

# GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI DRA MED. E. FLATAUA W WARSZAWIE.

## Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizjologii tylnych korzeni rdzeniowych.

Podał

**dr Stanisław Koczyński,**

b. ordynator kliniki chorób nerwowych w szpitalu Ś-go Ducha.

[Doniesienie tymczasowe] <sup>1)</sup>.

Doświadczenia moje polegały na przecinaniu tylnych korzeni rdzeniowych u małp i na badaniu powstałych stąd zaburzeń ruchowych i czuciowych, a także zmian anatomicznych w systemacie nerwowym. Odsyłając czytelnika po szczegóły do *Polskiego Archiwum nauk biologicznych i lekarskich*, gdzie praca moja wraz z licznymi rysunkami, tak niezbędnymi do zrozumienia stosunków anatomicznych, wkrótce z druku wyjdzie, na tem miejscu chcę podać w krótkim streszczeniu ważniejsze wyniki moich badań.

Operowałem na czterech dużych małpach z gatunku *Macacus Rhesus*. Przecinala tylnych korzeni rdzeniowych dokonywałem, przy uśpieniu zwierząt zapomocą eteru siarczanego, intraduralnie, t. j. przedtem przecinałem z tyłu twardą oponę rdzeniową, którą po operacyi następnie zeszywałem. Pierwszej małpie przeciąłem tylko jeden, mianowicie VII tylny korzeń szyjowy po stronie

<sup>1)</sup> Referat ten był wygłoszony z przedstawieniem na epidiaskopie szeregu preparatów anatomicznych na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 31 stycznia 1905 r.

prawej; drugiej małpie przeciąłem cztery korzenie tylne po stronie prawej, a mianowicie VIII szyjowy i I, II, III grzbietowy; trzeciej małpie przeciąłem wszystkie osiem tylnych korzeni, wchodzących w skład splotu barkowego, a mianowicie V, VI, VII i VIII szyjowy i I, II, III i IV grzbietowy; wreszcie czwartej małpie przeciąłem V, VI, VII i VIII tylny korzeń szyjowy i II, III, IV i V tylny korzeń grzbietowy, t. j. z seryi tej pozostawiłem nietkniętym I tylny korzeń grzbietowy. Kolejność przeciętych korzeni i ścisłość dokonania operacji zostały sprawdzane przy szczegółowych badaniach anatomicznych. Nawiasem wspomnę, że w żadnym z tych przypadków najmniejszych oznak ropnego zapalenia rdzenia nie stwierdziłem, wszędzie rany zagoiły się *per primam*. Po operacji małpy, znajdujące się w doskonałym zdrowiu, utrzymałem przy życiu przez miesiąc, prowadząc dziennik zachowania się każdej z tych małp, odnotowując zmiany w ruchach, zaburzenia czucia, oddziaływanie mięśni na prąd elektryczny, objętość mięśni i t. p. Po tym czasie wszystkie jednocześnie zapomocą ostrego zatrucia chloroformem zabiłem.

Wyniki poszukiwań moich pod względem fizyologicznym wyjaśniają niektóre strony sporne wśród nielicznych badaczy tej kwestyi [CLAUDE - BERNARD, HERING, MOTT i SHERRINGTON, KORNILOFF, ŁAPINSKIJ, MUNK] i dadzą się streścić w następujących punktach:

1) przecięcie jednego tylnego korzenia rdzeniowego, tyczącego się pewnej kończyny, nie wywołuje najmniejszych zaburzeń w ruchu tą kończyną;

2) przecięcie kilku tylnych korzeni, lecz nie całej, odpowiadającej danej kończynie, seryi, wywołuje zaburzenia ruchowe, polegające na pewnym bezładzie ruchów, pewnej niezręczności, zwłaszcza w używaniu palców; zaburzenia te po kilku dniach zupełnie się wyrównują;

3) rola VIII-go tylnego korzenia szyjowego, zaopatrującego w czucie znaczną część powierzchni kiści, nie jest tak doniosła; oszczędzenie bowiem I-go tylnego korzenia grzbietowego, a prawdopodobnie i każdego innego z seryi, stanowiącej dany splot, jest w stanie wyrównać zaburzenia ruchowe, powstałe po przecięciu reszty korzeni z danej seryi, włącznie z korzeniem VIII-ym;

4) przecięcie całej seryi korzeni czuciowych, odnoszących się do danej kończyny, bynajmniej nie wywołuje zupełnego zniesienia w niej ruchów, a jedynie w wybitnym stopniu ruchy te upośledza. Ruchów chwytnych, uwieńczonych efektem, znieczuloną ręką małpa wykonywać nie może, zato wykonywa różne ruchy w ramieniu i przedramieniu, a nawet w kiści i w palcach, które to ruchy stopniowo stają się coraz rozleglejsze i coraz doskonalsze. Biegać zwierzę może, lecz z trudem: znieczuloną rękę podwija i przy chodzeniu opiera się często o grzbietową powierzchnię kiści;

5) przecięcie całej seryi korzeni czuciowych, odnoszących się do danej kończyny, wywołuje w znieczulonej kończynie wybitną wiotkość i zanik mięśni.

Do badań anatomicznych wziąłem z każdej małpy rdzeń pacierzowy, pień mózgowy do wzgórków czworaczych włącznie, mózdzek, zwoje międzykręgowe z korzeniami zarówno operowanymi, jak i powyżej i poniżej leżącymi nieope-

rowanymi, tak z prawej, jak i z lewej strony [ogółem 51 zwojów], a z trzeciej i z czwartej mały wziętem jeszcze do badania pnie nerwowe i różne mięśnie tak z prawej, jak i z lewej ręki. Z tych części rdzenia, które dotyczyły okolicy operowanych tylnych korzeni i sąsiednich odcinków, powyżej i poniżej tej okolicy leżących, robiłem nieprzerwane serye preparatów. Np. w trzecim doświadczeniu nieprzerwana serya preparatów została zrobiona z pięciu dolnych szyjowych odcinków i pięciu górnych grzbietowych.

Do badań stosowałem głównie metodę MARCHI'ego, która okazała się nadzwyczaj odpowiednią i dała piękne obrazy anatomiczne. Metoda WEIGERT'a-PAHL'a zapewne wskutek zbyt świeżego zwyrodnienia okazała się zupełnie nieodpowiednią. Niektóre z odcinków, zwłaszcza z trzeciej mały, barwiłem metodą NISSL'a, w celu wykrycia przypuszczalnych zmian w komórkach ruchowych rdzenia. Niektóre z odcinków barwiłem hematoksyliną alunową w celu wykazania obecności lub braku zmian zapalnych w oponach rdzenia. Korzenie i pnie nerwowe były krajane zarówno podłużnie, jak i poprzecznie.

Do zmian zasadniczych, powstałych wskutek przecięcia tylnych korzeni rdzeniowych, dołączyły się pewne zmiany uboczne. Nic w tem dziwnego. Rdzeń, pozbawiony na tak znacznej przestrzeni swej naturalnej twardej ochrony—wycinaliśmy bowiem od dwóch do ośmiu łuków kręgowych—, musiał podlegać pewnemu urazowi i musiały w nim powstawać pewne, choć nieznaczne, zaburzenia w krążeniu krwi. Lecz te uboczne, dodatkowe zmiany pozwoliły nam zbadać przebieg pewnych dróg rdzeniowych.

Wyniki badań moich pod względem anatomicznym były następujące:

1) pęczek przecinkowy SCHULTZE'go utworzony jest prawie wyłącznie ze zstępujących gałązek korzeni tylnych; domieszka włókien, pochodzących z szarej istoty rdzenia, jest w nim bardzo nieznaczna. Im niżej przecinamy tylne korzenie rdzeniowe szyjowe i grzbietowe, tem dalej w kierunku ogona końskiego sięga owo przecinkowe zwyrodnienie. Jednak nawet po przecięciu dolnych szyjowych i górnych grzbietowych tylnych korzeni do V-go włącznie, *fasciculus dorso-medialis* w części lędźwiowej i krzyżowej rdzenia nie ulega żadnemu zwyrodnieniu;

2) pojedyncze tylne korzenie rdzeniowe po wejściu do rdzenia ulegają znanemu stopniowemu przesuwaniu się ku linii środkowej, jednak nie tworzą nigdzie zbitej jednolitej masy, a z sąsiednimi korzeniami wzajemnie się przeplatają i w miarę posuwania się ku górze wyraźnie cienieją;

3) po przecięciu tylnych korzeni rdzeniowych po jednej stronie, o ile eksperyment wykonany został bez zarzutu, żadne zwyrodnienia w przeciwnych pęczkach nie występują; zwyrodnienia rozsiane w słupach przednio-bocznych zależą od pewnych zaburzeń w krążeniu krwi w szarej istocie lub od uszkodzenia przeważnie części obwodowych istoty białej, co przy usunięciu znacznej liczby łuków kręgowych jest rzeczą niemal nienuknioną;

4) podział słupów tylnych na pęczki GOLL'a i BURDACH'a odnosi się, właściwie mówiąc, tylko do górnych odcinków szyjowych. *Septum paramedianum* w dolnych szyjowych i w górnych grzbietowych odcinkach bynajmniej

granicy między tymi pęczkami nie stanowi, gdyż granica wewnętrzna zwyrodnienia przedstawia linię prostą, a nie esowatą, jak *septum paramedianum*;

5) część włókien słupów tylnych w niektórych przypadkach przechodzi bezpośrednio poprzez jądra słupów tylnych do przeciwległej pętli i biegnie w kierunku kory mózgowej;

6) po przecięciu tylnych korzeni rdzeniowych nie można stwierdzić żadnych zmian w odpowiednich komórkach ruchowych rogów przednich i prawie żadnych zmian w korzeniach przednich; uzależnianie obserwowanych w tych razach zaburzeń ruchowych od zwyrodnienia komórek ruchowych i przednich korzeni jest nieuzasadnione;

7) w tylnych korzeniach, po przecięciu ich pomiędzy zwojami międzykręgowymi a rdzeniem, części centralne [przy rdzeniu] ulegają zupełnemu zwyrodnieniu, części zaś obwodowe [przy zwojach] żadnych zwyrodnień nawet po upływie 30-u dni od chwili operacji nie przedstawiają; t. zw. „*durchziehende Fasern*“, t. j. włókna, idące z komórek rdzenia w kierunku obwodu poprzez tylne korzenie i zwoje międzykręgowe, u małp nie istnieją;

8) zwoje międzykręgowe w 30 dni po operacji przecięcia tylnych korzeni zmian zwyrodnienia wstecznego nie przedstawiają.

Warszawa w styczniu 1905.

---

## II. Z POLIKLINIKI Powszechnej we Lwowie.

---

### W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu (fissura ani) na podstawie własnego doświadczenia.

Podał

**dr Roman Barącz,**

docent prywatny chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

---

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21].

**Przypadek XXIV.** 4.III. 1895. R. S., żona handlarza, ze Lwowa, lat 18. Cierpi na uporczywe zaparcie stolca. Od 3-ch tygodni silne, piekące bóle podczas i po oddaniu stolca. Szczelina, około 8 mm. długa, w przedniej fałdzie błony śluzowej odbytnicy. *Dilatatio ani met. RÉCAMIER bez narzeka o z y.* Dalszy los chorej nieznany.

**Przypadek XXV.** 13.III. 1895. M. K., żona rzeźnika, ze Lwowa, at 20. Cierpi od czasu 1-go porodu, odbytego przed 6-u miesiącami, bóle pod-

czas i po oddaniu stolca. Bóle w ostatnich czasach znacznie wzmogły się i trwają przez kilka godzin po oddaniu stolca. W ostatnich 3-ch tygodniach bóle występują także w nocy i są tak silne, że chora spędza często noce bezsennie. Zażywanie oleju rącznikowego od czasu do czasu wpływa na zmniejszenie bólów. Także po wprowadzaniu czopków morfinowych czuje ulgę. Badanie wykazuje wybitne guzy krwawnicze wewnętrzne i małą szczelinę długości około 7 mm., pokrytą wybniałą, łatwo krwawiącą ziarniną w tylnej fałdzie błony śluzowej. Brzegi i dno owrzodzenia bardzo twarde. *Dilatatio ani met. RÉCAMIER bez narkozy.* Oddanie pierwszego stolca po operacji było niebolesne, szczelina zablizniła się po tygodniu; w miesiąc po operacji K. zgłosiła się zupełnie zdrowa.

**Przypadek XXVI.** 22.IV. 1895. R. F., żona kelnera, ze Lwowa, lat 22. Od czasu porodu, przed dwoma miesiącami odbytego, silne i coraz wzmagające się bóle podczas i po oddaniu stolca, oraz lekkie krwawienia z odbytnicy. Guzy krwawnicze wewnętrzne i szczelina w tylnej fałdzie błony śluzowej odbytnicy około 8 mm. długa. *Dilatatio ani met. RÉCAMIER w narkozie chloroformowej.* Maść borna. T. zgłosiła się po miesiącu zupełnie zdrowa, zeznając, że bólów od czasu operacji nie miała. Szczelina zablizniona.

**Przypadek XXVII.** 15.XI. 1895. I. B., szewc, ze Lwowa, lat 25. Od 2-ch miesięcy cierpi na silny ból piekący podczas i po oddaniu stolca. Badanie wykazało szczelinę w tylnej fałdzie błony śluzowej około 5 mm. długą. *Dilatatio ani met. RÉCAMIER bez narkozy.* B. zgłosił się w 2 tygodnie po operacji; bólów przy oddawaniu stolca więcej nie miał, szczelina zablizniona.

**Przypadek XXVIII.** 29.I. 1896. B. L., dozorca domu, ze Lwowa, lat 48. Cierpi od 15-u lat na uporczywe zaparcie stolca i krwotoki z odbytnicy. Od 6-u tygodni cierpi na piekący ból podczas i po oddaniu stolca. W ostatnich dwóch tygodniach bóle po oddaniu stolca wzmogły się i chory przez kilka godzin potem jest niezdolny do pracy. Wybitne guzy krwawnicze wewnętrzne. W tylnej fałdzie błony śluzowej odbytnicy szczelina około 1 ctm. długa. *Dilatatio ani met. RÉCAMIER bez narkozy,* Maść borna. L. zgłosił się w 2 tygodnie po operacji; bólów przy oddawaniu stolca więcej nie miał; szczelina zablizniona.

**Przypadek XXIX.** 1.VI. 1896. E. K., szewc, ze Lwowa, lat 29. Od 2-ch lat cierpi na guzy hemoroidalne i raz miał obfity krwotok po stolcu. Od 3-ch tygodni cierpiał na silny piekący ból podczas i po oddaniu stolca. Wprowadzał sobie czopki morfinowe na zlecenie lekarskie celem uśmierzania bólu, jednak bezskutecznie. Badanie wykazało dość znaczne guzy krwawnicze wewnętrzne i szczelinę długości około 6 mm. w tylnej ścianie błony śluzowej odbytnicy. *Dilatatio ani met. RÉCAMIER bez narkozy.* Na 3-i dzień po operacji był zdolny do pracy. Więcej się nie zgłosił aż na wezwanie listowne 2.II. 1905. K. zeznaje, że od czasu operacji czuje się zupełnie zdrow, a bóle w odbytnicy więcej się nie powtórzyły.

**Przypadek XXX.** 3.VIII. 1896. M. G., nauczyciel, ze Lwowa, lat 32. Uporczywe zaparcie stolca od kilku lat, od 2-ch miesięcy coraz bardziej się wzmagające bóle podczas i po oddaniu stolca. Guzy krwawnicze wewnętrzne wielkości orzecha włoskiego i mała szczelina w tylnej fałdzie odbytnicy. *Dilat. ani met.* RÉCAMIER w narkozie chloroformowej. Zgłosił się w miesiąc po operacji zupełnie zdrów; szczelina zablizniona, bólów od czasu operacji nie miał.

**Przypadek XXXI.** 12.X. 1896. H. F., żona szewca, ze Lwowa, lat 24. Po pierwszym porodzie, przed rokiem odbytym, cierpiała na uporczywe bóle po oddaniu stolca. Chora poddała się wtedy operacji w narkozie, prawdopodobnie nacięciu szczeliny, ponieważ ranę po operacji opatrywano przez dwa tygodnie. Obecnie od czasu drugiego porodu [przed dwoma miesiącami] cierpi na podobne, jednak silniejsze, bo kilka godzin po stolcu się utrzymujące bóle i krwawienia z odbytnicy. Wybitne guzy krwawnicze wewnętrzne i szczelina w przedniej fałdzie błony śluzowej odbytnicy, pokryta ziarniną, wielkości soczewicy. Otoczenie i dno szczeliny stwardniałe. *Dilat. ani met.* RÉCAMIER w narkozie chloroformowej. W dwa dni po operacji chora oddała pierwszy stolec bez bólu. Zgłosiła się w miesiąc po operacji zupełnie zdrowa.

**Przypadek XXXII.** 9.XII. 1896. R. M., szklarz, ze Lwowa, lat 23. Od dłuższego czasu silne zaparcie stolca. Od 3-ch lat od czasu do czasu bóle podczas i po oddaniu stolca, tak znaczne, że wstrzymywał się od oddawania; po środkach przeczyszczających czuł znaczną ulgę. Szczelina w tylnej fałdzie błony śluzowej około 5 mm. długa. Chory operacji się nie poddaje. Zgłosił się na wezwanie dnia 28.I. 1905 z zeznaniem, że bóle w kiszce stolcowej ustały po używaniu oleju rącznikowego i stosowaniu maści jodoformowej, jednak bóle w odbytnicy pojawiały się od czasu do czasu przez kilka lat. Dopiero od 5-u lat nie ma bólów przy oddawaniu stolca. Badanie 28.I. 1905 wykazuje dość znaczne guzy krwawnicze wewnętrzne.

**Przypadek XXXIII.** 4.I. 1897. K. M., żona rzeźnika, ze Lwowa, lat 23. Po drugim porodzie, przed 7-u miesiącami odbytym, cierpi na podobne bóle w odbytnicy, jak po pierwszym porodzie [por. przypadek XXV], bóle występują nie tylko podczas i po stolcu, ale i w nocy, niezależnie od oddawania stolca; czasami chora wskutek bólu sypiać nie może. Przed miesiącem poddała się operacji krwawej w znieczuleniu miejscowym [nacięcie szczeliny], ale już w tydzień po operacji bóle wystąpiły ponownie. Chora przypomina sobie, że po pierwszym rozszerzaniu była przez  $1\frac{1}{2}$  roku zdrową i prosi o ponowienie podobnego zabiegu, ale w narkozie chloroformowej. Badanie wykazuje wybitne guzy krwawnicze wewnętrzne i przy omacywaniu w przedniej fałdzie błony śluzowej szczelinę twardą, około 1 ctm. długą, pokrytą wybijającą ziarniną. *Dilat. ani met.* RÉCAMIER w głębokiej narkozie chloroformowej, przyczem dno szczeliny naddarło się. Tamponowanie gazą jodoformową, później maść lapisowa. Zabliznienie nastąpiło w przeciągu 10-u dni. M. zgłosiła się na listowne wezwanie 8.II. 1903, zatem w 8 lat po wykonaniu

rozszerzenia. Od czasu operacji bólów w odbytnicy więcej nie miała, pomimo przebycia jeszcze dwóch porodów.

**Przypadek XXXIV.** 3.V. 1897. S. R., córka kupca, ze Szczercza, lat 24. Od kilku miesięcy uporczywe zaparcie stolca; od 6 u tygodni bóle podczas i po oddaniu stolca. Badanie wykazuje w przedniej fałdzie błony śluzowej odbytu szczelinę około 1½ ctm. długą. *Dilatatio ani met. RÉCAMIER bez narkozy.* Zgłosiła się po dwóch tygodniach ze szczeliną zablźnioną; bólów od czasu operacji więcej nie ma.

**Przypadek XXXV.** 26.V. 1897. P. B., gospodarz z Rzepniowa, lat 36. Od roku cierpi na zaparcie stolca i coraz bardziej wzmagające się bóle podczas i po oddaniu stolca; stolec oddaje wieczorem, by po uspokojeniu się bólów być zdolnym do pracy. Badanie wykazuje około 2 ctm. długą szczelinę o twardej ścianie w tylnej fałdzie błony śluzowej. *Dilat. ani met. RÉCAMIER w narkozie chloroformowej,* przytem lekkie naddarcie dna szczeliny. Już na 2-gi dzień po operacji B. był zdolnym do pracy, a w miesiąc po operacji doniósł, że jest zupełnie zdrów.

**Przypadek XXXVI.** 2.VI. 1897. G. N., wyrobnik, ze Lwowa, lat 47. Od kilku tygodni bóle podczas i po oddaniu stolca. Badanie wykazało małe guzy hemoroidalne wewn., rozpulchnienie błony śluzowej odbytnicy i małą 5 mm. szczelinę w tylnej fałdzie tejże. Operacji chory nie poddał się. Zgłosił się na wezwanie 30.I. 1905 z zeznaniem, że bóle w odbytnicy ustąpiły po kilkorazowym zażyciu oleju i wypróżnieniach obfitych oraz przy użyciu czopków z apteki. Od czasu do czasu miewa jednak bóle w odbytnicy, które po użyciu kąpieli nasiadowych ustają.

**Przypadek XXXVII.** 19.VII. 1897. S. M., ze Lwowa, lat 38. Cierpiał od kilku lat na uporczywe zaparcie stolca i guzy hemoroidalne. Od 8-n dni bóle przy i po oddaniu stolca tak znaczne, że czyniły go niezdolnym do pracy. Badanie wykazało dość znaczne guzy hemoroidalne. Rozpulchnienie błony śluzowej odbytnicy. W tylnej fałdzie tejże szczelina 2 ctm. długa. *Dilatatio ani met. RÉCAMIER bez narkozy.* Podczas operacji omdlenie; M. zgłosił się po tygodniu zupełnie zdrów. Na wezwanie listowne zgłosił się 28.I. 1905 zeznając, że bólów podobnych od czasu operacji nie miał, cierpi jednak na guzy hemoroidalne, które od czasu do czasu krwawią.

**Przypadek XXXVIII.** 20.IX. 1897. I. S., krawiec, ze Lwowa, lat 33. Od dłuższego czasu 2-ch — 3-ch lat cierpiał na uporczywe zaparcie stolca. Od 3-ch lat bóle podczas i po oddaniu stolca prawie nieustanne z małymi przerwami. Od 2-ch miesięcy bóle znacznie się wzmogły, tak że chory oddawać się pracy nie mógł. Szczelina w tylnej fałdzie błony śluzowej 2 ctm. długa o wystającej ziarninie i stwardniałem dnie. *Dilatatio ani digital. n. RÉCAMIER w głębokiej narkozie chloroformowej.* 3-go dnia S. był zdolny do pracy i miał pierwszy stolec niebolesny. Zgłosił się 28.I. 1905 z zeznaniem, że od czasu operacji jest zupełnie zdrów.

**Przypadek XXXIX.** 7.I. 1898. M. B., wyrobnik, z Sichowa, lat 36. Od kilku lat cierpi na uporczywe zaparcie stolca i aby ułatwić sobie

wyróżnienia musi używać środków przeczyszczających. Od kilku tygodni piekące bóle podczas i po oddaniu stolca. Badanie wykazuje w błonie śluzowej odbytnicy po stronie prawej szczelinę do 1½ ctm. długą. *Dilat. ani met.* RÉCAMIER bez narkozy. B. zgłosił się we 2 tygodnie po operacji z zabliźnioną szczeliną; bólów od czasu operacji nie miał.

**Przypadek XL.** 16.V. 1898. I. W., hafciarz, ze Lwowa, lat 17. Od kilku tygodni silne bóle podczas i po oddaniu stolca. Uporczywe zaparcie stolca. Głęboka, około 1 ctm. długa, szczelina w tylnej fałdzie błony śluzowej odbytnicy. *Dilat. ani met.* RÉCAMIER w narkozie chlorkiem etylu. Maść borna. W. zgłosił się w 10 dni po operacji ze szczeliną zabliźnioną; bólów od czasu operacji nie miał.

**Przypadek XLI.** 13.VI. 1898. M. F., przy rodzicach, ze Lwowa, lat 25. Przed dwoma miesiącami uporczywa biegunka, później uporczywe zaparcie stolca. Od 5-u tygodni bóle podczas i po oddaniu stolca. Badanie: wybitne guzy hemoroidalne wewnętrzne i mała szczelina w tylnej fałdzie błony śluzowej nieco ku stronie lewej. *Dilat. ani met.* RÉCAMIER w narkozie chlorkiem etylu. Pierwszy stolec drugiego dnia po operacji niebolesny. Zgłosił się w tydzień po operacji ze szczeliną zabliźnioną.

**Przypadek XLII.** 3.VIII. 1898. L. F., żona krawca, ze Lwowa, lat 25. Wkrótce po ostatnim porodzie, przed rokiem odbytym, zaczęła doznawać bólów po stolcu. W ostatnich miesiącach bóle wzmogły się tak, że chora nie może oddawać się zajęciu domowemu. Badanie wykazało w przedniej fałdzie błony śluzowej wrzód kształtu romboidalnego, długości około 1 ctm. o stwardniałej podstawie. Wybitne guzy krwawnicze wewnętrzne. *Dilat. ani met.* RÉCAMIER bez narkozy. W dwa dni po operacji pierwszy stolec niebolesny. F. zgłosiła się po 10-u dniach z zabliźnioną szczeliną.

**Przypadek XLIII.** 1.III. 1899. S. H., żona fryzjera, ze Lwowa, lat 34. Po pierwszym porodzie, przed 12-u laty odbytym, miała przez kilka tygodni bóle podczas i po oddaniu stolca. Przy następnych 3-ch porodach bóle te powtarzały się. Po ostatnim porodzie, przed miesiącem odbytym, pojawiły się bóle podobne, jednak są o wiele dotkliwsze. Badanie wykazuje w tylnej fałdzie błony śluzowej małą szczelinę, pokrytą ziarniną wielkości ziarna prosa. *Dilat. ani met.* RÉCAMIER w narkozie kelenem. Maść borna. H. zgłosiła się w tydzień po operacji zupełnie zdrowa; bóle od czasu operacji nie powtórzyły się więcej.

**Przypadek XLIV.** 30.X. 1899. R. H., żona handlarza, ze Szczerca, lat 49. Przed kilkunastu laty uporczywa biegunka, przez kilka miesięcy trwająca. Później naprzemian to uporczywe zaparcie stolca, to uporczywa biegunka. Od 6-u miesięcy H. cierpi na silne bóle podczas i po oddaniu stolca. Czasami bóle utrzymują się przez kilka godzin, czasami występują w nocy i chora spędza noce bezsenne. Chora anemiczna, wyraz znużenia na twarzy. W tylnej fałdzie błony śluzowej odbytnicy szczelina, 1½ ctm. długa, o stwardniałym dnie. Wyżej w błonie śluzowej odbytnicy 3 uszypułkowane ukleje, wielkości grochu i fasoli. Guzy krwawnicze wewnętrzne wybitne. *Dilatatio ani*



*met. RÉCAMIER* w głębokiej narkozie chloroformowej. Podwiązanie i wypalenie polipów. Wyleczenie w przeciągu dwóch tygodni.

**Przypadek XLV.** 20.VII. 1900. B. T., akuszerka, ze Lwowa, lat 30. Od czasu pierwszego porodu przed 8-u laty, cierpi po każdym porodzie bóle podczas i po oddaniu stolca, utrzymujące się przez kilka tygodni. Po ostatnim porodzie, przed dwoma miesiącami odbytym, bóle znacznie silniejsze; nadto bóle i skurczenia odbytnicy występują niezależnie od oddawania stolca. W tylnej fałdzie odbytnicy nieco ku stronie lewej znajduje się szczelina około 8 mm. długa, o brzegach i dnie stwardniałym. *Dilat. ani met. RÉCAMIER* w narkozie chlorkiem etylu. Maść borna. T. zgłosiła się po 8-u dniach wyleczona. Na wezwanie listowne zgłosiła się 31.I. 1905 z zeznaniem, że od czasu przebytej operacji jest zupełnie zdrowa i że po następnym porodzie przed rokiem odbytym bólów więcej w odbytnicy nie miała.

**Przypadek XLVI.** 1.III. 1901. J. W., wdowa po stelmachu, ze Lwowa, lat 40. Przed 16-u laty po pierwszym porodzie bóle, przy oddawaniu stolca. Później po każdym następnym porodzie podobne bóle przez kilka tygodni się utrzymujące. Od pół roku uporczywe zaparcie stolca; od 4-ch miesięcy bóle prawie ciągle z małymi przerwami. W błonie śluzowej w przedniej fałdzie odbytnicy szczelina około 8 mm. długa, przy dotyku bardzo bolesna i brocząca. *Dilat. ani met. RÉCAMIER* bez narkozy. 3-go dnia pierwszy stolec niebolesny. Wyleczenie po 10-u dniach.

**Przypadek XLVII.** 7.II. 1902. J. G., żona szewca, ze Lwowa, lat 21. Po drugim porodzie, 8-go grudnia 1901 r. odbytym, od 4-go dnia zaczęła doznawać bólów podczas i po oddaniu stolca. Bóle te wzmagały się z każdym dniem, tak że chora była niezdolną do zwykłego zajęcia. Chora zeznaje, że po pierwszym porodzie miała podobne, ale krócej trwające bóle. Badanie wykazało małą szczelinę, zaledwie kilka mm. długą w tylnej fałdzie bardzo rozpulchnionej błony śluzowej. Z odbytnicy wydobywa się kawałek tasiemca. Operacji G. nie poddała się i więcej się nie zgłosiła. Wezwana listownie, zgłosiła się 29.I. 1905 i zeznaje, że i po następnych dwóch porodach, osobiwie po 3-im, miała podobne, ale znacznie silniejsze i dłużej trwające bóle. Wyleczyła się maścią cynkową i pićmi ziółek francuskich. Cierpi na tasiemca (*taenia solium*).

**Przypadek XLVIII.** 16.VII. 1902. M. E., belfer, z Kamionki Strumiłowej, lat 23. Przed 3-a miesiącami wystąpiły guzy hemoroidalne i bóle podczas i po oddaniu stolca, które się utrzymują. W tylnej fałdzie błony śluzowej odbytnicy znajduje się mała, około 6 mm. długa szczelina. *Dilat. ani met. RÉCAMIER* w narkozie chlorkiem etylu. Maść borna. E. doniósł listownie w miesiąc po operacji, że jest od czasu operacji zupełnie zdrow.

[D. n.]

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

## Pasożyt syfilisu.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Berlińskiego 17-go maja SCHAUDINN pokazywał preparaty protozoów, znalezionych przezeń w świeżych formach syfilisu. Są to twory bardzo małe [4—14  $\mu$  długie], cienkie, skręcone grajczarkowato, znacznie mniejsze od czerwonego krążka krwi. SCHAUDINN nazwał te protozoa, z powodu ich złego barwienia się, *spirochaete pallida*. Różnił się od spirilli tem, że te ostatnie mają na swych biegunach ogonki, są sztywne, kształtu nieco skręconego i należą do grzybków (*Spaltpilze*), gdy tymczasem spirochety opatrzone falującą błoną, giętkie, grajczarkowato zwinięte, należą do protozoów. Na licznych preparatach i obrazach projekcyjnych pokazywał i inne formy spirochetów, które po części znajdują się w ogniskach syfilitycznych obok *spirochaete pallida*. HOFFMAN dodał, że dotychczas udało im się wykryć te spirochety w pierwotnym wrzodzie syfilitycznym, ew. w stwardnieniu pierwotnem, w łepieżach płaskich, w gruczołach syfilitycznych pachwinowych, w wątrobie i śledzionie przy świeżym syfilisie.

Jak MIECZNIKOW i ROUX utrzymują, pasożyty te znaleźli już przed trzema laty BORDET i GENGOU w Brukseli, ale trudności barwienia i ten fakt, że na błonach śluzowych i w warunkach normalnych znajdują się podobne spirochety, sprawił, że zarzucili swe poszukiwania, nie przypisując im żadnego znaczenia. Następnie znów w początkach bieżącego roku SIEGEL opisuje podobne twory, jako pasożyty syfilisu, szczepionego małpom lub królikom; znajdował on je w soku nerek w 3 tygodnie po szczepieniu, na skrawkach zaś—w pierwotnem stwardnieniu syfilitycznem. F. E. SCHULZE opisuje te twory pod nazwą *Cytorhlyctes luis* SIEGEL.

DOEHLE podaje (*Ueber Blutbefunde bei Syphilis, Masern und Pocken. Medicinische Klinik. 1905. N. 24*), iż w r. 1902 znalazł w wydzielinie szankra i w soku narządów przy syfilisie wrodzonym twory protoplazmatyczne, które przyjął za protozoa pasożytnicze. W dalszym ciągu do badań tych używał krwi syfilityków, wkrótce po wystąpieniu wysypki, zwykle w wiszącej kropli, gdyż barwienie tych tworów nigdy mu się nie udawało. Głównie DOEHLE zwraca uwagę na twory, składające się z podłużno-owalnej główki i długiego wężykowato skręconego ogona, który w kropli wiszącej jest w ciągłym falistym ruchu. Niekiedy zaś znajdował we krwi delikatne, wężykowato skręcone nitki protoplazmatyczne, które na jednym z końców miały nieraz jakby guziczkowate zgrubienie. Twory te D. uważa za identyczne ze spirochetami SCHAUDINN'a i HOFFMANN'a.

Ale dokładnie tę sprawę zbadał i wyświecił SCHAUDINN. Wiadomo, że spirochety znajdują się w dość znacznej liczbie przy wszelkich zmianach chorobowych narządów płciowych, a nawet na normalnej błonie śluzowej tych narządów, w *smegma praeputii*. Rodzi się więc pytanie, czy spirochety SCHAUDINN'a nie należą do owych pasożytów, normalnie się znajdujących na tych narządach? SCHAUDINN, doskonały znawca protozoów, znalazł, że na błonie śluzowej narządów płciowych bywają dwa rodzaje spirochetów: jeden rodzaj znajduje się w papilomatach, przy *balano-posthitis*, w smegmie, w tworach syfilitycznych, gdy tymczasem drugi widuje się tylko w syfilisie. Pierwszy rodzaj, który SCH. nazwał *spirochaete refringens*, odznacza się względnie dużymi rozmiarami, formą spiralną, falistą i łatwością barwienia się; drugi—*spirochaete pallida*—znajduje się tylko w syfilisie, jest pasożytem daleko mniejszym, od-

znacza się formą grajcarekowaną i wielką trudnością barwienia się, które nadto wymaga specjalnych barwników [mieszanki dra GIEMSA: eozyiny i azuru].

SCHAUDINN więc wykazał szczególne własności tego pasożyta, znajdował go niemal stale w tworach syfilitycznych, tak że pewien stały związek spirochetów z syfilisem był dla SCH. niewątpliwy. Nie mógł tylko wykryć swoich spirochetów we krwi syfilityków i w pierwotnym wrzodzie, czy stwardnieniu makaków.

Tę lukę wypełnili MIECZNIKOW i ROUX. Pierwszy dodatni wynik badań *Spirochaeta pallida* otrzymali u *Macacus cynomolgus* z typowym objawem pierwotnym [zaszczepionym] na łuku brwiowym. We 25 dni po wytworzeniu się tego objawu, w jego różowej wydzielinie znaleźli dosyć liczne spirochety. Z pomiędzy wielu małp i antropoidów, szczepionych zarazkiem syfilisu, u jednych M. i R. w objawie pierwotnym znajdowali dosyć znaczną liczbę spirochetów SCHAUDINNA, u innych mało. Z 6-u małp szczepionych u 4-ch znaleziono spirochety; wynik ujemny był tylko u jednego makaka i u jednego szympansa, u którego zmiany były już na drodze do wyleczenia. Spirochety więc SCHAUDINNA znajdują się prawie u wszystkich małp szczepionych, a jeśli dodać, że większość miała szczepiony zarazek na łuku brwiowym, więc na skórze i zdala od błony śluzowej narządów płciowych, to przemawia to wielce na korzyść znaczenia etyologicznego spirochetów w syfilisie. M. i R. znaleźli nadto te pasożyty w młodych grudkach (*papulae*) syfilitycznych i we krwi<sup>1)</sup>. Wogóle spirochety znajdowali u 4-ch małp i 4-ch ludzi syfilitycznych.

Nowych faktów na poparcie etyologicznego znaczenia spirochetów w syfilisie dostarczyli BUSCHKE i FISCHER: w oddziale ich po dwunowym pobycie zmarło dziecko 10 - tygodniowe, dotknięte syfilisem wrodzonym. Z objawów, ważniejsze były: liczne grudki (*papulae*) tułowia, kończyn, głowy, twarzy, dłoni i podeszew, *coryza* i wrzodziejące grudki około otworu stolcowego; przy rozbiórce zwłok zaś znaleziono, prócz wyżej przytoczonych zmian, indurację śledziony, *nephritis haemorrhagica*, *hepatitis interstitialis diffusa*.

W soku śledziony i wątroby znaleziono bardzo liczne spirochety o 3—4—14-u skrętach; w soku zaś gruczołów limfatycznych i grudek dotychczas BUSCHKE i FISCHER ich nie znaleźli. SCHAUDINN i HOFFMANN przyznali, iż pasożyty te pod względem morfologicznym i z zachowania się względem barwników są analogiczne z ich spirochetami.

Do całości tych badań bakteriologicznych brak jeszcze hodowli tego pasożyta i ich szczepień. Nie prędko to jednak będzie możliwe, gdyż jak dotychczas, spirochetów nie udało się jeszcze wyhodować na żadnej ze znanych odżywek.

(*Ueber Spirochaetenbefunde im Lymphdrüsen-saft Syphilitischer*, von SCHAUDINN und HOFFMANN. *Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1905. N. 18. — SCHAUDINN und HOFFMANN. *Medicinische Klinik*. 1905. N. 24. — SCHAUDINN und HOFFMANN. *Ueber Spirochaete pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung*. *Berlin. klin. Woch.* N. 22. — SIEGEL. *Berliner klin. Wochenschrift*. 1905. N. 21. — MIECZNIKOW et ROUX. *Recherches microbiologiques sur la syphilis*. *Bulletin de l'Academie de medecine*. 1905. N. 20. *Seance du 16 mai*. — BUSCHKE und FISCHER. *Ueber das Vorkommen von Spirochaeten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes*. *Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1905. N. 20).

Ant. Elzenberg.

<sup>1)</sup> Preparaty ich ze krwi pokazywał SCHAUDINN w Towarzystwie Lekarskiem Berlińskiem na posiedzeniu 17-go maja r. b.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

76. Adolf Schmidt. O badaniu czynności kiszek zapomocą diety próbnej, o stosowaniu badania tego w praktyce lekarskiej i jego wynikach dyagnostycznych i terapeutycznych.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 21].

**R e s z t k i m i ę s n e.** Przez liczne doświadczenia autor stwierdził, że po spożyciu 100-u grm. dostatecznie rozdrobnionego mięsa wołowego normalnie nie pojawiają się w kale żadne, dające się rozpoznać makroskopowo, resztki mięsne. — tymczasem w zaburzeniach trawienia zdarza się to bardzo często. Jeżeli mięso jest dostatecznie rozdrobnione, *resp.* przeżute i jeżeli w części podane jest jako surowe, to z faktu powyższego dają się wyprowadzić następujące wnioski rozpoznawcze:

a) Jeżeli w kale pojawiają się resztki tkanki łącznej, to mamy do czynienia z zaburzeniami w trawieniu żołądkowym. Autor dowodzi, że ze wszystkich wydzielin trawiących jedynie tylko sok żołądkowy jest w stanie strawić surową tkankę łączną. W przypadkach takich bywa więc najczęściej zmniejszenie lub zupełny brak wydzielania soku żołądkowego (*hypo* - lub *achylia*). Niekiedy cała ilość tkanki łącznej wydalana bywa z kałem w postaci delikatnej, przenikającej cały stolec, pilśni. Prawdopodobnie w wielu odnoszących się tu przypadkach gra pewną rolę i wzmożona czynność ruchowa żołądka. Niekiedy i przy nadkwaśności pojawiają się w kale resztki tkanki łącznej; tutaj fakt ten autor tłumaczy zmniejszeniem wydzielania się pepsyny. Wogóle jednak objaw powyższy występuje przy najrozmaitszych cierpieniach żołądkowych.

b) Jeżeli w kale obecne są makroskopijne cząstki tkanki mięśniowej, to mamy zaburzenia w trawieniu kiszki. Wiadomo, że żołądek bierze nieznaczny tylko udział w rozpuszczaniu tkanki mięśniowej, jest zaś to czynnością kiszki cienkich. Jeżeli trawienie w nich nie jest z jakiegokolwiek bądź względu normalne, czyto z powodu niewydzielania dostatecznej ilości soku trzustkowego, czyto wskutek tego, że nadmiernie wzmożony ruch robaczkowy nie pozostawia dość czasu na trawienie, czyto wreszcie dlatego, że pierwotne zaburzenia w wsysaniu prowadzą do rozkładu zawartości i wtórnie do biegunek, we wszystkich tych przypadkach w kale pojawiają cząstki mięśni. Objaw ten świadczy więc wogóle o istnieniu jakiegoś zaburzenia w kiszki cienkich. W kiszce grubej, jak wiemy, kawałeczki mięsa już nie ulegają rozpuszczeniu. Takie same znaczenie posiada niekiedy i zbyt obfite występowanie pojedynczych włókien mięsnych.

**R e s z t k i w ę g ł o w o d a n ó w.** Z węglowodanów, zawartych w diecie próbnej, cukier mleczny i biszkopyty — z wyjątkiem bardzo rzadkich, nader ciężkich zaburzeń — bywają całkowicie przyswojone. Jako miara dla dostateczności trawienia kiszki służy więc tu jedynie papka kartoflana. W kale normalnym pojawia się tylko nieznaczna ilość pustych, barwiących się od jodu co najwyżej na słaby kolor fioletowy, komórek kartoflanych. Przy upośledzonym trawieniu skrobi, które występuje nawet jako cierpienie samoistne [niestrawność kiszki fermentacyjna = *intestinale Gährungs - Dys-*

pepsie], znajdujemy zwykle następującą kombinację: jasnobrunatny, pienisty wygląd kału, odczyn kwaśny; pod mikroskopem bardzo dużo komórek kartoflanych z zawartością, barwiącą się od jodu na niebiesko, niekiedy zawierające granulozę, grzybki pączkujące i nitkowate; wynik dodatni próby fermentacyjnej. Słabsze stopnie zdradzają się tylko przez część tych objawów. Upośledzone trawienie skrobi ma swe źródło w kiszczkach cienkich; po większej części powodowane jest przez zaburzenia w wydzielaniu soku kiszkowego i, jeżeli występuje bez żadnych innych zmian w kale, nie oznacza żadnego cięższego zaburzenia.

Znaczenie dyagnostyczne posiada jedynie wynik dodatni próby fermentacyjnej; wynik ujemny nie przemawia jeszcze przeciw upośledzonemu trawieniu węglowodanów. Niekiedy próba ta zagłuszona bywa przez sprawy gnilne; kiedyindziej znów, jak np. w stolcach tłuszczowych, fermentacja węglowodanów daje nie gazowe, lecz kwaśne produkty. Niekiedy samo badanie mikroskopowe daje wystarczające wskazówki [obfita liczba komórek kartoflanych z odczynem jodowym i mikroby, zawierające granulozę].

**Stosunek fermentacji do gnicia.** Kwaśna fermentacja kału, czyli fermentacja węglowodanów nie jest jedyną, jakiej kał może ulec w próbie fermentacyjnej. Niekiedy pojawia się gaz jednocześnie z powiększeniem się odczynu alkalicznego: barwa kału staje się wtedy ciemniejszą, zapach przenikliwym, gnilnym; mamy wtedy fermentację białka, czyli gnicie. Wogóle przy fermentacji węglowodanów tworzy się gaz szybciej i w większej ilości [fermentacja wczesna], przy gniciu zaś później i wolniej [fermentacja późna]. W nieznacznym stopniu, zarówno pierwsza, jak i druga fermentacja zdarza się w stanach normalnych, co jednak z kałem przy dyecie próbnej bywa nader rzadko.

Patologiczną fermentacja jest jedynie wtedy, gdy co najmniej trzecia część trzeciej rurki napelni się wodą. Oznakami gnicia czyli fermentacji białka są: zapach gnilny świeżego kału, ciemniejsze zabarwienie, wyraźny odczyn alkaliczny, obecność kryształów fosforanu amono - magnezowego.

Wystąpienie wyraźnego gnicia białka w próbie fermentacyjnej dowodzi istnienia cięższych zaburzeń w trawieniu, połączonych ze zmianami anatomicznymi błony śluzowej kiszki. Przy niedostatecznym zaś trawieniu białka natury czysto czynnościowej, wtedy nawet, gdy w kale znajduje się rozpuszczone białko, bardzo jedynie rzadko występują wyższe stopnie gnicia. Próba fermentacyjna objaśnia nas o kierunku procesów rozkładowych w kale, jednak wtedy tylko, gdy jeden proces, fermentacja węglowodanów lub gnicie białka, bierze stanowczą przewagę nad drugim. W pozostałych przypadkach, t. j. w kombinacjach obu tych procesów nie daje nam ona żadnych wskazówek.

**Pogląd na dalsze zadanie badania czynności kiszki.** Nie należy sądzić, jakoby powyżej opisane metody wystarczały już obecnie do dostatecznego zbadania czynności kiszki. Do ostatecznego celu — wynealenia procedury, podobnie do badania czynności żołądka — jeszcze daleko. Metody powyższe nie pozwalają jeszcze rozdzielić każdego zaburzenia kiszkowego na 3 czynniki: sekrecję, czynność ruchową i wchłanianie, oraz na oddzielne narządy [żółć, sok trzustkowy i sok kiszkowy], *resp.* na odcinki narządu [kiszka cienka i gruba]. Jednym z najważniejszych zadań na przyszłość jest wykrycie metody, któraby pozwoliła bezpośrednio rozpoznać zaburzenia w wydzielaniu soku trzustkowego. Drugim ważnym zadaniem jest wykrycie metody do mierzenia czasu pozostawania pokarmów w kiszce cienkiej.

## Zaburzenia kiszkowe pochodzenia żołądkowego.

W ciągu paru ostatnich dziesiątków lat w nauce, głównie wskutek prac NOORDEN'a, utrzymywało się pojęcie, że pokarm zarówno dobrze wypotrzebowany się u chorych ze zwiększonym, jak również ze zmniejszonym, a nawet zupełnie zniesionem wydzielaniem gruczołów żołądkowych. Dopiero w najnowszych czasach nastąpiła reakcja: mianowicie EINHORN, OPPLER i inni dowiedli, że istnieją biegunki i zaparcia pochodzenia czysto żołądkowego, — pierwsze wskutek niedokwaśności, zwłaszcza achylji, drugi, na odwrót, w stanach z nadkwaśnością. SCHÜTZ zaś stwierdził, że długotrwałe i uporczywe biegunki mogą mieć swe źródło w stanach atonicznych żołądka.

Obecność mikroskopijnych resztek tkanki łącznej w stolcu przy dyecie próbnej jest nader prostą i pewną oznaką zaburzeń kiszkowych pochodzenia żołądkowego; dowodzi ona bowiem, że żołądek nie jest w stanie wykonać pracy, która nań przypada. Autor tak często napotykał w kale niestrawione cząstki tkanki łącznej, że twierdzi z całą pewnością, iż żołądek jest najczęstszym punktem wyjścia dla najrozmaitszych zaburzeń kiszkowych. Objaw powyższy spotyka się w najrozmaitszych cierpieniach żołądkowych, niekiedy nawet w zupełnie nieznaczących, występujących peryodycznie, zaburzeniach w czynności żołądka, które zapomocą jednorazowego badania funkcji tego organu nie dają się rozpoznać.

W razie obecności tkanki łącznej w kale, może on być pod innym względem normalny, częściej jednak zbacza od normy i w innym kierunku, jest bowiem papkowaty lub płynny, zawiera śluz i okazuje zjawiska rozkładu.

Wiadomo, że kwas solny powstrzymuje rozwój bakterji. Otóż przy niedostatecznej czynności wydzielania lub mechanizmu żołądka, zarodki fermentacyjne i gnilne mogą przechodzić przezeń bez szkody dla siebie, lub utrzymać się w nim na stałe i wtórnie wywoływać zaburzenia kiszkowe. Obecność tkanki łącznej w kale dowodzi niezbitcie, że przy niedostatecznej czynności żołądka na rzecz kiszek przypada więcej pracy niż normalnie. Jest bowiem zadaniem soku żołądkowego doprowadzać do rozpadnięcia kawałeczki mięsa i tłuszczu zapomocą rozpuszczania tkanki łącznej. W kiszce cienkiej ulega rozpuszczeniu jedynie tylko poddana uprzednio wysokiej temperaturze tkanka łączna [t. j. w mięsie gotowanym lub pieczonym]; surowej zaś, lub wędzonej tkanki łącznej kiszka nie jest w stanie strawić; jeżeli więc w żołądku nie zostanie rozpuszczoną, to w kiszkach również nie ulega zmianie i jako balast zostaje wydaloną z kałem. Z powyższego staje się zrozumiałem, dlaczego w dyecie próbnej wchodzi mięso w części napół surowe. W zwykłej dyecie jednak mięso rzadko bywa tak rozdrobnione, jak w dyecie próbnej. Gdy więc osobnik, cierpiący na żołądek, zje np. niedostatecznie uwędzoną surową szynkę, to w kiszkach cienkich jego znajdują się nierozdrobione kawałeczki mięsa, które sok trzustkowy jest w stanie nadtrawić tylko z wierzchu, skutkiem czego przychodzi do wydalania z kałem całkowitych cząstek mięsa i tłuszczu.

Rzecz prosta, że obciążenie kiszek niestrawnym materiałem nie może być dla nich obojętne. Wywołaną przez nie szkodliwość SCHÜTZ przedstawia sobie, jako zwolna lub nagle występującą niewydolność trawienną kiszek cienkich, skutkiem której są biegunki i w końcu nieżyty kiszek. Według autora, szkodliwość owa leży w tem, że tkanka łączna z cząstkami tkanki mięśniowej stanowi dogodny miejsce dla rozwoju mikrobow gnilnych, które prędzej, czy później wywołują podrażnienie i wreszcie stan zapalny błony śluzowej kiszek. Własna siła dezynfekcyjna kiszek cienkich wtedy już nie wystarcza; dowodzą tego prace STRASBURGER'a, z których wynika, że im gorzej pokarm się spotrzebowuje, tem więcej bakterji jest w kiszkach. Chory dostaje więc biegunki nie dlatego, że połknął wypadkowo zarodki gnilne, lecz że przyje-

tej ilości pokarmu nie mógł strawić i przeto zwykłym mikrobowi gnilnym dał możność rozmnożenia się i rozwinięcia swej siły.

Z powyższego należy wyciągnąć wniosek: nie dawać chorym na żołądek lub kiszki surowego, nawpół surowego i wędzonego mięsa! Natomiast mięso pieczone na różowo dawać można, ponieważ w mięsie takim tkanka łączna jest rozpułchniona. Autor radzi wreszcie, aby we wszystkich długotrwałych biegunkach raz przynajmniej spróbować leczenia kwasem solnym, w przypadkach zaś cięższych — próbować przepłukiwać żołądka. Kuracya taka bardzo często pomaga.

### Zaburzenia kiszkowe pochodzenia wątrobowego.

W istocie rzeczy są one uwarunkowane zastojem żółci. Zastój żółci zwykle może być rozpoznany już po białej barwie kału, na pewno jednakże z wyników próby sublimatowej. Wyjątek stanowią jedynie acholiczne stolce bez żółtaczk, których geneza nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona. NOTHNAGER, z początku tłumaczył powstawanie ich przemijającymi przerwami w wydzielaniu żółci, później jednak przyłączył się do zdania JAKSCH'a i FLEISCHER'a, podług których odbywa się tu albo niedostateczne wchłanianie tłuszczu w kiszce, albo zbyt daleko idąca redukcya bilirubiny [do leukohydrobilirubiny]. W pierwszym przypadku stolec po potraktowaniu go eterem, w drugim — zostawiony na powietrzu brunatnieje. Najpewniejszą jednak jest próba sublimatowa, która nigdy nie zawodzi, jeżeli wogóle w kale znajduje się hydrobilirubina lub produkt jej redukcji.

Wahania w ilości barwnika kału, prawdopodobnie też i w jego chemicznych właściwościach, zdarzają się; nie wystarczają jednak, aby wywołać zaburzenia w trawieniu kiszkowym. Przeciwnie zaś, zupełny zastój żółci [przy zupełnym zastoju żółci brak jakiegokolwiek zabarwienia w próbie sublimatowej] sprowadza zawsze upośledzone trawienie tłuszczu. W kale pojawia się wtedy 25% — 50% tłuszczu, przyjętego w pokarmie. Przyczyn tego faktu nie wyjaśniono jeszcze dostatecznie.

Stary pogląd, że wskutek braku żółci zwiększa się w kiszce gnicie, które prowadzi do zaparcia stolca, jest mylny, gdyż właśnie dzieje się odwrotnie. Jeżeli nawet żółć posiada własności antyseptyczne, to w każdym razie warunki, od których zależy gnicie w kiszce, są zgoła inne. Obecność zwiększonej ilości etero-siarczanów w moczu również nie określa stopnia gnicia w kiszce. O tem poucza nas jedynie próba fermentacyjna i zwłaszcza określanie ilości bakterji w kale podług STRASBURGER'a. Obie te metody dowodzą braku gnicia w acholicznych stolcach tłuszczowych. Nie fermentują one wcale, nawet wtedy, jeżeli do nich domieszać krochmalu. Nie gniją one również, gniją jedynie stolce tłuszczowe przy cierpieniach trzustki i kiszek, w których to stolcach jednocześnie jest zwiększona ilość resztek białka. Stolce acholiczne posiadają silny odczyn kwaśny i rozprzestrzeniają przykrą woń. Można więc mówić o rozkładzie tłuszczu, ale nie o gniciu białka. Co się zaś tyczy ilości bakterji w kale przy żółtaczce, to STRASBURGER znalazł wybitne ich zmniejszenie. Wskutek tego acholiczne stolce tłuszczowe nigdy nie pociągają za sobą stanów zapalnych błony śluzowej kiszek. Z powyższego należy wyciągnąć wniosek, że obawa wywołania zaburzeń kiszkowych przez podawanie znacznych dawek tłuszczu, *de facto* nie istnieje i że tłuszcz nie jest szkodliwy dla chorych kiszkowych, jeżeli podawany jest w odpowiedniej postaci. Zaparcia stolca u chorych z zatrzymaniem żółci autor nigdy nie zauważył: stolce w przypadkach nie powikłanych są łatwe, obfite i częste.

## Zaburzenia kiszkowe pochodzenia trzustkowego.

Jeżeli u zwierząt całkowicie usuniemy trzustkę, lub jeżeli u ludzi ulega trzustka całkowitemu zniszczeniu, to oprócz cukromoczu występują następujące zaburzenia: około połowy przyjętego białka, jak również bardzo znaczna część przyjętego tłuszczu nie spożytkowują się w organizmie. W przeciwieństwie do stanów z zatrzymaniem się żółci, w przypadkach tych emulgowany tłuszcz [mleko] lepiej się spotrzebowuje, niż nieemulgowany. Spożytkowanie węglowodanów przy zniszczeniu trzustki nie cierpi i widocznie działa tu zastępczo sok kiszkowy.

Przy niezupełnym zniszczeniu trzustki, które u ludzi zdarza się znacznie częściej, niż zupełne, nie występują żadne zaburzenia w czynności kiszek. Toż samo bywa w razie mechanicznej przeszkody w wydzielaniu, wskutek zwężenia światła przewodu WIRSUNG'a. Przyczyny tej kompensacji nie są dokładnie wyjaśnione.

O ile więc całkowite zniszczenie trzustki łatwo daje się rozpoznać, o tyle rozpoznanie częściowego jej uszkodzenia napotyka na bardzo duże trudności. W pierwszym przypadku mamy stolec tłuszczowy, jednak różni się znacznie od stołców acholicznych: 1) niebrak mu barwnika żółciowego; 2) tłuszcz często [niezawsze] obecny jest w postaci tłuszczu neutralnego [forma kropli pod mikroskopem]; 3) zawiera makroskopijne resztki mięśni, 4) wskutek czego ulega niekiedy gnicciu [świeży lub w próbie fermentacyjnej]. Zaburzenia kiszkowe pochodzenia trzustkowego wskutek zjawisk gnilnych łatwo prowadzą do wtórnych nieżytków.

Rozpoznanie częściowych uszkodzeń trzustki może być postawione w niektórych rzadkich przypadkach. Znana próba SAHLR'ego [kapsułki glutoidowe, napełnione jodoformem] posiada bardzo liczne wady; podług autora, ma ona jedynie ujemną wartość rozpoznawczą. Wogóle odpowiedniej metody badania czynności trzustki dotychczas jeszcze nie ma. Proponowaną przez siebie metodę podawania mięsa gotowanego w woreczkach z gazy i odszukiwania w niem jąder, autor także nie uważa za idealną. [Zachowanie wszystkich jąder świadczy o głębokich zaburzeniach w sekrecji trzustki]. Organoterapia trzustki pankreonom posiada pewne znaczenie rozpoznawcze. Pozwala ona różniczkować cierpienia trzustki od cierpień kiszek, związanych z zaburzeniami we wchłanianiu, ponieważ ostatnie nie poprawiają się pod wpływem stosowania pankreonu [SALOMON].

Samoistne zaburzenia kiszkowe. Autor dotyka tu, jak i powyżej, jedynie tych punktów rozpoznawczych, patogenetycznych i terapeutycznych, które specjalnie wynikły z systematycznego stosowania diety próbnej.

### Organiczne sprawy chorobowe.

O w r z o d z e n i a. Wiadomo powszechnie, że biegunka jest wprawdzie częstym, lecz bynajmniej nie stałym objawem tyfusu i gruźlicy kiszek, a więc wogóle owrzodzeń kiszkowych. Zdarzają się bowiem przypadki, gdzie pomimo nader znacznych owrzodzeń istnieje w ciągu dłuższego czasu zupełnie normalny stolec lub nawet zaparcie stolca. Naodwrot, obserwujemy niekiedy nader silne, nie dające się zatrzymać, biegunki, na seceyi zaś znajdujemy jedynie małe owrzodzenie, albo nawet bliźnię. Błona śluzowa w miejscach nieuległych owrzodzeniu może być zupełnie normalna; tyczy się to nawet miejsc, bezpośrednio przylegających do owrzodzeń. Niezawsze więc nieżyt towarzyszy owrzodzeniom. Biegunka może w tych razach powstać wyłącznie wskutek drażnienia dna owrzodzeń, i rozmaity stopień jego wrażliwości [resp. leżących w niem nerwów] objaśnia nam różnice w obrazie klinicznym. Innymi



słowy—biegunki w tyfusie i gruźlicy kiszek są niekiedy czysto nerwowej natury. Często jednak widzimy, że błona śluzowa znajduje się w stanie zapalnym i wówczas nieżyt wysuwa się na plan pierwszy.

Leczenie owrzodzeń kiszkowych, zwłaszcza, gruźliczych, jest bardzo niewdzięcznym zadaniem. Niema tu żadnych stałych dyetetycznych przepisów, gdyż często zdarza się, że zupełnie gruba dyeta, zwłaszcza jarzyny, w ciągu dłuższego czasu doskonale są znoszone, gdy tymczasem *dieta blanda* spowodowała uporczywą biegunkę. Tyczy się to zwłaszcza przypadków, przebiegających bez powikłań zapalnych, nawet, jeżeli owrzodzenia są liczne, — nie wszystkich jednak, gdyż, jak powyżej powiedziano, wrażliwość dna owrzodzeń bywa rozmaita. W tych więc przypadkach gruźlicy kiszek, gdzie przy dyecie próbnej nie znajdujemy w kale oznak stanu kataralnego błony śluzowej [śluz, gnicie], nie należy ograniczać zbyt dyety, a tylko zmieniać przepisy, niekiedy nawet zaryzykować. Z chorymi na tyfus należy postępować ostrożniej. W niepowikłanych przypadkach jednak i tutaj wyłączenie płynna dyeta nie jest potrzebna. Autor radzi podawać rozmięczone biszkopty, które, gdy dosięgają owrzodzeń, dawno już są rozpuszczone, następnie masło, *purée* z kartofli i ryżu, a nawet drobno posiekane, oswobodzone o ile możności od tkanki łącznej, mięso.

N i e ż y t y. Podobnie jak w owrzodzeniach, i tutaj obraz chorobowy opanowują to przeważnie organiczne, to znów nerwowe czynniki, bardzo często bowiem objawy nerwowe na błonach śluzowych wikłają się z zaburzeniami organicznymi. Kolka śluzowa np. jest tak bardzo podobna do astmy, że oba te stany można pod wieloma względami z sobą porównać: astma jest właśnie typem kataru nerwowego. Bardzo wiele przypadków, rozpoznawanych jako nerwowe biegunki, w istocie rzeczy są lżejszymi przewlekłymi nieżytami, w których zmiennym obrazie klinicznym silny udział biorą czynniki nerwowe. Najwyraźniej występuje połączenie nieżytku z podrażnieniem nerwowem w *enteritis membranacea*, sprawie, dotykającej wyłącznie kiskę grubą. Przyczyną tego cierpienia są podrażnienia, wychodzące z organów płciowych, niekiedy znów skutkiem wpływów psychicznych albo wrażliwości względem niektórych potraw, zmian temperatury i innych wpływów zewnętrznych; ze strony błony śluzowej często mamy przytem do czynienia z zupełnie nieznanymi i ograniczonymi stanami zapalnymi.

W nieżytach, umiejscowionych w kiszkach cienkich, badanie kału po dyecie próbnej wykazuje albo obecność małych strzępków śluzu, albo wybitne gnicie, które, jak to wiemy, najczęściej podtrzymywane bywa przez domieszkę zapalnych produktów błony śluzowej. W kale niema wówczas oznak żadnych zaburzeń czynnościowych; mięso trawi się bardzo dobrze.

Terapia nieżytów powinna być skierowana i na znajdujący się w stanie zapalnym narząd i na systemat nerwowy. Względnie do tego, jakie objawy przeważają, należy to na jeden, to na drugi czynnik kłaść większy nacisk. Dyeta powinna być możliwie niedrażniąca, łatwostrawna, odporna na gnicie. Na-przód podaje się więc kleiki, naturalnie, jeżeli mleko nie jest znoszone. Zawsze jednak należy się starać o przyzwyczajenie kiszek do mleka, a osiągnąć to można przez dodawanie coraz to większych porcyi mleka do kleików.

Zupy kleiste i wogóle węglowodany są najbardziej odpowiednie w katarach kiszek, ponieważ nie ulegają gniciu. Dyeta mleczna również daje najmniejszą ilość produktów gnicia. Działanie drażniące mleka uwarunkowane jest tem, że gnicie, kiszkowe po przyjęciu mleka nagle przechodzi w fermentację; wyjaśnia to próba fermentacyjna. Fermentacja w każdym razie jednak jest mniejszem złem od gnicia. Uniknąć jej można przez dodanie bardzo małej dawki kwasu salicylowego do mleka lub kleików [0,3 kwasu salicylowego na 1½ litra mleka]. Mleko salicylowe doskonale też bywa znoszone i przez dzieci.

STRASBURGER dowiódł, że środki ściągające lepiej i pewniej zmniejszają ilość bakterii kiszkowych niż środki przeczyszczające. Kalomel nie tylko nie zmniejsza, lecz nawet powiększa ilość bakterii w kale. Daje się ona zmniejszyć przez podawanie mleka salicylowego, jak również wogóle przez zmniejszenie ilości pokarmu. Jeżeli środki ściągające podawane są w postaci nierozpuszczalnej, [a więc jako tanigen, tanalbina, bizmut], to u bardzo wrażliwych osób mogą niekiedy wywołać objawy podrażnienia. Kiszka, znajdująca się w stanie zapalnym, jest niezmiernie czuła na wszystkie nierozpuszczalne i nierozpuszczone substancje [resztki celulozy, niedostatecznie rozdrobione kartofie, karmin w proszku i t. d.]. Należy więc o ile możności i lekarstwa podawać w postaci rozpuszczalnej. Autor poleca taninę w postaci somatozy mlecznej [zawierającej 5% taniny].

Zanik błony śluzowej kiszek. Przed laty NOTHNAGEL wypowiedział twierdzenie, że przewlekły nieżyt kiszek, zwłaszcza umiejscowiony w *regio ileo caecalis*, dość często przechodzi w zanik błony śluzowej. Wskutek dalszych badań urobił się w medycynie pogląd, że o ile zanik błony śluzowej żołądka w zasadzie nie pociąga za sobą żadnych cięższych zaburzeń w ogólnym samopoczuciu, o tyle takąż sprawa w kiszkiach łatwo wywołuje objawy chorobowe natury ogólnej i w szczególności anemię złośliwą. Pogląd ten jest zupełnie mylny. Autor zgodnie z innymi nowszymi badaczami przeświadczył się, że sprawa anatomo - patologiczna, uzewnętrzniająca się w postaci zaniku błony śluzowej kiszek, wogóle nie istnieje. Nawet sam NOTHNAGEL w ostatnim wydaniu swego podręcznika przyznaje się do pomyłki. Mimo to teoria o kiszkowym pochodzeniu anemii złośliwej utrzymała się, weszła tylko na inne tory. GRAVITZ przypisał ją mianowicie wpływom toksycznym dostających się do krwi niemoralnych produktów rozkładu zawartości w kiszkiach.

Jeżeli chorych na anemię złośliwą zaczniemy badać systematycznie za pomocą sondy żołądkowej i diety próbnej, to przekonamy się, że znaczna większość ich cierpi na *achyliam gastricam* i stojące z nią w związku zaburzenia w czynności kiszek [katary ze wzmożonym gniciem w próbie fermentacyjnej]. Wyjątki zdarzają się, ale nieczęsto. Iluż jednak istnieje chorych z zaburzeniami kiszkowymi pochodzenia żołądkowego, u których stan krwi jest najzupełniej normalny! Liczba ich jest tak wielka, że garstka cierpiących na anemię złośliwą całkowicie w niej ginie. Bardziej jeszcze przeciw związkowi przyczynowemu wspomnianych cierpień przemawiają badania produktów rozkładu w kale chorych na anemię złośliwą. Dowodzą one bowiem [STRAUS, BAUMSTARK], że ani o szczególnie wysokim stopniu gnicia, ani o jakiejś specyficznej sprawie gnilnej w kiszkiach w przypadkach tej choroby mowy być nie może.

### Cierpienia czynnościowe.

Pomimo tak ścisłego wewnętrznego związku, jaki istnieje między organicznymi i nerwowymi cierpieniami kiszek, możemy jednak wydzielić dość znaczną liczbę zaburzeń kiszkowych, natury wyłącznie lub, wyrażając się ostrożnie, przeważnie czynnościowej. Obok żołądka, serca i narządów płciowych, kiszki są ulubionym narządem dla umiejscowienia się objawów stanu ogólnonerwowego.

Pojęcie biegunki sprowadza się do zbyt płynnej konsystencji stolca i zbyt częstych wypróżnień. Oba te momenty są zwykle z sobą połączone, mogą jednak występować i oddzielnie. Tak, w stanach nerwowych mogą być bardzo częste wypróżnienia bez zmiany własności kału, z drugiej strony stolec może być raz dziennie, ale płynny. Należy zawsze zdawać sobie sprawę z tego, że przez skonstatowanie biegunki — toż samo tyczy się i zaparcia stolca — żadnego rozpoznania jeszcze nie zrobiono. Rozpoznanie może być

postawione na zasadzie całego obrazu klicznego i, ewentualnie, dłuższej obserwacji.

Zaburzenia w czynności wydzielniczej. Do samoistnych zaburzeń w wydzielaniu należy przedewszystkiem, rozpoznana przez STRASBURGER'a i autora, i opisana, jako samoistna postać chorobowa, niestrawność fermentacyjna kiszki (Intestinale Gärungs-dyspepsie)<sup>1)</sup>. Z objawów subiektywnych występują przy niej: zmniejszony apetyt, bóle brzucha, burczenie w brzuchu, ogólne niedomaganie; przy badaniu zaś obiektywnem chorzy robią wrażenie zupełnie zdrowych. Niekiedy tylko brzuch bywa lekko wzdęty, gdzieś, zwłaszcza koło pępka, nieco czulszy, język cokolwiek obłożony; stolec 1 — 3 razy dziennie bez właściwej bieżątki.

Badanie stolca po dyecie próbnej wyjaśniło, że papkowaty zwykle kał przeniknięty jest mnóstwem pęcherzyków gazu, pienisty, jasno żółtej barwy, odczynu kwaśnego i wydaje silną woń kwasu masłowego. W innych przypadkach oznak tych nie bywa: przy badaniu makroskopowem stolec zdaje się być normalnym. Zawsze jednak przy próbie fermentacyjnej występuje wybitna fermentacja węglowodanów. Zachodzi tu więc upośledzone trawienie krochmalu, przyczem brak jest jakichkolwiek innych zbożeń. Analiza chemiczna kału potwierdza ten pogląd: ilości azotu i tłuszczu okazują się normalnymi; natomiast zawartość węglowodanów jest zwiększona w dwójnasób. Badanie czynności żołądka nie wykazuje nic nienormalnego.

Ponieważ w przypadkach tych żołądek, wątroba i trzustka funkcjonują prawidłowo, przeto za przyczynę powyższego odstępstwa od normy należy przyjąć zaburzenia w wydzielaniu soku kiszki cienkich. Wiadomo, że sok ten posiada silne własności amylolityczne, i że działanie jego nie znika nawet w kiszce grubej. Mamy więc tu upośledzenie czynności wydzielniczej; wzmożenie peristaltyki, o ile wogóle się odbywa, najwidoczniej jest wtórne, spowodowane przez kwaśne oddziaływanie zawartości kiszki; wchłanianie nigdy nie bywa naruszone. Pod względem klinicznym cierpienie to należy do lekkich. Leczenie zasadza się na przepisaniu właściwej diety, leżeniu w łóżku, niekiedy w połączeniu z ciepłymi okładami i preparatami bizmutowymi i taninowymi. Zdarzają się jednak i uporczywe przypadki.

W jakim stosunku do fermentacyjnej niestrawności kiszkiowej znajduje się opisana przez NOTHNAGL'a *diarrhoea jejunalis*, dotychczas trudno powiedzieć. NOTHNAGEL pojmuje pod tą nazwą stany, przy których w stolcach wydalona bywa zawartość kiszki cienkich, jakoby w zupełnie niezmiennym stanie, t. j. w postaci gęstawej masy, nieposiadającej woni, kwaśnej, zmieszanej z niezmienną żółcią, w stolcu tym znajduje się znaczna ilość niezmiennych części składowych pokarmu, zwłaszcza zaś resztek mięsnych i węglowodanów. Autor obserwował kilka razy takie stany, nie miał jednak możności dokładniej ich przestudować. Główny udział bierze tu, jak się zdaje, nadmiernie wzmożona czynność ruchowa, jeżeli zaś istnieją zaburzenia w wydzielaniu, to dotyczą one raczej w większym stopniu trzustki.

Zaburzenia w czynności chłonnej. O ile wszystkie prawie cierpienia kiszki organiczne, a także te z czynnościowych, które połączone są ze wzmożoną peristaltyką, wtórnie upośledzają wchłanianie, o tyle izolowane samoistne zaburzenia w czynności chłonnej kiszki są bardzo rzadkimi przypadkami, dającymi się rozpoznać tylko po bardzo starannych badaniach.

<sup>1)</sup> Znana już dawniej i opisana przez innych autorów. Red.

Za typowe przykłady zaburzeń wchłaniania uważane są zaburzenia w trawieniu, połączone zwykle z biegunką, występujące przy zastojach krwi w błonie śluzowej kiszki (osłabienie serca, marskość wątroby), amyloidzie kiszki i cierpieniach gruczołków limfatycznych krezkowych (*tabes mesaraica*). Otóż nader rzadko w stanach tych obraz chorobowy bywa czysty: prawie zawsze obecne są też sprawy zapalne lub owrzodzenia. Istnieją jednak spostrzeżenia bez zarzutu nad podobnymi przypadkami, które dowodzą, że przy wyłącznym przeważnym zakłóceniu czynności chłoniczej cierpi przedewszystkiem wchłanianie tłuszczu, w mniejszym stopniu wchłanianie białka, a w każdym razie najmniej wchłanianie węglowodanów. Ilość pokarmu tracona w ten sposób nigdy nie jest zbyt wielka, jest ona znacznie mniejsza od straty, spostrzeganej w cierpieniach trzustki.

Obok zaburzeń wchłaniania, uwarunkowanych cierpieniami organicznymi, istnieją też formy czysto czynnościowe.

Przedewszystkiem jasną jest rzeczą, że i w warunkach fizyologicznych stopień wchłaniania pokarmu u rozmaitych osobników i u jednego i tego samego osobnika w rozmaitym czasie, ulega wahaniom, podobnie jak i natężenie innych czynności fizyologicznych. Przy badaniu stolca zdrowych ludzi, nawet przy tak stałym i jednojstajnym pożywieniu, jak dyeta normalna, nie otrzymujemy zawsze jednego i tego samego stosunku ilościowego, a spostrzegamy niezbyt wielkie wahania. Zdarzają się jednak przypadki nieokreślonych zaburzeń w trawieniu, rozpoznawanych najczęściej jako „nerwica kiszki”, w których badanie stolca wykrywa to upośledzone wchłanianie białka, to tłuszczu. SALOMON dowiódł, że w przypadkach tych podawanie pankreatonu, w przeciwieństwie do zaburzeń wchłaniania przy cierpieniu trzustki, nie poprawia wchłaniania tłuszczu; w fakcie tym widzi on słusznie cenny różniczkowo - rozpoznawczy czynnik pomocniczy.

W krótkości należy tu wspomnieć jeszcze o pewnej samoistnej anomalii chłoniczej, mianowicie o upośledzonym wchłanianiu gazów przez kiszkę, którego skutki (*flatulentia, tympanites*) są dla chorych bardzo nieprzyjemne. W warunkach prawidłowych kiszka przeważną część znajdujących się w niej gazów wydała nie przez odbytnicę, lecz zapomocą wchłaniania drogą krwi. Rzecz jasna, że *flatulentia* i *tympanites* mogłyby mieć swe źródło i we wzmożonym ruchu kiszki, czynniki te jednak z patogenetycznych stanów dają się łatwo i z pewnością wykluczyć. Natomiast badanie kału w przypadkach takich prawie zawsze wskazuje na obecność zmian kataralnych w kiszkach.

Zaburzenia w czynności ruchowej. W większości przypadków zaburzenia w czynności ruchowej kiszki są jedynie objawami innych miejscowych lub ogólnych spraw chorobowych. Tyczy się to wszystkich stanów paralitycznych i skurczowych w kiszkach, jak również kolki ołowianej, która, jak to wyjaśnił NORTHAGEL, jest raczej nerwicą czuciową (*neurralgia plexus mesenterici*), nie zaś stanem skurczowym.

Za samoistne cierpienia można uznać jedynie peristaltyczny niepokój kiszki (*tormina intestinor. nerv.*), biegunkę nerwową i zaparcie stolca pochodzenia atonicznego.

a) *Tormina intestinorum*. Wiadomo, że są to nadmiernie wzmożone ruchy robaczkowe zwojów kiszki cienkiej, połączone z głośnym burczeniem i przelewaniem, niekiedy nawet dające się obserwować wzrokiem. Stan taki wówczas jednak tylko można przyjąć za nerwicę, jeżeli badanie żołądka i kiszki zapomocą diety próbnej da całkowicie ujemne wyniki. Czyste, samoistne postaci *torminae intestinorum* spotykają się rzadko. Omawiane cierpienie dotyka wyłącznie kiszki cienką. Stolce są przy niem najzupełniej normalne i regularne.

b) **Biegunka nerwowa.** W obrazie chorobowym, oznaczonym tą nazwą, jest wiele jeszcze punktów niewyjaśnionych. Widzimy to choćby z tego, że NOTHNAGEL i EWALD uważają biegunkę nerwową za nerwicę ruchową, BOAS zaś za wydzielniczą.

Nie ulega wątpliwości, że bywają biegunki natury czysto nerwowej bez jakichkolwiek zmian anatomicznych w kiszce. Wystarczy np. wskazać cytowany tak często przykład biegunki wskutek przestraszu. Z danych badania czynności kiszek autor przekonał się jednak, że biegunka nerwowa jest dość rzadkiem cierpieniem. W bardzo wielu zaliczanych tutaj przypadkach w kale dają się obserwować domieszki śluzu, jak również normalne sprawy fermentacyjne i gnilne, dowodzące istnienia niezytu; z drugiej znow strony można też niekiedy podejrzewać obecność blizn lub zrostów.

Przy podejrzeniu biegunki nerwowej należy zwrócić uwagę na badanie świeżego kału, nie zaś na próbę fermentacyjną. W prawdziwej biegunce nerwowej świeży kał nie wykazuje oznak gnicia lub fermentacji; kał taki zawiera jednak nieprzyswojone resztki krochmalu i białka i wskutek tego poddany próbie fermentacyjnej, może fermentować lub gnić. Zwykle zawiera on też i rozpuszczone białko. Z powodu wszystkich tych domieszek na zasadzie samego badania czynności kiszek niemożliwym jest odróżnienie cierpienia tego od nerwic wydzielniczych i chłonniczych.

Naglego pojawienia się płynnych stolców u normalnie trawiącego człowieka bezpośrednio po wzruszeniu psychicznym nie możemy objaśnić inaczej, jak przypuściwszy pojawienie się surowiczego przesięku ze ścian kiszek. W tych zaś przypadkach, w których wychudnienie w stosunku do natężenia biegunki jest zbyt wielkie, najwidoczniej cierpi też i wchłanianie. Wobec tego trudno przypuścić, by mogła istnieć biegunka, polegająca jedynie tylko na zaburzeniu w czynności ruchowej; w biegunce nerwowej najpewniej mamy do czynienia z kombinacją rozmaitych zaburzeń czynnościowych.

Badania czynności kiszek zapomocą diety próbnej daje nam w tym razie cenne wskazówki, tyżące się leczenia dyetycznego. Z badania tego dowiadujemy się bowiem, jakie środki pokarmowe w każdym oddzielnym przypadku są szczególnie źle trawione. Zwłaszcza pożyteczne jest zbadanie kierunku, w jakim odbywają się sprawy rozkładowe zarówno w świeżym kale, jak i w próbie fermentacyjnej. W razie fermentacji należy stosować dietę przeważnie białkową, w razie gnicia — węglowodanową. Nagła zmiana w diecie, niekiedy nawet w postaci diety wegetaryjańskiej, często pociąga za sobą zaskakującą poprawę. Naukowo fakt powyższy objaśnić należy w ten sposób, że flora zawartości kiszkowej przy nagłej zmianie diety potrzebuje dłuższego czasu, zanim potrafi się przystosować do nowego podłoża. Podczas pauzy tej ustają podrażnienia, wywoływane produktami rozkładu. Należy również zalecać spokój. Niewątpliwą jest rzeczą, że u niektórych pacjentów wszelkie wstrząśnienia ciała, nawet połączone z dobrowolnym ruchem, wystarczają, aby pobudzić peristaltykę, gdy odwrotnie — u innych osobników jazda koleją żelazną lub parowcem sprowadza zaparcie stolca.

3) **N a w y k o w e z a p a r c i e s t o l c a.** Pod nazwą tą pojmujemy najzwyczajszą formę zaparcia stolca, polegającą na stanach atonicznych кишки grubej lub na zaburzeniach w jej inerwacji. Pod postacią tę jednakże w praktyce dość często bywają podciągane formy wtórnego zaparcia w związku z katarami кишки grubej lub z cierpieniami żołądka.

Co się tyczy zaparcie stolca pochodzenia żołądkowego, to już powyżej nadmieniono, że najczęściej jest ono następstwem nadkwaśności. Nie jest to jednak stałe zjawisko. Niekiedy skutkiem achylii powstaje katar kiszek, który pociąga znow za sobą zaparcie stolca. Systematyczne leczenie kwasem solnym sprowadza w takich przypadkach szybką poprawę. Podobnie i zapar-

cie stolca, wywołane nadkwaśnością należy leczyć za pośrednictwem żółtka. Przyczyna zaparcia stolca wskutek nadkwaśności nie jest dokładnie znana; prawdopodobnie należy ją tłómaczyć powstrzymaniem przez nadmiar kwasu solnego wzrostu bakterii kiszkowych i, co za tem idzie, ograniczeniem wywoływanych przez nie spraw rozkładowych, stanowiących naturalny bodziec dla peristaltyki.

Jeżeli cierpiących na nawykowe zaparcie stolca potrzymamy na dyecie próbnej, to przekonamy się, że kał ich różni się znacznie od normalnego. Ogólna ilość kału, zebrana w ciągu trzech dni, jest uderzająco mała, przytem nie tylko w stosunku do normalnej ilości wilgotnego, lecz także i suchego, pozbawionego wody, kału. Zdrowy człowiek podczas diety próbnej wytwarza średnio w ciągu trzech dni około 60 grm. suchego kału, przy zaparciu stolca zaś 46,37 i nawet 30 grm. Odbywa się tu więc nie samo tylko zgęszczenie kału wskutek zmniejszonego wchłaniania wody; sprawa nie tłómaczy się również zmniejszeniem się zawartości bakterii, ponieważ nawet po odjęciu ich wagi, ogólna ilość kału w stosunku do liczb normalnych jest znacznie zmniejszona.

Przy badaniu mikroskopowem kału znajdujemy niezmiernie mało resztek pokarmowych. Jest prawie sam tylko detryt. Badanie chemiczne wykazuje zmniejszoną zawartość azotu, jak również tłuszczu i nawet cellulozę. Mamy więc tu lepszą wypotrzebowalność pokarmu, czyli zbyt dobre trawienie. Odpowiednie badania wykazały, że faktów tych nie można tłómaczyć wzmocnionym rozkładem pokarmów w kiszkach. Właśnie brakowi produktów rozkładu, jak oto gazów, lotnych kwasów tłuszczowych i t. p., zależnemu od nieznacznej ilości bakterii kiszkowych, należy przypisywać powstawanie zaparcia stolca.

Związek faktów w przewlekłym zaparciu stolca jest więc następujący: przedewszystkiem trawienie jest zbyt dobre; bakterye nie znajdują w kiszce dogodnego podłoża, wskutek czego ilość ich ulega ograniczeniu; fakt ten pociąga znów za sobą zmniejszenie ilości wytworów gnicia i zniknięcie naturalnych bodźców dla peristaltyki. Nie wszystkie przypadki zaparcia stolca należy tak objaśniać, w każdym razie jednak dość znaczny procent.

Na zasadzie powyżej powiedzianego można wyprowadzić pewne wskazania terapeutyczne. Aby powiększyć ilość bakterii i przez to wzmóc sprawę rozkładowe w kiszce grubej, ROOS i STRASBURGER wprowadzali do niej drożdże i kolonie *bact. coli*. Wyniki otrzymali całkowicie ujemne; ilość bakterii ani razu nie uległa zwiększeniu. Jest to bardzo naturalne, gdyż pierwotną przyczyną zaparcia jest zbyt dobra wypotrzebowalność pokarmów, ilość zaś bakterii jest tylko funkcją ostatniej. Aby dojść do celu, należy przedewszystkiem starać się o pogorszenie trawienia. W samej rzeczy, od dawna już mniej lub więcej nieświadomie działamy w tym kierunku, przepisując chorym niedokładnie wypotrzebowującą się, dającą dużo resztek dyetę. Zawarte w resztkach cząstki pokarmowe ulegają fermentacji i rozkładowi, wskutek czego wytwarzają się potrzebne dla pobudzenia peristaltyki substancje. Niestety, okazuje się, że i dyeta taka niezawsze pomaga, kiszki bowiem osobników, cierpiących na zaparcie stolca, trawią w dość znacznej ilości cellulozę, w której błonkach zawarte są po większej części owe resztki pokarmowe.

Wiadomo, że granica asymilacji dla tłuszczu leży o wiele niżej, niż dla białka. Otóż jeżeliby w przypadkach zaparcia stolca udało się zrobić zawartość kiszki bardziej obfitującą w tłuszcz, to dzięki łagodnie drażniącemu działaniu wolnych kwasów tłuszczowych i wskutek miękkiej i śliskiej konsystencji kału, stolec byłby łatwiejszym. W tym celu pożytecznym jest podawanie w znacznych ilościach tłuszczów, mianowicie masła, a także słoniny, której tłuszcz, jako ujęty w tkanę łączną, wypotrzebowuje się znacznie gorzej. Niestety, słoninę można przyjmować jedynie w niewielkich ilościach. U osób otyłych metody tej, naturalnie, stosować nie można.

(Wiesbaden. 1904).

St. Janczurowicz.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

### 27. Isoform.

Jest to nowy środek odkażający, zalecony przez HEILE'go. Zdaniem jego, isoform [p a r a j o d o a n i s o l] jest przenośnikiem tlenu; stykając się z zawierającym bakterye materyalem, oddaje swój tlen i wywiera silne działanie bakteryobójcze.

Dr WEIK w klinice chorób skórnych Uniwersytetu Wrocławskiego stosował ten środek w postaci proszku do zasypywania [50% z *talcum*, lub z dodatkiem 10%-owego fosforanu wapnia], ciasta z gliceryną [50%], maści z wazeliną [10%] lub wreszcie gazy [3 do 10%].

Proszek ten stosowany był z bardzo dobrym skutkiem we wrzodach miękkich, wrzodziejących postaciach syfilisu, wrzodach żyłkowych i t. p.

W porównaniu z jodoformem isoform posiada tę wyższość, iż pozbawiony jest zapachu i nie posiada własności trujących; prócz tego leczenie owrzodzeń zapomocą tego środka jest prawie niebolesne.

(*Medicin. Klinik. 1905. N. 19.*)

W. Breszel.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Z posiedzeń sekcji chirurgicznej przy Warszawsk. Towarz. Lekarskiem.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21].

Posiedzenie dnia 14-go marca 1905 r.

LEŚNIEWSKI przedstawia preparat nerek, otrzymany podczas dokonywanego na zwłokach doświadczenia. Lewa nerka posiada 2 miedniczki i 2 moczowody, istnieją też 2 otwory w pęcherzu, odpowiadające ujściom moczowodów. Po stronie prawej widać 3 osobne tętnice nerkowe, z których każda wychodzi oddzielnie z aorty.

ZEMBRZUSKI przedstawia osobnika, który podczas rozruchów w styczniu r. b. otrzymał cięcie pałaszem w okolicy lewego stawu napięstkowego. Przytem przecięte zostały ścięgna *extensor. carpi ulnaris*, *flexor. carpi ulnaris*, *extensor. digiti minimi* i *flexor. digiti V*, dalej nerw łokciowy i tętnica łokciowa, oraz otwarty był staw po stronie prawej widać 3 osobne tętnice nerkowe, z których każda wychodzi oddzielnie z aorty.

GĄBSZEWICZ przedstawia okaz wyciętego jajowodu, pochodzący od kobiety z objawami krwotoku wewnętrznego w przebiegu ciąży pozamacicznej. W miednicy małej podczas operacji napotkano znaczny krwotok; w jajowodzie

lewym, który był pęknięty na znacznej przestrzeni, znaleziono płód parmie-sięczny.

SŁAWIŃSKI przedstawia preparat jelita wgłobionego, *invaginatio ileo-coecalis*. Cały guz wgłobiony wycięto, poczem utworzono połączenie [anastomo-żę] boczne. SŁAWIŃSKI przedstawia okaz drugi, a mianowicie staw kolanowy, wycięty sposobem WOŁKOWICZA, t. j. *en bloc* bez otwierania torebki stawowej.

W dyskusyi ODERFELD kwestyonuje pierwszeństwo pomysłu tej operacyi dla WOŁKOWICZA. BARDENHEUER, KOCHER już przed WOŁKOWICZEM wykonywali podobne rezekcyje stawów. ODERFELD wątpi, czy sposób operowania *en bloc* może być zastosowany z zupełną dokładnością w przypadkach niezupełnie wygasłej i rozległej gruźlicy stawów.

SŁAWIŃSKI tłumaczy, że nie otwierając stawu, można po obu stronach wy-ciąć z trzonów kostnych tyle, wiele tylko okazuje się niezbędnem.

STANKIEWICZ przedstawia chorego 42-letniego, który z powodu guzów licznych na powierzchni grzbietowej obu rąk w okolicy stawów napięstkowych doznaje pewnych trudności podczas wykonywania pracy ręcznej. Są to guzy, wychodzące z pochewek ścięgnistych mięśni wyprostnych palców. Na ręce pra-wej znajduje się pomiędzy innymi guz, wielkości małej śliwki, spłaszczony, nie-bolesny, poruszający się wraz z ruchem ścięgien. Podobne zajęcia pochewek ścięgnistych po stronie grzbietowej istnieje i na lewej ręce, lecz w mniejszym stopniu. Pacjent skarży się na przytępienie czucia w palcach i dłoni prawej ręki na przestrzeni, odpowiadającej rozgałęzieniom nerwu promieniowego. Mo-żebnem jest przypuszczenie, że gałązki nerwu, doznając od dłuższego czasu pewnego ucisku, powodują zboczenia w sferze czuciowej. Na ręce lewej obja-wów tych brak. W guzie wielkim wyczuwa się nierówności, które mogą pocho-dzić od zawartych w nim ciałek ryżowatych.

KRAUZE przedstawia osobnika, który otrzymał ranę postrzałową prawego przedramienia. Kula weszła poniżej wyrostka łokciowego, otwór wyjściowy znajduje się na powierzchni tylnej, przyczem uszkodzeniu uległ nerw promienio-wy (*n. radialis*). Wskazaniem jest zeszytanie nerwu.

KARCZEWSKI opisuje dwa ciekawe przypadki ran po-strzałowych.

Przypadek I. B. W. kobieta, lat 28, o godz. 12-iej w połud. otrzy-mała postrzał karabinowy w plecy, gdy pragnęła ukryć się przed salwą woj-skową w bramie domu. Upadła twarzą na ziemię, przytomności nie straciła jednak, poczem w 4-y godziny po wypadku przewiezioną została z mieszkania do szpitala Dz. Jezus. Nb. u chorej, będącej w ostatnim okresie ciąży, rozpo-częły się tegoż dnia bóle porodowe, skutkiem czego umieszczona została w klini-ce położniczej. Na drugi dzień chora przytomna, skarżyła się jednak na duszność, z powodu której zmuszona była leżeć z głową uniesioną ku górze. Ciepłota 36,8°, tętno 120, oddech 36, wielce utrudniony. Na razie postanowiono czekać. Na 3-i dzień chora urodziła dziecko donoszone, martwe. Od chwili porodu wystąpiła gorączka, dochodząca wieczorami do 38°—39°. 8-go dnia chorą przeniesiono do oddziału chirurgicznego. Chora mówi głosem przyciszo-nym, ochrypniętym, skarży się na duszność. Lewa szpara oczna znacznie węż-sza od prawej, wskutek opadnięcia powieki górnej. Lewa źrenica mniejsza, aniżeli prawa, na światło oddziaływa. Tętno 100, t° 38°, oddechów 30. Prócz zra-nienia nieznacznego palca średniego ręki prawej, po nad lewym stawem mo-stkowo-obojęzycznym znajduje się rana, *resp.* otwór wyjściowy kuli. Z tyłu po stronie lewej na 3 ctm. powyżej wewnętrznego końca grzebienia łopatki znaj-duje się otwór wejściowy, nieco większy od poprzedniego. Poczynając od grze-bienia łopatki ku dołowi, odgłos opukowy tępy, przyczem brak w tem miejscu szmeru oddechowego oraz zniesienie drżenia głosowego. Nakłucie próbne dało



płyn krwawy, którego wypuszczono bez mała 1½ litra. W dwa dni później ciepłota spadła do normy. W 4 tygodnie później zabił rana w klatce piersiowej od przodu, a w 4 dni później uległa też zabił rana ponad grzebieniem łopatki. Badanie laryngoskopowe wykazało porażenie lewej struny głosowej. Objawy, spostrzegane w danym przypadku zależały: 1) od uszkodzenia naczyń, 2) od uszkodzenia nerwów. Wylew krwawy do jamy opłucnej zależał niewątpliwie od uszkodzenia szczytu opłucnej i samego płuca z jego drobnymi rozgałęzieniami naczyń. Ciekawe niezmiernie są natomiast objawy nerwowe, a mianowicie, opadnięcie powieki górnej, zwężenie źrenicy i porażenie struny głosowej po stronie lewej. Taki zbiór objawów należy sobie tłumaczyć uszkodzeniem pnia nerwu współczulnego, a, co jest prawdopodobniejsze, dolnego jego zwoju szyjowego. HORNER jeszcze w r. 1869 opisał t. zw. „*ptosis sympathica*“: opadnięcie powieki towarzyszy tu cofnięcie się gałki ocznej w głąb oczodołu i zwężenie źrenicy, obok tego istnieją zaburzenia w wydzielaniu się potu i w napelnieniu naczyń skórnych dotkniętej strony twarzy. Objawy oczne zależą od porażenia włókien gładkich mięśnia MÜLLER'a.

Odosobnione zranienia nerwu współczulnego należą do kategorii uszkodzeń nader rzadkich. W literaturze istnieje 13 opisanych analogicznych przypadków do r. 1876.

**P r z y p a d e k II.** W. R., kobieta, lat 18, otrzymała postrzał karabinowy w brzuch z przodu, poczem upadła na wznak i straciła przytomność. Wkrótce po wypadku chora miała raz jeden wymioty obfite, barwy ciemnej. W niespełna 3 godziny później chora poddana została operacji — laparotomii na zasadzie następujących wskazań: tętno 120, drobne; cera i błony śluzowe woskowo blade; nudności, bóle w brzuchu; chora bardzo osłabiona, na pytania odpowiada głosem przyciszonym. Na brzuchu z lewej strony na 3 ctm. nad więzłem POUPART'a znajduje się otwór wejściowy kuli. Z tyłu na lewym pośladku—druga rana [otwór wyjściowy]. Z rany tej sączy się krew w umiarkowanej ilości. Brzuch niewzdęty, ale bolesny w dolnej części. Po bokach w miejscach nisko położonych wyraźne stłumienie odgłosu wypukowego. Oczywiście miano do czynienia z krwotokiem wewnętrznym. Cięcie wykonano w smudze białej od pępka do spojenia łonowego. Po otwarciu jamy brzusznej poczęła wylewać się krew płynna; obfite skrzepy z pomiędzy kiszki i z jamy DOUGLAS'a zostały usunięte. Ilość krwi w jamie brzusznej wyniosła w przybliżeniu kwartę. Okazało się przy dalszych oględzinach, że krezka zgięcia esowatego na przestrzeni dłoni była krwią nacieczona. W krezce tej KAROZEWSKI znalazł 2 otwory: jeden tuż przy kiszce, drugi w odległości 4—5 ctm. od pierwszego, oddalony na 2—3 ctm. od przyczepu kiszki. W pierwszym otworze po rozszerzeniu uchwycono i podwiązano 2 żyły broczące, poczem obie rany zostały zaszyte katgutem. Następnie wydobyto jeszcze z jamy brzusznej sporo krwi i skrzepów. Pomimo starannych oględzin, uszkodzeń w jelitach nie znaleziono. Okazało się jednak, że w otrzewnej, wysięlającej miednicy, znajdują się 2 szczeliny po obu stronach więzu maciczno-krzyżowego lewego. Na szczeliny te nałożono szew katgutowy. Jelita odprowadzono do jamy brzusznej i zamknięto ostatnią całkowicie. Po operacji 3-go dnia ciepłota podniosła się do 39°, zjawilo się przytem wzdęcie brzucha, bóle i nudności. Ponieważ z otworu wejściowego poczęła wkrótce sączyć się ropa, wykonano nacięcie ściany brzusznej i po otwarciu otrzewnej wylał się płyn posokowaty i wyszło sporo gazów. Po tym zabiegu nastąpiła poprawa niewielka, z rany sączyła się obficie ropa z domieszką kału, ciepłota jednak trzymała się na wysokości 39,2°. W 4 dni później na miejscu otworu wyjściowego w pośladku również wykonano nacięcie i z rany wylała się posoka. Mięśnie były szare, znekrotyzowane, w kości znaleziono otwór o nierównych brzegach i usunięto przytem drzazgi kostne, poczem rozszerzono otwór na tyle, że można było wprowadzić weń pa-

lec. I po tym zabiegu ciepłota obniżyła się niewiele. Jakoż 3-go dnia KAR-CZEWSKI stwierdził od przodu pod ścianą brzuszną zatokę w postaci kanału, przebiegającego poprzecznie, wskutek czego zrobiono kontraperturę. Następnie stan ogólny chorej zaczął się stopniowo poprawiać, wydzielanie się kału ustąpiło i obecnie chora znajduje się na drodze do zupełnego wyzdrowienia.

KAR-CZEWSKI motywuje swoje postępowanie w przypadku 2-im tem, że chcąc odgraniczyć jamę otrzewnej od zainfekowanych powłok brzusznych, postanowił zamknąć otrzewną szwem. Przyznając, że sposób jego postępowania był nieco ryzykowny, KAR-CZEWSKI zapytuje, czy nie należało raczej albo reze-kować jelito, albo wypuścić je na zewnątrz i skazać chorą od razu na odbyty nie-prawidłowy (*amnis praeternaturalis*).

[C. d. n.].

L. Zembrzuski.

## WIADOMOŚCI DROBNE.

— O znaczeniu plam KOPLIK'a dla wczesnego rozpoznania odry. Plamy KOPLIK'a najczęściej występują na wewnętrznej powierzchni policzków, w miejscach odpowiadających trzonowym i przedtrzonowym zębom, zarówno górnym, jak i dolnym; są to mleczno-białe [według KOPLIK'a niebieskawo-białe] okrągłe plamy, wielkości 0,2 — 0,6 mm., cokolwiek występujące nad powierzchnię; plamy te mieszczą się pośrodku lekko zaczerwienionych wysepek, często jednakże na normalnej, cokolwiek tylko bladej błonie śluzowej. SŁAWYK bardzo trafnie nazwał miejsca, w których się te plamy znajdują, „jakby obryzgane wapnem.“

Zdaniem STEINHARDT'a, opartem na 50-u spostrzeżeniach, plamy KOPLIK'a stanowią pewny, niezawodny i wcześniej występujący objaw, który daje nam możliwość rozpoznania odry już w tym okresie, kiedy do rozpoznania nie mamy jeszcze żadnych innych danych.

(*Med. Klinik* 1905. N. 14).

W. Breszel.

## Wiadomości bieżące.

— W tych dniach otwarty został oddział wodolecznicy przy zakładzie kąpielowym w Ciechocinku.

— Według wiadomości urzędowych, w Galicyi liczba chorych na zapalenie nągminne opon mózgowo-rdzeniowych zmniejsza się, a zato zwiększa się liczba chorych na tyfus wysypkowy.

— Kol. JAN SĘDZIAK został nagrodzony na konkursie Towarzystwa laryngologicznego w Ameryce za pracę p. t.: „Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych“.

— Z powodu przypadającego w 1908 r. 50-lecia wprowadzenia przez TÜROK'a w Wiedniu laryngoskopii, Towarzystwo laryngologiczne w Wiedniu uroczystie obchodzić będzie tę rocznicę w r. 1908, na którą zaprosi laryngologów krajowych i zagranicznych.

— I międzynarodowy Kongres terapii fizycznej odbędzie się w Liège od 12-go do 15-go sierpnia r. b.

— Zmarł dr WЕНН, prof. nadzwyczajny chirurgii w uniwersytecie we Lwowie.

Довола. Цензурою Варшава, 26 мая 1905. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński,

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.