

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. „Zatrucie kwasem“ i zasadowość krwi jako wskazania terapeutyczne, podał Edmund Biernacki. (Dokończenie). — Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (cholelithiasis), podał dr Ludomił Korczyński. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 45. Przyczynę do etiologii i patologii zapaleń gardzieli, zapalenia pryszczkowego (stomatitis aphthosa) i pleśniawek (soor). 46. Prosty i dokładny sposób określania rtęci w moczu. 47. O cierpieniach serca przy gruźlicy. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 17 marca r. b. — **Odcinek.** Przypadki dla biednych rodzących w Warszawie. Skreślił D-r J. Rogowicz. (Ciąg dalszy). — **Ruch chorych** w szpitalu Zapasowym za miesiąc marzec r. b. — **S. p. Michał Zieleniewski.** — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Biernacki — „L'intoxication par acide“ et l'alcalinité du sang comme indications thérapeutiques. 2) D-r L. Korczyński — Contributions à la question de certaines inflammations suppuratives comme conséquence de la cholélithiasis.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r E. Biernacki — „Säureintoxication“ und Blutalkalescenz als therapeutische Indicationen. 2) D-r L. Korczyński — Klinische Erläuterungen zur Frage ueber gewisse eitrige Entzündungen im Gefolge der Cholélithiasis.

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

„Zatrucie kwasem“ i zasadowość krwi jako wskazania terapeutyczne,

podał **Edmund Biernacki.**

(Dokończenie.—Zob. N. 16).

Mam wskazówki, że nie tylko nadmiernie wytwarzane kwasy, ale i innego rodzaju zaburzenia trawienia żołądkowego mogą znacznie wpływać na zapas zasady w ustroju. Spostrzegałem zachowanie się chloru i alkaliu w moczu pewnego chorego, lat 25, który przedstawiał zupełny brak kwasu solnego (wolnego i utajonego) i pepsyny—prawdopodobnie *gastritis atrophica*. Mimo takich zaburzeń, litylko pod wpływem leżenia i odpowiedniego odżywiania, chory znakomicie się poprawił, stracił dolegliwości żołądkowe podmiotowe, przybyło mu w przeciągu dwóch miesięcy kilkanaście funtów na wadze. Ale kwas solny mimo to wcale nie pojawił się w zawartości żołądkowej. Otóż u tego chorego otrzymałem następujące dane w pewnym okresie co do zawartości chloru *) (obliczonego na NaCl) oraz potasu i sodu (obliczonych na KCl + NaCl):

	Moczu.	CieŜar gatunk.	Cl (NaCl).	(KCl+NaCl).
16. XII.	4700	1008	28,7076 grm.	28,4256 grm.
17. „	4000	1008	20,7643 „	21,1520 „
18. „	2250	1018	17,2940 „	17,6400 „
19. „	3500	1010	26,3970 „	26,9640 „
20. „	2400	1019	23,4028 „	18,4824 „

Przeciętnie na dobę moczu = 3370 ctm. 23,3131 grm. 22,5208 grm.

Uderzającym jest, iż przez pierwsze cztery dni cyfry dla potasu i sodu z jednej strony, a chloru z drugiej były prawie identyczne. Podobnie iden-

*) Chlor określałem w popiele moczu, zmieszanego przed wysuszeniem i spaleniem z węglanem sodu i saletą.

czne cyfry widziałem także przy badaniu chorego w parę tygodni później przez dwa dni: przeciętnie chloru (NaCl) 16,8179 grm., potasu i sodu ($\text{KCl} + \text{NaCl}$) = 16,8504 grm. Przy trzecim okresie w 5 dni później w przeciągu trzech dni dane te nie były jednakowe, ale przeciętnie — znowu identyczne.

	Moczu.	Ciężar wł.	Cl.	$\text{KCl} + \text{NaCl}$.
9. I.	1700	1020	18,7223 grm.	22,9976 grm.
10. „	3400	1015	31,9839 „	29,5392 „
11. „	2400	1015	29,0400 „	27,9744 „
Przeciętnie	2500		26,5487 „	26,8371 „

Takiego zachowania u osobnika zdrowego przy zupełnie takiej samej dyecie nie widziałem. Na 7 określiń, wykonanych w różnych odstępach czasu (dwa razy po trzy rozbiory dzień po dniu), tylko raz cyfry dla Cl i dla $\text{KCl} + \text{NaCl}$ były jednakowe; po za tem najczęściej drugie były niższe, niż pierwsze. To też za pierwszy okres trzydniowy znalazłem na dobę przeciętnie przy 21,8602 grm. chloru (NaCl) 20,6043 grm. potasu i sodu ($\text{KCl} + \text{NaCl}$), później np. jednego dnia 28,0882 grm. Cl. przy 25,3848 grm. potasu i sodu.

Tym sposobem, zdaje się, koniecznie należało uznać u chorego z brakiem kwasu solnego w żołądku skłonność do wydzielania wzmożonych ilości zasad, a tem samem i do zubożenia ustroju w sód. Przypuszczenie to uzasadnione było także i z tego względu, że we krwi tego osobnika znalazłem wyraźnie mniej potasu i sodu (0,472%), niż w stanie prawidłowym (0,650 — 0,680%).

Dodam nareszcie, że przy badaniu dwóch przypadków odwrotnych, t. j. z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego i ze wzmożoną w nim zawartością kwasu solnego, w jednym z nich (okresowy sokotok na początku remisji) zachowanie się potasu i sodu w moczu w stosunku do ilości chloru było zupełnie inne, niż u chorego z brakiem kwasu solnego, i bardziej zbliżone do tego, co widzieliśmy u osobnika zdrowego. A nawet cyfra $\text{KCl} + \text{NaCl}$ różniła się od cyfry chloru w stopniu wyższym, niż w stanie prawidłowym. Nie będę przytaczał tutaj całej tablicy, bo wypadnie mi jeszcze w przyszłości omówić dane te z innych względów; podam tylko cyfrę przeciętną. Otóż za okres siedmiodniowy przeciętnie na dobę przy 2370 ctm.sz. moczu było chloru 21,8821 grm. (obliczonych na NaCl), potasu i sodu — 19,7571 grm (obliczonych na $\text{KCl} + \text{NaCl}$). W drugim przypadku sokotoku przewlekłego (9 dni spostrzegania) przy obliczaniu na średnią arytmetyczną, wypadły stosunki jak u zdrowego osobnika. Jednakże wahania niektórych dni, *resp.* znacznie mniejsza cyfra $\text{KCl} + \text{NaCl}$, niż cyfra chloru, były tak silne, jak nie widywałem nigdy u zdrowego osobnika (np. przy 27,75 grm. chloru tylko 20,26 grm. potasu i sodu, lub przy 27,88 grm. pierwszego — ledwie 14,52 grm. drugich). Ostatni przypadek przeczyć nie może innym spostrzeżeniom, bo nie można się spodziewać, by wśród jednakowych warunków co do odżywiania przy braku kwasu solnego w żołądku wydzielano się stale więcej, a przy nadmiernej ilości soku żołądkowego — stale mniej alkali w moczu, niż prawidłowo. W pierwszym razie doprowadziłoby to do utraty zupełnej, a w drugim do bezgranicznego nagromadzenia zasady w ustroju: jedno i drugie musiałoby śmierć spowodować.

To też nadmierne lub zmniejszone wydzielanie zasad może być tylko okresowem i można je zauważyć tylko przy tak długim i wytrwałem spostrzeganiu przypadków, jak to w naszych doświadczeniach miało miejsce.

Ostatecznie zdolności wyrównyujące ustroju wchodzą w grę i następuje zatrzymanie lub wydzielenie większych ilości alkali, poczem znowu występuje tendencya charakterystyczna dla jednego lub drugiego stanu.

Mniemam, że dane powyższe znajdują się w zgodzie z wnioskami, jakie dla zachowania się alkali ustrojowych, przy braku kwasu solnego w żołądku, wyprowadzić wolno na drodze dedukcyjnej. Bo jeśli z jednej strony przyjmujemy, iż kwas solny żołądkowy stoi we względzie swego pochodzenia w ścisłym związku z chlorkiem alkali krwi, a z drugiej wiemy, iż żołądek jest jedynym miejscem, przez które krew, przynajmniej w okresie trawienia żołądkowego, oswobadza się od znacznej ilości kwasu „utajonego“, to nie możemy bynajmniej odrzucić możliwości, iż niemożebność wydzielania kwasu do żołądka odbija się w wysokim stopniu na owej „przemianie kwasowej“ ustroju („*Säurewechsel*“), iż odbija się na stanie zapasu alkali krwi, a stąd wyrzecz wpływ może na sprawy utleniania ustrojowego.

Można więc stany *achyliae gastricae* nazwać „zatruciem kwasem“, przynajmniej w pewnych okresach życia dobowego. Do takiego pojmowania nauka posiada jeszcze jeden fakt, mało dotychczas znany: v. NOORDEN⁹⁾ stwierdził w przypadkach nieżyłtów żołądkowych z brakiem lub małą ilością kwasu solnego, wzmożone wydzielanie amoniaku w moczu. Jest to dla patologów nawet dowodem „*Säureintoxication*“; dla nas, bądźco bądź, świadectwem zaburzeń w sprawach utleniania, a przynajmniej wskazówką, że sprawy te odbywają się nie w takim porządku, jak w stanie prawidłowym.

Poznanie i zbadanie bliższe tej sprawy posiada znaczenie pierwszorzędne. Obecnie, odkąd wykazano, iż, mimo braku kwasu solnego w żołądku, przyswajanie pokarmów może zupełnie nie być upośledzone i chory może poprawiać się na siłach i wadze, odkąd, tym sposobem, jeszcze chętniej wierzą w niewielkie znaczenie fizyologiczne żołądka w sprawie trawienia; w cierpieniu żołądka, szczególnie specjaliści, chcą widzieć sprawę czysto miejscową, niemającą znaczenia dla zdrowia ogólnego. Ten specjalny, że nie powiem, nader wązki punkt widzenia daje się zauważyć w poszukiwaniach farmakologicznych i ogólno-terapeutycznych nad żołądkiem. Tutaj chodzi o stwierdzenie, jak dany środek i zabieg działa na żołądek i, stosownie do tego, tworzy się różne „racjonalne“ wskazania co do stosowania tego lub owego związku w cierpieniach żołądkowych. Kazano też dawać kwas solny i pepsynę przy braku tych składników w treści żołądkowej, odwrotnie węglany, czy środki neutralizujące w przypadkach nadmiernego wydzielania kwasu solnego. W ostatnich czasach grożą nam także i takie wskazania, iż nie wolno, przy zmniejszonym wydzielaniu soku żołądkowego, dawać soli kuchennej i dwuwęglanu sodu, bo środki te same przez się zmniejszają lub zubożniają wydzielinę żołądkową. Przypomnę, iż dzięki tym rzekomo logicznym wywodom, nowoczesna patologia żołądkowa usunęła z użycia środki gorzkie, bardzo chętnie przez starszych empiryków stosowane.

Tymczasem, jeśli wyjdziemy z tego punktu widzenia, iż po za żołądkiem jest jeszcze coś ważniejszego, iż zaburzenia żołądkowe, nie upośledzając wchłaniania pokarmów, mogą przez oddziaływanie na zapas ustrojowej zasady mineralnej modyfikować spalanie organiczne, to stosowanie np. dwuwęglanu sodu przy braku kwasu solnego w żołądku przedstawia się nam w zupełnie innym świetle. Nie mówię już o nadmiernym rozwoju kwasów w zawartości

⁹⁾ v. NOORDEN. Pathologie des Stoffwechsels.

żołądka, bo tutaj potrzeba zubożenia tych kwasów jest chyba niewątpliwą; zresztą, jako najstosowniejsze i rzeczywiście najpraktyczniejsze uważamy w tych razach wydalenie z żołądka mas fermentujących zapomocą przepłukiwań. Ale i w przypadkach zmniejszonego wydzielania soku żołądkowego (prawdziwy nieżyt żołądka), w których skłonność do zubożenia ustroju w alkali jest nader prawdopodobna, d o w ó z z a s a d nie jest chyba tylko postulatem teoretycznym.

Z takiego ogólnego punktu widzenia, stosowanie zasad wydaje się potrzebnem wcale nierzadko w stanach chorobowych; zaznaczyliśmy bowiem, że sód—ów pośrednik spaleń organicznych—należy uważać za ciało najbardziej podleżące wahaniom we krwi chorobowej, że względne zubożenie w sód wcale nie jest zjawiskiem rzadkiem. Dużo, zapewne, potrzeba jeszcze pracy i poszukiwań, by dla każdego przypadku takiego względnego zubożenia w sód posiadać niezawodne wskazanie, iż rzeczywiście wtedy a wtedy przy braku sodu we krwi koniecznem jest i pożytecznem będzie podawanie choremu sodu.

Uznając częstą potrzebę stosowania zasady w stanach chorobowych, staję poniekąd po stronie zwolenników teorii „*Säureintoxication*“, którzy także zalecają użycie alkali w pewnych przypadkach i, jak wskazałem, nie otrzymują pomyślnych wyników. Nie spodziewam się też wcale przy śpiączce dyabetycznej, czy uremii, pomódz choremu przez zadanie dwuwęglanu sodu, bo etyologicznie obraz chorobowy tych stanów nie jest dla mnie wcale zatruciem kwasem, jako przyczyną wyłączną. Przyczyną jest zaburzenie utleniania organicznych, prowadzące do wytworzenia wogóle produktów szkodliwych. Ale jeśli nie w tym przypadku, to w innych, w których grozi zubożenie w alkali, gdzie wogóle grożą zależne od tego zaburzenia utleniania, od systematycznego podawania zasad spodziewałbym się wyników korzystnych dla chorego.

Ostatecznie postulaty te zbiegają się doskonale z tem, co dobra empirya już dawno zaznacza. Użycie wód alkalicznych, czy też wód zawierających alkali, obok innych składników [soli kuchennej, siarczanu sodu¹⁰⁾], bardzo dawno stosowano, bez stwierdzenia, czy chory na „zatrucie kwasem“, czy nie, czy żołądek pozwala na stosowanie alkali, czy broni i t. d., i, co najciekawsza, z dobrym dla chorych skutkiem. To dopiero nasza racjonalna epoka zaczyna kręcić głowę na wszelkie Vichy, Ems, Karlsbad, i t. p., i gotowa sprowadzać ich działanie na „sugestyę“. Tymczasem pomyślnego działania Karlsbadu i wód alkalicznych u dyabetyków, w kamicy nie mamy prawa nazywać złudzeniem¹¹⁾; równie dobrze działa Karlsbad, czy sól karlsbadzka w przypadkach prawdziwych nieżytów żołądkowych ze zmniejszonym wydzielaniem kwasu solnego. W tych razach chodzi najprawdopodobniej o wyregulowanie utleniania ustrojowych, które napewno, jak w *diabetes*, lub przypuszczalnie, jak w *gastritis*, ulegają znacznym zaburzeniom.

Przeciw ostatniemu pogładowi możnaby było przytoczyć niektóre farmakodynamiczne i kliniczne spostrzeżenia nad działaniem dwuwęglanu sodu na sprawy utleniania w ustroju. Przedewszystkiem związek ten nie wywiera wpływu na przemianę azotową (STADELMANN, KOZERSKI). To ostatnie mniej nas obchodzi, bo w omawianych przypadkach chodzi o doprowadzenie do stanu prawidłowego przebiegu utleniania, a nie o wzmożenie przeróbki azoto-

¹⁰⁾ Składniki te w wodach mineralnych mają także działać na ogólną zasadowość krwi. Porównaj J. ŚWIĄTECKI, loc. cit.

¹¹⁾ Wtedy nawet stan przewodu pokarmowego ulega poprawie, mimo to, iż w cukrzycy (GANS, ROSENSTEIN, HONIGMANN) wydzielanie kwasu solnego w żołądku jest znacznie zmniejszone lub zniesione.

wej. Ważniejsza, że zauważono niekiedy t. zw. obniżenie spraw utleniania pod wpływem dwuwęglanu sodu [KEN-TANIGUTI, A. HEFFTER, JAWEIN¹²⁾]. Jako miernikiem, posługiwano się najchętniej ilością t. zw. siarki nieutlenionej w moczu i stosunkiem jej do siarki utlenionej (kwas siarczany). Z drugiej strony w niektórych przypadkach moczoówki cukrowej zauważono wbrew oczekiwaniu wzmożenie acetonurii pod wpływem alkali (KRAUS). Jednakże w gorąccze udaje się tą drogą zmniejszyć wydzielanie acetonu.

Zaznaczyć jednak należy, że owo zmniejszenie utlenień widywano przy stosowaniu dużych dawek dwuwęglanu sodu: 10 – 20, nawet 40 grm. *pro die*, i w doświadczeniach na zdrowych ludziach i zwierzętach. Tymczasem w doświadczeniach porównawczych nad zawartością tlenu we krwi, rozcieńczonej fizyologicznym roztworem soli kuchennej i t. zw. surowicą mineralną z nadzwyczajnie małą zawartością węglanu sodu (0,3%), mogłem zauważyć¹³⁾ niewątpliwe i wybitne wzmożenie zużycia tlenu w obecności tych małych dawek zasady. A niedawno E. HARNACK, badając wydzielanie siarki nieutlenionej pod wpływem chloralu, i chloralu w połączeniu ze średnimi dawkami dwuwęglanu sodu, wykrył wzmożenie utlenień pod wpływem ostatniego, utlenień, ulegających obniżeniu przez działanie chloralu.

Wyników, jakie się otrzymuje z alkalicznymi w doświadczeniach na zdrowych osobnikach, nie można przenosić na stany patologiczne. Tam, gdzie zasady w ustroju jest dosyć, stosownie do natężenia oksydacji, wprowadzenie dwuwęglanu sodu, szczególnie w dawkach dużych, sprawia tylko kłopot ustrojowi i zmusza go do pozbycia się nadmiaru alkali. Spostrzeżenia, które w ostatnim kierunku kilka lat temu przeprowadzałem, wykazały mi między innymi, iż duże dawki dwuwęglanu sodu u osobników zdrowych prowadzą do wzmożonego wydzielania chloru, co nie może być także zaburzeniem obojętnym. Ale, gdzie ustrój przy zubożeniu względnie lub bezwzględnie w alkali potrzebuje tych związków, tam dowód alkali wydaje się być pożytecznym.

Podrugie, pamiętać należy o t. zw. podwójnym działaniu środków. Środki lecznicze w dawkach dużych działają zwykle odwrotnie, niż w małych: w dużych — hamują czynność, w małych pobudzają. To samo stosuje się do dwuwęglanu sodu, którego działanie, zmniejszające utleniania ustrojowe przy 20—40 grm. dziennie, należy uważać za działanie odwrotne. Tymczasem z pożytkiem stosowane wody mineralne zawierają zwykle bardzo niewielką odsetkę alkali: np. w litrze *Bilin* ledwie 3—4 grm. węglanu sodu. Zresztą, co jest dużą, a co małą dawką, zależy od bardzo wielu względów, i dotychczas nawet empirycznie napewno nie wiemy, jakie ilości alkali mogą być z najlepszym wynikiem używane w danych stanach chorobowych.

Dużo jeszcze brakuje do tego, byśmy mogli ze znajomości dokładnej patologii pewnego cierpienia naprawdę nieomylnie wskazać leczenie do stosowania związków alkalicznych wyprowadzać. W każdym razie z omówienia niniejszego czytelnik mógł się przekonać, że posiadamy już pewne nici, łączące naszą terapię empiryczną ze stwierdzonym na drodze naukowej zachowywaniem się alkali w ustroju chorobowym. O ile wskazówki te sprawy wcale nie wyczerpują, o tyle nie pozwalają one nie uznawać pomyslnego działania zasad w pewnych stanach chorobowych.

¹²⁾ JAWEIN. Zur Frage über den Einfluss des doppeltkohlensauren Natrons auf den Stickstoffumsatz etc. Zeitschrift für klinische Medizin, Bd. XXII, 1893. Str. 43. Literatura.

¹³⁾ Loc. cit. Zesz. IV.

I.

Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (*cholelithiasis*),

podał **D-r Ludomił Korczyński**, I Asystent kliniki lek.

(Dokończenie.—Zob. N. 16).

Inny, ogłoszenia godny, przypadek ropienia wątroby i dróg żółciowych na tle kamicy, w którym podstawa choroby została rozjaśniona badaniem pośmiertnem, miałem sposobność spostrzegać jeszcze wśród studyów lekarskich w r. 1888. Przypadek ten, w którym istniało całkowite i trwałe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego przez uwieźły kamyk żółciowy, bez klinicznych, temuz zatkanii odpowiadających objawów, różni się od poprzedniego anatomicznie współudziałem w sprawie ropnej gałązek żyły wrotnej i przedziurawieniem pęcherzyka żółciowego do dwunastnicy; klinicznie zaś nastroczał niezwykle trudności rozpoznawcze.

W streszczeniu przypadek ten według historyi choroby opiewa, jak następuje:

M. O. lat 39 licząca akuszerka z Chrzanowa, przyjęta do kliniki 6-go maja 1888.

Wywiady. Dziedziczości w żadnym kierunku niema. W dzieciństwie chorób ważniejszych podobno nie przebywała. W 17. roku życia wyszła za mąż, rodziła 13 razy, porody i połogi prawidłowe. Przed 5 laty doznawała przez tydzień gwałtownych bólów w brzuchu, bliższych jednak szczegółów co do tej choroby podać nie umie.

Obecna choroba rozpoczęła się 14. kwietnia 1888 bólami w brzuchu i wymiotami, wkrótce zjawiała się żółtaczka, dreszcze i gorączka, a chora czuła się bardzo osłabioną. Wymioty i boleści ustąpiły po kilku dniach, dreszcze i gorączka po chwilowej przerwie, wywołanej zażywaniem chininy, utrzymywały się dalej.

Stan obecny. Chora średniego wzrostu, budowa kośćca delikatna, skóra zwłaszcza na twarzy oraz spojówki okazują tylko ślad żółtaczkowego zabarwienia, zresztą błony śluzowe blade. Język dość grubą warstwą mułu obłożony. W narządzie oddechowym nieżyt oskrzelowy miernego stopnia. W narządzie krążenia wybitne niedoksztalcenie tętnic; uderzenie serca słabe, tony czyste, niezbyt głośne. Brzuch nie wzdęty, podatny, niebolesny przy obmacywaniu. Wątroba pod łukiem ledwie macalna, niebolesna, wypukiem prawie nie powiększona, śledziona zaledwie przy głębokim wdechu macalna, również niebolesna, granice jej wypukowe dosyć sporo powiększone. Mocz w skąpej ilości, ciemny, nasycony, cięż. gat. 1,025, białka nie zawiera, natomiast sporą ilość moczanów, chlorki w ilości wyraźnie mniej-

szej, barwików żółci niema. Krew blada, ciałek czerwonych 3,800,000 białych 7,700, *haemogl.* 45%. Ciepłota ciała podniesiona, mierzy $37,5^{\circ}$ C. a 39° C.

Rozpoznanie wątpliwe, zwraca się z jednej strony ku sprawie zimniczej, z drugiej strony ku utajonej (kryptogenetycznej) sprawie ropniczej.

Do d. 12 maja przebieg nacechowany występowaniem prawie codziennych dreszczów w godzinach niestałych, przeważnie popołudniowych; po dreszczach w niektóre dni, ale niezawsze, zjawiają się poty. Przebieg ciepłoty w całym słowa tego znaczeniu nieprawidłowy, przeważnie zwalnający (*remittens*) z najwyższymi wzniesieniami do $40,2^{\circ}$ C.; w dniu wyjątkowe ciepłota stała między $39,6^{\circ}$ C. a 40° C., lub też wybitne spadki poniżej 37° C. Tętno przeważnie dość dobrze napięte, miernie przyśpieszone, do 110 uderzeń w minutę. Chora bardzo osłabiona, przytomna, odżywia się niedostatecznie z powodu zupełnego braku łaknienia. Stolce występują tylko po ławatywach. We krwi blado zabarwionej, zawierającej nieco mniej ciałek czerwonych (3,200,000), bardzo znaczne powiększenie ciałek białych, gdyż ilość z poprzednich 7,700 dochodzi w 1 mm. szc. do 23,700. Tworów zimniczych we krwi nie wykryto.

Od 12. maja do objawów poprzednich dołączają się wymioty, występujące przeważnie po jedzeniu. W wymiocinach treść pokarmowa. Wątroba większa, wyraźnie pod łukiem żebrowym macalna, przy obmacywaniu bolesna, śledziona również powiększała się. Żółtaczka ustąpiła prawie zupełnie, stolce prawidłowo zabarwione.

Dnia 17. maja w nocy gwałtowny, kłujący ból w okolicy wątroby. Badanie przedmiotowe nie dostarczyło żadnych nowych szczegółów prócz utrzymującego się powiększenia wątroby i śledziony. Ciepłota o przebiegu nieprawidłowym, podobnie jak z początku spostrzeżenia. Dreszcze i poty zjawiają się niestałe. Śledziona znacznie większa, wyraźnie macalna i bolesna. Rozmiary wątroby również większe, sięga ona na trzy palce poniżej łuku żebrowego. Żółtaczkowego zabarwienia spojówek już prawie dostrzedz nie można. Stolce, całkiem prawidłowo zabarwione, oddaje chora po największej części przy pomocy ławatyw.

Rozpoznanie coraz bardziej staje się niepewnem: znaczna leukocytoza mimo gorączki, przerywanej niekiedy dreszczami i potami, w obec braku plasmodyi zimniczych przemawia przeciw zimnicy, powiększenie się zaś wątroby przemawia za zmianą, prawdopodobnie ropną, toczącą się w wątrobie. To ostatnie rozpoznanie wydaje się najprawdopodobniejszym.

Stan taki bez zmian ważniejszych utrzymywał się aż do 29. maja, w którym to dniu chora wśród coraz większego upadku sił życie skończyła.

Przed wykonaną sekcją zwłok trzeba było brać w rachubę ostrą gruźlicę, zimnicę złośliwą z nieprawidłowym przebiegiem, a wreszcie ropnicę z utajonem, może w wątrobie znajdującem się ogniskiem pierwotnem. Ostra gruźlica prosówkowa najmniej miała podstaw rozpoznawczych; dla ropnicy brakło dostatecznych dowodów i dostatecznego umiejscowienia, dla rozpoznania zimnicy dostatecznych podstaw rozpoznawczych.

Z tem większem zaciekawieniem przystąpiono do sekcji zwłok, która wykazała w najważniejszych szczegółach, co następuje: w jamie brzusznej do 200 ctm. cieczy mętnej, zapalnej; otrzewna pokrywająca wątrobę, tudzież

górne części jelita cienkiego, przyćmiona i skąpymi nalotami wypociny włóknikowej pokryta. Wątroba w miernym stopniu powiększona, torebka przyćmiona, pod nią przeświecają ogniska żółtawe różnej wielkości. Na przekroju wątroby, głównie w płacie lewym i w dolnej części prawego, stek jam różnego kształtu, podłużnych lub wielokątnych, wypełnionych ropą. Ściany jam nierówne, poszarpane. Przewagę biorą jamy podłużne, wzdłuż naczyń żółciowych idące; jamy te, prócz treści ropnej, zawierają strąty żółciowe. W górnej części płatu prawego od przodu widoczne ognisko kształtu i wielkości listka koniczyny, ściśle odgraniczone od reszty miąższu wątrobowego utkaniem bliźnowatem. Poniżej tegoż więcej ku tyłowi naczynie żyłne zaczopowane skrzepem bladym, ściśle przylegającym do ścian, po części rozmiękającym. Obok tegoż przylegające ognisko ropne, wielkości orzecha włoskiego. Miąższ wątrobowy wiotki, kruchy, nieco żółtawo zabarwiony.

Pęcherzyk żółciowy zniszczony, resztki ścian poszarpane, zgrubiałe; wśród tych strzępów kilka drobnych kamyków żółciowych i nieco ropy. Naokoło pęcherzyka rozległe zrosty z częścią odźwiernikową żołądka, dwunastnicą i więzem dwunastnico-wątrobowym, przez co powstają jamy, zastępujące po części pęcherzyk. W okolicy zagięcia dwunastnicy otwór wielkości pół centa, prowadzący bezpośrednio do zniszczonego pęcherzyka. Przewód żółciowy wspólny w odległości około 3 ctm. od ujścia zatkany kamikiem wielkości orzecha, część dolna i ujście przewodu przedstawiają się prawidłowo, część górna ponad kamikiem rozszerzona, ściany nieco zcieńczałe.

Śledziona znacznie powiększona, miąższ kruchy, papkowaty, rozplywa się pod palcami.

Z przytoczonych dat wynika, że punktem wyjścia zmian chorobowych było uwięzienie kamyka żółciowego w przewodzie żółciowym wspólnym, które w pierwszym rzędzie dało powód do zastojów żółci, rozszerzenia żółciowodów i rozdęcia pęcherzyka żółciowego. Do tego dołączyła się sprawa zakaźno-zapalna w pęcherzyku żółciowym i w żółciowodach, która drogą rozgałęzień żyły wrotnej przeszła na miąższ wątroby. Wśród tego nastąpiło zniszczenie ścian pęcherzyka żółciowego, a przy rozwijającym się równocześnie ochronnym zapaleniu otrzewnej zlepnem, wytworzyła się przetoka między pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą, która torowała drogę odpływowi żółci przynajmniej w tym stopniu, że wśród obserwacji klinicznej wybitniejsza żółtaczka się nie pojawiła. Tą drogą zapewne i część kamyków z woreczka żółciowego niepostrzeżenie odeszła.

Główne więc trudności rozpoznawcze właściwego tła choroby polegały z jednej strony na niemożności stanowczego rozpoznania kamicy żółciowej z samych tylko wywiadów, a z drugiej strony na braku żółtaczki. Do powiększenia trudności rozpoznawczych przyczyniał się także obrzęk śledziony, jak się wykazało, przyrody ropniczej.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

45. M. Stooss. **Przyczynę do etyologii i patologii zapaleń gardzieli, zapalenia pryszczykowego (*stomatitis aphthosa*) i pleśniawek (*soor*).** Autor poddał badaniu bakteriologicznemu 73 przypadki zapalenia gardzieli u dzieci (błonica była wyłączona). Najczęściej spotykał paciorkowce, *coccus conglomeratus* i gronkowce. Rzadziej znajdowane były: *pneumococcus*, *bacillus Friedländeri*, *micrococcus tetragenus*, *leptothrix*, *spirillum*, *oidium lacticans*. Ponieważ większość tych drobnoustrojów daje się wykazać w jamie ustnej zupełnie zdrowych osobników, mamy tu więc niewątpliwie do czynienia z samozakażeniem, które zależeć może bądź od nagromadzenia się drobnoustrojów w nadmiernej ilości, bądź od zwiększonej ich jadowitości, bądź wreszcie od zmniejszonej odporności tkanek (to ostatnie np. ma miejsce w chorobach żołądka i kiszek). Aczkolwiek w każdym oddzielnym przypadku znajdujemy kilka gatunków drobnoustrojów, najczęściej zakażenie przypisać należy jednemu z nich, do którego inne następnie się przyłączają. Najczęstszą przyczyną zapalenia są paciorkowce. Gronkowce i pneumokoki, acz o wiele rzadziej, również występować mogą jako jedyne przyczyny zapalenia. Co zaś do pozostałych, wyżej wymienionych drobnoustrojów, to jest nieprawdopodobnem, aby mogły one same wywoływać zapalenie. Pod względem przebiegu klinicznego do najcięższych należą postaci, w których znajdujemy paciorkowce z nieznaczną domieszką innych drobnoustrojów. Godzien uwagi jest fakt, iż ilość tych ostatnich jest bardzo małą przy zapaleniu gardzieli szkarlatynowem. Wynikałoby stąd, że im większą jadowitość objawiają paciorkowce, tem gorsze są warunki do rozwoju innych drobnoustrojów. W przypadkach zaś, w których znajdujemy obok siebie kilka gatunków, zakażenie jest tem łagodniejsze, im mniej jest paciorkowców. Z tem wszystkiem jednak, na zasadzie litylko przebiegu klinicznego, bez badania bakteriologicznego, nie jesteśmy w stanie orzec, od jakich drobnoustrojów dana sprawa chorobowa zależy.

Drugą część swej pracy poświęca Stooss zapaleniu pryszczykowemu błony śluzowej jamy ustnej (*stomatitis aphthosa*), którego 14 przypadków poddał badaniu bakteriologicznemu. Co do natury anatomo-patologicznej owrzodzeń pryszczykowych, niema jeszcze zgody między badaczami. Autor, idąc za zdaniem HENOC'H'a, przyjmuje, iż mamy tu do czynienia z wysiękiem włóknikowym w powierzchownych warstwach błony śluzowej. Niewyjaśnionym jest również stosunek zapalenia pryszczykowego do zarazy pyska i racic, spotykanej u bydła. Gdy większość autorów niemieckich zaprzecza wszelkiego związku tych dwu postaci chorobowych, badacze francuscy przypisują zapalenie pryszczykowe używaniu mleka, pochodzącego od zwierząt, dotkniętych zarazą pyska i racic. We wszystkich zbadanych przez autora 14 przypadkach zapalenia pryszczykowego stale znajdowany był *diplostreptococcus*, który zarówno swą wielkością, jak skłonnością do układania się w kupki, różnił się od spotykanego w jamie ustnej osobników zdrowych. Prócz tego wykrywał autor także gronkowce, małe koki (*coccus conglomeratus*), laseczniki i spiryle. Gdy jednak te niezawsze, i to w nieznaczącej ilości były znajdowane, *diplostreptococcus* zawsze wykazać się dawał w ilości przeważającej. Wobec tego autor uważa go za przyczynę zapalenia pryszczykowego. Pasożyt ten ani w jamie ustnej człowieka zdrowego, ani w innych zapaleniach

znajdowany nie był. Nie jest jednak wyłączone, że i inne drobnoustroje, jak gronkowce, mogą w jamie ustnej wywoływać zapalenia podobne.

W trzeciej i ostatniej części swej pracy autor przedstawia wyniki swych poszukiwań nad pleśniawkami jamy ustnej (*soor*). Spostrzeżenia autora, dotyczące hodowli pleśnicy (*oidium albicans*), zgadzają się z wnioskami LINOSSIER'a i ROUX: 1) rośnie ona nietylko na podłożu kwaśnem, ale i na obojętnem i zasadowem; 2) w ślinie wyhodować się nie daje; 3) mleko świeże nie przedstawia warunków, sprzyjających jej rozwojowi. Nigdy pleśnica nie była znajdowana sama, lecz zawsze występuje w połączeniu z innymi drobnoustrojami (prawie wyłącznie mikrokokami: paciorkowcami lub gronkowcami). W wielu przypadkach ilość tych ostatnich jest tak olbrzymia, iż pleśnica schodzi zupełnie na plan drugi. Zaznaczyć należy, iż w początkowych okresach, gdy pleśniawki zaledwie rozwijają się zaczynają, znajdowane są przeważnie mikrokoki. Fakt ten nasuwa przypuszczenie, iż są one pierwotną przyczyną choroby, pleśnica zaś przyłącza się wtórnie. Niektórzy upatrywali przyczynę pleśniawek w suchości jamy ustnej. Objaśnienie to jest niedostateczne; może ono nam najwyżej wytłumaczyć usposobienie ssawców do pleśniawek; gdy bowiem, jak wiadomo, wydajność ślinianek w pierwszych miesiącach życia jest nieznaczna, byłoby niezrozumiałem, dlaczego cierpieniem tem dotknięte bywają jedynie dzieci słabowite, wycieńczone, sztucznie żywione. Również bezasadne jest mniemanie, jakoby przyczyną pleśniawek było pożywienie mleczne dzieci. Nie mleko, lecz produkty jego rozkładu sprzyjają rozwojowi pleśnicy. Zresztą SOLTSMANN znajdował pleśniawki u dzieci, które wcale jeszcze mlekiem żywione nie były. Szczegółnej wagi jest spostrzeżenie tego badacza, że pleśniawki zazwyczaj poprzedzane bywają przez zapalenie różycowe (*stomatitis erythematosa*). By móżd się rozwinąć, musi pleśnica znaleźć grunt odpowiednio przygotowany, które to zadanie spełniają paciorkowce i gronkowce, będące, jak widzieliśmy, nieodłącznymi jej towarzyszami. One to są właściwymi sprawcami choroby, którą dotąd mylnio przypisywano pleśnicy. Ponieważ zapalenie różycowe błony śluzowej jamy ustnej towarzyszy zwykle cierpieniom żołądka i kiszek, przeto staje się zrozumiałem, dlaczego zaburzenia trawienia usposabiają do pleśniawek. Zresztą, zdaniem autora, nietylko *stomatitis erythematosa*, ale i same owe zaburzenia trawienia wywołane zostają przez paciorkowce i gronkowce, których znaczenie bywa niedocenianem. Doświadczenia, dokonane przez autora na królikach, stwierdzają niejako hipotezę powyższą. Pleśnicę zaszczepić można na błonie śluzowej pochwy tylko wtedy, gdy ta jest uszkodzona, przyczem szczepiona wraz z paciorkowcami, daje naloty rozleglejsze i głębiej sięgające, niż bez nich. Zastrzyknięte pod skórę czyste hodowle pleśnicy wywoływały kilkakrotnie ropienie miejscowe, w niektórych razach nawet śmierć zwierzęcia. Działa więc ona r o p o t w ó r c z o. Gdy zaś zamiast hodowli czystej zastrzykniemy hodowlę mieszaną pleśnicy z paciorkowcami i gronkowcami, natenczas otrzymujemy ropień, w którym po kilku dniach znajdujemy wyłącznie tylko pleśnicę i ani śladu mikrokoków. Zastrzykując hodowlę pleśnicy wprost do żył, wywoływał autor grzybicę ogólną, która kończyła się śmiercią. Istota korowa nerek, niekiedy otrzewna i mięsień sercowy upstrzone były mnóstwem drobnych, białych gruzełków, w których drobnowidz wykazywał rozmaite postacie pleśnicy. Zarówno z gruzełków tych, jak i z krwi można było otrzymać czyste hodowle tego grzybka. W przypadkach, w których zastrzykiwano mieszane hodowle pleśnicy z paciorkowcami i gronkowcami, te ostatnie ginęły bez śladu, jakby traciły swą jadowitość w obecności pleśnicy.

(*Mittheilungen aus Kliniken und med. Instituten der Schweiz. III Reihe. I Heft.*)

F. Sachs.

46. JOLLES. **Prosty i dokładny sposób określania rtęci w moczu.** Przy stosowaniu przetworów rtęci należy koniecznie wiedzieć, jaka część leku ulega wessaniu, jaka zaś zostaje wydalona z ustroju przez nerki lub przewód kiszkiowy. Tym sposobem ocenić można naukowo znaczenie każdego z trzech sposobów stosowania rtęci: zewnętrznego, podskórnego i wewnętrznego, i określić wartość różnych jej przetworów. Łatwy, szybki i dokładny sposób, pozwalający oznaczać jakościowo i ilościowo ślady choćby rtęci w moczu i kale, oddaje znakomite usługi w przypadkach przewlekłego zatrucia rtęcią.

W płynach określano dotąd rtęć najczęściej: 1) jako siarek rtęci; 2) jako czysty metal; 3) jako chlorek rtęci. Najczulszym jest sposób określania rtęci w postaci metalu przez odtlenianie chlorkiem cynku; jest on jednak zupełnie nieodpowiedni, jeśli chodzi o bardzo nieznaczne ilości rtęci w moczu, gdyż: 1) przy znacznym rozcieńczeniu osad, względnie zmętnienie, wywołane przez chlorek cynku, może uść uwagi; 2) mocz jest płynem zabarwionym i często mętnym, trudno więc spostrzedz w nim słabe, wywołane przez chlorek cynku, zmętnienie.

Z tych względów zaczęto stosować do określania rtęci w moczu zalecanego przez LUDWIG'a sposobu amalgamowania przez dodawanie proszku cynkowego. Przez ogrzewanie w rurce amalgamat rtęci i cynku ulega rozkładowi; dodając parę jodu, otrzymać można łatwo jodek rtęci. Sposób ten jest dosyć mozolny, wymaga dużej wprawy i daje wyniki niepewne: wskutek lotności cynku łatwo otrzymać można błędnie zbyt wysokie ilości rtęci. WINTERNITZ starał się ulepszyć ten sposób: puszczał on kroplami słabo zakwaszony mocz na zwój drutu miedzianego, po 5 kropel na minutę; zamalgamowanie rtęci z miedzią wymaga tym sposobem 3—4 dni; dowiedzione jest prócz tego, że nie wszystka zawarta w moczu rtęć łączy się z miedzią, przez co wynik ostateczny jest błędny.

Wobec niedokładności sposobów wyżej wymienionych, postanowił autor używać do otrzymywania amalgamatu rtęci—złota ziarnistego, zamiast cynku lub miedzi; posiada ono bowiem największą zdolność amalgamowania. Przekonał się, że sposób ten pozwala wykrywać najlżejsze ślady rtęci w moczu, że jest bardzo prosty i tani; mając bowiem 2 gr. złota ziarnistego, można niezliczoną ilość razy używać go do określania rtęci; złoto zniszczeniu nie ulega.

Sposób autora jest następujący.

Do 100—300 ctm. szśc. moczu dodajemy 2 grm. złota ziarnistego i 1—3 ctm. szśc. nasyconego roztworu kwasu solnego; ogrzewając i mieszając ciągle płyn, dodajemy doń jeszcze 2—3 ctm. szśc. świeżo przygotowanego, nasyconego roztworu chlorku cynku. Jeżeli utworzy się osad w postaci drobnych kłaczek, dowodzi to, że ilość kwasu solnego była niedostateczna, co łatwo naprawić. Do płynu ogrzanego do wysokości 70°—80° C. dodajemy 30—50 ctm. szśc. powyższego roztworu chlorku cynku, mieszając i ogrzewając go jeszcze w ciągu 5 minut, poczem zostawiamy go na kilka minut w spokoju. Zawarty w moczu związek rtęci ulega rozkładowi; wydzielając się *in statu nascendi* rtęć łączy się ze znajdującym się na dnie naczynia złotem ziarnistym, tworząc amalgamat, który po zlanii płynu w ciągu kilku minut może być zupełnie oczyszczony. Dodając do amalgamatu 3—4 kropel gorącego stężonego kwasu saletrzanego, zlewamy otrzymany płyn do próbówki, rozcieńczamy go kilkoma kroplami wody przekroplonej, dajemy mu ostygnąć i dolewamy wreszcie równą ilość świeżo przygotowanego nasyconego roztworu chlorku cynku; w razie obecności najdrobniejszych choćby ilości moczu, powstaje wyraźne zupełnie zmętnienie. Sposób ten jest tak czuły, że wykrywa obecność 0,0002 grm. rtęci w 100 ctm. szśc. moczu.

Z otrzymanym amalgamatem można postępować dalej i w sposób następujący. Amalgamat, wymyty w wodzie, alkoholu i eterze, zostaje przeniesiony do mocnej rurki szklanej, mającej 10 ctm. długości i 1 ctm. średnicy, suszy się go w ciągu 5 minut przy 40° C. i następnie ogrzewa: nawet przy śladach rtęci tworzy się na rurce powłoka z metalu. Sposobu tego najlepiej używać wtedy, gdy zależy nam na ilościowym określeniu rtęci. Ogrzewamy wówczas rurkę tak długo, dopóki cała rtęć się nie ulotni; odejmując od pierwotnej wagi rurki i amalgamatu wagę obecną, otrzymujemy odrazu ilość rtęci, zawartą w użytym do próby płynie. Cały opisany wyżej rękoczyn trwa 20 minut.

Chcąc sprawdzić dokładność swego sposobu, przygotowywał autor roztwory z wiadomą zawartością rtęci i określał w nich rtęć ilościowo. Wyniki tych rozbiórów próbnych wykazały wyższość tego sposobu nad innymi dotąd używanymi.

Złoto ziarniste musi być koniecznie przygotowane w sposób następujący. Do roztworu 4—8 gr. czystego chlorku złota, ogrzewanego na siatce drucianej, należy dodać tyle magnezji palonej, aby płyn ponad utworzonym osadem był zupełnie czysty. Należy następnie osad ten tak długo myć wodą gorącą, dopóki nie przestanie ona dawać odczynu na chlor. Do wolnego od płynu osadu dodać należy steżonego kwasu saletrzanego: powstaje trójtlenek złota i saletrzan magnezji. Płyn ogrzewać należy na kąpeli wodnej, dopóki nie stanie się zupełnie bezbarwnym, następnie trzeba go przecedzić. Brunatny osad trójdchlorku złota zostaje na sączku; po wymyciu wodą gorącą i wysuszeniu, przenosimy go ostrożnie wraz z sączkiem do tygielka porcelanowego i ogrzewamy go; złoto czyste otrzymujemy w postaci żółtego, gruboziarnistego proszku.

(*Wiener med. Presse.* 1895. N. 43).

S. P.

47. LEYDEN. **O cierpieniach serca przy gruźlicy.** W końcu roku zeszłego w Towarzystwie lekarskiem berlińskim prof. LEYDEN poruszył nader ważną sprawę stosunku cierpień serca do gruźlicy. Ze względu na ważność praktyczną sprawy, pozwolimy sobie podać w streszczeniu, tak przemówienie mówcy, jakoteż głos prof. FRAENKEL'a, który w dyskusyi poruszył kilka ważnych i pouczających spraw, dotyczących nie tylko stosunku chorób serca do gruźlicy płuc, lecz i stosunku innych chorób płuc, a szczególnie zapalenia włóknikowego płuc do gruźlicy.

Na początku prof. LEYDEN stwierdza, że stosunek cierpień serca do gruźlicy płuc zawsze budził największe zainteresowanie wśród lekarzy i że literatura, dotycząca tego przedmiotu, jest też bardzo obszerna. Z początku zajmowały badaczy dwie sprawy patologiczne, t. j. małe rozmiary serca przy gruźlicy i teoria stworzona przez ROKITANSKY'ego, wyłączająca cierpienia serca i gruźlicę. Mała objętość serca przy gruźlicy stwierdzoną została pierwszy raz przez LOUIS'a, VIDAL'a i ROKITANSKY'ego, przyczem jednocześnie zostało zaznaczone, że nie jest ona następstwem gruźlicy, lecz musi być uważana za warunek sprzyjający powstawaniu gruźlicy. Sprawa ta była następnie wielokrotnie podnoszona i zawsze w sposób pozytywny potwierdzana; okazało się bowiem, że stosunkowo często przy gruźlicy płuc serce bywa małe, lecz przytem mięsień serca silny i dobrze rozwinięty; że ten mały rozmiar serca objawia się około 20-go roku życia, a zatem w wieku, w którym usposobienie do gruźlicy bywa największe. Wiadomo zresztą, że wzmiankowane okoliczności stanowiły punkt wyjścia dla całej metody leczniczej BREHMER'a, który w małej objętości serca i w niedostatecznym przyplywie krwi do płuc upatrywał momenty przyczynowe dla gruźlicy płuc i z tego powodu wzmocnienie serca i podniesienie odżywiania uważał za najważniejsze zadanie terapii. I DETTWEILER podziela ten pogląd.

Co się tyczy drugiej sprawy, to, jak wiadomo, ROKITANSKY sądził, że gruźlica i cierpienia serca, sprowadzające zastój krwi żyłnej, wzajemnie się wyłączają. Znakomici klinicyści, TRAUBE i BAMBERGER, przyłączyli się do tego poglądu; lecz doświadczenie kliniczne nie stwierdziło słuszności jego. Między innymi, w r. 1875 z pracy, pochodzącej z instytutu anatomo-patologicznego lipskiego, dowiadujemy się, że u wielu chorych z wadami zastawek znaleziono przy oględzinach pośmiertnych gruźlicę płuc, — i przeciwnie.

W czasach nowszych więcej zajmuje badaczy bakteryologiczna strona sprawy. I mówca przeprowadził szereg badań nad pasorzytniczym zapaleniem wsierdza. W nowszych czasach często spostrzegano współistnienie zapalenia wsierdza i gruźlicy, choć laseczники gruźlicze nie tak często były znajdowane.

Autor w końcu podaje wyniki, jakie w tym względzie osiągnięte były w jego klinice. W jednym przypadku świeżego brodawkowego zapalenia wsierdza wykazano laseczники gruźlicze. Oprócz tego w 3-ch innych przypadkach znaleziono też laseczники. Jeden z tych przypadków zasługuje na szczególną uwagę. Kobieta z daleko posuniętą gruźlicą, która przebyła gościec, przybyła do kliniki. Przy badaniu wykryto szmer skurczowy. Z postępem gruźlicy postępowały też objawy ze strony serca, tak, że rozpoznano świeże zapalenie wsierdza, będące w związku z gruźlicą, co też potwierdziły oględziny pośmiertne i badania bakteryologiczne. Autor okazuje preparaty z lasecznikami gruźliczymi na wsierdzu i w zakrzepach krwi. Laseczники znajdują się po większej części w komórkach, podług LEYDEN'a jednak, komórki te nie tu się rozwinęły, lecz zostały tu zaniesione.

Prof. FRAENKEL w dyskusji zaznacza, że z nabytych wad serca niema ani jednej, którejby nie spotykał u chorych na gruźlicę. Jeden z ostatnich przypadków dotyczył 21-letniego człowieka, który w 12-ym roku przebywał gościec. Przybył on do szpitala z przyczyny silnego krwioplucia. Stwierdzono zwężenie zastawki dwudzielnej, a zatem właśnie tę wadę, która podług TRAUBE'go jeszcze najwięcej łączy gruźlicę płuc. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono dawne zmiany na różnych zastawkach. Gruźlica płuc była niewątpliwie sprawą późniejszą. Jakkolwiek cierpienia serca i gruźlica nie wyłączają się wzajemnie, wszelako podług F. należy się zgodzić z ROKITANSKY'm, że wady zastawkowe serca są rzadkie przy gruźlicy. Od tego rodzaju przypadków odróżnić należy przypadki, w których przy gruźlicy wtórnie powstają wady zastawek. Tu należą przypadki LEYDEN'a. Szczególnie ważnem jest, że włóknik, osiadły na zastawkach, zawiera laseczники, które prawdopodobnie krążeniem krwi zostały zaniesione. Zresztą faktem dawno známym jest, że laseczники gruźlicze znajdują się w zakrzepach serca. Okoliczność ta może właśnie utrudniać rozpoznanie. Jeżeli bowiem zapalenie wsierdza powstanie z innych przyczyn, mogą również wtórnie nagromadzić się laseczники gruźlicze w osiadłym włókniku przy istnieniu gruźlicy u chorego. Rozróżnienie, co jest pierwotne a co wtórne, nie jest bardzo łatwe. Jeżeli przytem znajdują się gruzełki, zapalenie wsierdza będzie uważane za gruźlicę.

Nakoniec w tem nagromadzeniu laseczników gruźliczych w skrzepach krwi i t. p. widzi LEYDEN niejako wskazówkę przechodzenia włóknikowego zapalenia płuc w gruźlicę. Sprawą tą zajmował się FRAENKEL wraz z TROJE przed wielu laty i o niej w Towarzystwie lekarskiem berlińskim mówił. Pod względem praktycznym ważną jest sprawa, czy zapalenie płuc włóknikowe może się skończyć zejściem w gruźlicę? W tym względzie w pracy powyżej wzmiankowanej FRAENKEL'a i TROJE'a podanych jest 19 przypadków nie przypuszczalnego przejścia zapalenia płuc w gruźlicę płuc, lecz „pneumonicznej postaci gruźlicy płuc“. Są to przypadki

płatowego cierpienia płuc, przebiegające równie ostro, jak włóknikowe zapalenie płuc. Lecz muszą one być ściśle od tegoż odróżniane, gdyż są od samego początku cierpieniem gruźliczem, wywołanem przez laseczники gruźlicze. Postać ta gruźlicy płuc zajmuje niekiedy całe płuco od góry do dołu; przytem stwierdzić się daje oddech oskrzelowy, trzeszczenie, plwocina rdzawa i t. p., lecz nie następuje we właściwym czasie krytyczny spadek ciepłoty, a większa część nacieczenia serowacieje. Zwykle znajdujemy w płacie górnym jamę, będącą punktem wyjścia zakażenia. W końcu F. zaznacza, że pomimo najstaranniejszych poszukiwań, nie udało mu się nigdy widzieć przejścia właściwego zapalenia płuc włóknikowego w gruźlicę.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895. N. 49, 50).

F. Arnstein.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 marca r. b.

TREŚĆ: 1) HIGIER — przedstawienie chorej z objawami rzekomej tężyczki histerycznej. 2) HIGIER — przedstawienie 4 siostr, dotkniętych *diplegia cerebrale*. 3) STANKIEWICZ — przedstawienie preparatu mięsaka szczęki dolnej. 4) STANKIEWICZ — przedstawienie preparatu, pochodzącego z worka przepuklinowego. 5) SĘDZIAK — „O leczeniu raków krtani”.

1) Kol. HIGIER przedstawił młodą kobietę, dziedzicznie nieobarczoną, u której w ostatnim półroczu zjawily się napady *anginae pectoris*. Napady owe powoli znikaly, ustępując miejsca powtarzającym się od 2 tygodni codziennym napadom skurczów tonicznych mięśni kończyn i tułowia,—napadom, cechującym pod wielu względami tężyczkę. Przeciwko ostatniemu cierpieniu przemawia brak momentu przyczynowego (zakażenia, zatrucia, cierpienia gruczołu tarczowego i t. p.), brak bolesności przy napadach, brak wzmożenia pobudliwości mechanicznej i elektrycznej w mięśniach i nerwach. Wobec zaś wielu objawów, świadczących za histeryą u chorej, mówca podejrzywa, że u przedstawionej chorej ma do czynienia z zaburzeniem czynnościowym, jednym z objawów którego przedtem były napady *anginae pectoris*, obecnie zaś napady tężyczkowe.

2) Kol. HIGIER przedstawił 4 siostry (28, 20, 18 i 17 lat liczące), pochodzące od rodziców zdrowych, spokrewnionych jednak z sobą. Początek choroby powolny, między 8—12 rokiem życia, przy zupełnym braku wyraźnych momentów przyczynowych. Podstawowy obraz kliniczny, powtarzający się stereotypowo u wszystkich sióstr, jest w głównych zarysach następujący. Spastyczne porażenie kończyn dolnych. *Pes vago-equinus*. Niezgrabność, osłabienie i swoisty układ rąk palców. Wzmożenie znaczne odruchów ścięgnistych. Wybitne zmiany w wyrazie twarzy, poprzednio zupełnie prawidłowym. Zanik nerwów wzrokowych natury pierwotnej. Osłabienie siły wzroku znaczne. Postępujące upośledzenie inteligencji. Zupełny brak drgawek padaczkowych, bólów głowy, zaburzeń czucia oraz zmysłów. Starsze siostry miesiączkę straciły, młodsze nigdy jej nie miały. Z objawów, stwierdzonych u pojedynczych sióstr, zasługuje na bliższą uwagę: rozlane zaniki mięśni o typie mieszanym: mięśniowym i rdzeniowym u 1-ej chorej; zwężenie pola widzenia *bitemporalis* u 3-ej; zakrzuszenie się i mowa nosowa, powolna, bez akcentacji, przypominająca skandowanie, u 2-ej i 3-ej; drżenie zamiarowe u 3-ej i 4-ej. Zastanawiając się dosyć szczegółowo nad istotą cierpienia

tego, mówca szczególną uwagę zwraca na t. zw. *diplegia cerebialis*, cierpienie dotąd mało znane, polegające na stwardnieniu pierwotnem. Rozlane stwardnienie kory tłumaczyłoby, zdaniem kol. H., względnie najprościej ten ciekawy zbiór objawów, jaki spotykamy u 4 sióstr. Za histeryę, jak to przed kilku laty utrzymywali lekarze, zdaniem mówcy, nic obecnie nie przemawia.

W dyskusyi kol. JASIŃSKI przypomina, że przedstawiał te same chore przed 4 laty i rozpoznawał po naradach z kol. GAJKIEWICZEM i NUSBAUMEM—histeryę; nieznaną była jeszcze wtedy—*diplegia cerebialis*, której jeden przypadek, niezbadany anatomo-patologicznie, opisano dopiero przed 3 laty. Mówca sprostowałby pierwotne swoje rozpoznanie, przychylając się do zdania HIGIER'a, gdyby u przedstawionych były do tego dane. *Diplegia cerebialis* nabywa się przed porodem lub *intra partum*, tymczasem u chorych HIGIERA cierpienie występuje w okresie dojrzewania. U wszystkich chorych są objawy wzajemnej masturbacyi.

3) Kol. STAKIEWICZ przedstawił preparat guza szczęki dolnej, który w ciągu jednego miesiąca zajął całą niemal połowę szczęki. Dla usunięcia guza odpilo-owano prawą połowę szczęki dolnej od tyłu po nad jej kątem, od przodu zaś—na miejscu 2-go siekacza prawego. Guz był mięsakiem i wychodził z okostnej.

4) Kol. STANKIEWICZ przedstawił preparat guza, znalezione go w worku przepukliny pachwinowej u kobiety, którą operował wskutek objawów uwięzienia kiszki. Po przecięciu worka znalazł w nim mówca nieco płynu surowiczego-rdzawego oraz twardą, zgrubiałą błonę. Po przecięciu tej ostatniej zauważył kol. St. narośl, przechodzącą w miękki sznurek, ciągnący się przez otwór przepuklinowy wgłąb jamy brzusznej. W części sznurka odciętej, gołym okiem rozpoznać można naczynie i nerw. Mówca wypowiada przypuszczenie, że miał do czynienia z *hydrocele mu-licbris*.

5) Kol. SĘDZIAK na 2-ch po sobie idących posiedzeniach wygłosił obszerną swą pracę p. t. „O leczeniu raków krtani“. Autor przedewszystkiem zaznaczył, że w historii leczenia raków krtani dają się zauważyć 4 okresy: 1) okres terapeutycznego nihilizmu do r. 1873; 2) okres racjonalnej terapii do r. 1881; 3) okres kulminacyjny do r. 1888. Okres ten nazywa mówca również okresem wahań ze względu na krańcowe zapatrywanie się na sprawę leczenia operacyjnego raka krtani wrogich sobie obozów wśród angielskich i niemieckich laryngologów i chirurgów; 4) ostatni wreszcie okres aż do naszych czasów nazywa autor okresem równowagi, względnie trzeźwej krytyki. W okresie tym otrzymywane były coraz częściej wyniki pomyślne. Następnie przeszedł S. do omawiania różnych metod leczenia i przy każdej przytoczył możliwie ścisłą statystykę, jaką udało mu się zebrać. I tak, zapoczątkowaną przez BILLROTH'a w r. 1873 rezekcyę całkowitą krtani wykonano w 188 przypadkach. Wśród różnych narodowości my zajmujemy 4-te miejsce, gdyż wykonano u nas do r. 1894 operacyę tę w 16 przypadkach. Pierwszą ekstyrpacyę rakowatej krtani wykonał u nas prof. KOŚCIŃSKI w r. 1877, największą liczbę (5) wykonał ś. p. JAWDYŃSKI. Co się zaś tyczy wyników operacyjnych, to można wszystkie podzielić na 5 grup: 1) wyleczenie stałe (trwające więcej, niż lat 3) w 5,85%; 2) wyleczenie względne (recydywy niema po upływie roku) w 6,9%; 3) recydywy — w 32,45%; 4) zejść śmiertelnych wskutek samej operacyi w 44,7%; 5) zbyt krótko spostrzeganych przypadków było 24. Rezekcyę częściową, względnie połowiczną krtani wykonaną była w 110 przypadkach. Pod tym względem my zajmujemy VI-te miejsce. Wyniki operacyjne: 1) wyleczenie absolutne w 10,9%; 2) względne w 11,8%; 3) recydywy w 28,2%; 4) śmierć

w 26,3%. Laryngofisura wykonana była w 92 przypadkach; u nas w 4-ch. Wyniki: 1) wyleczeń bezwzględnych 8,7%; 2) względnych 13%; 3) recydyw 53,3%; 4) śmierci—9,8%. Wewnątrzkrtniowe rękoczyny przy raku krtani stosowane były w 32 przypadkach. Wyleczeń absolutnych 12,5%, względnych — 12,5%; recydyw—40,7%. Tracheotomia, jako metoda leczenia przy raku krtani, stosowana była w 22 przypadkach. Wreszcie *pharyngotomia subhyoidea* przy raku krtani stosowana była tylko osiem razy. Na zasadzie danych mówca przemawia za stosowaniem laryngofisury i częściowej rezekcyi, chociaż i całkowite usunięcie krtani, tam, gdzie ono jest wskazane, powinniśmy wykonywać. Co się zaś tyczy wskazań, to tracheotomia przedewszystkiem ma znaczenie metody, zadośćczyniającej wskazaniu życiowemu, dalej—metody objawowej, wreszcie jako rękoczyn wstępny do innej operacyi. Wewnątrzkrtniowa metoda wskazaną jest przedewszystkiem przy ograniczonym charakterze guza. Laryngofisura wskazaną jest tam, gdzie poprzednia metoda nie może być zastosowaną, gdzie sprawa nie sięga zbyt głęboko, wreszcie jako metoda, poprzedzająca rezekcyę. *Pharyngotomia subhyoidea* wskazaną jest przy rakach nagłośni i *sinus pyriformis*. Połowiczna rezekcyja krtani wskazaną jest tam, gdzie podczas laryngofisury próbnej przekonano się, że sprawa rakowata ściśle ograniczoną jest do jednej połowy krtani. W przeciwnym razie należy wykonać całkowitą rezekcyę.

W dyskusyi kol. SREBRNY zaznaczył, że niesłusznie kol. S. pomieścił tracheotomię pomiędzy metodami leczniczymi. Niewłaściwie również, zdaniem mówcy, podaje S. laryngofisurę, jako oddzielną operacyę leczniczą, gdyż jest ona tylko rękoczynem wstępnym do wycięcia częściowego. Należałoby przeto grupę tę połączyć z poprzednią. Przypadki doszczętnego wyleczenia raka krtani z apomocą rękoczynów wewnątrzkrtniowych należałoby opatrzyć zastrzeżeniem: o ile przypadki te były w istocie rakami; albowiem badanie drobnowidzowe usuniętego z krtani kawałka niezawsze jest pewne. Na potwierdzenie tego kol. SREBRNY przytoczył stosowny przypadek z literatury.

Kol. SOKOŁOWSKI wypowiedział słowa uznania dla pracy mówcy i zaznaczył, że nie należy laryngofisury uważać za operacyę oddzielną, gdyż bywa ona tylko wstępem do rezekcyi.

Kol. DOBROWOLSKI zaznaczył, że są mu znane 3 całkowite i jedno częściowe wyluszczenie krtani, których SĘDZIAK nie włączył do swej statystyki, a które wykonane zostały w Warszawie. Co się zaś tyczy względnie lepszych wyników stosowania rezekcyi częściowych, niż całkowitych, to ten fakt da się objaśnić tem, że pierwsza operacya dokonywana bywa u chorych z mniej posuniętą sprawą chorobową. Wreszcie kol. D. zaznacza, że pomiędzy metodami leczniczymi nie znalazł w pracy kol. S. wzmianki o elektrolizie, która niejednokrotnie była stosowana przy leczeniu złośliwych nowotworów krtani.

ODCINEK.

Przytulki dla biednych rodzących**W WARSZAWIE.**Skreślił **D-r J. Rogowicz.**

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 16).

Gdy trzechletnie istnienie przytulku dla mamek wykazało, że na to źródło dochodu niewiele liczyć można, w 1894 r. wprowadzono inny jeszcze pomysł w wykonanie, a mianowicie zaprowadzono skarbonkę w każdym przytulku dla rodzących, do składania datków, przez biedne kobiety w przytulkach pomocy i schronienia szukające. A stało się to w trzecim roku po ustanowieniu podatku szpitalnego, opłacanego przez właścicieli nieruchomości w Warszawie, i w przeddzień pobierania takiegoż podatku osobistego od wszelkiego rodzaju sług, rzemieślników, wyrobników i t. p.,—jednem słowem od tych wszystkich mieszkańców, którzy w razie choroby udają się do szpitali, gdzie odtąd t. j. od 1895 r. mają prawo korzystać z bezpłatnej tamże pomocy.

Aczkolwiek nikt nie wątpił, że przytulki dla rodzących, od pierwszej chwili ich założenia, były i są przeznaczane wyłącznie do niesienia pomocy bezpłatnej; to jednakże obecnie, po ustanowieniu powszechnego podatku szpitalnego, istnienie skarbonek w przytulkach nastęrcza wątpliwość co do tego: czy biedna szwaczka, służąca, wyrobница i t. p., opłacająca podatek szpitalny, ma prawo bezpłatnego korzystania z miejskich zakładów położniczych tak samo, jak ze szpitali w razie „innej choroby“. Istnienie skarbonek w przytulkach dla biednych rodzących tak w roku ubiegłym, jak i w bieżącym, najwyraźniej wskazuje, że zwierzchność tych przytułków, zgodnie z zasadami fizjologii i patologii, nie uważa sprawy rodzenia za chorobę; czego oczywiście bezpośrednio interesowane kobiety, udające się do przytułków „dla odbycia słabości“, żadną miarą pojąć nie mogą, lecz wprost przeciwnie: prawie każda twierdzi, że wolałaby przebyć ospę, tyfus lub inną ciężką chorobę, niż „chorować na dziecko“.

Najwięcej jednakże do zamętu wymienionych pojęć przyczynia się ta okoliczność, że w pierwszym półroczu po zaprowadzeniu skarbonek w przytulkach nie zwracano uwagi na wysokość dobrowolnego datku, przez każdą rodzącą w przytulku do skarbonki składanego. Wkrótce atoli, gdy przy opróżnianiu tych skarbonek przekonano się, że to są, jak zgóry należało przewidzieć, ofiary groszowe, zwierzchność przytułków poleciła miejscowym akuszerkom, aby od każdej przybywającej do przytulku kobiety wymagały złożenia do skarbonki najmniej rubla; w razie zaś, gdyby tego uczynić nie mogła lub nie chciała, aby jej do przytulku nie przyjmować. Tym sposobem skarbonki służą do upozorowania pobierania opłaty za pomoc udzielaną w przytulkach wtedy, gdy opłata za leczenie w szpitalach została zniesioną.

W ciągu pierwszych jedenastu lat istnienia przytułków bez skarbonek t. j. udzielania pomocy bezpłatnej, zaufanie do tej instytucji z roku na rok wzrastało tak, że przytułki wytworzyły sobie znaczną, bo do 1500 osób rocznie dochodzącą klientelę, która świadoma tego, że żadnej zapłaty tam nie żądają, obecnie odchodzi nieraz od drzwi przytułku z oburzeniem na wyzysk, jaki słusznie dopatrzuje w żądaniu składania do skarbonki najmniej rubla. Bo czyż można uważać za dobrowolną ofiarę żądanie od kobiety w bólach porodowych takowej opłaty, z zagrożeniem, że gdy jej nie złoży, do przytułku nie zostanie przyjęta. Fakt to niezmiernie smutny, albowiem rdzennie zmienia on pierwotny charakter przytułków położniczych, jako instytucji dobroczynnej; żądanie bowiem chociażby tylko opłaty skarbonkowej, istoty rzeczy nie zmienia.

Każda instytucja dobroczynna zawsze i wszędzie jest wyzyskiwana przez pewną liczbę osób, bynajmniej do bezpłatnej pomocy się nie kwalifikujących. Tak też jest i w naszych przytułkach dla biednych rodzących. Corocznie kilka, a może i kilkanaście kobiet w każdym z nich rodzi takich, które stać na wydatek kilku rubli, gdyby zachodziła tego potrzeba. Zwierzchność przytułków, korzystając z tego odkrycia, zapragnęła zużytkować je jako źródło powiększenia dochodu z przytułków. W tym celu z początkiem 1895 r. ustanowiono, we wszystkich 6-ciu przytułkach, po dwa łóżka płatne, każde po rublu dziennie. Jest to najświeższy pomysł wyzyskania bezpłatnych przytułków dla biednych rodzących, jako źródła dochodu.

O ile mi wiadomo, dochód z owych 12 łóżek płatnych, w roku ubiegłym nie przekroczył 766 rubli ⁶⁾, a byłby jeszcze mniejszy, gdyby nie to, że dosyć często przybywająca do przytułku rodząca dowiaduje się tam, że łóżka bezpłatne są wszystkie zajęte; że jest tylko miejsce płatne po rublu dziennie. Chcąc nie chcąc, niejedna składa kilka rubli, jakie posiada w tak krytycznej dla niej chwili, i przez dni kilka zajmuje łóżko płatne, aby następnie przejść na t. zw. bezpłatne. Gdy takie w danym czasie nie zostanie opróżnione, bardzo często opuszcza przedwcześnie przytułek, gdyż ją nie stać na wnoszenie dalszej opłaty.

Nie wchodząc w bliższe szczegóły, już z tego okazuje się, że zaprowadzenie łóżek płatnych w przytułkach dla biednych rodzących nie daje spodziewanego dochodu, a nadto, i co ważniejsze, jest przyczyną zgubnych następstw z przedwczesnego opuszczenia łóżka w połogu dla tych, które nie posiadają odpowiedniej kwoty na opłacenie należności za dłuższy, istotną potrzebą wskazywany pobyt w przytułku.

Nie mamy wprawdzie zamiaru rozpatrywania zagadnienia, czy takie miasto, jak Warszawa, posiadające około 300,000 rub. ⁷⁾ dochodu z podatku szpitalnego,

⁶⁾ Po potrąceniu z dochodu brutto 40 kop. dziennie, za żywność dla jednej osoby wyznaczonych.

⁷⁾ Magistrat m. Warszawy przesłał do Rady miejskiej dobroczynności publicznej zebrane z podatku szpitalnego osobistego za 1895 r., 203,271 rs. Z tej kwoty należy się szpitalom warszawskim za bezpłatne leczenie tych osób, które okazały kwit z opłaty tego podatku przy wstąpieniu do szpitala, 42,425 rs., licząc po 30 kop. dziennie od jednej osoby. Względnie tak mała należność zależy: 1) od tego, że faktycznie dopiero w drugim półroczu korzystano z prawa bezpłatnego leczenia się w szpitalach; 2) od tego, że wiele osób, mających do bezpłatnego leczenia prawo, nie przyjęto do szpitala dla braku miejsca w danym czasie. Tym sposobem z roku ubiegłego pozostanie z podatku szpitalnego przeszło 160,000 rs. oszczędności. Gdy zaś w roku bieżącym i w następnych, opłacający podatek przez rok cały będą korzystać z bezpłatnego leczenia, należy przewidywać, że wydatek na ten cel się podwoi; a gdy nadto i liczba takich chorych się zwiększy, w miarę powiększania liczby łóżek w szpitalach, których obecnie brak daje się dotkliwie we znaki, to wydatek do 100,000 rs. rocznie dojdzie. Lecz i w tym razie oszczędność najmniej 100000 rub. wyniesie, nie licząc podatku szpitalnego od nieruchomości, wynoszącego 1% podatków stałych.

nie może zdobyć się na wydatek kilkunastu setek rubli rocznie, oprócz etatem wyznaczonej kwoty, na utrzymanie 6-iu przytułków dla biednych rodzających; albo raczej, czy ustanowienie odpowiednio powiększonego na ten cel etatu jest tak dalece niemożliwe, że aż zachodzi potrzeba uciekania się do wytwarzania w samych przytułkach źródeł dochodu, na pokrycie przekroczeń budżetowych. Niemniej atoli nie możemy pozostawić bez odpowiedzi następującego pytania: czy wogóle ubieganie się o dochody z przytułków jest złem koniecznem, którego uniknąć niepodobna?

W memoryale „O potrzebie nowych zakładów dla biednych położnic w Warszawie⁸⁾ wykazałem na podstawie danych urzędowych, że szpital Dzieciątka Jezus przeciętnie corocznie wydaje 3,748 rub. na utrzymanie Instytutu położniczego, przy tymże szpitalu istniejącego. Szpital Dzieciątka Jezus na ten cel otrzymuje: 4,827 rub. ze skarbu Państwa, 400 rub. od uniwersytetu Warszawskiego, za niektóre dogodności, wymagane pomieszczeniem kliniki położniczej w Instytucie; wreszcie 500 rub. z kasy gubernialnej warszawskiej, na utrzymanie szkoły „babeł wiejskich“, przy tymże Instytucie istniejącej; wogóle 5,727 rub. Zatem około 2,000 rub. pozostaje corocznej oszczędności z funduszków, na utrzymanie Instytutu położniczego przeznaczonych. Źródłem tej oszczędności, datującej od roku szkolnego 1861 r., jest urządzenie kliniki uniwersyteckiej w Instytucie, skutkiem czego zniesiono posady dyrektora Instytutu z płacą 1000 rub. i jego pomocnika z płacą 600 rub. rocznie; nadto, jak wyżej, uniwersytet dopłaca 400 rub. Obowiązki, do tych posad przywiązane, spełniają profesor kliniki i jej ordynator, którzy są płatni przez uniwersytet; od zarządu zaś szpitala Dzieciątka Jezus żadnej płacy nie pobierają. Otóż nie sądzę, aby ta oszczędność mogła być używaną na inne cele dobroczynności publicznej, a nie na zapewnienie pomocy biednym rodzącym, do której przytułki są wyłącznie przeznaczone. Gdyby tak było, nie ciążyłby żaden dług na tej instytucji, a temsamem i wszelkie dotychczasowe, całkiem niewłaściwe, jak to powyżej wykazaliśmy, usiłowania wytworzenia w samych przytułkach źródeł dochodu, byłyby zbyteczne. Jest to jeden dowód więcej, jeżeli ich jeszcze potrzeba, na poparcie naszego twierdzenia, że należałoby raz na zawsze tych usiłowań zaniechać, a temsamem przywrócić przytułkom dla biednych rodzających ich pierwotny charakter instytucji, wyłącznie do niesienia bezpłatnej pomocy przeznaczonej. W tym celu należy:

1) Znieść t. zw. przytułek dla mamek, przy przytułku Nr. 5 od lat 5-iu ustanowiony, i przy żadnym innym go nie zakładać.

2) Skarbonki, jako sprzęt demoralizujący i od przytułków odstrasżający, raz na zawsze z nich usunąć.

3) Wobec podatku szpitalnego, opłacanego przez całą ludność miasta, z pracy rąk żyjącą, a mającą prawo do bezpłatnego leczenia się we wszystkich szpitalach miejskich, nie można od niej wymagać żadnych ofiar na rzecz przytułków, nawet w postaci jednego rubla dziennie za zajmowanie nadetatowego łóżka.

4) Natomiast, osobom mamek potrzebującym, uprzystępnienie poszukiwania ich w przytułkach, za opłatą 5 rub. za każdą znalezioną tam kandydatkę. W tym celu należy zaprowadzić w każdym przytułku książkę sznurową, do kwitowania z odbioru tej opłaty.

(Dok. nast.).

⁸⁾ „Medycyna“, T. X. z 1882 r. Nr. 25, str. 426—431 i osobne odbicie.

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

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 31 (m. 15, k. 16); przybyło w marcu 54 (m. 25, k. 29); wypisało się 55 (m. 24, k. 31); zmarło 8 (m. 4, k. 4); pozostało na miesiąc następny chorych 22 (m. 12, k. 10).

Ogólna liczba chorych była nieco mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, a większa, niż w tymże miesiącu roku zeszłego. Wogóle stan sanitarny Warszawy w dalszym ciągu trzeba uważać za pomyślny. Wszystkie choroby zakaźne, oprócz róży, występowały nawet rzadziej, niż w ubiegłym miesiącu. Na zaznaczenie zasługuje fakt pojawiania się nagninnego zapalenia opon mózgowodzeniowych (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*), którego mieliśmy tylko jeden przypadek (Żytnia 6) pomyślnie zakończony. O ile słyszeliśmy, zdarzały się przypadki tego cierpienia i w innych dzielnicach miasta.

Najliczniejszą rubrykę chorych w miesiącu ubiegłym stanowiła róża, której zanotowaliśmy przypadków 20 (m. 9, k. 11), t. j. dwa razy więcej, niż w miesiącu lutym. Śmiercią z powodu powikłań ropnych zakończyły się dwa przypadki. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Chmielna 34, Chłodna 60 i 38, Pawia 9, Śliska 4, Żelazna 27, Niecała 2, Zakroczymska 1, Wołowa 26, Elektoralna 12, Książęca 2, Browarna 18, Łucka 27, Plac Warecki 3, Wolska 35.

Następną rubrykę zajmuje ośpa, której mieliśmy przypadków 7 (m. 4, k. 3), z których 5 u chorych nieszczepionych z przebiegiem przeważnie bardzo ciężkim. Zmarło chorych 4 (m. 2, k. 2) nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic: Nalewki 49, Żelazna 78, Krochmalna 58, Nowolipki 98, Marszałkowska 71, Leszno 4, Prosta 46.

W jednej mierze trzyma się o d r a, której mieliśmy tylko przypadków 6 (m. 2, k. 4) u dorosłych z zakończeniem pomyślnem, z ulic: Niecała 8, Nowy Świat 9, Bednarska 17, Gęsia 30, Miodowa 14.

Tyfusy w dalszym ciągu bardzo rzadko się pojawiają. Dwa przypadki tyfusu wysypkowego, z których jeden śmiertelny, pochodzą z krańców miasta (Białostocka 29 i Polna 42). Tyfusu brzuszego mieliśmy tylko jeden przypadek niepomyślnie zakończony (Senatorska 16).

Częściej nieco, niż w ubiegłym miesiącu, zdarzała się p ł o n i c a, której mieliśmy przypadków 4 (m. 1, k. 3) u dorosłych z przebiegiem łagodnym, bez powikłań, z ulic: Piękna 24, Nowomiejska 15, Tłomackie 3, Śliska 62.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 3 przypadki biegunki krwawej (Nowolipki 34, Dzielna 74, Browarna 12); dwa — błonicy gardła (Leszno 66), oraz po 1 przypadku: zapalenia płuc włóknikowego, *anginae follicularis* i gruźlicy płuc.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych, mieliśmy po jednym przypadku nieżytu oskrzeli, żołądka i kiszek.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 11 (m. 4, k. 7).

J. Sz waj cer.

Ś. p. Michał Zieleniewski.

W dniu 17 b. m. zmarł w Krakowie nestor balneologów polskich ś. p. Michał ZIELENIEWSKI, doktor medycyny, były lekarz rządowy zakładu zdrojowego w Krynicy i członek prawie wszystkich towarzystw lekarskich polskich.

Urodzony w Krakowie dnia 2 września 1821 r., ukończył gimnazjum w rodzinnym mieście i tam też słuchał nauk lekarskich. Stopień doktora medycyny otrzymał w uniwersytecie Jagiellońskim w r. 1845, po obronie rozprawy: „O przesądach lekarskich naszego ludu“. Po kilkoletniej pracy jako adjunkt kliniki lekarskiej, a potem położniczo-ginekologicznej w Krakowie, powierzono mu kierownictwo szpitala dla chorych cholerycznych, naprzód w Trzebini, a potem w Krakowie r. 1849—1855. W roku 1857 otrzymał ś. p. Z. posadę lekarza rządowego przy zakładzie zdrojowym w Krynicy, a stało się to za sprawą i z wyboru „wskrzesiciela Krynicy“, niewygasłej a świetnej pamięci prof. DITLA. Ś. p. Z. nie zawiodł położonego w nim zaufania. Poświęcił się całkowicie, z wielkim zapalem i wytrwałością balneologii i doszedł na tem polu do tak wielkiej doskonałości, że jako balneolog był powszechnie uważany za pierwszorzędną i jedyną u nas powagę.

Krynica stanowiła główny przedmiot zabiegów i niezmordowanej pracy ś. p. Z. Jej poświęcił przeszło 100 prac balneologicznych, a były to: monografie, przewodniki, sprawozdania, pamiątki, opisy środków zdrojowo-leczniczych, materiały do historii zakładu zdrojowego i t. d., ogłaszane po polsku, niemiecku i francusku.

Po 30-letnim kierownictwie lekarskiem w Krynicy, ś. p. Z. opuszcza stanowisko lekarza rządowego w r. 1887; a danem mu było to, co nie każdego pracownika staje się udziałem; ś. p. Z. patrzył i zbierał owoce swej pracy; gdy bowiem obejmował Krynice, w zupełnym niemal upadku będącą, to opuszczał ją w tak świetnym rozwoju, że nie tylko przewyższała wszystkie zdrojowiska polskie, lecz zrównała się niemal z najlepiej urządzonymi zakładami kąpielowymi Europy.

Lecz i dla innych zdrojowisk krajowych był ś. p. Z. niestrudzonym opiekunem i orędownikiem. Opisał je wszystkie z wielką skrupulatnością w następujących dziełach: Rys balneologii powszechnej 1873 r., Rys balneoterapii 1886 r., Słownik bibliograficzno-balneologiczny zdrojowisk polskich 1889 r., Opis krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych 1894 r.

W dziele p. t. Rys balneotechniki („Medycyna“ 1889 r. i oddzielne wydanie 1890. Warszawa) znajdujemy bardzo praktyczne wskazówki wszelkich urządzeń zdrojowych i zarządu zakładami zdrojowo-kąpielowymi.

Na polu wydawnictw peryodycznych ś. p. Z. był założycielem i współredaktorem „Przeglądu lekarskiego krakowskiego“. Sam zaś wydawał przez lat 5 pismo balneologiczne p. t. „Krynica“. Prócz tego pozostawił obszerne materiały do historii akuszerii w Polsce, które drukował w „Pamiętniku towarzystwa lekarskiego warszawskiego“ 1857 r. i w „Tygodniku lekarskim“ 1860 i 1861 r.

W roku przeszłym obchodził ś. p. Z. 50-letni jubileusz swojej działalności lekarskiej i otrzymał przy tej uroczystości liczne dowody hołdu i uznania swoich wysokich zasług na polu społecznym i naukowo-lekarskim. Utraciwszy żonę i dzieci, spędzał ś. p. jubilat ostatnie lata swego pracowitego żywota w cichym odosobnieniu. Jak wysoko cenił i głęboko ukochał naukę i pracę na niwie ojczyстей, wymownie świadczy ostatnia wola zmarłego, mocą której przeznaczył znaczny fundusz na korzyść uczącej się młodzieży.

Cześć jego pamięci!

J. M.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Prof. **ERRICO de RENZI** (Neapol) podaje spostrzeżenia swoje nad działaniem surowicy przeciwgruźliczej **MARAGLIANO**. Spostrzeżenia dotyczą 22-ch chorych (14 mężczyzn, 8 kobiet). Zastrzykiwania dokonywano sposobem **MARAGLIANO**, t. j. pierwsze 10 dni po 1 ctm. szść. co drugi dzień, następne 10 dni po 1 ctm. szść. codziennie, później zaś po 2 ctm. szść. dziennie. Tylko u 3 chorych od razu zastrzykiwano 10 ctm. szść., powtarzając to samo 2—3 razy w przerwach 3—8 dni. Chorzy znosili zastrzykiwania zawsze dobrze. Zmiany miejscowe sprowadzały się do niewielkiego obrzęku. Prawie u wszystkich spostrzegano zwiększenie łaknienia oraz poprawę na siłach i w stanie ogólnym. Z liczby 22 chorych, leczonych tą metodą: 1) u 7 było nacieczenie w jednym płucu; 2) u 8 nacieczenia takie były bardziej rozlane i obustronne; 3) u 7 były objawy rozpadu, jamy. Co do ciepłoty, to w 4 przypadkach stan był bezgorączkowy; u 4 chorych poniżej 38°, zaś u reszty powyżej 38°. Waga ciała zwiększyła się w 12 przypadkach, pozostała bez zmiany 1 raz, a zmniejszyła się w 9. Siła dynamometryczna zwiększyła się w 12 przypadkach, zmniejszyła się w 6, bez zmiany w 4. Ciepłota w 10 przypadkach zwiększyła się, w 10 zmniejszyła się, bez zmiany w 2. Ilość dobową płwociny w 9 przypadkach zwiększyła się, w 10 zmniejszyła się; ilość łaseczników w płwocinie w 6 zwiększyła się, w 13 zmniejszyła. Wreszcie co do zmian miejscowych w płucach, stan poprawił się w 10 przypadkach, w 7 pogorszył się, w 5 bez zmiany. Wogóle poprawę osiągnęli chorzy, zaliczeni do 1-ej kategorii, i nie gorączkujący. Pogorszenie zaś miało miejsce u osób 2-ej i 3-ej kategorii. Z innych objawów R. spotykał często obrzmienie gruczołów w pobliżu miejsca zastrzykiwań (w 68%), zresztą bez ropienia i bez wielkiej bolesności. (*La Riforma medica*. 11. I. 96).

— Prof. **GRASSET**, na podstawie spostrzeżeń własnych, badań klinicznych i doświadczalnych, tak formułuje poglądy swe co do zapalenia rdzenia pochodzenia zakaźnego. (Gr. pod tym terminem pojmuje wszelkie cierpienia substancji rdzenia). O ile się zdaje, wszelkie

czynniki zakaźne mogą prowadzić do zapalenia rdzenia. Spostrzeżenia takie istnieją co do: ospy, rzeżączki, róży, grypy, zapalenia płuc, cholery, krwawej biegunki, tyfusu i t. d. U chorych spostrzegano: ostre rozlane zapalenie rdzenia, wiał, zanik mięśni postępowy typu **ARAN-DUCHENNE'a**, ostre porażenie dzieciinne, syringomyelię, zapalenie wieloogniskowe i t. p. Różne postacie kliniczne tych cierpień zależą głównie od umiejscowienia czynników zakaźnych, nie zaś od ich natury. Czy drobnoustroje działają same przez się, czy też zapomocą wytwarzanych przez się jądów, niewiadomo. Gr. broni poglądu, według którego choroby zakaźne rdzenia wywołuje nie pierwotne, lecz wtórne zakażenie rdzenia przez jeden z drobnoustrojów, znajdujących się w ustroju (*bacillus coli*, *strepto* - i *staphylococcus*). W każdym razie cierpienia powstają u osób z pewnem usposobieniem nerwowem (nabytem lub odziedziczonym). Rokowanie w cierpieniach rdzenia zakaźnych jest pomyślniejsze, niż w innych. W przypadkach groźnych i szybko przebiegających Gr. zaleca energiczne leczenie środkami odciągającymi z jednoczesnem stosowaniem przetworów rtęci i jodu. W pracy swej nadto daje Gr. zestawienie danych z literatury, a także wyników badań doświadczalnych. (*Nouveau Montpellier médical*. I. XI. 1895).

— **DORNBLUTH** (Rostock) leczy z powodzeniem pewne nerwice zawodowe (skurcz pisarzy, muzyków, tancerzy i t. p.), a także kurcz w zakresie nerwu twarzowego (*tic. convulsif*) i dychawicę oskrzelową zapomocą systematycznego stosowania makowca lub kodeiny. Zaczyna od dawek małych i stopniowo je zwiększa, nie dochodząc jednak do dawek, wywołujących zatrucie ogólne. Leczenie to winno być stosowane czas dłuższy zależnie od przypadku; następnie dawki zmniejszają się stopniowo aż do zupełnego zaniechania narkotyku, poczem powtórnie należy doń wrócić. (*La Sem. Médic.* 1896 N. 10) *W. M.*

— **S. GOTTSCHALK** zaleca stosowanie *styplicyny* (pochodna narkotyku) przy krwotokach macicznych. Środek ten podawany jest w postaci proszku (5

razy dziennie po 0,05) lub też zastrzykiwany w roztworze wodnym podskórnie w okolicę pośladkową w ilości 0,2. Środek ten nie wywołuje żadnych ubocznych zaburzeń. Przeciwwskazane jest stosowanie stypticyny w powyższym celu podczas ciąży. (Therapeutische Monatshefte № 12 1895. *M. B.*

— **GRANCLÉMENT** poleca w *neuralgia n. trigemini* podskórne zastrzykiwanie: Rp. *antipyrin.* 4,0, *cocain. mur.* 0,03, *aq. destill.* 10,0. Na miejscach bolesnych zastrzykuje się kilka strzykawek jedną po drugiej. Dość znaczny obrzęk, występujący na twarzy w następstwie zastrzykiwań, znika prędko. Zastrzykiwania należy stosować początkowo codziennie, a nawet parę razy dziennie. Żadnych przykrych następstw **GR.** nie spostrzegł. (Corr. Bl. f. Schw. Aerzte 1895 N. 16). *W. M.*

— **HERMAN** podaje następujące dane, dotyczące etyologii gorączki połogowej:

1) gorączkę połogową wywołują pasorzyty, wnikające do ustroju przez zranienia, powstałe podczas porodu; 2) drobnoustroje rzeczzone dają się przenosić przez dotykanie się, nie bywają zaś ani wdychane, ani połykane; 3) zwykłymi przenośnikami drobnoustrojów są ręce, narzędzia i odzież u osób obsługujących; 4) przenoszeniu zarazka można zapobiedz zachowaniem czystości; niszczyć zaś drobnoustroje chorobotwórcze należy środkami przeciwnilnymi; 5) samozakażenie w gorączce połogowej nie istnieje; 6) zarazek róży skóry wywołuje u położnic różę skóry, nie zaś jakieś inne cierpienie; natomiast zarazek róży, połączonej z zapaleniem tkanki łącznej podskórnej (*erysipelas phlegmonosa*), wywołuje gorączkę połogową; 7) zarazek płonicy wywołać może u położnicy tylko płonicę, a nie gorączkę połogową. (Der Frauenarzt. Z. II. 1896). *A. F.*

Wiadomości bieżące.

— Kol. Józef **ZAWADZKI** mianowany został lekarzem ambulatorium w szpitalu św. Rocha. Kol. **ZAWADZKI** przyjmować będzie chorych dotkniętych cierpieniami przewodu pokarmowego. Kol. **KUNIEWICZ** Józef w tymże szpitalu prowadzić będzie ambulatorium chorób kobiecych.

— Kol. **S. ZALEWSKI**, b. prof. uniwersytetu w Tomsku, mianowany został członkiem uczonego Komitetu ministerium oświaty narodowej w Petersburgu.

— Dnia 14-go maja ma być otwarta w Berlinie wystawa na pamiątkę 100-letniej rocznicy pierwszego szczepienia ospy przez **JENNER'a**. Komitet wystawy, do którego wchodzi między innymi **VIRCHOW**, **LEYDEN**, **BERGMANN**, **GERHARDT**, **KOCH** i **KOENIG**, zwraca się z prośbą do wszystkich, którzyby chcieli pomieścić na tej wystawie jakiegokolwiek przedmioty, mające związek ze szczepieniem ospy, aby zechcieli zawiadomić komitet wystawy według adresu: Medicinisches Waarenhaus, Berlin N, Friedrichstrasse, 108, I.

— Dwudzieste pierwsze zebranie ogólne niemieckiego Towarzystwa higienicznego odbędzie się w roku bieżącym w Kolonii, od 10 do 13 września. Na po-

rządkiu dziennym: wodociągi z wodą gruntową ze szczególnym względem na pozbawienie wody żelaza; urządzenie przytułków dla położnic; zwalczanie błonicy; udział lekarzy w wykonywaniu higieny przemysłu; stosunki higieniczne w marynarce handlowej i na statkach parowych do przewozu osób.

— W Irlandyi otworzono pierwszy publiczny szpital dla suchotników. Każdy chory ma swój oddzielny pokój; wentylacja jest tak urządzona, że do pokoju w ciągu godziny wprowadzić można 5000 stóp sz. świeżego powietrza. Wszystkie pokoje mają okna zwrócone na południe.

— Wdowa **AUDIFFRED** ofiarowała Akademii lekarskiej w Paryżu 800,000 fr. z tym warunkiem, aby odsetki (24,000 fr. rocznie) użyte były na nagrodę imienia Franciszka Józefa **AUDIFFRED'a**. Nagrody wydawane będą każdemu bez różnicy narodowości i specjalności, kto w ciągu 25 lat, licząc od 28 stycznia 1896 roku, wynajdzie skuteczne lekarstwo przeciw suchotom. O skuteczności takiego lekarstwa ma decydować Akademia.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1896—1897 zawakuje część stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w r. 1878 w mieście Piotrkowie, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: *a*) imienia KOCZOROWSKICH, *b*) CHILEWSKICH, synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława CHILEWSKIEGO, w Galicyi zamieszkali, *c*) STROJECCY, synowie po Adolfie STROJECKIM i ich następcy, *d*) LECHOWSCY, synowie i ich następcy po Kacprze LECHOWSKIM, *e*) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o rzeczne stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała № 7) najpóźniej do dnia 15 września r. b., z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym, i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały, *D-r Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1896—1897 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego GOŁĘBIEWSKIEGO, D-ra medycyny, zmarłego w r. 1885 w mieście Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. Życzący ubiegać się o rzeczne stypendyum, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału Lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały, *D-r Brodowski.*