER'a należy zaliczyć do bakterii ropnych. Mogą one bowiem wywoływać ropienie samodzielnie, bez domieszki innych, ropieniu właściwych.

W danym przypadku wystąpienie ropni wyjaśnić można przez zbyt mocne gwałtowne cewnikowanie, którego skutkiem było naddarcie błony śluzowej i dostanie się zarazka do krwi. Dowodzą tego dreszcze i następny przebieg, właściwy ropnicy.

Dalszy przebieg choroby był dla chorego pomyślny. Utworzył się jednak jeszcze jeden ropień w mięśniu łydkowym; przebieg był bezgorączkowy. Po miesiącu chory opuścił klinikę jako zdrowy.

W przypadku tym godnem zaznaczenia jest pojawienie się ropni w mięśniach bez naruszenia torebki stawowej.

WYKŁADY KLINICZNE.

W. Thorn.

O guzach krwistych miednicy.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 46).

Anatomia patologiczna guzów krwistych wewnątrztrzewnowych została wyjaśniona dopiero przez znakomitą pracę SCHROEDER'a. W pracy tej znajdujemy, że t. zw. klasyczny krwistek pozamaciczny nie może powstać bez poprzedniego zasklepienia przez zrosty dołu DOUGLAS'a. SCHROEDER wypowiedział to zdanie na podstawie wyników sekcji, dotyczących przeważnie krwisteków w późniejszym okresie rozwoju, t. j. takich, w których niezmiernie trudno stanowczo orzec: czy otarbiające krwiiwylew zrosty były pierwotne, jak S. utrzymuje, czy też powstały do piero następnie z wytworów podrażnienia, przez krwiiwylew wywołanego, jak to NÉLATON twierdzi. Wprawdzie SCHROEDER dodaje, że krwistek powstać może w swobodnej jamie brzusznej, gdy krwotok występuje powolnie, albo też rzutami w ten sposób, że najpierwszy krwiiwylew się otorbi, a ponowny następuje z miejsc głębiej leżących do tego już zamkniętego przestworu. Wylew krwi do swobodnej jamy brzusznej po skrzepnięciu i stężeniu krwi, nigdy nie przedstawia obrazu, cechującego krwi-

stek pozamacieczny; taki krwiywlew nie daje przy badaniu uczucia sprężysto-
go naprężenia, ani też nie wywołuje zboczenia w położeniu macicy. SCHROEDER opi-
suje jeszcze jedną postać krwisteku pozamaciecznego, gdzie guz krwisty przeważnie
przylega do tylnej ściany macicy i przedstawia zmienny kształt i wielkość, a powstaje
wtedy, gdy dolna część dołu DOUGLAS'a jest zamknięta zrostami. Gdy zaś cały dół
DOUGLAS'a jest zamknięty wskutek zapalenia zlepnego, wtedy powstaje krwistek
przedmacieczny. Może być on także częściowym objawem krwisteku zamaciecznego,
lecz tylko wtedy, gdy otorbienie od dna macicy dochodzi do ściany brzusznej. TH.
jednak na podstawie spostrzeżeń swych nie zgadza się ze SCHROEDER'em co do istnie-
nia tych rozmaitych postaci guzów krwistych i jako punkt sporny uważa to, że we-
dług jego przekonania najróżnorodniejsze postacie guzów krwi-
stych wewnątrzotrzewnowych nie tylko mogą pochodzić z krwiyw-
lewu do swobodnej jamy brzusznej, lecz, być może, że w większo-
ści przypadków tworzą się tylko w ten sposób i bez wszelkiego
udziału poprzednich zlepow i błon rzekomych. Autor bowiem podzi-
la zdanie NÉLATON'a, że guz krwisty jest cierpieniem pierwotnem, a otorbienie jest
sprawą następową i pogląd ten opiera na spostrzeżeniach klinicznych i operacyjn-
ie wyleczonych przypadkach. Nadto TH. sądzi, że postać i umiejscowienie guzów krwistych
wewnątrzotrzewnowych daleko mniej zależy od zmian w otrzewny okołomaciecznej,
zlepow, błon rzekomych i zasklepienia dołu DOUGLAS'a, aniżeli od ilości krwi wyla-
nej i od miejsca, gdzie i z jaką szybkością wylew krwi nastąpił. TH. jednak nie chce
przez to przeczyć temu, że zmiany w otrzewny okołomaciecznej mogą oddziaływać na po-
wstanie tej lub owej postaci guza krwistego; nie chce nawet zaprzeczać powstawaniu
krwisteku pozamaciecznego wskutek zasklepienia (od góry) dołu DOUGLAS'a; sądzi je-
dnak, że ostre zasklepienie wchodu dołu DOUGLAS'a bez zlepienia jego dolnej części,
zrostów i t. p. niezmiennie rzadko się zdarza. Jeżeli zaś cały dół DOUGLAS'a uległ
takim zmianom, wtedy nie powstaje wogóle postać klasyczna, lecz raczej guz wysię-
kowy. Postać klasyczna wymaga całkiem podatnego, przestronnego i o ile możności
swobodnego dołu DOUGLAS'a. Wielkość i głębokość dołu DOUGLAS'a jest różną
u różnych osób; objętość jego przy wypełnieniu pęcherza i prostnicy jest najmniejsza.
Zagłębienie to, przy zwykłej postawie ciała, tworzy najniższe miejsce jamy otrzo-
wnowej, a stąd oczywiście każdy wylew do niego spływać musi. Każdy silniejszy
krwiywlew w obrębie narządów miednicy wypełnia przedewszystkiem dół DOUGLAS'a,
wypierając pętle jelitowe, jakieby się w nim wówczas znalazły, do góry. Krew zaś,
jako ciało obce, wywołuje odczyn ze strony otrzewny w bardzo krótkim czasie.

Krew posiada swoistą i chwilowo różną zdolność do krzepnięcia; zdolność ta zosta-
je wzmożona albo raczej ułatwiona przez przymieszkę, jaką stanowi jajo płodowe
zewnątrzmacieczne. Małe ilości krwi w zdrowej otrzewny, posiadającej wybitną
zdolność chłonicnia, zostają wchłonięte wcześniej, zanim zdołają uleść skrzepnięciu;
ma to miejsce zwłaszcza wtedy, gdy niewielki krwiywlew nastąpił pomiędzy pętl-
o jelitowe. Otrzewna jednak, uległa zapaleniu, sprzyja krzepnięciu krwi, co utrudnia
jej wchłanianie. Im większy jest krwotok, tem krew powolniej wchłania się i krze-
pnie, a natomiast tem silniejsze występuje zadrażnienie otrzewny. Im bystrzejszym
prądem krew wypływa z obrazonej tkanki, tem trudniej krzepnie u źródła krwotoku.
Nawet drobna tętnica może spowodować krwotok śmiertelny, gdy tymczasem krwawie-
nie żyln- e, a jeszcze więcej mięzzsowe, ułatwia krzepnięcie krwi w bliskości krwawią-
cego źródła. Z takim zaś krwawieniem mamy do czynienia przy powstawaniu gu-
zów krwistych miednicy. Możliwość krzepnięcia krwi, w pobliżu miejsca
krwawiącego, daje nadzieję ustania krwotoku, co jednakże nie za-

leży jedynie od ucisku powstałego skrzepu na miejsce krwawiące, lecz także i od następowego odczynu otrzewny ściennej i trzewowej. Jeżeli krwawylew nastąpił do jamy otrzewny, to znaczna część krwi ruchami jelit zostaje wszędzie rozniesiona i szybko ulega wchłonięciu. Tam jednakże, gdzie się skrzep utworzy, powstaje odczyn w sąsiednim odcinku otrzewny i zaczyna się otorbienie skrzepu. Atoli nie należy tego tak rozumieć, że zaraz wytwarzają się błony rzekome naokoło skrzepu, lecz raczej wysięk plastyczny, który jednakże zupełnie wystarcza np. do zlepiania pętli jelitowych. TH. sądzi, że ma to ważne znaczenie przy powstawaniu wszelkiego rodzaju guzów krwistych wewnątrzotrzewnowych, a szczególnie wobec krwisteku klasycznego.

Ostatni ważny czynnik stanowi sposób powstawania krwotoku, a mianowicie: czy wylew krwi nastąpił odrazu, nagle, jak to bywa przy pęknięciu żyłaka, lub też — czy krwotok występuje z przerwami, cechującymi się klinicznie wydatnymi napadami, lub wreszcie w postaci ciągłego, powolnego sączenia się krwi. Te dwa ostatnie sposoby dotyczą się krwotoków, które najczęściej powstają przy całkowitem lub niezupełnem pęknięciu jajowodu ciężarnego. Klinicznie przeto różne te sposoby powstawania krwotoków przedstawiają tak cechujące objawy, że istotne ich znaczenie nie może być pominięte.

Uwzględniając wszystkie dopiero co podane okoliczności, nietrudno objaśnić powstawanie różnych postaci guzów krwistych wewnątrzotrzewnowych bez uprzedniego istnienia pustych przestworów, wytworzonych przez błony rzekome. Przypuśćmy, że w dole DOUGLAS'a i w najbliższej jego okolicy istnieją stosunki prawidłowe i nastąpił jednorazowy, nagły krwawylew ze źródła, znajdującego się w obrębie dołu DOUGLAS'a; wtedy następuje, zależnie od ilości krwawylewu, wypełnienie albo przepełnienie dołu DOUGLAS'a. Bezpośrednio potem występuje wstrząs (*shock*) tak gwałtowny, że chora pada, a conajmniej kładzie się do łóżka. Rozpoznanie krwotoku wewnątrzotrzewnowego jest natychmiast jasne. Badanie chorej nie więcej nie wykazuje, jak tylko nieznaczne podrażnienie dolnych okolic otrzewny; dół DOUGLAS'a przy badaniu palcem nie przedstawia całkiem nie prawidłowego. Stan chorej w danej chwili jest zatrważający; lecz już po upływie kilku godzin polepsza się: tętno staje się silniejszym, natomiast objawy podrażnienia otrzewny nieco się wzmagają; stan zatrważający nie powraca, krwotok ustaje. Już po upływie doby znajdujemy: dół DOUGLAS'a nieco wypukłony, sklepienie tylne pochwy ku dołowi zepchnięte, a macicę nieznacznie ku przodowi odsuniętą. W miednicy wielkiej jednakże jeszcze nie się nie wyczuwa; bolesność rozdętych jelit przeszkadza głębszemu obmacywaniu dolnej okolicy brzucha. W następnych dniach kilku uwydatnia się w jamie brzusznej górne, kopulaste odgraniczenie guza, jakoteż wypuklenie ku dołowi tylnego sklepienia pochwowego; poczynają występować wyraźne objawy ucisku narządów sąsiednich. Przy sprzyjających warunkach górna granica dosięga środka między pępkiem, a górnym brzegiem spojenia łonowego; sięga ona daleko wyżej, niż dno macicy, które wyraźnie od przodu się wyczuwa. Gdyby istotnie błony rzekome stanowiły to kopulaste zakończenie guza, to musiałoby się ono uwydatnić odrazu z poczynającym się krzepnięciem; tymczasem tak nie jest. Nadto bł. rzekome nie posiadają tak znacznej rozciągliwości, a stąd już wcześniej uległyby rozerwaniu. Owa kopuła nie jest niczem innem, jak tylko pozlepianemi pętlami jelita, przylegającego do krwawylewu, pomiędzy którymi znajduje się nieco krwi płynnej i drobnych jej skrzepów. Krwawylew wywołuje coraz większe podrażnienie otrzewny, jakoteż pęcherza moczowego i prostnicy. Stąd pochodzi częste pozywanie do wydalania moczu i stolca; tym sposobem dół Dou-

GLAS'a zyskuje na swej pojemności i coraz więcej krwią się wypełnia, już to z tego powodu, że pewna ilość krwi wchodzi do pustych przestworów, pozostałych jeszcze pomiędzy pętlami jelit; już też, że krew z miejsca krwawiącego jeszcze się potrosze sączy; już wreszcie, że zadrażniona otrzewna wysięku płynnego przysparza.

Stężenie rozpoczyna się naokoło całego obwodu w postaci osłony, około której otrzewna wytwarza wysięk plastyczny. Pęcherz i prostnica znowu więcej się napęniają, cisną od przodu i od tyłu na płynne jeszcze jądro i miękką osłonę guza; bezpośredniem następstwem czego jest to, że guz coraz mocniej się wypukla na dół do pochwy i ku górze do jamy brzusznej. Stąd to pochodzi, że guz ten przy krwistoku pozamaciernym przedstawia tak cechującą postać.

Jak tylko źródło krwawienia—pęknięty żyłak—dobrowolnie się zamknie, rozpoczyna się wchłanianie krwi wylanej; następuje to tem raźniej, im guz krwisty był mniejszy i im mniejsze było zapalenie otaczające go otrzewny. W miarę postępującego chłonięcia, oczywiście zmienia się postać i wielkość guza. W ciągu 3—4 tygodni nawet duże guzy krwiste zwykle ulegają wchłonięciu; daleko rzadziej pozostają bez zmiany (na stałe). Nie należy tego jednak brać w znaczeniu dosłownem, albowiem i guzy, długo opierające się wchłonięciu, z czasem zmniejszają się lub nawet znikają prawie bez śladu. Wreszcie jako ostateczne zakończenie guza krwistego może powstać torbiel.

Jeżeli wylew krwi następuje wprawdzie doraźnie, lecz w kilku rzutach, to aczkolwiek objawy ogólnie przy powstawaniu guza krwistego będą prawie też same, jak poprzednio, jednakże budowa jego może być rozmaita. Przypuśćmy, że pierwszy krwotok był znaczny i że źródło jego znajduje się poniżej nowopowstałego sklepienia. Ponownie wylewająca się krew z jajowodu rozpycha stare skrzepy, wypukla dno dołu DOUGLAS'a ku dołowi, a sklepienie jego w górę, które, gdy nie jest jeszcze dostatecznie mocne, pęka, i krew wylewa się do swobodnej jamy brzusznej. Jeżeli przeciwnie, pierwszy krwotok był niewielki, to powstaje naprzód mały guz krwisty w dole DOUGLAS'a poniżej źródła krwotoku; przy ponownym krwiwylewie krew spływa na ten guz poprzedni i także krzepnie; wskutek kilku następnych napaadów pierwotny guz pokrywa się coraz świeższymi skrzepami. Gdy źródło krwiwylewu znajduje się bardzo wysoko i krwotok często się ponawia, to krew ponad macicą dociera aż do powłok brzusznych tak, że powstaje zarazem guz krwisty przedmaciczny. Jako pouczający tego przykład TH. podaje opis spostrzeganego przez siebie przypadku, leczonego przez cięcie brzuszne, który dobitnie stwierdza, że typowy krwistek pozamacierny może się wytworzyć bez wszelkich zmian otrzewny dołu DOUGLAS'a i jego najbliższej okolicy.

Miejsce i rodzaj źródła krwotoku mają wogóle wielkie znaczenie. Im głębiej w dole DOUGLAS'a leży źródło krwotoku, tem więcej można liczyć na to, że krwawienie wkrótce ustanie. Im zaś wyżej leży źródło krwotoku, tem większy i gwałtowniejszy jest krwiwylew. Takimi głęboko leżącymi źródłami krwotoku mogą być naczynia żyłakowato rozszerzone: na tylnym listku więzadła szerokiego, na opadniętym jajniku, w splocie wicinowatym (*plexus pampiniformis*), a także, być może, pęknięcie silnie unaczynionych błon i więzadeł rzokomych. Jajowód ciężarny, i to nie inaczej, jak pierwotnie przyrośnięty, rzadko znajduje się w dole DOUGLAS'a. Daleko częściej za to jajowody, dotknięte nieżytem, bywają w dole DOUGLAS'a ustalone. W takich razach łatwo przychodzi do wytworzenia się wodniaka lub guza krwistego w jajowodzie, którego pęknięcie, podczas największego napływu miesięczkowego, może spowodować znaczny krwotok. Jednak i zdrowy jajowód może być, według niektórych autorów, źródłem krwotoku.

TH. ze swoich dwóch, szczegółowo opisanych przypadków dochodzi do wniosku, że krwisteki powstać mogą na gruncie cierpionia przydatków macicy, szczególnie zapalenia jajowodów bez ciąży jajowodowej; a nadto mogą się tworzyć w swobodnym dole DOUGLAS'a, co TH. nieledwo za prawidło uważa.

Krwistek pozamaciczny niezawsze leży zupełnie w linii środkowej, leoz zbacza więcej na jedną stronę, a mianowicie na tę, po której znajduje się źródło krwiywylewu. To siedlisko boczne będzie wydatniejsze w tych przypadkach, w których krew powolnie wypływała, raczej się sączyła, co sprzyja natychmiastowemu jej krzepnięciu w bliskości miejsca krwawiącego. Takie krwiywylewy prawie wyłącznie wywołują poronienie jajowodowe.

TH. polemizuje z SAENGER'em, który utrzymuje, że każdy krwistek, pochodzący z krwotoku jajowodowego, jest przedewszystkiem okołojajowodowym; że zachowanie się i położenie jajowodu wyznacza zarazem i położenie dla krwisteku; że o tyle, o ile ujście brzuszne jajowodu jest zwrócone ku zagłębieniu DOUGLAS'a albo na dnie jego leży, krwistek będzie pozamaciczny, a bynajmniej nie z tego powodu, że krew swoim ciężarem tam się gromadzi, jak to wielu jeszcze utrzymuje; że wreszcie tam, gdzie dół DOUGLAS'a nie istnieje, czy to wskutek zrostów, czy też wypełnienia go tyłozgiętą macią lub guzem, powstaje wyłącznie krwistek boczny, jako *haematocèle peritubaria sinistra s. dextra*. Przy ujściu jajowodowym, skierowanem ku górze i do przodu, powstaje *haematocèle ante-recte suprauterina*.

TH. na poparcie swych poglądów, już wyżej podanych, a do pewnego stopnia różniących się od SAENGER'owskich, podaje opis dwóch przypadków guzów krwistych bocznych przedmacicznych, w których dokonał cięcia brzuszego i przekonał się, że pierwotne istnienie zlepow w dole DOUGLAS'a, w przydatkach i pozostałym *perimetrium* nie jest warunkiem niezbędnym. TH. owszem sądzi, że wszystkie postaci guzów krwistych wewnątrztrzewnowych daleko częściej powstają skutkiem krwiywylewów do swobodnej jamy brzusznej. TH. nadto jest zdania, że w świeżych przypadkach guzów krwistych sposób ich powstawania da się zawsze wykazać, a tem samem dokładniej można określić rokowanie i leczenie. Owe boczne guzy krwiste zdaniem TH. prawie bez wyjątku są następstwem pęknięcia jajowodu ciężarnego. Aczkolwiek ciąża zewnątrzmaciczna w etyologii guzów krwistych wewnątrztrzewnowych odgrywa pierwszorzędną rolę, to jednakże nie ona sama wyłącznie je wywołuje; niezawodnie biorą w tem udział stany chorobowe przydatków macicy i naczyń krwionośnych, w obrębie otrzewny okołomaciczej się znajdujących. Prawie wyłącznie guzy krwiste wewnątrztrzewnowe powstają z krwotoków żylnych i mięsaszowych; z tętniczych zaś, gdy pęknie nieco znaczniejsze naczynie, i wtedy najczęściej krwotok jest śmiertelny.

Guzy krwiste wewnątrztrzewnowe, odpowiednio do ich przyczyny i kształtu, przedstawiają trzy grupy, pod względem klinicznym i rokowania różne mające znaczenie, a mianowicie: 1) klasyczne krwisteki pozamaciczne bez anamnezy ciąży zewnątrzmacicznej; 2) także krwisteki z takową anamnezą; i 3) guzy krwiste boczne z anamnezą ciąży zewnątrzmacicznej, które bardzo często kojarzą się z guzami krwistymi w dole DOUGLAS'a. Jeżeli częstość zapłodnienia następowego świadczy o powrocie narządu płciowego do stanu zupełnie prawidłowego, to typowy krwistek pozamaciczny daje pomyślniejsze rokowanie, niż mniej więcej boczne guzy krwiste wewnątrztrzewnowe, nieregularnego kształtu, których wyraźne siedlisko boczne wskazuje jako źródło krwotoku jajowodów. Poronienie jajowodowe, a głównie niezupełne, jest też wyłączną przyczyną tych nietypowych guzów

krwistych. Rokowanie w przypadkach tych nie jest tak pomyślne co do zupełnego powrotu do stanu poprzedniego, nie tylko dlatego, że częstokroć jajo, tkwiące jeszcze w jajowodzie, sprowadza ponowne krwotoki, a przez to nowe sprawy zapalne w otrzewny macicy wywołuje, lecz i z tego powodu, że wiele z podobnych chorych, przed zapadnięciem na guz krwisty przechodziło zapalenie przydatków macicy. Za tem przemawia bardzo wyraźnie ta okoliczność, że między tego rodzaju chorem znajduje się bardzo wielka liczba kobiet, pierwotnie lub wtórnie nie płodnych. Głównie pogarsza rokowanie pochodzenie guza krwistego od ciąży zewnątrzmacicznej, i to tem bardziej, im rozleglejsze zmiany uprzednio istniały w otrzewny okołomacicznej; im otrzewna ta jest mniej zmieniona, tem pomyślniejsze będą warunki do szybkiego wchłonięcia i zupełnego wyzdrowienia.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

150. HOENIGMANN (Wiesbaden). **Egipt jako stacya klimatyczna.** Chociaż przeszło od lat 40 Egipt znany jest jako miejscowość kuracyjna, jednakże dopiero w ostatnich czasach zwrócono większą uwagę na jego znaczenie lecznicze, a jednocześnie liczba szukających tu pomocy znacznie się zwiększyła. Wobec tego interesującym może być sprawozdanie, jakie przedstawił autor na zasadzie wrażeń, zebranych w ciągu kilkomiesięcznego pobytu w Egipcie.

Przedewszystkiem autor zadaje sobie pytanie, czy i o ile chorzy, wysyłani do Egiptu, właściwie są tu kierowani. Przy rozstrzyganiu pytania tego zwracać należy uwagę nie tylko na stopień rozwoju choroby, lecz więcej może na swoisty charakter choroby i indywidualność chorego. Krótki zaledwie pobyt w Egipcie przekonuje, jak niedokładne są wiadomości nasze w sprawie oddziaływania suchego powietrza na chorą błonę śluzową narządów oddechowych. Szczególnie niejasny jest wpływ ten w pewnych nieżytych z obfitą wydzieliną, a także w rozszerzeniach oskrzeli. Często z bytnia suchość powietrza niszczy całkowicie dobre wpływy, wywierane przez czystość tegoż. Wogóle najlepiej czują się tu chorzy, którzy cierpią na początki nieżyty z nacieczeniem, nawet z niewielkimi jamami i, co szczególnie ważne, ci, którzy poprzednio miewali krwotoki. Na tych ostatnich suche powietrze wywiera wpływ wprost zdumiewający. O ile więc wskazany jest klimat suchy, a daleka podróż nie stanowi wielkiej przeszkody, to najodpowiedniejszym miejscem pobytu jest Egipt. Surowa często zima Riviery, z jej wiatrem i deszczami, czynią miejscowość tę w każdym razie mniej odpowiednią od Egiptu. Pogoda tu stała, deszcz prawie nieznan. Tylko przy końcu zimy (w marcu lub kwietniu) panuje w ciągu dni kilku silny wiatr południowo-zachodni—Chamsin. Wiatr ten wywiera na niektórych przyjeźdźnych wrażenie przynębiające, lecz większość chorych na płuca i nerwy znosi go dobrze. Chory przez cały czas pobytu swego może przebywać na powietrzu. Ranki bywają chłodne, lecz powietrze ogrzewa się nader prędko, skutkiem czego poranki i wieczory należą do chwil najprzyjemniejszych.

Prócz chorych na płuca, i inni chorzy znajdują tu sprzyjające do wyzdrowienia warunki, a nawet być może w większym jeszcze stopniu. Przedewszystkiem powiedzieć to należy o chorobach nerek. Już w pierwszych dniach pobytu zmniejsza się białkomocz, który w wielu podostrych i w większej części przewlekłych i miąższowych przypadków służy do pewnego stopnia za miarę natężenia choroby. Przyczyna tego zjawiska spoczywa, zdaje się, w podniesieniu się ciepłoty skóry. Naczynia skórne rozszerzają się pod wpływem ciepłoty powietrza, gdy suchość powietrza nie dopuszcza nigdy do potów. Szybka przemiana materii, uskuteczniająca się drogą skóry, zmniejsza pracę nerek. Nawet u osób zdrowych zmniejsza się ilość moczu bez widocznych potów. Jednocześnie daje się zauważyć poprawa w stanie ogólnym. Prócz chorych na nerki należy w dalszym ciągu wymienić chorych na gościec stawowy i neurastenię. Pierwsi znajdują tu bezwzględnie

nia odpowiednie dla siebie warunki. Co się zaś tyczy drugich, to należy zachować pewną ostrożność w polecaniu Egiptu, jako miejsca leczniczego. Dla mieszkańców Niemiec, a szczególnie północnych i północno-wschodnich części, warunki klimatyczne Egiptu, nadewszystko zaś nadmiar światła, działają drażniaco, co dla osłabionego układu nerwowego jest zupełnie nieodpowiednie. Zresztą te same warunki klimatyczne działają na jednych podniecająco, na innych, szczególnie cierpiących na niedokrwistość, osłabiająco, nużąc, kiedy znów innych tak drażnią i pobudzają, że wywołują bezsenność. Z drugiej jednak strony, ten nadmiar światła, ta cisza, ta bezbrzeżna, samotna pustynia, wreszcie cała przyroda—na wielu chorych nerwowych działa tak znakomicie, jak może żadna inna miejscowość. Wogóle spotykamy tu ogromną różnorodność wpływów i warunków, co lekarz, dobrze i szczegółowo z warunkami miejscowymi obznajmiony, skutecznie może wyzyskać w celach leczniczych.

Dla wszystkich wogóle chorych nieobojętną jest rzeczą, do jakiej części Egiptu udać się mają. W Dolnym Egipcie z najodpowiedniejszych miejsc pobytu wymienić należy: Kairo, Giseh, Heluan, Ramleh, w Górnym Egipcie Luxor i Asuan. O ile to jednak jest możliwe, chory powinien korzystać z klimatu całego Egiptu i zmieniać miejsce zamieszkania stosownie do pory roku. Podczas najbar dziej gorącej pory roku winien wybrać miejsce pobytu w Dolnym Egipcie; potem, po nastąpieniu chłodniejszej pory, może się udać do Górnego Egiptu i zatrzymać się w Assuanie lub Luxorze, skąd powrócić może w końcu lutego lub w początku marca znów do Dolnego Egiptu.

Co się tyczy Górnego Egiptu, to H. własnego doświadczenia w tym względzie nie posiada; jednakże osoby, obeznane z tą częścią Egiptu, odzywają się z wielkiem uznaniem o znakomitych warunkach klimatycznych tej części.

Z trzech stacyi klimatycznych Górnego Egiptu: Kairo, Giseh i Heluan, pierwsza t. j. Kairo najmniej jest dla chorych odpowiednią. Szalony ruch w tej starożytniej metropolii Wschodu, ogromna ilość wrażeń, jakie odbiera tu podróżnik na każdym kroku, cała masa przedziwnych, a nieznanych Europejczykowi szczegółów, utrzymują w stanie ciągłego a niepożądanego podniecenia. Jeżeli dodamy do tego zanieczyszczenie powietrza, silny zapach tłuszczu baraniego na wszystkich prawie ulicach, to przekonamy się, że dłuższy pobyt w Kairze prawdziwie niebezpiecznym okazać się może. Nadto, wskutek bliskości Nilu, miejscowość jest o wiele wilgotniejsza od innych. Jeżeli pomimo to wszystko pobyt w tem mieście nie okazuje się szkodliwym, to zawdzięczać to należy potędze słońca afrykańskiego.

Inaczej przedstawia się Giseh, albo właściwiej mówiąc, zakład hotelowy Mena-House w pobliżu piramid. Położona prawie w pustyni, albo ściślej mówiąc, na jej brzegu, otoczona z jednej strony ciemno-zielonemi polami, a z drugiej bezpośrednio stykająca się z niebotycznymi piramidami Cheops, Chefren i t. d., poprzerynana wreszcie pojedynczemi palmami lub laskami palmowym, miejscowość ta istotnie przedstawia rozkoszny pobyt. Dodajmy do tego powietrze przezroczyste, wolne od pyłu i kurzu wielkomiejskiego i wilgoci, nadto hotele urządzone z komfortem i wszelkimi wygodami. Uciążliwymi dla chorego mogą tu być jedynie stosunki z obcymi, krzyk, ciągły gwar beduinów, którzy stale ofiarowują swoje usługi.

Ci jednak chorzy, którzy pragną odetchnąć prawdziwie świeżem powietrzem pustyni i żyć spokojnie w dali od zgiełku, najlepiej czuć się będą w Heluan w Dolnym Egipcie na prawym brzegu Nilu. Powstanie swe i rozwój zawdzięcza miasteczko słynnemu już w starożytności źródłom siarczanym. Miasteczko wogóle odznacza się malowniczym położeniem, okolice także są pełne uroku. W Heluan, bardziej niż gdziekolwiek, występuje w całej pełni klimat pustyni ze wszystkimi swemi stronami dodatnemi; nadto spokój, cisza pustyni rażąca stanowi sprzeczność z gwarem Kairu i Mena-House. Dodać także należy, że i hotele tutejsze zapewniają wszelkie wygody. Pozostaje tylko do życzenia, aby towarzystwo, w którego rękach spoczywa przyszłość tej miejscowości, postarało się o ulepszenie dróg do miejsc, służących jako cel wycieczek, a nadewszystko o bardziej odpowiednie urządzenie kąpieli siarczanych, które wszakże ważnym mogą być czynnikiem w leczeniu chorób nerek i gośćca stawowego. Powiedzieć wszakże należy, że w każdym razie dużo już zrobiono, aby z miejscowości, położonej w środku pustyni, uczynić znakomitą stację klimatyczną.

Na zakończenie dodać należy jeszcze słów kilka, aby odpowiedzieć na pytanie, jak długo trwać winien pobyt w Egipcie. Chory winien opuścić Europę przed nastąpieniem zimna, wiatrów i wilgoci, a wracać może dopiero wówczas, kiedy napewno liczyć może na ciepłe powietrze. Dlatego też wyjazd powinien nastąpić jeszcze w pierwszej połowie listopada, zaś powrót nie wcześniej, jak w początku maja. Przy wcześniejszym powrocie znaczna różnica w temperaturze może bardzo niekorzystnie oddziaływać, szczególnie na chorych na płuca i nerki. Dla tych ostatnich, t. j. dla chorych na nerki byłoby najkorzystniej, o ile naturalnie warunki osobiste pozwalają, przedłużyć pobyt swój w Egipcie do lipca, następnie udać się do Syrii lub Palestyny, skąd w końcu października wrócić do Egiptu, aby tam przebyć drugą zimę.

Kto raz poznał warunki klimatyczne Egiptu, ten czuje się nie tylko powołanym, lecz poniekąd obowiązany prowadzić propagandę w tym kierunku, albowiem najmniej spostrzegawczy badacz nie może nie być zachwyconym tem bogactwem środków i sił, jakie przyroda skupiła w tym kraju i jakie można wyzyskać ze znakomitą skutkiem w celach leczniczych.

(*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1895, N. 34.).

M.

151. GRANCHER. Częstość i wyleczalność gruźlicy. Prof. GRANCHER zwraca uwagę na to, iż o częstości gruźlicy wnosi się zwykle z oficjalnych wykazów śmiertelności; i aczkolwiek w wykazach tych liczba zmarłych na gruźlicę stanowi przewagę w porównaniu ze śmiertelnością z innych chorób, to liczba ta jest prawie niczem wobec olbrzymiej liczby przypadków gruźlicy, nie kończących się śmiercią z tej choroby. Wedle urzędowej statystyki, ogólna śmiertelność we Francji wynosi 22 zgonów na 1000 jednostek rocznie. W cyfrze tej mieści się 3—4 zgonów z gruźlicy, zatem nieco więcej, niż siódma część wszystkich zgonów. Tymczasem D-r BROUARDEL, robiąc badania pośmiertne zwłok w paryskim domu przedpogrzebowym, zwanym la Morgue, przekonał się, że na 100 osobników wogóle, przypada 60 gruźliczych, aczkolwiek ma się tam do czynienia ze zwłokami osobników zmarłych gwałtowną śmiercią, po największej części zupełnie zdrowych. Na podstawie wyniku tego możnaby przyjąć, że odsetka 60 może nie przekracza bardzo rzeczywistej odsetki osobników gruźliczych, w pewnych przynajmniej warstwach zaludnienia Paryża.

Do podobnych całkiem wyników, acz inną zupełnie drogą, doszedł D-r PICINI, badając zwłoki osobników zmarłych na wszelkie inne choroby, lecz nie na gruźlicę. Badacz ten zastrzykiwał świncom morskim rozrzucone gruczoły chłonne, z osobników tych wzięte, i przekonał się, że w 40 przypadkach na 100, świnki ulegały typowej gruźlicy. Rozprzestrzenienie się przeto laseczniczaka gruźliczego jest tak powszechne, że około $\frac{1}{3}$ części wszystkich ludzi nosi go w sobie; i jeżeli z 1000 jednostek nie umiera rocznie więcej, biorąc przecięciowo, niż 3—4 osoby z gruźlicy, to natomiast w tymże tysiącu znajduje się do 350 jednostek gruźliczych, rozumiejąc pod tem określeniem posiadaczy laseczniczaka Koch'a, aczkolwiek nie zdradzają się one u nich żadnymi widocznymi objawami.

Z drugiej strony, przypatrzmy się dzieciom różnych klas społecznych, a szczególnie dzieciom klasy biednej. Ile tam jest osobników słabo rozwiniętych, nędznych, dotkniętych zółtami przynajmniej w połowie; a jednak większość z nich dochodzi średniego wieku, wiek ten przekracza lub nawet dożywa starości, jak i inni. Mając dane te na względzie, prof. GRANCHER na pociechę ludzkości wypowiada zdanie, któreby się mogło wydać paradoksalnem, że gruźlica należy do najbardziej wyleczalnych chorób.

Zwrócić należy uwagę i na to, że zbytnia częstość gruźlicy nie stanowi wyjątku, miastom wielkim właściwej. W niektórych departamentach Francji, jak np. Creuse, gruźlica jest częstsza, niż w innych. Daleko rzadszą stosunkowo jest w Côte-d'or, kraju bogatym, którego mieszkańcy nie emigrują tak do Paryża, jak z Creuse. Ci ostatni, nabywszy zarodku choroby w stolicy, powracają potem z nim do siebie, innym go udzielając.

Jest rzeczą pewną, iż zarówno w mieście, jak i na wsi, liczba śmiertelnych przypadków w porównaniu z liczbą jednostek gruźliczych jest bardzo nieznaczna. Samoistne wyleczenie się z gruźlicy, t. j. li tylko siłami samej przyrody, jest tu prawdą.

Prof. G., badając drogi, któremi samoistne leczenie przychodzi do skutku, bierze pod uwagę: działanie lasecznika na tkanki i wpływ toksyn t. j. tuberkuliny. Nie w laseczniku szukać należy przyczyny zgubnego wpływu na tkanki, lecz w tuberkulinie, na działaniu której polega całe niebezpieczeństwo. Aby wyleczyć gruźlicę, nie jest dostateczne zabić wszystkie laseczniki, jakie się w chorym ustroju znajdują; należałoby jeszcze zwłoki ich usunąć (gdyż nawet martwy lasecznik zawiera w sobie substancje czynne, jakie za życia z siebie wydzielał), co jest niemożliwe. Zatem tylko przeciw tuberkulinie działać należy, i wtedy też będziemy mogli powiedzieć, że posiadamy w ręku środek leczniczy przeciwgruźliczy, gdy znajdziemy substancję, mającą własność zubożniania szkodliwego wpływu tuberkuliny, t. j. mającą własności antytoksyczne, czyli antituberkulinę.

Szczęśliwe wyniki, jakie otrzymujemy na drodze operacyjnej w gruźliczem zapaleniu opłucnej lub otrzewnej, objaśniają się usunięciem (toksycznego) płynu, chroniąc tym sposobem ustrój od wessania tuberkuliny. Po otworzeniu i opłukaniu jam laseczники nie są już zdolne do wytworzenia nowego zapasu toksyn. Od tej chwili mogą być one pokonane wysiłkami pierwiastków komórkowych, nie przeszkadzając do wyleczenia.

Zoźłowe i arttryczne postaci suchot płucnych leczą się samoistnie t. j. siłami przyrody, gdy tymczasem suchoty o przebiegu ostrym, t. zw. *phthisis florida*, są groźne.

Im sprawa gruźlicza jest dawniejsza, tem mniej przedstawia dla ustroju niebezpieczeństwa, nie tracąc nic ze swej zaraźliwości. Jako przykład przytacza prof. G. przypadek, w którym pewien suchotnik poślubił cztery zdrowe kobiety, jedną po drugiej, i udzielił im zarazy, tak, że wszystkie bez wyjątku w ciągu krótkiego czasu zmarły na gruźlicę, gdy tymczasem on sam przeżył je wszystkie.

Wszelkie osłabienie ustroju, z jakiegokolwiekby ono pochodziło powodu, usposabia w najwyższym stopniu do gruźlicy, która wtedy staje się chorobą śmiertelną; tu należy: praca wycieńczająca, niedostatek, alkoholizm, przymiot i wreszcie okres zdrowienia po przebyciu chorób zakaźnych.

Gdy dany osobnik dotknięty został zarazą, będąc zupełnie zdrowym, nie da się opanować lasecznikom bez stoczenia z nimi zaciętej walki; skutkiem tego uzyskuje on na czasie, laseczники mogą być unieruchomione, wreszcie może nastąpić zupełne wyleczenie. Środek, jakiego ustrój używa w celach samoobrony, polega na otorbieniu laseczników zapomocą tkanki włóknistej; atoli ustrój może podolać temu zadaniu tylko wtedy, gdy był zdrowym w chwili, gdy go choroba zaskoczyła. Ogólny przeto z powyższego wniosek, który się wydać może zbyt naiwnym, lecz który odpowiada rzeczywistości stanowi rzeczy, brzmi: najlepszym środkiem przeciw gruźlicy jest zdrowie.

(*Bullet. méd. de Paris*. 10 Oct. 1895).

H. D.

152. GRAWITZ. Zmiany w składzie krwi pod wpływem zaburzeń w krążeniu.

Dla uniknięcia pomyłek, spowodowanych przyczynami ubocznymi, jak zmianami w nerkach, w unerwieniu mięśni naczyń krwionośnych, ogólną niedokrwistością, autor brał do badań krew od osób ze świeżymi zaburzeniami w krążeniu wskutek wady serca, lub też od chorych na przewlekłe cierpienia serca, z niedostateczną działalnością tegoż narządu, bez większych zmian w innych narządach; krew była brana zawsze z tych samych części ciała: z powierzchownego nadcięcia końca palca lub ucha i z żyły łokciowej. Krew żylna okazywała się stale znacznie uboższą w ciała czerwone i białe i w części składowe stałe, a znacznie bogatszą w wodę, niż krew z cięcia skórniego; różnica powiększała się ze wzmożeniem obrzęków i niedostateczności siły serca. Fakt ten obala zupełnie doświadczenia OERTEL'a, który znajdował, że z naczyń włosowatych przesącza się woda do tkanek, wskutek czego krew w żyłach jest więcej zgęszczona i zawiera więcej części stałych, że zatem rozwodnienie krwi przy chorobach serca następuje wskutek zwykłego wprowadzania do ustroju płynów przy zmniejszonem wydzielaniu tychże. Wnioskami tymi OERTEL kierował się przy leczeniu chorób serca i nadawał im szerokie zastosowanie. Przy wadach zastawkowych w przypadkach świeżo naruszonej równowagi w krążeniu znajdował GRAWITZ znaczne zmniejszenie części stałych we krwi i surowicy i nadmiar wody w tej ostatniej. Z powrotem do obiegu prawidłowego i zrównoważeniem działalności serca, następowała zmiana w kierunku prawidłowego

ustosunkowania części składowych krwi. Zmiany te występowały przy każdym zaburzeniu, nawet przy silniejszym biciu serca, ustępowały przy powrocie krążenia. Zmiany te zależą od zmniejszenia się siły serca, obniżenia ciśnienia krwi, mniejszego napełnienia układu tętniczego, co wywołuje zmniejszenie wydzielin nerkowych, rozszerzenie naczyń włosowatych i przesiek wody z tkanek do tych ostatnich, wskutek czego krew, w miarę zbliżania się do żył, staje się bardziej wodnista. Przy obrzękach przewlekłych i zastoju, wskutek wad serca, ilość wody we krwi zmniejszała się, zgęszczenie i liczba czerwonych ciałek powiększały się i, wbrew poprzednim twierdzeniom, zgęszczenie było większe w naczyniach włosowatych, niż w żyłach. Wodnistość surowicy trochę zwiększała się. Zjawiska te najsilniej występowały w obiegu małym włącznie z sercem prawem, co objaśnia się nadmiernym rozszerzeniem naczyń włosowatych, stykaniem się na znacznie większej przestrzeni rozszerzonych naczyń z powietrzem, wolniejszym obiegiem krwi i znacznie szybszym oddechem, które to czynniki powodują znaczne wydzielanie wody z powietrzem. Pewną rolę gra tutaj przesiekanie płynu do tkanek wskutek utrudnionego odpływu żylnego do serca. Na skład krwi wpływa też podług autora przesiek w kierunku odwrotnym t. j. z tkanek do naczyń, i badając krew w przejściu z tętnic do żył, znajdował G. tem większą wodnistość, w miarę, jak krew zbliżała się do żyłnej. Wskutek tego przy zaburzeniach przewlekłych w krążeniu mamy ostatecznie normalną prawie lub zlekka obniżoną koncentrację przy znacznym rozwodnieniu surowicy. To też po osadzeniu się ciałek krwi pozostała część zawiera bardzo znaczną ilość wody i wolną hemoglobinę.

W niektórych przypadkach, zakończonych śmiercią, ilość tej ostatniej była bardzo znaczna. Przyczyną zjawiska tego jest powiększenie CO_2 we krwi, co według LANDOIS zmniejsza zdolność czerwonych ciałek do utrzymywania w stanie związanym hemoglobiny, a wskutek rozluźnienia związku hemoglobina bardzo łatwo wydziela się i następuje znacznie silniejsze rozpadanie się czerwonych ciałek w wątrobie, wzmożone wytwarzanie żółci z następczą żółtaczką, dosyć często spostrzeżaną u chorych na serce. W późnych okresach choroby zmiany wtórne, powstające pod wpływem upośledzonego krążenia i odżywiania, utrudniają wyjaśnienie wzajemnego stosunku działalności serca, składu krwi i soków tkankowych. Powiększenie ilości czerwonych ciałek przy chorobach serca z zaburzeniami w krążeniu tłomaczyć niektórzy rozmnożeniem ich. Podobne zjawisko, tylko w większym stopniu, spostrzegamy w górach, gdzie w przeciągu kilku lub kilkunastu godzin, przy przejściu z równiny na szczyty górskie, ilość ciałek czerwonych znakomicie się powiększa. Paul BERT, VIAULT, EGGER, WOLF i KOEPE, badając zjawisko to, znaleźli, że ilość czerwonych ciałek pomnaża się odpowiednio do wysokości, rozrzedzenia powietrza i mniejszego nasycenia krwi tlenem. Wskutek tych spostrzeżeń i faktu, że we krwi znajdują się wtedy liczne postacie przejściowe, stworzono hipotezę, że powiększenie liczby czerwonych ciałek odbywa się przez rozmnożenie, wywołane podrażnieniem narządów krwiotwórczych mniejszą zawartością we krwi tlenu i rozrzedzeniem powietrza. PIERRE MOVUÉ i REINERT przenieśli ową hipotezę na chorych sercowych, u których jakoby powiększenie ilości ciałek czerwonych przez rozmnożenie odbywa się wskutek ubytku tlenu we krwi. Twierdzenie to nie wytrzymuje krytyki, gdyż trudno przypuszczać, że podczas wznoszenia się w górę mogą wytworzyć się takie ilości czerwonych ciałek, a zwiększenie ich liczby jest względne i pochodzi ze zgęszczenia krwi z powodu znacznej utraty wody w górach. Postacie przejściowe zaś pochodzą z rozpadu czerwonych ciałek.

Jeszcze mniej może znaleźć zastosowanie teoria rozmnażania przy chorobach serca. Nie widzimy też rozmnożenia czerwonych ciałek w innych stanach analogicznych, w których nasycenie krwi tlenem jest też utrudnione, np. przy odmie piersiowej, przy dużych wysiękach w opłucnej. Przytem w chorobach serca powiększenie liczby czerwonych ciałek nie jest najsilniejsze podczas największej duszności; przeciwnie, występuje ono daleko wybitniej przy poprawie działalności serca, stanu ogólnego i zmniejszeniu duszności, co jest zupełnie sprzeczne ze wspomnianą teorią.

(*Deutsches Archiv für klinische Medizin.* Bd. 54. 1895).

A. Białobrzęski.

153. **TERRIER.** Chłirgiczne leczenie zapaleń zakaźnych pęcherzyka i dróg żółciowych. Leczenie wewnętrzne tych zapaleń, które są wszystkie pochodzenia zakaźnego, absolutnie nie prowadzi do celu. Lekarze obecnie zgadzają się na operacye w przypadkach zapaleń ropnych. Prócz tego są jeszcze przypadki zapaleń pęcherzyka i dróg żółciowych bez ropienia, w których zabieg chirurgiczny jest też konieczny, te bowiem przypadki, pozostawione samym sobie, kończą się śmiercią. W przypadkach tych wskazana jest cholecystostomia, która przedstawia następujące korzyści: odrazu wypuszcza się zawartość pęcherzyka żółciowego wraz z kamieniami; dalej żółć, wypływając, zabiera ze sobą pierwiastki gnilne, będące w drogach żółciowych; tym sposobem w końcu drogi te będą poczęści odkażone.

Przypadek pierwszy autora dotyczył chorej 43-letniej, cierpiącej na kolke wątrobową od lat dwóch, żółtaczkę przewlekłą i gorączkę od wielu tygodni. Wykonano cholecystostomię, wydobyto kilka kamieni z pęcherzyka i założono sączek. Gorączka ustąpiła odrazu, żółć wypływała łatwo, po 15 dniach stolce były zabarwione; we dwa tygodnie potem chora mogła wychodzić, mając przetokę, którą pozostawiono dlatego, że małe kamienie jeszcze się wydzielaly, a nadto przy badaniu znajdowano w żółci, wydzielającej się przez przetokę, stale laseczniki okrężnicy, chociaż ilość białych ciałek krwi znacznie się zmniejszyła. Oprócz tego operował T. z dobrym skutkiem jeszcze dwie podobne chore.

(*La semaine médicale* 1895 N. 52).

W. S.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. październik r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 62 (m. 31, k. 31); przybyło w październiku 114 (m. 49, k. 65); wypisało się 110 (m. 51, k. 59); zmarło 8 (m. 3, k. 5); pozostało na miesiąc następny chorych 56 (m. 26, k. 30).

Ogólna liczba chorych była nieco mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, ale bezporównania większa, niż w odpowiednim czasie roku zeszłego. Główną chorobą panującą u dorosłych była w dalszym ciągu róża i po części biegunka krwawa, która dość licznie jeszcze występowała. Pierwszej mieliśmy w ubiegłym miesiącu aż 44 przypadki (m. 11, k. 33), t. j. tyle, ile we wrześniu; przebieg wszakże choroby był nierównie cięższy, niż dotychczas. W większości przypadków róża występowała w postaci pęcherzowej, z zaburzeniami mózgowemi; liczne również były przypadki róży zgorzelowej, jak również z powikłaniami ze strony płuc, żołądka i kiszek. Prócz róży t. zw. samoistnej, często widywaliśmy i różę przyranną (chirurgiczną), oraz kilka przypadków róży gardzieli. Śmiercią z powodu powikłań zakończyły się 4 przypadki (m. 2, k. 2). Chorzy pochodzili z ulic i domów: Wspólna 26 i 34, Szpital Św. Ducha, Pańska 4, 21, i 52; Przyokopowa 16, Chłodna 32, Ogrodowa 13 i 68; Grójecka 15, Rycerska 4, Ś-to Jerska 26, Browarna 10 i 21; Włodzimierska 2, Wolska 45 i 33; Solna 8, Zielna 2, Nowolipie 4, Gęsia 103, Dzielna 9, Śliwicka 14, Hoża 16, Mostowa 8, Żelazna 44, Freta 53, Śliska 6 i 48; Brukowa 2 i 5; Niska 52, Szpital Dz. Jezus, Łucka 37, Wołyńska 11, Muranowska 13, Karmelińska 3, Smocza 16, Kacza 25, Pawia 47 i Królewska 35.

Co się tyczy biegunki krwawej, której mieliśmy przypadków 31 (m. 16, k. 15), to przebieg jej był znacznie lżejszy i krótszy, niż w miesiącu ubiegłym. 4 (m. 1, k. 3) śmiercią zakończone przypadki odnoszą się przeważnie do chorych dawniej przybyłych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Plac Krasiński 1, Franciszkańska 2, Mokotowska 43, Żelazna 36, Stalowa 19, Litewska 8, Krakowskie Przedmieście 1, Terespolska 10, Pawia 81, 52 i 6; Wrońska 34, Podwał 3, Nowolipki 92, Freta 48, Żytnia 25, Krochmalna 49, Gęsia 19, Ogrodowa 5 (2 przypadki), Leszno 14, Browarna 12 (2 przypadki), Parkowa 17, Solna 15, Prosta 42, Górczewska 82 i Pańska 88.

Na zaznaczenie zasługuje, iż tyfus brzuszny w dalszym ciągu względnie dość często występuje. Zanotowaliśmy 5 przypadków (m. 3, k. 2), z przebiegiem niezbyt ciężkim, z ulic: Brzeska 5, Żórawia 43, Mokotowska 21 oraz ze wsi Mokotów i Kolo. Wszystkie zakończyły się pomyślnie.

Częściej, niż w miesiącu ubiegłym, występowała odra, której mieliśmy przypadków 6 (m. 4, k. 2) u dorosłych, z zejściem pomyślnem, z ulic: Podwał 3, Elektoralna 53, Gęsia 87, Burakowska 10, Pańska 41 i Dzika 20.

Rzadko bardzo w dalszym ciągu występują: ospa i tyfus wysypkowy. Pierwszej mieliśmy 3 przypadki (m. 1, k. 2) u chorych szczepionych, z przebiegiem bardzo łagodnym, z ulic: Leszno 18, Grzybowska 7 i Wielka 8. Tyfusu zaś tylko 2 przypadki (Grzybowska 23, i m. Łódź).

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy po 3 przypadki płonicy (Zgoda 5, Senatorska 27 i Złota 22) i zapalenia płuc krupowego, oraz 9 przypadków *anginae follicularis*.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy po 1 przypadku nieżytu żołądka i kiszek, oraz po 2 pryszczycy i zapalenia tkanki łącznej podskórnej.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 12.

J. Szwejcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= SKERRITT stosował kofeinę w wielu przypadkach astmy z dobrym skutkiem: *Cof. citr.* 0,3 co 4 godziny. Jeżeli napady występują w nocy, S. podaje choremu przed snem 0,3—0,6 *cof. citr.* Nawet przy tak znacznych dawkach żadnych złych działań ubocznych S. nie spostrzegł. (*Practitioner*. 1895—IV). W. Z.

= STIEGLITZ na zasadzie dwóch spostrzeżeń twierdzi, że i u osób, niedotkniętych obrzękiem śluzowym, przetwory gruczołu tarczowego potęgują wzrost paznokci i włosów. W przypadkach S. paznokcie, o brunatnym, s zorstkim, pomarszczonym wyglądzie, podczas leczenia ustępowały miejsca zupełnie zdrowym. Po przerwaniu leczenia paznokcie znów powracały do pierwotnego stanu chorobliwego, ażeby pod wpływem powtórnego leczenia znów nabrać cech paznokci zdrowych. (*New York M. J.* 1895. V). W. Z.

= PACCINOTTI w całym szeregu przypadków przewlekłego nieżytu oskrzeli po influency

znajdował stale w płwocinie *bacillus fluorescens liquefaciens*, dawniej już wykryty przez FLÜGGE'go w gnijących substancjach i w wodzie. Lasecznik ten, nadający płwocinie barwę zielonkową, jest chorobotwórczy, co potwierdziły i doświadczenia nad zwierzętami. (*Gaz. d. osp.* 1894—144). W. Z.

= SCHMEY leczy z doskonałym skutkiem hemoroidy zapomocą codziennego smarowania 2% roztworem lapisu. Smarowania te nie sprawiają żadnego bólu. (*Allg. Med. Centralztg.* 1895 N 73). W. M.

= WACHHOLZ na zasadzie badań swych dochodzi do wniosku, że jakkolwiek w otruciu karbolem większa część tegoż wydziela się przez nerki, jednakże zawsze ma miejsce wydzielanie się przez narządy odechowe. Stąd też pochodzą zmiany w narządach oddechowych, które mogą występować w postaci *laryngotracheo-bronchitis* albo też *bronchopneumoniae*. (*Deutch. medicin. Wochenschr.* 1895 N. 9).

Wiadomości bieżące.

— Na ostatniem posiedzeniu Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej uchwalono ustanowienie posad nadetatowych ordynatorów w szpitalach: Dzieciątka Jezus w oddziale chorób wewnętrznych i w szpitalu Żydowskim, oraz w szpitalu Św. Jana Bożego z pensją rs. 500 rocznie. Oddział chorób wewnętrznych u Dzieciątka Jezus, liczący 250 łóżek, obsługiwany jest obecnie przez 6-ciu lekarzy; na jednego więc lekarza wypada chorych przeszło 40, rzadko kiedy mniej, gdyż łóżka te prawie zawsze wszystkie są zajęte. Jest to stanowczo za dużo. Powiększenie przeto personelu lekarskiego bardzo jest pożądane. Szpital Św. Jana Bożego posiada 3-ch lekarzy. Z uwagi, iż w szpitalu tym mają być zaprowadzone dyżury, postanowiono dodać czwartego lekarza. Również ko-

niecznem okazało się zwiększenie liczby lekarzy w oddziale chirurgicznym szpitala Żydowskiego, zwłaszcza, że liczba łóżek ma być w oddziale tym zwiększona o 40. Oddział ten liczyć będzie 120 łóżek. Chirurgów było 3-ch, obecnie będzie 4-ch. Wogóle rzecz można, iż szpitale nasze posiadają za szczupłą liczbę lekarzy. Sądzimy, że z czasem się ona zwiększy i że za obecną uchwałą pójdą inne, czyniąc za dość potrzebie. Lekarzy, którzyby w charakterze ordynatorów bezpłatnie w szpitalach pracować chcieli i budżetu instytucji nie obciążali, zawsze się znajdzie dostateczna liczba.

Taż rada postanowiła zwrócić się do ministerium spraw wewnętrznych o utworzenie przy wolskim szpitalu Zapasowym 5 etatowych posad lekarzy, a mianowicie: starszego leka-

karza z pensją 1,200 rs. rocznie, starszego ordynatora—900 rs. i 3 młodszych ordynatorów—po 600 rs., z zaliczeniem wyżej wzmiankowanych osób do służby państwowej. Taż rada miejska postanowiła nadto zwrócić się do władzy właściwej o dodanie dwóch lekarzy nadetatowych szpitalowi praskiemu, zwłaszcza, że niezadługo nastąpi tam otwarcie nowego pawilonu na 50 łóżek.

— W początkach b. m. odbyła się uroczystość otwarcia kolegium lekarskiego (Collegium medicum) w Krakowie. Okazały gmach, mający 90 metrów frontu, służy do pomieszczenia pięciu pracowni, a mianowicie: anatomii patologicznej, patologii ogólnej i doświadczalnej, fizjologii z histologią, farmakologii i farmakognozy, na koniec medycyny sądowej. Dawniej pracownie te mieściły się w szczupłych, wielce niedogodnych, bez dostatku światła, lokalach, po części wynajmowanych w domach prywatnych. Dziś gmach, mieszczący te pracownie, urządzone wedle współczesnych wymagań, należy do największych w Krakowie. Uroczystość otwarcia miała charakter poważny, przy wielkim napływie publiczności oraz licznych delegatów. Podczas uroczystości rozdawano obecnym Pamiętnik zakładu fizyologicznego w Uniwersytecie Jagiellońskim 1885—1895, wydany nakładem współpracowników zakładu fizyologicznego.

— W dniu 29 ubiegłego miesiąca d-r Adolf BECK, prof. fizjologii w Uniwersytecie Lwowskim, miał wykład wstępny „O zjawiskach życiowych i sposobach ich badania“. Pod koniec swego wykładu prof. B. zwraca uwagę na to, iż badania fizyologiczne tak obecnie, a tembardziej z postępem czasu wymagają i wymagać będą coraz większej liczby środków i kosztownych urządzeń, specjalnych instytucji, wyposażonych w odpowiednie pomoce materyalne, a w tym względzie o nowym instytucie fizyologicznym we Lwowie tak się wyraża: „Taki nowy a piękny, wymaganiom obecnego stanu nauki w zupełności odpowiadający zakład fizyologiczny przybywa teraz młodemu wydziałowi lekarskiemu. Zbudowano i urządzono zakład ten w sposób taki, że może śmiało stanąć obok najlepszych zakładów fizyologicznych zagranicą“.

— Atlas mózgu człowieka i przebiegu włókien, przez d-ra Edwarda FLATAU wydany poprzednio w języku niemieckim, z przedmową prof. MENDEL'a, ukazał się obecnie w przekładzie polskim nakładem księgarni KARGER'a w Berlinie. Wydanie polskie poświęcił autor pamięci prof. Tytusa CHALUBIŃSKIEGO. Atlas składa się z dwóch części, a mianowicie: tekstu i tablic.

Na podwójnej tablicy autor przedstawił szematycznie na licznych rysunkach przebieg włókien nerwowych. Przebieg włókien oznaczony jest różnymi kolorami, co znakomicie ułatwia oryentowanie się w zawiłej budowie i niemniej zawiłych stosunkach do rdzenia i mózgowia. Na 8 tablicach znajdujemy 11 dokładnych zdjęć fotograficznych świeżego mózgu (nie zmienionego przez płyny konserwujące). Atlas d-ra FLATAU śmiało zalecić możemy każdemu lekarzowi praktykowi (Cena 12 marek).

— „British medical Journal“ drukuje list d-ra PAULI, który na cmentarzu miasteczka Dorsetshire znalazł nagrobek z napisem: „poświęca się pamięci Benjamina Jesty DOWNSTAR'a, zmarłego 16 kwietnia 1816 r. Zmarły był pierwszym, który używał ospy krowiej do szczepienia. Pierwszą próbę wykonał zmarły na swojej żonie i 2 synach w roku 1774“.

(La médecine moderne. 19.XI).

— W główniejszych miastach Zachodu prasa lekarska protestuje przeciwko bezpłatnemu leczeniu w ambulatoriach bez wszelkiej kontroli, a to z powodu tego, że bardzo wiele osób zamożnych korzysta z bezpłatnego leczenia. Związek lekarski wiedeński postanowił w tych dniach zwrócić się do właściwej władzy z prośbą, aby osobom, które mają zamiar korzystać z leczenia w ambulatoriach, wydawane były świadectwa o ich niezamożności. Oprócz tego postanowiono, aby osoby, leczące się w oddzielnych pokojach szpitalnych, płaciły również i lekarzowi za poradę.

— Według ostatniego spisu ludności w Paryżu znajduje się obecnie 2,922 lekarzy, w tej liczbie 521 cudzoziemców. Ponieważ liczba cudzoziemców w Paryżu wynosi 181,000, zatem na 1,000 cudzoziemców przypada 3 lekarzy cudzoziemskich, kiedy tymczasem na 1,000 mieszkańców francuzów przypada tylko jeden lekarz francuz.

— W Nowym Yorku handlujący mlekiem fałszowanym ulegają nie tylko karze pieniężnej, lecz i zamknięciu w więzieniu na pewien czas. Zawdzięczając temu, mleka fałszowanego prawie nie spotyka się, zupełnie.

— W „Russ. Inw“. zostały ogłoszone wszystkie szczegóły o projektowanych zmianach w sprawie egzaminów i rozpraw na sto pięć doktora medycyny.

— Według „Gońca Urzędowego“, od dnia 1—14 października w gub. wołyńskiej zachorowało na cholere osób 1,490, zmarło zaś 616. W gub. kijowskiej mało było przypadków cholery.

— Marcelli NENCKI wybrany został na członka korespondenta akademii lekarskiej w Paryżu.