

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 25.

Warszawa d. 23 Czerwca 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do nauki o chorobach umysłowych pochodzenia toksycznego i zakaźnego ze szczególnem uwzględnieniem t. zw. Delirii Acuti. Podał Teodor Łapiński. — O możliwości przedziurawienia kiszek przez glistę ludzką (*ascaris lumbricoides*). — Wykłady kliniczne. Wymioty jako objaw przewlekły i okresowy. — Streszczenia i wyciągi. 76. Nerka wędrująca u kobiet. 77. Wczesne rozpoznanie odry. 78. O okresowych wymiotach z acetoniemią u dzieci. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 kwietnia do 14 maja r. b. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) T. Łapiński — Contribution à la question des maladies psychiques d'origine toxique et infectieuse avec considération particulière du s. d. Delirium acutum. 2) J. Hornowski — Sur la possibilité de la perforation de l'intestin par l'*ascaris lumbricoides*.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) T. Łapiński — Ein Beitrag zur Lehre von Gemüthskrankheiten toxischen und infectiösen Ursprungs mit besonderer Berücksichtigung des s. g. Delirium acutum. 2) J. Hornowski — Ueber die Möglichkeit von Perforation des Darmes durch *Ascaris lumbricoides*.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do nauki
o chorobach umysłowych pochodzenia
toksycznego i zakaźnego ze szczególnem
uwzględnieniem t. zw. Delirii Acuti.

Podał

TEODOR ŁAPIŃSKI,
ordynator szpitala Jana Bożego.

Choroby zakaźne powodują zwykle mniejsze lub większe zaburzenia umysłu. Chorzy tacy najczęściej leczą się u internistów i chirurgów, porażenia umysłu przeto nie podlegają należytej ocenie; lekarz specjalista interesuje się

przedewszystkiem objawami swej specjalności; do rzadkości należy opis choroby, uwzględniający stan całego organizmu, jako rezultat czynnika chorobotwórczego.

NACKE (1) próbuje wykryć zależność między chorobami umysłowymi, względnie *Paralysis progressiva*, i tak zwanymi wewnętrznymi. Przyjmując pewną wielkość i spoistość serca, naczyń krwionośnych, płuc, nerek i sledziony za normę, autor stara się wykazać, że u cierpiących na bezwład postępujący, względnie u chorych umysłowo, odsetka i liczba zboczeń jest większa, bu-

dowa wewnętrzna narządów podlega częściej zboczeniom, i zboczenia te są większe, niż u zdrowych umysłowo; jednakże stałego stosunku między cechami zwyrodnienia wewnętrznymi i zewnętrznymi niema.

Brak dokładnych opisów, uwzględniających równocześnie stan wszystkich narządów danego chorego, niedostateczność współczesnych metod badania nie pozwalają obecnie ściśle określić stosunku, jaki niewątpliwie istnieje między chorobami umysłowymi i t. zw. cielesnymi. Już *a priori* można przypuszczać, że każda choroba wywiera w ten lub inny sposób wpływ na sprawność umysłową chorego osobnika, tembardziej zaś, gdy dane cierpienie uważać można jeśli nie za przyczynę, to w każdym razie za powód powstałej choroby umysłowej. Istnieją dane, pozwalające przypuszczać, iż stafilokoki wywołują zwykle stan przygnębienia, streptokoki zaś naodwrot — podniecenia; dur brzuszny cechuje się śpiączką, wystąpienie podniecenia można z pewnem prawdopodobieństwem uzależnić od komplikacji streptokokami.

Pdstawianie chorób wogóle, a umysłowych w szczególności byłoby więcej zrozumiałe, gdyby w każdym poszczególnym przypadku badano krew na drobnoustroje. Badanie podobne ułatwiłoby znacznie różniczkowanie chorób gorączkowych i umysłowych. Obecnie chory gorączkujący dość często umieszczany bywa nieślusnie w szpitalu dla obłąkanych. ROUGÉ (2) wskazuje na wielką krzywdę, jaką wyrządza się takiemu osobnikowi na zdrowiu i opinii; na zdrowiu, gdyż zastosowanie zabiegów wodoleczniczych u chorego na dur, zapalenie płuc i t. p. wywołać może skutek niepożądany; na opinii, gdyż bytność w szpitalu dla obłąkanych dotychczas uważana bywa za ujmę dla całej rodziny. Częstość chorego bredzącego w czasie duru można odróżnić od maniaka: w durze ciepłota osiąga wysokich stopni, tętno zaś zwykle nie bywa przyspieszone, w manii — przeciw-

nie, tętno bywa przyspieszone, ciepłota zaś nie przewyższa normy.

Dla wyodrębnienia jakiejś postaci chorobowej należy wykazać zależność danych przypadków od jednych i tych samych czynników, należy dowieść, że przypadki dane cechują się specjalnymi objawami, przebiegiem i jednakowożmi zmianami anatomo-patologicznymi. Czyż można zastosować powyższe wymagania przy rozpoznanianiu chorób umysłowych wtedy, gdy o nazwie choroby najczęściej decydują: mowa lub zachowanie się chorego, rzadziej widome zmiany w układzie nerwowym, najmniejszą zaś uwagę zwraca się na przyczynę danego cierpienia, tembardziej iż w większości przypadków bywa ona zwykle dla nas w zupełności ukryta.

Nie dziwnego przeto, iż jedne i te same objawy mogą u różnych psychiatrów otrzymywać różne nazwy. Za najjaskrawszy dowód słuszności podobnego twierdzenia służyć może *Delirium acutum*. Jedni (BRIAND, GILBERT, BALLET) zaliczają *Delirium acutum* do chorób *sui generis*, twierdząc, że silne podniecenie, wybitny chaos myślowy, zupełna utrata przytomności i świadomości uprawniają w zupełności podobne wyodrębnienie. Inni nie uznają w *Delirium acutum* postaci samoistnej, odróżniają postać zadumową i maniacką (MENDEL, MEYNER, ORBELLI (3), LEHN, ZIEHEN, RUBINOWICZ (4), MAR-CHAND (5), VURPAS (5), CROCQ) i zaznaczają że ostre psychozy mogą dawać rozmaite objawy w zależności od przyczyny wywołującej i tła, na którym się rozwijają. Pierwsi zwracają uwagę tylko na objawy kliniczne, ostatni uwzględniają więcej stosunek przyczynowy i wrodzone lub nabyte usposobienie do chorób umysłowych.

Niema zdaje się szkodliwości, od którejby nie uzależniano *Delirium acutum*. KRAFT-EBING, (6) KRAEPELIN, (7) FÜRSTNER, ŻUKOWSKI, (8) KAZOWSKI, (9) SEMIDALOFF, (10) CAMIA, RUBINOWICZ, ORBELLI zaliczają *D. ac.* do szeregu chorób zakaźnych, obserwowane zaś objawy

przypisują działaniu toksyn. ALZHEIMER (11) przypuszcza, że *D. ac.* może powstać wskutek intoksykacji lub też nadmiernego wycieńczenia, SANDER (12) obserwowane przypadki dzieli na 2 kategorie: przy powstawaniu jednych wybitną rolę odgrywały drobnoustroje (*staphylococcus*, *diplococcus* FRAENKEL'a, *bacillus* influenzy), w innych na pierwszy plan występowało działanie toksyn. BINSWANGER (13) przypadek swój stawia w zależności od *bacillus* influenzy, zaznaczając, że *D. ac.* spowodowane być może najrozmaitszymi czynnikami. Tegoż samego zdania są MARCHAND i VURPAS.

REGIS (14) obserwował *D. ac.* w rozmaitych psychozach, powstałych czy to na tle infekcji, czy też z powodu zatrucia alkoholem lub koprostazy, wycieńczenia fizycznego, porażenia słonecznego i t. p.; czasami dzięki infekcji istniejąca psychoza może dać objawy *D. ac.*

Podług REGIS, i CHEVALIER'a *D. ac.* zawdzięcza swe powstawanie drobnoustrojom i toksynom. BIANCHI i PICCININO znaleźli w swych 2 przypadkach drobnoustroje i skłonni są uznawać je za specyficzne dla *D. ac.*. MENDEL obserwował *D. ac.* w *Pneumonia crouposa*, JACOBSON w rozmaitych chorobach wewnętrznych, jako to: serca, przewodu pokarmowego, wątroby, nerek, w cukrzycy, obrzęku śluzowym, chorobie BASEDOW'a, MEYER (15) w *nephritis chronica*.

SPITZKA, WAGNER, HERWER (16) przypuszczają, że nieprawidłowa działalność narządów wewnętrznych, *resp.* przewodu pokarmowego, powodując samozatrucie, może wywołać psychozę.

SOLDER (17) przytacza 5 przypadków *D. ac.*, powstałych wskutek koprostazy; tłuszczowe zwyrodnienie serca, nerek i wątroby miały świadczyć o samozatruciu; w końcu zaznacza, że *D. ac.* spowodowane być może zakażeniem lub też zatruciem.

OPPEHHEIM (18) spostrzegł *D. ac.* w zatruciu ołowiem, CRAMER przytacza przypadek *D. ac.*, powstałego po upadku z konia u osobni-

ka, który nadużywał *in Venere*. PAGUENSTECHE (19) opisuje przypadek nagłej śmierci, poprzedzonej wybitnym chaosem myślowym i podnieceniem ruchowym; nieznaczne zakłucie się piórem w palec wywołało tak wielką obawę ogólnego zakażenia, iż u danego osobnika wywiązały się objawy, zbliżone do *D. ac.*

Spostrzegane w *D. ac.* bóle głowy, ataki histeryczne lub padaczkowe, stany katatoniczne lub kataleptyczne, wzmożenie się lub zmniejszenie odruchów, nierównomierność żreń, drżenie całego ciała, zaburzenia mowy, działalności przewodu pokarmowego, układu krwionośnego, oddechowego, wydzielin i wydaliny, odżywiania i ciepłoty wspólne są wszelkim psychozom, powstającym wskutek zakażenia lub zatrucia, i dowodzą tylko działania na układ nerwowy danej trucizny. Bóle głowy istnieją już w *stadium prodromorum*, nierównomierność żreń zjawia się i znika kilka razy na dzień, drżenie języka, *resp.* całego ciała nasuwa podejrzenie *paralysis progressiva*; ilość moczu bywa zwykle zmniejszona; zjawia się nadkwaśność; ilość mocznika zwiększa się, od czasu do czasu pokazują się ślady białka, wiele urobiliny, acetonu, indykanu, ciepłota bywa zwykle podniesiona.

Przypadki *D. ac.*, oprócz objawów porażenia układu nerwowego, cechują się wybitnym porażeniem świadomości i przytomności, chaosem myślowym i silnym podnieceniem ruchowym. SANDER uznaje dwie postacie *D. ac.*: w jednych, powstałych wskutek zakażenia, występuje wysoka ciepłota i szybkie zejście śmiertelne, inne zaś, zawdzięczające swe pochodzenie autointoksykacji, mają łagodniejszy przebieg, gorączka zjawia się zwykle później, i możliwe jest wyzdrowienie. Czasami podniecenie ruchowe bywa bardzo krótkotrwałe, a z powodu osłabionej działalności serca nadzwyczaj szybko nastąpić może upadek sił i zejście śmiertelne.

Obserwowane w *D. ac.* objawy ŻUKOWSKI próbuje wytłomaczyć żylnym lub tętnicznym przekrwieniem mózgu, które, podług SOL-

DER'a, wywołać może śpiączkę, lecz nigdy psychozę.

RYCHLIŃSKI (20), HERWER powstanie psychozy warunkują wadliwym odżywianiem elementów nerwowych, HERTZ zwężeniem *foraminum jugularium*, ERLICKI zwyrodnieniem tętnic i następnie rozmiękzeniem mózgu. Silne podniecenie ruchowe SANDER tłumaczy porażeniem komórek PURKINJE i *nuclei caudati*; podług ALZHEIMER'a napięcie i siła obserwowanych objawów zależą od stopnia i ilości porażonych elementów nerwowych i glii, MURATOW, GILBERT, BALLEET, FAURE, CARRIER (21) przypuszczają, że początkowo porażają się komórki, później zaś niteczki osiowe, podług CAMIA (22) zaś przede wszystkim ulegają porażeniu niteczki osiowe.

Wbrew twierdzeniu autorów, podług których napięciu objawów *D. ac.* w zupełności odpowiadają ilość i jakość zmian anatomo-patologicznych w mózgu, zdarzają się przypadki z silnym podnieceniem i szybkim zejściem śmiertelnym, w których oprócz mniejszego lub większego przekrwienia mózgu i mniej lub więcej licznych wybroczyn w istotę mózgu, żadnych innych zmian na sekcji nie wykryto.

Wysoką ciepłotę, powstałą na początku choroby, autorzy zgodnie tłumaczą infekcją, powstałą zaś w środku lub ku końcowi SANDER objaśnia gwałtownymi ruchami, BINSWANGER szybkim rozpadem tkanek, których wessanie powoduje gorączkę; podług CARRIER'a gorączka powstaje wskutek działania mikrobów, toksyn lub zaburzeń w wytwarzaniu soków, przyspieszone zaś tętno objaśnia się zajęciem ośrodków opuszkowych; podług MEYER'a w *D. ac.* porażeniu podlega wraz z mózgiem i mlecz, a zwyrodnienie narządów wewnętrznych, bardzo często spotykane u chorych, zmarłych na *D. ac.*, powstaje wskutek intoksykacji lub też wzmożonych ruchów.

Spotykane w *D. ac.* przekrwienie opon mózgowych żyłne i tętnicze, zrosty opony twar-

dej z czaszką, opony miękkiej z mózgiem i móżdżkiem, obrzęk opon mózgowych, zmętnienie, zgrubienia opony miękkiej wzdłuż uaczyń, żółciowe jej zabarwienie (CRAMER) *hydrocephalus internus* (SOLDER, KAZOWSKI), *ependymitis granulosa* (SOLDER, BINSWANGER), zwyrodnienie naczyń, rozmiękczenie mózgu (ERLICKI) postrzegane bywają w rozmaitych chorobach. Przekrwienie naczyń włosowatych do zupełnego zaniku światła (RYCHLIŃSKI), leukocytoza i zwyrodnienie włókien (ŻUKOWSKI), rozpad centralny w komórkach piramidalnych (MEYER) (23), porażenie niteczek osiowych (FAURE), *chromatolysis* (CAMIA), wszelkie te objawy spotykają się i w innych psychozach i wcale nie uprawniają do uznania ich za specyficzne dla danego cierpienia.

Zestawiwszy wyżej przytoczone dane, dotyczące etiologii, kliniki i anatomii patologicznej, musimy przyjść do przekonania, iż niema słusznego i należyte uzasadnionego powodu widzieć w *D. ac.* samodzielną postać chorobową. By wyodrębnić jakąś chorobę niezbędnem jest dowieść, że wywołują daną postać rozmaite, lecz zawsze jedne i te same czynniki, że objawy obserwowane ujęte są w pewne ramki, wreszcie, że dane anatomo-patologiczne przedstawiają pewną właściwość dla danego cierpienia.

Powstawanie *D. ac.* stawiano w zależności od najrozmaitszych przyczyn, poczynając od urazu moralnego lub fizycznego, kończąc na wszelkiego rodzaju chorobach somatycznych, próbowano nawet wykazać dla *D. ac.* specjalnego mikroba. Przy rozpoznawaniu *D. ac.* z punktu widzenia klinicznego jedni uwzględniają przede wszystkim wybitne podniecenie ruchowe, inni odróżniają formę dynamiczną i asteniczną; podług zdania jednych cała choroba trwa nie dłużej, niż dwa tygodnie, inni uznają możliwość istnienia chwilowych polepszeń, gorączka może istnieć z samego początku, może zjawiać się w środku lub też pod sam koniec choroby, czasami zaś ciepłota ciała może pozo-

stawać w granicach normy przez cały czas trwania choroby.

I. Przytoczone poniżej przypadki dowodzą jasno, iż t. zw. *D. ac.* można zaliczyć do innych istniejących cierpień umysłowych stosownie do tego, z jakiego punktu widzenia stawiać będziemy rozpoznawanie. Co dzięki li tylko napięciu zaburzeń umysłu można wyodrębnić w oddzielną jednostkę chorobową, z punktu widzenia porażenia układu nerwowego, anatomii patologicznej i etiologii nie zasługuje na oddzielne miano.

(C. d. n.).

O MOŻLIWOŚCI PRZEDZIURAWIENIA KISZKI

przez glistę ludzką (*ascaris lumbricoides*).

Podał

J. HORNOWSKI

lekarz miejscowy Szpitala na Pradze.

Czy glista ludzka jest w stanie przedziurawić kiszki, jest kwestią sporną.

Niektórzy przeczą temu stanowczo i twierdzą, iż przedziurawienie kiszki zależy od innych przyczyn, a glista wchodzi w otwór już przygotowany dzięki tendencji swej do wpełzania w wąskie otwory (doświadczenia z paciorkami), inni twierdzą, że wprowadzie zdrowej kiszki przedziurawić nie jest wstanie, jednak może to uczynić przy pewnych zmianach patologicznych w kiszce.

Prócz tego cały szereg autorów, jak RILLET, BARTHEZ, GÖZE, LEROUX, BRETONNEAU, MOSLER i inni opisują miejscowe zmiany w błonie śluzowej kiszki w postaci przekrwień, złuszczeń i drobnych owrzodzeń zależne od glisty ludzkiej, SIMON opisuje krwawy stolec zależny od niej, LUTZ przedziurawienie mało zmienionej grudki chłonnej PEYER'a przez tę glistę.

W sekowanych przeze mnie przypadkach w jednym z nich kłębek glist ludzkich wywołał objawy zamknięcia światła kiszki i doprowadził do śmierci chorego (o przypadku tym, jako nie dotyczącym się poruszonego tematu, mówić nie będę); cztery inne przytoczę wraz z krótkimi danymi z kart szpitalnych i postaram się je krytycznie oświetlić.

Przypadek I.

Chora Z. T. lat 32.

Rozpoznanie przyżyciowe: *Typhus abdominalis. Peritonitis*. Trzeci tydzień choroby.

Na sekcji znalazłem:

Peritonitis purulenta. W kiszce cienkiej na 10 ctm. od zastawki BAUHIN'a niewielki otwór drażący w owrzodzeniu tyfusowem, a w otworze glista, której część przednia ciała zwrócona jest w stronę *peritoneum*, część tylna — do światła kiszki.

Przypadek II.

Chory W. M. lat 60.

Rozpoznanie przyżyciowe: *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. Uwięźnięcie trwa od trzech dni.

Zabieg operacyjny: ponieważ kiszka była silnie zmieniona, zrobiono rezekcję jej na przestrzeni 20 ctm. oraz zaszyto ją za pomocą szwu dwupiętrowego.

Przez pierwsze cztery dni po operacji chory czuł się zupełnie dobrze. Na czwarty dzień, pomimo zachowania przez chorego ścisłej diety, dostał on gwałtownych bólów w brzuchu, wzdęcia, odbijania, wymiotów i po dwóch dniach zmarł.

Na sekcji znalazłem: *Peritonitis purulenta diffusa*. W otrzewnie pomiędzy kiszki leżała martwa glista ludzka. Szwy kiszki wszędzie trzymały dobrze. Pomimo dokładnego badania nie mogłem znaleźć miejsca przedziurawienia kiszki.

Przypadek III.

Chory J. K. lat 52.

Rozpoznanie przyżyciowe: *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. Uwięźnięcie trwa od 12 godzin. Zabieg operacyjny: część кишки uwięzłej ciemna, otrzewna na niej błyszcząca; po kilku minutach zaczyna powoli wracać normalne zabarwienie кишки, wobec czego kieszka wpuszczona została do jamy brzusznej. Przez 2 dni chory po operacji czuł się dobrze. Na trzeci dzień raptownie bóle w brzuchu, wymioty, brak odchodzenia gazów, wzdęcie brzucha i śmierć w przeciągu 32 godzin.

Na sekcji znalazłem:

Peritonitis diffusa. W otrzewnie pomiędzy kioskami wolno leżąca glista ludzka. W kieszce cienkiej znaleziono niewielki otwór, przez który prawdopodobnie przeszła glista. Otaczająca otwór część ściany kieszki silnie nacieczona, ciemna na przestrzeni wielkości srebrnej 10 kopiejówki.

Przypadek IV.

Chora A. S. lat 32.

Rozpoznanie przyżyciowe: *Cystoma ovarii sinistri*. Zabieg operacyjny: trwał przeszło godzinę i był trudny ze względu na liczne zrosty torbieli z otaczającymi ją kioskami. Torbiel wyłuszczone.

Chora przez pierwsze cztery dni pooperacyjne czuła się zupełnie dobrze. Na piąty dzień objawy zapalenia otrzewny i śmierć po trzech dniach.

Na sekcji znalazłem: *Peritonitis diffusa purulenta*. W kieszce cienkiej nieduży otwór, a w nim glista — część przednia w jamie otrzewny, część tylna w świetle kieszki. Druga glista swobodnie leżała pomiędzy kioskami.

Takie są dane przyżyciowe i sekcyjne.

W oświetleniu krytycznem dane te przedstawiają się w ten sposób:

W przypadku pierwszym nie możemy twierdzić napewno, że glista przedziurawiła kieszkę,

gdyż przedziurawienie to mogło być pierwotne wypełnienie glisty w otwór wtórny; w trzech następnych przypadkach możemy prawie napewno twierdzić, że przedziurawienie kieszki było spowodowane przez glistę ludzką.

Upoważnia nas do tego ten fakt, iż chorzy przez kilka dni po operacji czuli się zupełnie dobrze: w przypadku drugim, gdzie nie znalazłem otworu w kieszce, i szwy kieszkowe zupełnie dobrze trzymały, możnaby twierdzić, że zapalenie otrzewny wynikało wskutek błędów w aseptyce w czasie operacji, gdyby nie to, iż znalazłem glistę pomiędzy kioskami. Glista ta wyszła z kieszki dopiero w kilka dni po operacji, wtedy, gdy, jak wiemy, szwy słabiej trzymają i wywołała objawy zapalenia otrzewny, otwór zaś po jej przejściu zasklepił się tak, iż nie można go było na sekcji znaleźć; jest to jedyne objaśnienie, które dać można.

W przypadku trzecim, gdzie uwięźnięcie trwało tylko przez 12 godzin, i gdzie kieszka była mało zmieniona, została ona przedziurawiona przez glistę w jednym bardziej zmienionem miejscu, które się nie ostało przed silnymi drażącymi ruchami glisty; jej jedynie przypisać można przedziurawienie kieszki i wywołanie zapalenia otrzewny w dwa dni po operacji.

Wreszcie w przypadku czwartym prawdopodobnie przy oddzielaniu zrostów miało miejsce uszkodzenie ściany kieszki, które było prawdopodobnie nieznaczne i byłoby bez znaczenia, gdyby glista ludzka w cztery dni po operacji nie przedziurawiła tego miejsca, ruchami swymi nie przeszkodziła utworzeniu się zrostów zapalnych, co doprowadziło do ogólnego zapalenia otrzewny.

Po zatem, jeżeli ciało obce, często bardzo miękkie, jak kamień kałowy, może przedziurawić kieszkę, jak to widziałem na sekcjach, to tembardziej może ją przedziurawić glista ludzka, której wargi są silnie uzbrojone, a sama ona posiada znaczną siłę prężności.

Wobec tego twierdzę, że glista ludzka (*ascaris lumbricoides*) jest bardzo niebezpieczna dla kiszki chorej, dla kiszki patologicznie zmienionej, i że jest ona w stanie taką kiskę samoistnie przedziurawić.

Ztąd też wynika ważne wskazanie do badania kału na jajka glisty ludzkiej przed każdym zabiegiem operacyjnym w jamie brzusznej w celu wydalenia glisty z kiszek.

WYKŁADY KLINICZNE.

D. ROBERTS.

Wymioty jako objaw przewlekły i okresowy.

Trudności dyagnostyczne, z jakimi się spotykamy przy określaniu w rozmaitych przypadkach właściwej przyczyny wymiotów, objaśniają się tem, że ośrodek wymiotny oddziałuje nie tylko na podrażnienia, dochodzące doń z żołądka lub innych ośrodków nerwowych, lecz też oddziaływaniem tegoż w pewnych razach na podrażnienia, dochodzące ztąd lub zowąd drogą okólną — odruchową. Ze względów powyższych rozpoznanie przyczyny bywa tu często trudne i wymaga ścisłego dochodzenia i rozważenia wszelkich danych, przypadkowi towarzyszących. Autor w pracy swojej kolejno rozpatruje powstawanie objawu tego zależnie od cierpień żołądka, od rozmaitych innych lokalizacji przyczyny, nerwie, wreszcie od rozmaitych spraw chorobowych ogólnych.

W *Gastritis acuta* mniej lub więcej silne wymioty bywają w pierwszych 24-eh godzinach choroby. Zazwyczaj łatwo wykazać się tu dającą przyczyną, ogólny obraz choroby, nieznaczna dolegliwość w okolicy żołądka, ustawiczne mdłości, niemożność utrzymania czegokolwiek w żołądku, istotę cierpienia dostatecznie wyjaśniają. Niekiedy jednak, zwłaszcza w przypadkach zaniedbanych, wymioty, raz się poczynszy, trwają dalej przez czas dłuższy — żaden pokarm się nie znosi — przypadki takie skutkiem spowodowanej inanicy mogą nawet kończyć się zejściem śmiertelnem.

W *gastritis chronica* wymioty nie są weale, jak to bywa podawane, objawem zwykłym — LOCKWOOD nawet na zasadzie licznych obserwacji twierdzi, że w przypadkach niepowikłanych — o ile nieżył nie był spowodowany alkoholizmem — wymiotów weale tu nie bywa. Zdaniem zaś autora, wymioty w tej postaci chorobowej pojawiają się jedynie w razie przeładowania żołądka, obostrzenia się sprawy albo wreszcie wskutek powstałego zwężenia odźwiernika i niewydolności mięśniowej.

We wrzodzie żołądka wymioty nie są objawem stałym, HOWARD notuje je w 85%, WIRSING zaś tylko w 60% spostrzeganych przypadków. Ujawniają się one, zwłaszcza w przypadkach wrzodu o charakterze raczej ostrym, w czasie największego spotęgowania się bólów *resp.* w $\frac{1}{2}$ do 3 godzin po wprowadzeniu pokarmu. Mdłości zazwyczaj bywają tu nieznaczne. Po wymiotach ból szybko ustępuje i powraca dopiero po ponownem wprowadzeniu pokarmu. Trwanie bólów po wymiotach wskazuje na lokalizację wrzodu w bliskości odźwiernika.

Zaznacza tu nadto autor zmianę poglądu klinicystów co do stopnia kwaśności soku żołądkowego w przypadkach wrzodu: EWALD tylko w 45 przypadkach na 100 notuje nadkwaśność (*superaciditas*), w 9 zaś na sto niedostateczną kwaśność (*subaciditas*); WIRSING w 47 na 100 *superaciditas* — w 2 na 100 *subaciditas*; WAGNER w 42 na 100 *superaciditas* — w 10 na 100 *subaciditas*; HOWARD zaś nawet tylko w 27 na 100 *superaciditas* a w 47 na 100 *subaciditas*. Poza tem prawie ogólnie teraz jest przyjęte, że

w przebiegu wrzodu żołądka tylko w 10 przypadkach na 100 w wymiocinach nigdy krwi spostrzegać się nie daje.

Nadmierna kwaśność — *hyperchlohydria* — o ile brak przytem w żołądku zmian organicznych — zdaniem RIEGEL'a w rzadkich tylko przypadkach staje się powodem wymiotów — zazwyczaj więc w przypadkach takich wskazują one, że przyczyną ich jest wrzód lub inne powikłanie, sprawę wyjaśniające.

W chorobie REICHMAN'a — *gastrosuccorrhoea periodica* wymioty stanowią objaw znamieny. Nerwica ta cechuje się powtarzającymi się atakami wymiotnymi — zazwyczaj w porze nocnej: w początku ataku wymiociny, które bywają tu bardzo obfite, mogą zawierać resztki pokarmu, następnie jednak na treść ich składa się jedynie sok żołądkowy o odczynie kwaśnym normalnym lub spotęgowanym. Przypadłości trwają tu od kilku godzin do kilku dni. W czasie między atakami stwierdzić się daje bądź to nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, bądź też pozostaje ono w granicach normalnych, i brak przytem objawów niestrawności. Dolegliwości w czasie napadu — co do stopnia swojego bywają rozmaite — niekiedy nawet prawie że się nie odczuwają.

W *gastrosuccorrhoea chronica* wymioty są objawem rzadkim; gdzie zaś się zdarzają, każą podejrzewać zmiany organiczne, najczęściej wrzód żołądka albo też z tej lub owej przyczyny upośledzoną drożność odźwiernika.

W lżejszych stopniach niewydolności mięśniowej żołądka wymiotów nie bywa — zawartość, aczkolwiek opieszale, z żołądka do kiszek się przesuwają, w wyższych zaś zależnych już od przeszkody mechanicznej, a więc od zmian bądź to w żołądku (odźwierniku), bądź to w dwunastnicy, wymioty stanowią objaw niejako patognomiczny. O ile zmiany te zależne są od sprawy wrzodziejacej, wymioty poprzedzane bywają bólem — w innych razach mniej przykrą sensacją nadto towarzyszą im zazwyczaj lekkie nudności. Ważną wskazówkę rozpoznawczą daje też obfitość wymiocin, t. j. ilość ich tu okazuje się większą, aniżeli powinnyby w danym czasie być treści pokarmowa w żołądku. Wymioty treścią pokarmową w 10 lub więcej godzin po przyjęciu posiłku stanowią cechę niedomogi mięśniowej. W rozpoznawaniu należy tu jednak mieć na u-

wadze niedomogę przejściową. W tej ostatniej, której powodem zazwyczaj bywa silne wzruszenie, przeładowanie żołądka, stan zapalny tegoż, wymioty równie szybko ustępują, jak i sama niedomoga; w niedomodze zaś trwalej stanowią one, równie jak i stan chorobowy, przyczyną ich będący, objaw powtarzający się, trwały. Wogóle jednak w przypadkach przypuszczalnej niedomogi sprawności mięśniowej żołądka resp. zdolności opróżniania się tegoż w kierunku kiszek powinna być poddana ścisłemu badaniu.

Utartemu niejako mniemaniu, że w raku żołądka wymioty pojawiają się już we wczesnym jego okresie, że stanowią objaw stały, przeczą spostrzeżenia niektórych klinicystów. RIEGEL np. podaje, że wymioty stale spostrzegać się tu dają jedynie w przypadkach usadowienia się nowotworu u jednego z wylotów żołądka, że pozatem notują się rzadko.

Uparte wymioty we wczesnym okresie raka spostrzegane bywają w przypadkach powikłania ostrym nieżytem żołądkowym. Nadto — jak podaje autor — wymioty, spostrzegane w przypadkach raka, usadowionego u jednego z wylotów, mogą w pewnych razach ustać skutkiem zmian degeneracyjnych w nowotworze.

Zwężenie wpustu (*stenosis cardiae*) albo przelyku zwłaszcza w dolnej jego części, czy to natury łagodnej, czy też złośliwej — spowodowuje tylko wracanie się pokarmu (*regurgitatio*). Przy znacznej rozstrzeni przelyku powyżej zwężenia wracanie się takie objawowo bardziej zbliżone jest do wymiotów — nudności jednak przytem bywają bardzo nieznaczne. Obfitość wracanego pokarmu (dochodząca nawet do $\frac{1}{2}$ litra), jaka się niekiedy w przypadkach znacznej rozstrzeni spostrzegać daje — o ile celem zbadania istotnej przyczyny przejawu tego nie posługiwać się zgłębnikiem, może się stać powodem poważnych pomyłek rozpoznawczych.

W *gastroptosis* objaw ten spostrzegać się daje prawie tylko o tyle, o ile okazuje się zależnym od powikłania nerwicą lub niedomogą mięśniową.

W przypadkach przepukliny na linii białej (*hernia lineae albae*) również spostrzegać się dają wymioty oraz sensacje bólowe, zwłaszcza w czasie wzmożenia się perystaltyki oraz przy ruchach (ciała).

Jak więc z powyższego przeglądu wnioskować można, wymioty — jako objaw przewlekły lub okresowy — nie wielu tylko towarzyszą cierpieniom żołądka; to też o ile w danym przypadku wyłączyć się daje ostry stan zapalny, wrzód, sokotok okresowy oraz przeszkoda mechaniczna u wylotów, przyczyny objawu tego doszukiwać się należy poza żołądkiem.

W przebiegu zwykłej niestrawności nerwowej zdarzają się też nudności i wymioty — lecz zazwyczaj zjawiają się one tu pod wpływem szczególnej jakiej podniety. MATHIEU i ROUX, omawiając upadek odżywiania u niektórych dyspeptyków i neurasteników, notują u takich chorych, zwłaszcza u młodych kobiet, poobiedne mdłości, jako wyraz spaczonego uczucia głodu. O ile w przypadkach takich nie podnieść ogólnego stanu odżywiania, ustalić się mogą owe wymioty istic nerwowe, czy hysteryczne.

U niektórych młodszych i małokrwestych kobiet oraz u kobiet, obficie miesiączkujących, częstym zjawiskiem bywają zaburzenia żołądkowe, dochodzące niekiedy do mdłości, a nawet do rannych krztuszeń wymiotowych. Mdłości i krztuszenia takie trwają nieraz jeszcze przez kilka dni po ukończeniu przejawu fizyologicznego. Wymioty tak zwane nerwowe czy hysteryczne mają pewne cechy charakterystyczne, wyróżniające je od innych postaci wymiotnych. Najczęściej spostrzegają się one u kobiet w okresie dojrzałości płciowej, albo też w latach przełomowych (klimakterycznych) i powstają zazwyczaj pod wpływem silnego wzruszenia *resp.* wypadku. Wogóle wykazał się tu daje pewien rys psychopatyczny. W typowych przypadkach tego rodzaju wymioty pojawiają się bądź to w porze nocnej, bądź to zrana przed śniadaniem, bądź też wreszcie wkrótce po przyjęciu pokarmu. STILLER zwraca uwagę, że w przypadkach takich mdłości bywają nieznaczne, oraz że pokarmy grubsze, ostrzejsze często łatwiej bywają tolerowane, t. j. utrzymują się w żołądku, niż pokarmy lekkie, nie drażniące, nadto że w przypadkach takich spostrzega się łatwe uleganie wpływowi sugestyi lub autosugestyi. W tej postaci wymiotów, aczkolwiek rzadko, notowane jednak bywały przypadki śmierci z wycieńczenia (inanicyi).

W afekcyach przewodu kiskowego wymioty stają się objawem coraz mniej częstym w mia-

rę oddalenia lokalizacyi przyczyny od odźwiernika, a więc w kierunku zstępującym. Według danych statystycznych, zebranych przez HEMMETER'a, w sprawach wrzodziejących dwunastnicy spostrzegają się one w dwudziestu przypadkach na sto. Sprawy także, niżej się lokalizujące, o tyle tylko stają się ich powodem, o ile pociągają za sobą zwężenie (*stenosis*) światła kiszki albo zapalenie otrzewny. W przypadkach ostrych nieżytowych zapaleń kiszek mogą one stanowić przejaw wybitny w okresie toksycznym, poza tem zazwyczaj ich tu nie bywa; w przypadkach *colitis* choćby ciężkich *resp.* połączonych nawet z owrzodzeniami wymioty poza pierwszymi dniami — kiedy bywają przejawem zależnym od toksyczności krwi (*toxaemia*) stanowią przypadłość rzadką.

Zwężenie w zakresie dwunastnicy podobnie wpływa na pojawienie się ich, jak zwężenie odźwiernika; przy zwężeniu poniżej ujścia przewodu żółciowego w wymiocinach stwierdzić się daje znaczna ilość żółci. Lecz i zwężenia znacznie niżej leżące — jak to np. autor wykazał w jednym przypadku zwężenia w kiszce esowej, mogą również stawać się powodem wymiotów. Wymioty, zwłaszcza wielokrotne, w przypadkach zwykłego zaparcia stolca — zdaniem HEMMETER'a i BOAS'a — bywają objawem względnie rzadkim, gdzie zaś przy zaparciu pojawiają się zwłaszcza jednocześnie z kolką kiskową, nasuwają podejrzenie zwężenia w zakresie dolnej części przewodu kiskowego (*coli*).

W przewlekłych zapaleniach otrzewny wymiotów zazwyczaj nie bywa — notują się one jednak w tych przypadkach, w których zapalenie takie stało się powodem zmiany położenia, konfiguracyi *resp.* zwężenia światła kiszki, odźwiernika, albo w których powstałe zrosty stają się — skutkiem pociągania żołądka — przyczyną nieprawidłowości, zaburzeń w perystaltyce tegoż — w tym to ostatnim razie bóle żołądkowe i wymioty pojawiają się zazwyczaj na szczycie trawienia.

W przypadkach kolki wątrobowej t. j. kamicy żółciowej (*cholelithiasis*) wymioty, równie jak i sam napad jej, najczęściej pojawiają się w nocy i cechują się silną zazwyczaj bolesnością w okolicy pęcherzyka żółciowego — poza tem i samo już zapalenie pęcherzyka tego może być powodem nie tylko bólów, lecz i wymiotów.

Ciąża (ciężarna matrica) bywa jedną z najczęstszych przyczyn wymiotów i krztuszeń wymiotnych porannych. WILLIAMS uważa je tu za objaw bądź to zwrotny, bądź toksemiczny, bądź wreszcie macinniczy.

Zboczenia w położeniu oraz powiększenie macicy przyrody zapalnej okazują się — obok innych objawów — częstą przyczyną omdleń i nudności; długie stanie nawet bywa tu niekiedy powodem mdłości popołudniowych (?), dochodzących u neurasteniczek nieraz do wymiotów.

W cierpieniach narządów płciowych męskich — zwłaszcza u neurasteników często spostrzegają się objawy niestrawności *resp.* mdłości. COHNHEIM przytacza przypadek upartych i silnych wymiotów u osobnika średniego wieku, dotkniętego znaczną rozstrzenią pęcherza, powstałą wskutek przerostu gruczołu krokowego. Wraz z usunięciem tych stanów wymioty również ustały.

Wymioty w czasie napadu kolki nerkowej stanowią objaw częsty; nieraz bywają one też notowane w przypadkach nerki ruchomej wędrującej — tutaj najczęściej spostrzegają się w godzinach poobiednich — po długim staniu.

W afekcyach gardzieliowych a szczególnie u alkoholików i palaczy tytoniu mdłości w godzinach rannych zdarzają się często i prawdopodobnie spowodowywane są łykaniem nagromadzonego się śluzu i zadrażnieniem gardzieli (*retropharynx*). W przypadkach takich bywa zazwyczaj i t. zw. „kaszel gardzieliowy“, nadto zmiany miejscowe sprawę wyjaśniają. Niekiedy wydłużony języczek (*uvula*) staje się powodem upartych wymiotów, które, o ile przyczyna ich, wobec niewyraźnych tu niekiedy objawów ze strony gardzieli — zostaje zapoznaną i w porę nieusuniętą, mogą nawet i ciężkie za sobą pociągnąć następstwa (przypadek taki, widziany przez autora, omal nie zakończył się śmiercią).

W cierpieniach płuc i oskrzeli — w przypadkach, w których chorzy łykają plwocinę zwłaszcza w większych ilościach, wymioty mogą być następstwem takiego ich łykania. U dotkniętych skazą moczanową (artrytyków) i u pełnokrwistych (pletoryków) mogą one skutkiem silnego przekrwienia oskrzeli pojawiać się drogą zwrotną — nawet niezależnie od kaszlu.

W cierpieniach serca z brakiem kompen-

sacyi, t. j. niewyrównanych, oraz w marskości wątroby wymioty bywają skutkiem przekrwienia biernego — i bywają nawet krwawe (*haematemesis*); brak albo prawie że brak przy nich bólów odróżnia je od wymiotów przy wrzodzie żołądka. We wczesnych okresach marskości wątroby wymioty kładą się często na karb współzależnie istniejącej *pharyngitis alcoholica*.

Wymioty t. zw. migrenowe cechują się towarzyszącymi im napadami bólów głowy całkowitych lub połowicznych. Aczkolwiek niektórzy oftalmologowie silili się dowieść, że napady takie *resp.* wymioty zależą od nadmiernego wysilania wzroku (czytanie, szycie, jazda kolejowa i t. p.), to jednakże twierdzenie takie ostać się może w ograniczonej tylko liczbie przypadków, już choćby z tego względu, że, jak to wykazał WALTON, także napady bywają i u ślepych od urodzenia — natomiast w wielu innych, w których wykazać się nie udaje wysiłków ocznych, napady takie bywają następstwem błędów w dykcji albo, zwłaszcza u młodych małokrwistych kobiet, następstwem zaparcia stolca.

Wymioty jako objaw zwrotny uszny spostrzegają się niekiedy w postaci nagłych napadów, cechujących się przytem zagłuchnięciem, zawrotem głowy i dzwonieniem w uszach, a więc wśród przypadłości, źródło swe mających w błędniku i znamionujących syndrom MENIÈRE'a (aczkolwiek w ostatnich czasach stwierdzono, że mogą one też być przejawem uciskowym w cierpieniach ucha średniego, a nawet i zewnętrznego). Cierpienia ucha nie zdają się jednak być jedyną przyczyną takich napadów — w pewnej bowiem liczbie ich (notowanych poczęści i przez autora) leczenie cierpień usznych ich nie usuwało, a natomiast wykazywać się udawało jednocześnie istniejącą wtórną atonię żołądka oraz niedostateczną kwasotę soku żołądkowego (*subaciditas*). Zdaniem autora, wymioty są tu następstwem silnych mdłości, spowodowanych zawrotem, za poziomem bowiem ułożeniem chorego ustępuje zawrót i jednocześnie ustają mdłości. Owe objawy uszne *resp.* wymioty spostrzegane też były w przypadkach rumienia skóry (*erythema*) oraz plamicy (*purpura*). Autor podaje przypadek, w którym w czasie jednego z nawrotów rumienia u kobiety leczenie, zwrócone w kierunku przewodu żołądko-kiszki, wpływa-

jąc — pomyślnie na rumień, pomyślnie jednocześnie oddziało na objawy uszne, u chorej tej, obecnie jeszcze znajdującej się w leczeniu, stwierdzić się jedynie daje umiarkowane osłabienie słuchu; w innym przypadku wysypki pla-

micowej (*purpura*) objawy uszne i uparte wymioty pojawiały się i ustępowały równocześnie z pojawianiem się i ustępowaniem jej nawrotów.

(D. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

76. HEIDENHAIN. Nerka wędrująca u kobiet.

Jeszcze stosunkowo niedawno sądzono, że nerka ruchoma należy do bardzo rzadkich cierpień (VIRCHOW, LAWSON TAIT i in.). Obecnie, dzięki ulepszonym metodom badania, poglądy w tej kwestyi uległy radykalnej zmianie. ROLLET (z kliniki OPPOLZER'a) na 5500 chorych znajdował nerkę ruchomą 22 razy. GOŁOWIN (z prywatnej kliniki BOTKINA) stwierdził 81 przypadków *renis mobilis* na 765 chorych. SENATOR u 690 chorych widział nerkę ruchomą 6 razy, GLÉNARD na 650 chorych 145 razy, MATHIEU u 306 chorych 85 razy. HILBERT znajduje nerkę ruchomą u każdej 5-ej kobiety. LINDNER utrzymuje, że jest to najczęstsza choroba kobiet. Autor na mocy własnego doświadczenia w zupełności podziela to ostatnie zdanie i utrzymuje, że łatwo o tem przekonać się można, jeżeli to mieć na widoku przy badaniu każdej kobiety. Autor dla oznaczenia omawianego cierpienia posługuje się nazwami: *ren migrans*, *ren mobilis*. Dawniej używano rozmaitych nazw: opuszczenie nerki, *prolapsus renis*, *ren palpabilis*, *hypermobilis*, *ectopia renis*, *luxatio renis* i. t. d.

Już z tej różnorodności nazw widzimy, jak sobie autorowie przedstawiali powstawanie cierpienia.

Nigdy jedna przyczyna nie wywołuje omawianego tu cierpienia, lecz zawsze zbiór kilku, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym ma się do czynienia z *luxatio traumatica renis*. Jedno takie spostrzeżenie, w którym cierpienie rozwinęło się w następstwie podniesienia zna-

cznego ciężaru, autor szczegółowo przytacza. Jako dalszy moment etiologiczny nerki ruchomej uważają niektórzy zniknięcie torebki tłuszczowej (RAYER, DURHAM OPPOLZER..). Autor zwraca uwagę, że tłuszcz ten jest tego rodzaju, że najpóźniej znika przy ogólnem wychudnięciu; dalej że przy operacjach rzadko spotykamy bardzo słabo rozwiniętą torebkę tłuszczową, wreszcie że u dzieci wcale nie istnieje *capsula adiposa*, podczas gdy wcale nierzadko znajdujemy u nich nerkę ruchomą. Wzmiankowany więc czynnik może być jedynie pomocniczy.

Dalej wskazują na znaczenie przyczynowe okresowego przekrwienia nerek w czasie menstruacji, przez co torebka nerkowa zostaje rozciągnięta i wreszcie ulega zwiózczeniu. Ostatnia okoliczność przyczynia się do opuszczenia nerki (BECQUET). Jest to niesłuszny zarzut naturze, a zresztą, gdyby tak było, wtedy nie tylko każda kobieta, lecz każda stara panna miałyby co najmniej jedną nerkę ruchomą.

Naczynia nerkowe stanowią, jak to szczególnie akcentuje FISCHER — BENZON, istotną podporę nerek i w razie nienormalności powodować mogą dyzlokacye ich. Przebiegiem naczyni tłumaczą niektórzy częstsze występowanie nerki ruchomej z prawej strony, niż z lewej. Autor uważa to całe zapatrywanie za błędne. Cały pęczek naczyniowy przebiega pionowo, pod kątem prawie prostym wchodząc do wnętrza nerek, nie może przeto nawet w przybliżeniu stanowić podpory dla tak ciężkiego narządu, jak nerka. Rolę tę możnaby jeszcze zrozumieć, gdyby naczynia miały przebieg zstępujący do

nerek, a zresztą i wtedy nawet takie przeznaczenie naczyń krwionośnych nie byłoby dowiedzione. Byłoby to jedyne miejsce w całym ustroju ludzkim, gdzie naczynia krwionośne miałyby za zadanie utrzymywać narząd w jego położeniu fizyologicznym. Przeciwnie, wszędzie natura otoczyła je warstwą tkanki łącznej, ażeby zabezpieczyć im spokojne położenie i funkcję wyłączną nosicieli materiału odżywczego. W rzeczywistości jednak znaleziono, że przy nerce ruchomej naczynia są wydłużone, i ztąd wyciągnięto błędny wniosek, że to wydłużenie jest przyczyną cierpienia. WÓLKOW i DELITZIN za pomocą doświadczeń dowiedli, że dyzlokacja nerek wywołuje dopiero wydłużenie naczyń nerkowych.

Niektórzy przypisują rolę etiologiczną moczowodowi. KNAPP w swej pracy dowodzi związku przyczynowego między cierpieniami macicy a przemieszczeniem nerek. Utrzymuje on, że macica, znajdująca się w silnej antefleksyi, uciska napełniony pęcherz, pociąga zatem i wywołuje dyzlokację nerek. Prócz antefleksyi mają tu znaczenie inne cierpienia macicy i jej przydatków. Przyczynę tę możnaby było przyjąć wówczas, gdyby moczowód od ujścia pęcherzowego aż do nerki stanowił napięty powrózek. Ale tak nie jest, przeciwnie, jest on dość podatny i prócz tego częściowo przymocowany do *linea innominata*. Zresztą doświadczenia WÓLKOW'a i DELITZIN'a z obciążaniem nerkowego odcinka moczowodu dowodzą niesłuszności omawianego poglądu. Dyzlokacji nerek nie mogą wywołać także ściągające się blizny parametryczne.

Przewlekłe urazy, rozedma płuc z długotrwałym kaszlem, silne zaparcie z nadmierne i często stosowaną tłocznią brzucha, ciągła ciężka praca, szczególnie podnoszenie znacznych ciężarów i. t. d. mogą współdziałać przy powstawaniu cierpienia, lecz same przez się wywołać go nie mogą.

Najważniejszą rolę etiologiczną gra budowa anatomiczna zagłębień przykręgowych, w których leżą nerki. Położenie nerek w tych zagłębień jest tylko wówczas stałe, gdy zagłębień te mają odpowiednią formę (WÓLKOW i DELITZIN). U mężczyzn i kobiet kształt ich nie jest jednakowy. U pierwszych są one równomiernie głębokie i ku dołowi lejkowato się

zweżają, u drugich — cylindryczne i wszędzie, gdzie istniało opuszczenie nerki, nadwyzwyczajnie płytkie i to szczególnie po stronie prawej. Więzy nerek nie są dostateczne do utrzymania ich w położeniu fizyologicznym. Najważniejszym czynnikiem pomocniczym jest tu równowaga brzuszna, t. j. w nieznacznych granicach wahające się napięcie w jamie brzusznej, zależne od sprężystości ścian brzucha oraz trzew. Gdy równowaga ta zostaje zakłócona, natychmiast występuje przemieszczenie nerek. WÓLKOW i DELITZIN stwierdzili, że u zawieszonych trupów nerki opuszczają się o 2 ctm., skoro otrzewna zostaje przecięta. Doświadczenia te wymownie dowodzą, jak niedostateczne są więzy nerek. To samo ma miejsce po usunięciu mięśni brzusznych i pozostawieniu jamy brzusznej zamkniętą: nerki opuszczają się wtedy do *crista ilei*, a nawet niżej.

GLÉNARD upatruje *primum movens* w rozluźnieniu więzów narządów brzusznych, poczynając od poprzecznicy i okrężnicy wstępującej, — rozluźnieniu spowodowanem przez nadmierne napełnienie tych odcinków; pociągają one za sobą żołądek i wtórnie także nerki. Autor ten utrzymuje, że niema nefroptozy bez jednoczesnej enteroptozy. Często jednak mamy w klinice sposobność przekonania się o niesłuszności tego poglądu. STILLER i POLACCO przyjmują wrodzoną słabość całego włóknistego aparatu podtrzymującego narządów brzusznych, do czego dołączają wahania w ciśnieniu wewnątrz-brzuszne zależne od najrozmaitszych przyczyn.

Zdaniem AUFRECHT'a, opuszczenie nerki stanowi początek i zarazem warunek powstawania enteroptozy. Prawa nerka, zwłaszcza u kobiet, najwięcej ze wszystkich narządów jamy brzusznej skłonna jest do opuszczenia. Już w wieku dziecięcym, w którym żadne szkodliwości nie mogły w grę wchodzić, widzimy nie rzadko rozwój tego cierpienia. Szczególnie spostrzegamy to u młodych dziewcząt, które z powodu *ren mobilis* żadnych dolegliwości nie czują. Staranne wywiady pozwalają jednak stwierdzić, że poprzednio istniał pewien okres dolegliwości: zaburzenia w trawieniu, albo t. zw. kolki żółciowe bez kamieni i żółtaczki, albo podrażnienie kiszki ślepej, albo też zaburzenia menstruacji i t. d. AUFRECHT też utrzymuje,

że nie zaburzenia gastryczne prowadzą, jak chce GLÉNARD, do nefroptozy, lecz przeciwnie, nefroptoza wywołuje zaburzenia żołądkowe. Związek przyczynowy wykrywa się zwykle nie w początku cierpienia, gdyż nerka nie jest wówczas jeszcze wyczuwalna. HEIDENHAIN zgadza się z tym poglądem, utrzymując, że występowanie największych dolegliwości w pierwszym okresie choroby jest łatwo zrozumiałe: ustawiczne pociąganie i targanie tkanek, które nie są jeszcze podatne, musi wywoływać większe dolegliwości w początkowych okresach, niż w późniejszych, gdy maltretowane tkanki już się stopniowo przyzwyczaiły do urazów. Widzimy często chorych, którzy zasięgali porady u kilku lekarzy; jeden z nich rozpoznał wrzód żołądka, drugi — atoniczne zaparcie stolca, trzeci — histeryę, my zaś przy badaniu stwierdzamy nerkę ruchomą, która stała się obecnie dostępną dla wymacywania, podczas gdy przedtem nie mogła zostać wykryta.

Z powikłań, jakie wywołuje nerka wędrująca, autor zastanawia się głównie nad jednym, mianowicie nad zapaleniem wyrostka robaczkowego. Że to powikłanie nie stanowi bezpośredniego następstwa przemieszczonej nerki, wynika już z tego, że najczęściej zdarza się ono przy jeszcze wysoko położonej, trochę tylko opuszczonej nerce. EDEBOHLS, który stwierdził to powikłanie u 60% swych chorych, podaje objaśnienie, z którym HEIDENHAIN w zupełności się zgadza. Opuszczająca się nerka wywiera ucisk przedewszystkiem na dwunastnicę i trzustkę. Przed częścią poziomą dwunastnicy przebiega *vena mesaraica superior*, do której wpada żyła wyrostka robaczkowego, i która łączy się poza górnym brzegiem trzustki z żyłą śledzionową w żyłę wrotną. Otóż ruchoma nerka uciska żyły między główką trzustki a trzonami kręgów, przez co wytwarza się zastój krwi w wyrostku robaczkowym. Zastój zaś stanowi, jak wiadomo, bardzo podatny grunt do przyjęcia wszelkich zarazków.

Dalsze powikłanie, spostrzegane niekiedy już w okresie pógowym, stanowi żółtaczka, którą objaśnić można czasowym uciskiem wyprowadzających przewodów żółciowych.

Co się dotyczy leczenia, to usiłowano trwale wyleczenie osiągnąć za pomocą operacji przyszczenia nerki do ścian brzusznych. Istnieją tu

rozmaite metody: przyszczenie torebki tłuszczowej i włóknistej, dalej obu torebek i tkanki nerkowej (BASSINI) i wreszcie „*decortication*“ i przyszczenie odłuszczonej torebki samej albo razem z nerką (LLOYD). Podnoszą się zresztą tu i owdzie głosy przeciw nefropeksyi. Tak ZONDEK na ostatnim zjeździe chirurgów w zasadzie powstaje przeciw tej operacji. Mniema on, że częściowo wyczuwalna nerka, a nawet wyczuwanie całej nerki nie świadczy jeszcze o chorobie. Jedna część tych przypadków polega na wrodzonej heterotopii, przy której utwalenie nerki jest naturalnie bezpożyteczne. W większości pozostałych przypadków bardzo rzadko mamy dowody, że nerka zajęła nienormalne położenie wskutek jakichkolwiek szkodliwości. Okoliczność, że nefropeksya usuwała często dolegliwości, polega często na działaniu sugestji, w pewnej jednak części przypadków na tem, że istotnie usuwała inne cierpienia nerki, zwężenie ujścia moczowodu, załamanie, ucisk moczowodu, lekką hydronefrozę i t. d. Ponieważ dalej przyszyta nerka rzadko tylko leży w całości poza żebrami, więc jest o wiele więcej wystawiona na działanie urazów, niż nerka ruchoma, która zawsze wymknąć się może. Z różnych metod operacyjnych autor (HEIDENHAIN) najwięcej zadowolony jest z metody SCHEDE'go, jakkolwiek i przy niej nerka nigdy nie przychodzi do normalnego położenia. Metoda RIEDEL'a, która przytwierdza nerkę do przepony i przedniej powierzchni *m: quadrati lumborum*, jest b. skomplikowana i trudna do wykonania.

Leczenie nieoperacyjne nerki wędrującej polega przedewszystkiem na stosowaniu pasów brzusznych, bandaży. Liczba ich jest ogromna. Należy przytem jasno uprzytomnić sobie, że za pomocą pasów nigdy osiągnąć nie możemy zupełnego odprowadzenia przemieszczonych narządów. Możemy starać się jedynie o zmniejszenie wymiaru jamy brzusznej w kierunku od dołu ku górze, od spojenia łonowego do przepony. Osiągamy przez to pewne unieruchomienie narządów opuszczonych, usuwamy do pewnego stopnia targanie i drażnienie nerwów trzewiowych, jak również wychodzące z nich odruchy, przez usuwanie zastojów żylnych poprawiamy warunki krążenia krwi, przez co sprowadzamy bardziej prawidłowe odżywianie. Bandaże z najrozmaitszemi pelotami autor uważa

za absurd. Inaczej już rzecz ma się z pasem TEUFEL'a. Ma on tę dobrą stronę, że wywiera ucisk od dołu ku górze, a więc skonstruowany jest prawidłowo. Jednak nie wyłączony tu jest także ucisk w kierunku poprzecznym, który znosi część pierwszego działania. Natomiast pas podbrzuszny GLÉNARD'a zasługuje na największą uwagę. Autor od pewnego czasu stosuje ten pas z doskonałym wynikiem. Zasługa ponownego zwrócenia uwagi na ten pas należy się AUFRECHT'owi. Żałować należy, że ani w praktyce prywatnej, ani w klinice pas ten nie znalazł jeszcze szerokiego zastosowania. Nie wchodząc w opis pasa, zauważyć musimy, że najważniejszą rzeczą przy jego nakładaniu jest, ażeby dolny brzeg bandaża mocno przylegał do spojenia łonowego. Pas GLÉNARD'a oddaje dobre usługi przy nefroptozie, *resp.* enteroptozie, lecz także we wszystkich stanach, w których wogóle istnieje rozszerzenie brzucha.

(Therapeut. Monatshefte N. 2. 1906.)

S. P.

77. M. BRELET. Wczesne rozpoznanie odry.

W ostatnich czasach opisano kilka nowych oznak, na zasadzie których odra rozpoznać się daje we wczesnych okresach swoich — w okresie wylęgania (*st. incubationis*) i w okresie zwiastunów (*st. prodromum*).

Jak dotąd, rozpoznanie w okresie wylęgania uważano wprost za niemożliwe, objawy bowiem takie, jak lekkie niedomagania, przejściowe zaczerwienienie rumieniowe, chwilowe podniesienie się temperatury, nie stanowią wcale oznak znamiennych, a zresztą najczęściej wcale spostrzegać się nie dają. Niedawno jednak zwrócono uwagę na dwie oznaki, które w pewnej mierze już w tym okresie pozwalają przepowiedzieć pojawienie się odry. Pierwszą z nich, na którą najprzód zwrócił uwagę MEUNIER, jest przedodrowe zmniejszenie się wagi ciała. Poczyna się ono w trzecim, czwartym lub piątym dniu okresu tego, a więc na — 6 dni przed pojawieniem się gorączki okresu zwiastunowego, *resp.* na 8 — 10 dni przed pojawieniem się wysypki. Ponieważ jednak takie zmniejszenie wagi stwierdzić się też daje i w okresie wylęgania rozmaitych innych spraw zakaźnych, przeto już sam MEUNIER przyznaje, że oznaka ta skutkiem tego dużo traci na wartości; może

ona raczej mieć pewne znaczenie w przypadkach pojawienia się odry np. w szkole, w szpitalu — ważenie bowiem przebywających tu dzieci może wskazać w razie pojawienia się tu już odry te z nich, u których spodziewać jej się należy.

Drugą oznaką zapowiadającą się w okresie tym sprawy omawianej, — notowaną przez COMBY'ego, a następnie stwierdzoną dochodzeniami RENAUD'a u PLANTENGA'y, stanowi hyperleukocytoza zvl. tycząca się leukocytów wielojądrowych. Hyperleukocytoza ta przedodrowa pojawia się jeonocześnie z początkiem okresu wylęgania, potęguje się szybko i osiąga swojego *maximum* (potrójnej — w stosunku do normalnej liczby leukocytów) na 6 dni przed pojawieniem się wysypki. Następnie poczyną się ona zmniejszać, tak że w okresie wysypkowym przechodzi nawet w hypoleukocytozę.

Obie te oznaki: zmniejszenie wagi i hyperleukocytoza, aczkolwiek cenne dają wskazówki, tracą jednak nieco na wartości ze względu na trudności praktyczne w ich wykazywaniu.

W okresie zwiastunowym dostrzegać się dają ze strony błon śluzowych ogólnie znane przejawy — te jednak, aczkolwiek odrze właściwe, nie są patognomoniczne. Tak więc obniżenie się gorączki na drugi lub trzeci dzień a także stan nieżytowy nosa i łącznicy ocznej — bywają notowane i w influenzy; nieżyt krtani wraz z towarzyszącymi mu niekiedy napadami skurczu głosni (*laryngismus stridulus*) może też niekiedy stawać się powodem omyłek rozpoznawczych. Obrzmienia gruczołów szyjowych i podszczękowych (DIEULAFOY) mogą niekiedy być mylnie brane za zapowiedź kuru (*rubeola*); wreszcie oznaka BOLOGNINI'ego — wyczuwalne przy obmacywaniu brzucha delikatne, miękkie niby tarcie śniegu — tarcie otrzewnowe jest bądź to objawem rzadkim, bądź też trudno wykazać się dającym, — a nadto — zdaniem COMBY'ego, wyczuwalnym czasem nawet przy zwykłym rozwolnieniu (?). Rash podobny do szkarlatynowego też bywa niekiedy źródłem pomyłek.

Niektóre przejawy ze strony błon śluzowych, wbrew wyrażonemu skądinąd mniemaniu, również nie mogą być uważane za patognomoniczne. Do takich należą notowane na podniebieniu miękkim przez HEIM'a i ESPINE'a plamki różowe lub mocno czerwone, o konturach wyraźnych — zlekka wystające nad powierzchnię

blony śluzowej — jest to tak zwany rumień centkowy podniebienia; zjawisko częste, lecz niestałe, — pojawia się na dwa dni przed wysypką. COMBY (w r. 1895) opisuje na błonie śluzowej jamy ustnej wysypkę, nazwaną przezeń zapaleniem rumieniowo-miazgowatym (stomatite erythematopultacée): błona śluzowa dziąseł, warg, policzków przyjmuje tu zabarwienie czerwone z odcieniem fioletowym. Pokrywa się warstwą miazgowatą białawą, czy też opalową. I ta jednak postać zapalenia miejscowego, aczkolwiek — jak twierdzi COMBY — prawie stale dostrzegać się dająca i wyprzedzająca wysypkę o 24 godziny, nie stanowi jedynie właściwości odry — spostrzegać się daje w przebiegu wielu innych spraw i z tego względu za oznakę pewną uważana być nie może.

Najważniejszym jest przejaw KOPLIK'a — opisany przez tego ostatniego jeszcze w roku 1896. Z początku należycie niedoceniony, odzyskał on w ostatnich czasach przynależne mu znaczenie dzięki pracom BING'a (1905 r.). Polega on na ukazaniu się na błonie śluzowej policzków i warg — plam różowych lub czerwonych, w środku każdej z których stwierdzić się daje plamka mniejsza (niby kropka) biała niebieskawą. Plamy czerwone mają zazwyczaj postać nieregularną, niekiedy gwiazdową, to znów okrągłą; z początku małe, wnet się powiększają i łączą z plamami sąsiednimi. Owe zaś plamki niebieskawe (środkowe), będące oznaką zasadniczą, patognomoniczną przejawu KOPLIK'a, bywają zazwyczaj zaokrąglone, małe — w rozmiarach poprzecznych mające nie więcej nad 1 mm. lub nawet tylko $\frac{2}{10}$ do $\frac{6}{10}$ milim. (a nie 6 milim., jak to niektórzy mylnie opisywali). Ostatni szczegół jest bardzo ważny ze względu na odróżnienie plamek KOPLIK'a od *stomatitis aphthosa* i innych spraw zapalnych w jamie ustnej. Owe plamki środkowe (niebieskawe) zlekka wystają nad powierzchnię błony śluzowej i tak silnie do tej ostatniej przylegają, że z trudnością tylko szpatelkiem zeskrobać się dają. Błona śluzowa, na której plamki KOPLIK'a się usadowiły, ma dość znamienity, matowy wygląd — przy zlaniu się zaś ich sprawia wrażenie jednolitego różowego tła. Plameczki jednak owe środkowe (niebieskawe) nie łączą się ze sobą nigdy. Plamki KOPLIK'a nigdy nie ulegają owrzodzeniu i znikają po upływie 3—5 dni

niby starte wydzielinami z jamy ustnej; nie spostrzegają się one nigdy na dziąsłach, liczba ich oraz owych plameczek niebieskawych bywa rozmaita — czasem jest ich tylko kilka, czasem dużo — średnio 6 do 20 na błonie śluzowej każdego policzka. Plamek tych należy się doszukiwać przy dobrym dziennym świetle (przy oknie).

Plamki KOPLIK'a spostrzegać się dają na 1—5, częściej nawet na 1 do 3 dni przed ukazaniem się wysypki skórnej, znikają zaś na drugi lub trzeci dzień po jej ujawnieniu się. Aczkolwiek stanowią one oznakę patognomoniczną odry — to jednakże nieobecność ich tej ostatniej jeszcze nie wyłącza. Wogóle dają się one dostrzegać w 80 na 100 przypadków odry. Wogóle, zdaniem autora, rozpoznanie odry w okresie wylegania — jeśli nie brać pod uwagę ze względu na trudności praktyczne — ważenia i leukocytozy, jest prawie niemożliwe, — w okresie zaś zwiastunym ogólnie znane objawy nasuwają przypuszczenie, a obecność plamek KOPLIK'a zamienia przypuszczenie powstania odry w pewność niezaprzeczoną, pewność tę jednak — jak wynika z osobistych dochodzeń B. — ze względu na chwilę pojawienia się plamek zyskuje się w większości przypadków dopiero na 1 — 2 dni przed wystąpieniem wysypki.

(Archives gener. de Medecine N. 11—1906).

F. Gr.

78. VINCENT DICKINSON. O okresowych wymiotach z acetonem u dzieci.

Wśród kwitającego zdrowia dziecko zapada nagle na wymioty bez uprzednich nudności; oddawany płyn zawiera przeważnie wodę, czasami pokarmy i żółć, przyczem ta ostatnia zwiastuje koniec ataku. Wymioty powtarzają się parę razy na dzień i trwają do kilku tygodni. Po napadzie dziecko wraca do zdrowia również raptownie, jak zapadło, przyczem choroba nie pozostawia żadnych absolutnie śladów. Napady powtarzają się okresowo i znikają częstokroć dopiero w okresie dojrzewania płciowego.

Najważniejszymi cechami choroby są, prócz powyżej wymienionych, dobre łaknienie, brak bólów, charakter wymiotów, silne pragnienie i lekkie wzniesienie ciepłoty, nie odpowiadające ciężkości objawów; puls pozostaje prawie bez zmiany, język względnie czystym. W moczu znajdujemy zawsze aceton i indykan w rozmaitych ilościach.

Aceton zawsze jest dowodem nieprawidłowości wymiany, to też autor porównywa omawiane cierpienie z moczówką cukrową, a objawy okresowych wymiotów przypisuje zatruciu przewlekłemu.

Opisany przez nas zbiór objawów odpowiada określonej jednostce chorobowej — na to zgadzają się wszyscy niemal autorzy; różnice poglądów zaczynają się dopiero, gdy idzie o pochodzenie choroby.

COMBY widzi w dziedzicznej skłonności do artretyzmu przyczynę choroby i opiera swą hipotezę na następujących danych. Po pierwsze, rodzice zwykle cierpią na otyłość, dnę lub przyszczycę; powtórę, między migreną i wymiotami okresowymi zachodzi widocznie pokrewieństwo, skoro atak jednej choroby jakoby miał przechodzić w drugą.

INOW i WHITNEY twierdzą, że mamy do czynienia z nerwicą żołądka, wywołaną ptomainami, które powstały dzięki nadmiernej ilości kwasów żołądkowych. EDSALL również sądzi, że choroba powstaje wskutek otrucia kwasami, (aceton jest wyrazem ich nagromadzenia się) — wytwarzającymi się wskutek nieprawidłowej wymiany i nieprawidłowej działalności żołądka; na dowód zaś przytacza fakt, że krew ma odczyn słabo kwaśny, a polepszenie następuje od wielkich ilości sody.

GRIFFITH również przyznaje neurozę intoksykacyjną, ROTH uzależnia chorobę od ilości substancji białkowych w mleku matki, ROCHFORD zaś i WHITNEY twierdzą, że przy dziedzicznym artretyzmie oprócz kwasu moczowego nagromadzają się i inne substancje (ksantyna i t.d.), które wywołują wymioty okresowe.

W 1905 roku powstały dwie nowe teorie.

RICHARDIÈRE mówi, że przyczyna choroby tkwi w wątrobie, gdyż acetonuria jest wywołana niedostateczną funkcją tego organu, niezależnie od tego, dzięki czemu wątroba stała się niewydolną. HUTINEL dopełnił teorię RICHARDIÈRE'a, twierdząc, że w zaburzeniach przewodu pokarmowego wątroba przestaje neutralizować znajdujące się stale w krwiobiegu toksyny, i następuje otrucie, wywołujące rozmaity odczyn, zależnie od odporności organizmu. To też HUTINEL nie przyznaje wymiotom okresowym znaczenia samoistnej formy chorobowej i twierdzi, że spotykał je w rozmaitych chorobach; tam

zaś, gdzie przyczyna powstania wymiotów nie była jasna, przypisuje wielkie znaczenie dziedziczności i nerwicom.

BROCA twierdzi na zasadzie pięciu swoich przypadków, że wymioty były wyrazem utajonego zapalenia wyrostka i ustąpiły po operacji. Jednakże ani MARFAN, ani RICHARDIÈRE nie przyznają żadnego zgoła związku między temi chorobami.

Najnowsze i najdokładniejsze dane dał COMBY, który opisał 34 przypadki, z nich 24 dziewcząt i 10 chłopców między 2-im i 10-ym rokiem życia. Podług tego autora istnieje bezwarunkowo związek przyczynowy między wymiotami okresowymi i migreną. Zjawiska ze strony wątroby były nader rzadkie, za to w 30 przypadkach trwały po kilka dni. Co się tyczy etiologii, to COMBY sądzi, że choroba jest wywołana nadmiarem toksyn w tkankach, na które układ nerwowy nie jest w stanie dłużej reagować.

Przejdźmy do rozpoznania. Trudności nastręcza różniczkowanie wymiotów okresowych od wymiotów w kolce wątrobowej i gruźlicy opon.

Od pierwszych wymioty okresowe różnią się tem, że niema w wywiadach błędów dyetytycznych, język jest czysty, zaparcie towarzyszy stale, powłoki brzuszne są normalne, stolce również, niema bólów, jak w kolce, a w moczu stale spotykamy aceten.

Od gruźlicy opon różnią się wymioty okresowe ostrym początkiem, niską ciepłotą i zupełną przytomnością chorego.

Rokowanie w tej chorobie jest pomyślne, gdyż śmiertelne zejście bywa nader rzadko wynikiem powikłań.

Leczenie: EDSALL daje duże dawki *natrii bicarbonici* (15 gr. co dwie godziny), GRIFFITH — *natrium phosphoricum*, bez skutku zresztą, MARFAN zaś proponuje morfinę i *natrium bromatum*.

(The British Journal of Children's Diseases. N. 3. Vol. III. March 1906).

streścił D-r. Henryk Goldberg.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 kwietnia do 14 maja 1906 r.

Ogólny ruch. Pozostało z poprzedniego miesiąca 72 chorych, przybyło nowych 119 ch. (47 m. 72 k.), wypisano zdrowych 83 (35 m. 48 k.), zmarło 13 osób (6 m. 7 k.)

Pierwsze miejsce ze względu na liczbę przypadków zajmuje, jak i w poprzednim miesiącu, tyfus wysypkowy. Liczba przypadków tej choroby w miesiącu sprawozdawczym w dalszym ciągu wzrasta. Z poprzedniego miesiąca chorych tyfusowych pozostało 33, przybyło nowych 31, wypisano zdrowych 25, zmarło 3, na następny miesiąc zostało 36. Przebieg średnio ciężki. Chorzy przybyli z następujących ulic: Krucza 7, 21, Hoża 72, Widok 14, Śliska 51, Gęsia 16, 30, Pawia 19, 20 (4 przypadki), Dzielna 50, Smocza 32, Franciszkańska 11, Miła 23, Muranowska 37, Chłodna 39, Stalowa 26, Wąski Dunaj 6, Solec 115, Targowa 40, Nowo Wołyńska 21, Czerniakowska 62.

Na drugim miejscu stanęła szkarlatyna. Na początku miesiąca było w szpitalu 11 chorych szkarlatynowych, przybyło świeżych 22 (w poprzednim miesiącu 12), wypisano po wyzdrowieniu osób 16, zmarła 1, pozostało na następny miesiąc 16. Ulice, z których przybyli chorzy: Krucza 36, Nowogrodzka 46, Zgoda 5, Twarda 66, Krochmalna 69, Grzybowska 5, Pańska 6, Dzielna 79, Pawia 40, 30 (4 przypadki), Podwałe 26, Żytnia 12, Niska 38, Belwederska 4.

Na trzecim miejscu znajduje się ospa. Liczba jej przypadków zwiększyła się. Na początku miesiąca było 14, przybyło 16, wypisano 10, zmarło 5 (nieszczepione), pozostało 15. Ulice i numery: Chmielna 26, Leopoldyna 7, Miodowa 21, Stare miasto 20, Bugaj 23, Dzielna 44, Pawia 19, Nowolipki 43, 56, Karmelicka 11, Ogrodowa 44, Browarna 6, Lipowa 11.

Róża. Przybyło 12 chorych, wypisano po wyzdrowieniu 6, zmarła 1, pozostało osób 7.

Odra. Na początku miesiąca było 2, przybyło 8, wypisano 2, pozostało 8. Chorzy przybyli z Nowego Światu 37, Pięknej 63, Siennej 26, Święto-Jerskiej 22, Belwederskiej 21, Wroniej 51, Górczewskiej 11.

Błonica. Na początku miesiąca znajdowało się 2 przypadki, przybyło 6, wypisano 4, zmarło 2. Ulice: Złota 65, Górczewska 12 (4 przypadki), Solna 8.

Tyfus brzuszny. Pozostało z poprzedniego miesiąca 4, przybyło 1, wypisano 2.

Influenzy 3 przypadki.

Prócz tego przybyły pojedyncze przypadki następujących form: *meningitis cerebro-spinalis* 1 (zejście śmiertelne, przypadek stwierdzony bakteriologicznie), *pneumonia crouposa* 1, *pustula maligna* 1 (wyzdrowienie), *tuberculosis miliaris* 1, *tuberculosis laryngis* 1, *pleuritis* 1, *broncho-pneumonia* 1.

Wiadomości bieżące.

— Na jesieni 1905 r. za prywatną inicjatywą kółka ludzi, uprawiających naukę i zajmujących się sprawą szerzenia wiedzy w społeczeństwie, w chwili, która zdawała się poraż pierwszy wskazywać jakiś przeblysłk nadziei, że wykład naukowy systematyczny będzie przez władzę tolerowany, Komitet Muzeum Przemysłu

i Rolnictwa podjął starania w celu zorganizowania systematycznych wykładów wyższych pewnej liczby przedmiotów z dziedziny wiedzy ścisłej (z matematyki i z nauk przyrodniczych) a także wykładu psychologii. Pozwolenie na prowadzenie wykładów matematycznych i przyrodniczych otrzymano z początkiem roku bieżą

cego; zarząd Muzeum ogłosił natychmiast zapisy, a od d. 15 stycznia rozpoczęły się wykłady systematyczne 9-ciu przedmiotów w zakresie uniwersyteckim, od 1 lutego r. b. przybyły jeszcze 2 katedry przyrodnicze; od 15 marca rozpoczętym został kurs psychologii. Na te przedmioty, razem 12 katedr, zapisało się 808 osób; największą liczbę zapisów pozyskały katedry: biologii ogólnej (p. SOSNOWSKI), psychologii (p. MAHRBURG), fizyki (p. KALINOWSKI); wykładano nadto: zoologię (p. TUR), botanikę (p. WOYCICKI), embryologię (p. TUR), fizyologię (p. SOSNOWSKI), chemię nieorganiczną (p. MIŁOBĘDZKI) i organiczną (BIELECKI), geologię (p. LEWIŃSKI), mineralogię (p. WEYBERG), geometryę analityczną (p. ZARZECKI), analizę algebraiczną (p. DICKSTEIN), astronomię (p. BANACHIEWICZ). Przeciętnie zapisanych słuchaczy na każdy wykład było około stu. Tak znaczna frekwencja zapoczątkowanych pod egidą Muzeum Przemysłu i Rolnictwa wykładów, za wpływem interesujących się tą sprawą osób, była pobudką dla Stowarzyszenia Techników do ogłoszenia, po uzyskaniu pozwolenia władz odnośnych, w marcu r. b., szeregu wykładów z dziedziny wiedzy technicznej. Wykładów zapowiedziano 27, lecz wobec zbyt małego napływu słuchaczy — co w części przypisać należy spóźnionej porze na rozpoczęcie pełnego semestru — do skutku doszło tylko 10 systematycznych wykładów z 256 słuchaczami (przeciętnie 25 na jeden wykład). Wykładano mianowicie: Rachunek różniczkowy i całkowity (p. STRASZEWICZ), mechanikę techniczną (p. RADZISZEWSKI), zarys elektrotechniki (p. POŻARYSKI), zajęcia praktyczne z wytrzymałości materiałów (p. SZCZENIOWSKI), statystykę budowlaną ogólną (p. GRABOWSKI), konstrukcyę budowlaną (p. DOMANIEWSKI), kompozycyę architektoniczną (pp. TOŁWIŃSKI i DOMANIEWSKI), historię architektury starożytnej (p. TOŁWIŃSKI), ogrzewanie i przewietrzanie (p. OBRĘBOWICZ) i powtórzenie kursu matematyki średniej. Wszystkie wykłady, zarówno w Muzeum jak i Techników, szły i idą dotąd regularnie, najdoskonalej, ku pożytkowi i zadowoleniu słuchaczy, a niemniej ku wielkiemu zadowoleniu wykładających.

Zamiarem inicjatorów kursów naukowych od samego początku było zawiązać oddzielne Towarzystwo, któreby się prowadzeniem wykładów

o wyższym poziomie dla możliwie szerokich warstw społecznych stale, energicznie zajmowało. Nawet w tych krajach bowiem, gdzie kwitnie państwowa, mocna i dobrze zorganizowana nauka uniwersytecka, i tam jeszcze dla warstw, pożądających światła wiedzy, a nie mogących uczęszczać do uniwersytetów i t. p. zakładów o ściśle wytkniętych i ujętych w całkowity systemat naukowych ramach, zakładane są tak zwane „wolne uniwersytety”, które, dla zupełnie innych niż uniwersytet przeznaczone jednostek, nie mogąc i nie chcąc dać im całości kształtu wiedzy, w wielu bardzo razach szeroki przynoszą pożytek. Coż dopiero u nas, gdzie od lat kilku podwoje świątyni nauki są zamknięte, przez całe lat dziesiątki, choć istniał i „działał” uniwersytet rządowy, wyższa nauka społeczeństwu wydzielaną była skąpo, trudno i tylko pod flagą polityki? System oświecania w tych warunkach zrobił swoje: nauka prawdziwa u nas zamarła, pochodnie jej zgasły, a kapłani jej pomknęli, o ile mogli, w świat szeroki, do swoich i do obcych; — nieliczne ledwie szczątki, istnie nie dobitki ciężkiego boju o wiedzę, w cementarnym kraju pozostały. W tych warunkach wielokrotnie istotniejszy ciężar na naszym społeczeństwie obowiązek wytworzenia siłami prywatnymi ogniska nauki, bez której dobrze społeczeństwu działać się nie może. Trzeba ufać, że kraj wkrótce posiedzie wszechnicę polską, która mu się należy, ale bez względu na to, kiedy to nastąpi, kursy systematycznej nauki dla warstw, przygotowanych do ich słuchania, winny być organizowane teraz jeszcze, gdy uniwersytetu niema, również dobrze, jak później, gdy otworzą się dla studentów mury własnego krajowego uniwersytetu.

W kwietniu r. b., skoro tylko wyszły przepisy prawa o związkach i stowarzyszeniach, inicjatorowie kursów naukowych, którzy czekali z upragnieniem na sposobną chwilę, wystąpili do władzy z doniesieniem o zawiązaniu, w myśl ogłoszonych przepisów, Towarzystwa Kursów Naukowych. Towarzystwo zostało zawiązane, i zarząd, który na pierwszym walnem posiedzeniu wybranym został, z początkiem roku szkolnego 1906/7 t. j. we wrześniu roku bieżącego, zamierza otworzyć szereg wykładów naukowych ze wszystkich dziedzin wiedzy: historia, językoznawstwo, filozofia, sztuka, pedagogika, prawo,

nauki ścisłe, technika i jej odgałęzienia—wszystko to, o ile materialne środki i siły naukowe dopiszą, ma wejść w program działalności projektowanych kursów wyższego nauczania.

Do zrealizowania tych pięknych celów potrzeba jednak znacznych środków materialnych. Wykłady, prowadzone w półroczu próbnym, za jakie uważać można czas od stycznia do marca r. b., kosztowały (wraz z tem, co ma być jeszcze z konieczności wydatkowanym) około 9500—9600 rubli, przyczem nie można było zakupić najkonieczniejszych przyrządów, tak, że niektóre wykłady wcale nie mogły być prowadzone, inne musiały być w przeprowadzeniu swem ograniczone. Na pokrycie tego budżetu użyto przeważnie opłaty z wpisów, pobranej od słuchaczy (prawie 9000 rb.); niedobór pokryto z wpływów osobistych od członków związanego świeżo Towarzystwa. Z jednej strony jednak chciałoby się dążyć do obniżenia opłaty wpisowej za słuchanie kursu (za każdą godzinę wykładu w tygodniu przez semestr pobierano mniej więcej 3 ruble), z drugiej strony rzeczą jest konieczną wydatkować szerzej na niezbędną pomoce naukowe, a z czasem dojść do własnych pracowni, laboratoryjów i zbiorów, może do biblioteki naukowej i t. d., oczywiście zupełnie niezależnych od pracowni i bibliotek i wogóle od urzędów uniwersyteckich, ale o ile możliwości w wyposażeniu swem do tego poziomu zbliżonych. Ogromna więc potrzeba zjednoczenia środków dla nowego Towarzystwa. Składka od członków wynosi minimalnie po 10 rb. rocznie; na członka przyjętym być może każdy na przedstawienie

dwu innych członków, (o ile Zarząd przedstawienia tego nie odrzuci). Zapisy na członków, składki i ofiary przyjmują pp. członkowie zarządu: CHEŁCHOWSKI Kazimierz, CHRZANOWSKI Ignacy, DRZEWIECKI Piotr, EBERHARDT Julian, KRYŃSKI Leon, OSUCHOWSKI Antoni, RUŚKIEWICZ Tomasz i ŚWIĘTOCHOWSKI Andrzej a także kancelarya Stowarzyszenia Techników, gdzie dotychczas Towarzystwo ma swą siedzibę. Tam też dowiedzieć się można o projektowanych na zimę r. 1. 06/7 wykładach i zgłaszać się z przedwstępnym na dany przedmiot zapisem. Wreszcie potrzebną jest w najszerszych kołach nie tylko w Warszawie, ale w kraju całą wiadomość o powstających kursach, aby wszyscy pożąający wiedzy poważnej pracownicy, obojej płci, młodzi i starzy, mogli z tego nowego źródła nauki wyższej jaknajbardziej korzystać. Z tego względu prasa powołana jest do rozpowszechnienia wiadomości o projektowanym semestrze 1906/7, mającym się rozpocząć we wrześniu r. b. Program wykładów i listę wykładających wkrótce już można będzie na łamach pism naszych ogłosić. Tymczasem na wykładających projektowani są, prócz wymienionych na wstępie uczonych pp.: BABIŃSKI, BOUFFAŁ, BIERNACKI, CHRZANOWSKI, DZIEROŃSKI, HEURICH, HOLLEWIŃSKI, JENIKE, KĘTRZYŃSKI, KOCHANOWSKI, KORZON, KOZŁOWSKI, KRYŃSKI, KONTKIEWICZ, LISIECKI, MIKŁASZEWSKI B., MIKŁASZEWSKI S., MAŃKOWSKI, OKOLSKI, RUŚKIEWICZ, SMOLEŃSKI, SIOMA, SZYLLER, STOŁYCHWO, WACHOWSKI i WASIUTYŃSKI a także wielu innych, z którymi wypadnie nawiązać o to rokowania.

Od Administracyi.

*Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi
o każdym nienadjeździe numerze.*

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

Własność państwowa francuska

Należy dobrze oświeżyć nazwisko przepłukując się wodą.



VICHY CÉLESTINS

Słabość kłębków, pęcherza, dolegliwości w krzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabość wątroby i organów które wydzielają.

VICHY HOPITAL

Słabość żołądka i kiszek

Wytwarzany ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mosolac trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Omorol

(w wodzie nie rozpuszcza się).
nie surowica, gdyż omorol niszczy zarazki w miejscu ich wnikania. Również leczy i inne zakażone błony śluzowe.

Duotal

Novargan

Nowy, zupełnie nie drażniący preparat srebro-proteinat do miejscowego leczenia dyfteryi, silne i głębokie działanie antyseptyczne, gdyż rozpuszczalny w płynach tkankowych, wydzielinie etc. Miejscowe leczenie dyfteryi za pomocą omorolu dopełnia leczenie surowicą, gdyż omorol niszczy zarazki w miejscu ich wnikania. Również leczy i inne zakażone błony śluzowe.

Duotal „Heyden“ preparat guajakolu, nietrujący, bezwonny i bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym katarom dróg oddechowych. Antyseptyk kiszek w tyfusie i enteritis. Prawie niedrażniący, łatwo rozpuszczalny preparat białkowo-srebrny. „Obecnie jest to najlepszy środek przy ostrym tryprze.“

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno

lub przedstawiciel Ludwik Freider Warszawa Leszno 60.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antidyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Meuzer'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmięsaszowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwniepalny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwniepalnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm

Aq. laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania ubocznego. morfiny i innych pochodn. tejże.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeńka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięsaszowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorderny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwniepalny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.