

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

D-r Witold Jaroszyński,

ordynuje od 1 Września jak w latach poprzednich w **Meranie**. (Mie-
szka Landstrasse. Villa Josefs—Ruhe). 9—6

D-r. E. Brühl

6—3

ordynuje od 20 Września b. r. do Maja p. r. w **Meranie** Villa Livonia.

Miasteczko W. (Suwalskiej gubernii) poszukuje

LEKARZA

Pensja stała rsr. 300 rocznie. Bliższa wiadomość u D-ra Samenhof w Warszawie,
Muranowska 40. 3—1

Nowo-otworzona w dniu 1 Lipca r. b. przy ulicy Złotej róg Sosnowej
w Warszawie **filjalna**

APTEKA

3—3

zaopatrzoną została we wszystkie środki lekarskie. Specyfikiki krajowe i zagraniczne, oraz wody
mineralne. O czem podaje się do wiadomości W. W. P. P. Doktorów i okolicznych mieszkańców.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W tych dniach opuściło prasę dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów,
prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie
wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia
chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—5

PASTYLKI HOUDÉ'GO zawierające Chlorek Kokainy.

Nasze pastylki z chlorkiem kokainy w skutek swego działania miejscowego znieczulającego i w skutek innych swych własności sprawiają bardzo znaczną ulgę i uspakajają bóle w chorobach gardła, przy zakatarzeniu, przy chrypce, przy utracie głosu i w zapaleniach krtani wszelakiego rodzaju.

Przy użyciu tych pastylek, kłucie, łechtanie i uczucie podrażnienia w gardle ustępują, a struny głosowe ulegają wzmocnieniu. Pastylki rzucone oddają również wielkie usługi przy leczeniu chorób przetyku i żołądka, ułatwiając połknięcie.

Dawka. Każka pastylka zawiera jeden miligram chlorku kokainy.

Sposób użycia. Stosownie do wieku 6 do 12 pastylek przez dzień. Przyjmować je należy przynajmniej na godzinę przed jedzeniem—rozpuścić w ustach, i następnie połknąć.

Skład główny: w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis, Paris; znajdują się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

4-4

Przewodnika gimnastycznego (organu Towarzystwa gimnastycznego „Sokół“, w Lwowie) opuszcł prasę **Nr. 8** z **Sierpnia** r. b.

Treść: Gimnastyka ze stan owiska higieny (C. d.)—Zarys ćwiczeń na skoczni (c. d.)—Uroczyste otwarcie ćwiczeń w „Sokole krakowskim“.—Z lwowskiej kolonii wakacyjnej.—Urywki higieniczne. Kronika.

Cena roczna:

W miejscu bez przesyłki	1 zł. 20 ct.	
Z przesyłką w kraju i Austro-Węgrzech	1 „ 50 „	
„ „ do Królestwa Polskiego, Litwy i Rosyi	1 rs. 50 kop.	
„ „ „ W. Ks. Poznańskiego, Prus i Niemiec	3 marki	
„ „ „ krajów innych	5 franków	7 plac Kapitulny.

APTEKA M. SOŁTYKIEWICZA

DZIERŻAWIONA PRZEZ

BOLESŁAWA BUKATEGO

ulica Graniczna Nr. 10 w Warszawie.

Mam zaszczyt zawiadomić, że przygotowuję **specjalnie** następujące przetwory lecznicze które zresztą zostały już wypróbowane przez wielu z Szanownych Panów Doktorów.

1. Jodoformium desodoratum. Jodoform, odwoniony za pomocą **mojej metody**, nie nie traci pod względem skuteczności leczniczej a zapach stale posiada bardzo przyjemny. Wielu Szanownych P. Doktorów przekonało się, że moja metoda odwaniania jodoformu przewyższa wszelkie inne podziśdzeń znane. Przepisywać go można w różnej postaci, a mianowicie: w kryształach, proszku, maści, świeczkach, gałkach i t. d.. Cena taka sama, jak jodoformu zwyczajnego.

2. Ziółka przeczyszczające na sposób **Chambarda** co do składu swego w niczem się nie różniące od oryginalnych, znanych pod nazwą „Thé purgatif de Chambard“; działają w sposób niezawodny a zarazem bardzo łagodny we wszelkich cierpieniach, tak ostrych, jak przewlekłych, w których idzie o działanie wypróżniające. Cena dozy wraz z pudełkiem kop. 75.

3. Katakłazm płócienny z **lilanego siemienia** znany pod nazwą **Hamilton**, w niczem się nie różni od oryginalnego. Po licznych próbach, dokonywanych przez wielu Szanownych Panów Doktorów, tak w praktyce prywatnej jako też w Szpitalach Warszawskich, uznany został za środek leczniczy bardzo praktyczny i niezmiernie skuteczny. Pudełko zawierające sześć sztuk i odpowiednią ilość ceratki nieprzemakalnej kosztuje kop. 75. Można również nabywać go w pojedynczych sztukach po kop. 15.

z poważaniem

B. BUKATY.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. Mendelsohn. Poszukiwania nad odruchami.—II. A. Sokołowski. O włóknistej postaci suchot płucnych (*Phthisis fibrosa*). — III. Rajkowski. Kilka słów o pracy D-ra Dunina p. t. Gorączka zimniejsza ciągła. Z odpowiedzią T. Dunina. — Odcinek. Z pracowni profesora Koch'a, opisał O. Bujwid. (Ciąg dalszy). — *Dział sprawozdawczy* 40. R. Volkman n. Sposzczenia chirurgiczne nad gruźlicą (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. POSZUKIWANIA NAD ODRUCHAMI.

Przez

Maurycego Mendelssohna.

Doświadczenia Pflüger'a, stwierdzone przez Vulpian'a i Cayrade'a, wykazały, iż rozprzestrzenianie się (irradycyja) odruchów ma miejsce zarówno w podłużnym jak i w poprzecznym w kierunku rdzenia kręgowego. Cayrade utrzymuje nawet, iż odruchy rozprzestrzeniają się z równą łatwością z góry na dół jak z dołu do góry. Pflüger pierwszy wykazał, iż jakkolwiek odruchy mogą rozprzestrzeniać się w rdzeniu kręgowym we wszystkich kierunkach, jednakże czynią to według pewnego prawa, dającego się zawsze stwierdzić przy stopniowym zwiększaniu siły bodźca, wywołującego też odruchy.¹ Prawo to, znane pod nazwą prawa Pflüger'a, jest następujące :

Drażnienie pewnej np. prawej kończyny dolnej, strumieniem stopniowo wzmacnianym wywołuje odruch :

- 1) przedewszystkiem w drażnionej kończynie dolnej,
- 2) następnie i w kończynie dolnej strony przeciwnej,
- 3) następnie i w kończynie górnej po stronie drażnionej,
- 4) nakoniec we wszystkich czterech kończynach.

Prawo Pflüger'a jest dotąd powszechnie przyjęte, jakkolwiek zostało już nieco zachwiane przez poszukiwania J. Rosenthal'a ¹⁾, który, mierząc czas trwania odruchów, zauważył, iż prawo to tylko przy użyciu silnych bodźców stwierdzić się daje. Przy zastosowaniu zaś najslabszych możliwie bodźców wywołane tym sposobem odruchy rozprzestrzeniają się w ustroju dopiero po przejściu przez dolną część rdzenia przedłużonego, lub górną część odcinka szyjowego rdzenia kręgowego, tak, iż przy drażnieniu np. kończyny dolnej, irradycyja ma

¹⁾ J. Rosenthal. Studien über Reflexe. Monatsberichte der Königl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. 1873, str. 104.

miejsce przedewszystkiem po stronie drażnionej z dołu do góry, a następnie po stronie przeciwnej z góry na dół.

Ze względu na doniosłość kwestyi rozprzestrzeniania się odruchów nietylko dla fizjologii, lecz i dla patologii ośrodków nerwowych, przedsięwziąłem w pracowni fizjologicznej prof. Rosenthal'a w Erlandze szereg poszukiwań, w celu bliższego określenia dróg, po których drażnienie dośrodkowe przejść musi, by wywołać odpowiedni odruch. Wyniki tych badań stanowią przedmiot niniejszej pracy i jakkolwiek, jako komunikowane Berlińskiej Akademii nauk, były już pomieszczone w jej sprawozdaniach ¹⁾, jednakże ze względu, iż sprawozdania te znajdują się w rękach bardzo ograniczonego koła Czytelników, uważałem za odpowiednie wyniki mej pracy podać jeszcze raz na tem miejscu.

Poszukiwania te dokonane były na średniej wielkości żabach, świeżo łowionych. Za pomocą znanego cięcia Goltz'a, wpływ mózgu na mogące powstać samowolne ruchy był w każdym doświadczeniu najzupełniej wykluczony. Pobudliwość odruchowa była nieco powiększona przez lekkie otrucie żab nieznaczną ilością strychniny (0,00005—0,0001 grm. azotanu strychniny). Bódcze elektryczne, w postaci pojedynczych uderzeń strumienia indukcyjnego przy otwarciu, były, w odpowiedni sposób stosowane na skórę kończyny dolnej, najczęściej prawej.

Celem poszukiwań moich było przedewszystkiem zbadanie wpływu, jaki przecięcia całkowite lub połowiczne w różnych miejscach rdzenia kręgowego wywierają na rozprzestrzenianie się odruchów. Szeregiem zaś przedwstępnych poszukiwań przekonałem się, iż drażniąc daną kończynę dolną, np. prawą, strumieniem minimalnej (t. j. zaledwie wystarczającej dla wywołania odruchu zgięcia) siły i powiększając takową nieznacznie i stopniowo, można zawsze przy

¹⁾ M. Mendelsohn. Untersuchungen ueber Reflexe. Sitzungsberichte der Kön. preuss. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. XL. 1882, str. 897; — V. 1883, str. 111; — VI. 1885, s. 1

Z pracowni profesora Roberta Koch'a.

(Z wycieczki naukowej odbytej kosztem kasy pomocy naukowej im. D-r J. Mianowskiego).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 35).

Przyrząd parowy (*Dampfsterilisationsapparat*) jest to rodzaj wysokiego na $\frac{1}{2}$ —1 metra kociołka z przykrywką, obłożonego ze wszystkich stron warstwą wójłoku dla zatrzymania ciepła. Wewnątrz znajduje się druciana kratka, na której stoi ruchomy kociołek z białej blachy z przykrywką. Ogrzewa się gazem. Rohrbek przygotowuje teraz półmetrowe aparaty, mogące być do 1 metra podwyższone.

Po wyjęciu kolby z parowego aparatu, próbujemy czy się odczyn nie zmienił, poczem precedzamy nieco płynu do próbówki i gotujemy. Jeżeli płyn mętnieje oznacza to, że nie cała ilość białka została strącona, stawiamy więc znów kolbę do parowego przyrządu dopóki żelatyna przy gotowaniu mętnieć nie będzie.

niewszkodzonym rdzeniu kręgowym, zauważyć następujący porządek w rozprzestrzenianiu się odruchów:

Odruch powstaje wtedy:

- 1) przede wszystkim w drażnionej kończynie dolnej,
- 2) następnie i w kończynie górnej tejże strony,
- 3) następnie i w górnej kończynie strony przeciwnej,
- 4) na koniec i w dolnej kończynie strony przeciwnej, a więc we wszystkich 4-ch kończynach.

We wszystkich więc przypadkach, w których udaje się wywołać każdy następny odruch za pomocą odpowiedniej mu minimalnej siły strumienia drażniącego, rozpromienianie odruchów odbywa się nie według prawa Pflüger'a, lecz w powyżej wskazanym porządku. W tych zaś przypadkach, w których minimalny bodziec nie daje się z dokładnością określić, lub w których odruchy doznają pewnych przeszkód w swem rozprzestrzenianiu się (np. wskutek uszkodzeń rdzenia kręgowego), rozpromienianie się odruchów odbywa się w odmiennym nieco porządku, a mianowicie: naprzód w kierunku poprzecznym, a następnie w kierunku podłużnym.

Przecięcia rdzenia kręgowego w różnych miejscach (przyczem drażniono prawą kończynę dolną), celem zbadania dróg, po których odruchy rozprzestrzeniają się w rdzeniu kręgowym, dały następujące wyniki:

1) Poprzeczne przecięcie rdzenia przedłużonego powyżej *calamus scriptorius* nie wywiera żadnego wpływu na powstawanie odruchów przy użyciu minimalnych bodźców. Podobne cięcia, dokonane w samym wierzchołku (*Spitze calami scriptorii*), lub na $\frac{1}{2}$ —1 mm. niżej, nie zmienia w niczem odruchów w drażnionej kończynie dolnej, lecz wpływa znacznie na 3 pozostałe odruchy, tak, iż dla wywołania takowych należy użyć strumienia znacznie mocniejszego, niż ten, który wystarczał dla wywołania tychże odruchów przed dokonaniem przecięciem rdzenia.

Dalej przystępujemy do cedzenia. W tym celu w dużym lejku, albo lepiej w 2-ch, umieszczamy bibułowe filtry, które sporządzamy w ten sposób, że ćwiartkę bibuły składamy we czworo, tak, że po obcięciu brzegów otrzymujemy czwartą część koła o kącie prostym, kąt ten zmniejszamy składając bibułę do możliwie ostrego kąta, poczem rozkładamy ją, wyrównujemy nietrafione fałdki i układamy na lejku tak, ażeby ostre brzegi fałd opierały się o powierzchnię lejka. Dobrze jest pod tym filtrem umieścić na dnie lejka drugi mały. Wielkość lejków powinna być taka, ażeby można było prawie od razu zlać na nie całą żelatynę. Z początku otrzymujemy żelatynę nieco mętną: otóż dopóty wlewamy ją napowrót do lejka, aż stanie się zupełnie przezroczystą, nieopalizującą. Cedzenie odbywa się powoli; ażeby jednak żelatyna nie zastygała, ogrzewamy lejek od czasu do czasu lampką gazową. Są osobne do tego lejki, otoczone wodą ogrzewaną do odpowiedniej ciepłoty, te jednak do cedzenia żelatyny są zbyt ciężkie. Nie powinna też żelatyna być zbyt gorącą, gdyż traci zdolność krzepnięcia.

Po otrzymaniu takiej 10% żelatyny (składu tego najlepiej stale się trzymać) należy zlać ją do sterylizowanych poprzednio probówek, zatkaanych watą. Sterylizacja taka odbywa się w następujący sposób:

Probówki 15 ctm. długie, 15—18 mm. szerokie z cienkiego szkła, dokładnie

2) Połowiczne przecięcie rdzenia po stronie drażnionej, na wysokości od $\frac{1}{2}$ —1 mm. poniżej *cal. scriptorii*, nie wywiera żadnego dającego się zauważyć wpływu na wszystkie 4 odruchy. Takież cięcie, dokonane na tejże wysokości na stronie przeciwnej, nie zmienia w niczem siły odruchów po stronie drażnionej, wywiera zaś na odruchy strony przeciwnej wpływ podobny, jak całkowite cięcie poprzeczne, t. j. osłabia siłę wszystkich 4-ch odruchów.

3) Cięcie podłużne, dokonane w kierunku strzałkowym (sagitalnym) wzdłuż całego rdzenia przedłużonego aż do *calamus scriptorius*, nie wywiera żadnego wpływu na odruchy; podobne zaś cięcie, idące wzdłuż górnej części rdzenia kręgowego od końca *calami scriptorii* aż do miejsca, w którym biorą początek korzenie zwoju ramieniowego, nie zmienia siły odruchów po stronie drażnionej, lecz osłabia znacznie takowe po stronie przeciwnej. Cięcie podłużne wzdłuż całego rdzenia kręgowego, od punktu leżącego na 2 mm. poniżej wierzchołka *calami scriptorii* aż do miejsca, w którym biorą początek korzenie splotu lędźwiowego, nie wywiera żadnego wpływu na powstawanie odruchów za pomocą bodźców minimalnych.

4) Połowiczne przecięcie rdzenia kręgowego w części grzbietowej po stronie drażnionej nie wywiera żadnego wpływu na odruch w kończynie drażnionej, osłabia zaś znacznie siłę odruchów w pozostałych 3-ch kończynach. Takież cięcie na tejże wysokości na stronie niedrażnionej, osłabia tylko odruch kończyny dolnej tejże strony, nie wywiera zaś żadnego wpływu na pozostałe trzy odruchy.

5) Całkowite cięcie poprzeczne rdzenia kręgowego w części grzbietowej nie wpływa wcale na siłę odruchu w kończynie drażnionej, osłabia jednak odruch kończyny dolnej na stronie przeciwnej. Samo przez się rozumie się, iż cięcie to uniemożliwia zupełnie powstawanie odruchów w kończynach górnych przy drażnieniu dolnej kończyny.

6) Liczne cięcia połowiczne po stronie drażnionej wywierają na powstawanie odruchów wpływ podobny do tego, jaki daje się zauważyć przy dokona-

wymyte i wodą przekroploną oplukane, oraz osuszone, zatykamy niezbyt mocno i nie za słabo korkiem z waty zwyczajnej (nie hygroskopowej), ustawiamy w drucianej czworobocznej puszcze i stawiamy w piecyku gazowym, w którym ciepłotę doprowadza się do 140—150°, t. j. aż do słabego zbrunatnienia waty. W takie próbówki, uprzednio ostudzone, lejemy żelatynę do $\frac{1}{3}$ wysokości, starając się nie zamaczać brzegów próbówek. Można to robić albo z kolbki z dzióbkiem, albo też za pomocą odpowiedniego lejka z kranem, co jednak jest zbyt ciężkie. Po nalaniu, zatykamy próbówkę watą, starając się trzymać korek watowy tak, ażeby powierzchnia stykającej się z próbówką nie dotknąć palcami. Po napełnieniu, należy wszystkie próbówki sterylizować w parowym przyrządzie przez kwadrans. Zwykle jednorazowa sterylizacja wystarcza; dla pewności możemy ją na drugi dzień powtórzyć. Dobrze przygotowana żelatyna nigdy się nie psuje i nie się w niej nie rozwija. (Po jednorazowej sterylizacji z 50 próbówek w ciągu 1 $\frac{1}{2}$ miesiąca uległa zepsuciu jedna).

Ć w i c z e n i a :

Sekcja białych myszy, zmarłych wskutek *micrococcus tetragenus*. Narządy włożono do spirytusu; śledziona przedstawia białawe ogniska rozmiękczenia,

niu pojedynczego cięcia połowicznego w części grzbietowej rdzenia po stronie drażnionej.

Fakty te wykazują, iż rozmaite drogi czuciowe łączą się z rozmaitemi drogami ruchowymi na różnych wysokościach rdzenia kręgowego, tak, iż przy uszkodzeniu jednej z dróg komunikacyjnych dane podrażnienie dosrodkowe może jednak inną drogą dojść do włókien odśrodkowych rdzenia, by na tej drodze wywołać odpowiedni odruch; należy tylko w tym celu zwiększyć siłę drażniącego bodźca. Prawidłowe zaś odruchy, t. j. takie, które powstają przy użyciu bodźców możliwie słabych, mogą się swobodnie rozprzestrzeniać tylko w razie, gdy część rdzenia kręgowego, leżąca na $\frac{1}{2}$ —1 mm. poniżej *calami scriptorii*, jest nieuszkodzona. Każde minimalne podrażnienie obwodowe musi przejść przez tę ograniczoną część odcinka szyjowego rdzenia kręgowego, by wywołać odpowiedni odruch, co dowodzi zarazem, iż prawidłowy odruch, t. j. taki, który powstaje przy użyciu najslabszego możliwie bodźca, przebiega w rdzeniu nie najkrótszą, jakby *to a priori* zdawałoby się mogło, lecz przeciwnie najdłuższą drogę. Tylko w razie, gdy przystęp do tej ostatniej jest utrudniony (np. wskutek uszkodzeń rdzenia), odruch powstaje drogą krótszą i to przy użyciu bodźców większego natężenia (maksymalnych). Wszystkie te zjawiska dają się zarówno zauważyć przy drażnieniu kończyny dolnej jak i górnej.

W tym ostatnim razie, można się prócz tego przekonać, iż wbrew mniemaniu Cayrade'a, odruchy rozpromieniają się z góry na dół z większą trudnością niż z dołu do góry, gdyż przy drażnieniu kończyny górnej, odruch powstaje w niedrażnionej kończynie górnej wcześniej, niż w obu dolnych kończynach.

Ograniczam się na podaniu tych faktów, nie wdając się w bliższy ich rozbiór. Dodam tylko, iż do podobnych wyników doszedł i prof. Rosenthal w swych poszukiwaniach, dokonanych metodą odmienną, niż moja (prof. Rosenthal mierzył czas trwania, a nie siłę odruchów). Czytelnik pragnący bliżej za-

w płucach wybroczyny krwawe, toż samo miejscami w wątrobie. Sok zawiera wielkie ilości *micrococcus tetragenes*, który najlepiej się barwi błękitem metylowym. Po zabarwieniu widzimy galaretowate obwódki, w których w czworobok ułożone leżą drobne kokki; czworoboki mniejsze grupują się w większe. W skrawkach można barwić jak *bacillus anthracis*; miejscami znajdujemy ogromne, ciemno zabarwione masy tylko z tych bakterij złożone.

W y k ł a d 7.

Poszukiwania bakterij w tkankach winniśmy uskutecznić możliwie szybko po śmierci, gdyż inaczej bakteryje rozmnażając się, dostają się z powierzchni ciała lub z kanału pokarmowego do sąsiednich narządów. Popelniono już dużo błędów z powodu, że za mało uwagi zwracano na tę okoliczność. W tem leżą błędy np. Emmerich'a, który wszędzie i zawsze bakteryje znajdował: bo też brał zawsze trupy najmniej w 12 godzin po śmierci. W cieplej porze roku rozmnażanie postępuje jeszcze szybciej. Zwykle najpierw znajdujemy gnilne bakteryje w otrzewnej, potem w wątrobie, płucach, sercu, najpóźniej w mózgu. W żyłce wrotnej znajdujemy je bardzo prędko, zkąd prof. Lustig z Hanoweru zrobił zaraz „*Bacillamie der Pferde*“, gdyż znajdował bakteryje u bardzo wielu padłych koni,

poznać się z daną kwestyją znajdzie liczne szczegóły, jakoteż protokoły doświadczeń w obszerniejszej pracy, którą wspólnie (prof. Rosenthal i ja) wkrótce w „*Arch. de physiol. norm. et path.*“ ogłosić zamierzamy.

Paryż, w Lipcu 1885 r.

II. O WŁÓKNISTEJ POSTACI SUCHOT PŁUCNYCH (*Phthisis fibrosa*),

Napisał

Alfred Sokołowski

ordynator szpitala Św. Ducha w Warszawie.

„Quelque dangereuses que soient les maladies de la poitrine, elles sont cependant plus souvent curables, qu'aucune autre maladie interne grave, et sous ce double rapport les medecins de tous les ages on dû chercher des signes propres à les faire reconnaître et à les distinguer entre elles.“
L a è n n e c. — L'auscultation mediate.

I.

Już w roku 1878, w pracy, ogłoszonej w Przeglądzie Lekarskim Krakowskim, p. t. „O niektórych odrębnych postaciach suchot płucnych,“ zwróciłem uwagę na pewną postać suchot płucnych, wielce różniącą się od zwykłych postaci tejże choroby; starałem się nawet w powyższej pracy, na podstawie ówczesnych moich spostrzeżeń, bliżej scharakteryzować owo cierpienie. Od tej pory postaci wspomnianej suchot płucnych poświęciłem szczegółowe studjum, a liczny materiały kliniczny, który spotrzegałem w Goerbersdorfie podczas mojej sześcioletniej działalności lekarskiej w tamtejszym zakładzie leczniczym, dalej, spostrzeżenia na oddziale moim w szpitalu, oraz w Zakładzie Leczniczym Nałęczowskim, dały mi możność bliższego opracowania tegoż przedmiotu.

Osobliwie szybko bakteryje przechodzą do krwi uduszonych, strzedz się zatem należy ciemną przyczynę gwałtownej śmierci, zaraz bakteryjami objaśniać. Zdarzyło się to pewnemu profesorowi, którego szczury zaraz po zaszczepieniu próbnem wszystkie na drugi dzień rano, znalezione nieżywymi. Pokazało się po staranniejszem śledztwie, że stróż umieścił zwierzęta w ciasnem pudełku i w dodatku na noc je przykrył. Wszystkie bakteryje były po prostu gnilne. W razach wątpliwych, najlepiej brać bakteryje wprost z krwi, w mózgu się znajdujących. W takiej krwi w jednym przypadku gwałtownej śmierci wskutek dostania się do płuc mas wymiotnych, pomimo wczesnej sekcji, znalazł Koch bakteryje i otrzymał z nich dokładne fotografie.

Szczepiąc bakteryje na żelatynie w próbkach, uważać należy, ażeby sterylizacja była dobrą, t. j. aby po kilku nawet dniach nie sięw galarecie nie rozwijało. Zdarza się pomimo to, że w wacie zatykającej próbkę znajdują się zarodniki pleśni, które rozwijają się powoli i dostając się do wnętrza próbki, zanieczyszczają w ten sposób hodowlę. Zdarza się to wtedy najczęściej, gdy zatykamy próbkę kauczukową czapczką, ażeby wilgoć zbytnio nie parowała. Dlatego też lepiej czapczek tych nie używać.

Przenosząc hodowlę z próbki do próbki z żelatyną, robimy to w następu-

Pojęcia anatomo-patologiczne, dotyczące suchot płucnych, ostatniemi czasy uległy rozmaitym, bardzo ważnym przeobrażeniom. Powszechnie jeszcze bardzo niedawno przyjmowane pojęcia Virchow'a, Niemeyer'a o podwójnej postaci suchot płucnych, t. j. o formie suchot serowatej (*pneumonia caseosa*) i gruźliczej, zostały ostatniemi czasy mocno zachwiane. Prace szkoły francuskiej Charcota, Cornil'a i Ranvier'a, Thaon'a, a szczególnie Grancher'a, wprowadziły znowu pojęcie unitarne do nauki o suchotach płucnych. Szczególniej piękne prace anatomo-patologiczne Grancher'a wykazały, że podstawą tak gruźlicy ostrej, jako też i różnych postaci suchot płucnych, a nawet tak zwanego typowego zapalenia płuc serowatego Virchow'a, są stale i zawsze gruzelki, obok produktów serowatych, będących tylko następstwem sprawy zapalnej, wywołanej obecnością gruzelków. Pojęcia te również i w Niemczech znalazły poparcie, dowodem czego są znane powszechnie prace Rindfleisch'a, Ziegler'a i innych. Prace doświadczalne ostatnich czasów Roberta Koch'a i jego szkoły, oraz odkrycie przez niego swoistego pasorzytu gruźlicy, były jeszcze jednym krokiem naprzód, potwierdzającym unitaryzm suchot płucnych; wiadomo bowiem, że tak zwane laseczki gruźlicze znajdował Koch nie tylko w prosówkowej gruźlicy płuc i innych narządów, ale również i w zapaleniu serowatem płuc, w zserowaciałych gruczołach limfatycznych i t. p.

Jeśli wszelako z jednej strony anatomija patologiczna jest skłoną dzisiaj do przyjęcia unitaryzmu suchot, rzecz się ma zupełnie przeciwnie z punktu widzenia klinicznego. Klinika okazuje nie tylko dualizm, lecz właściwie mówiąc wielopostaciowość form suchot płucnych. A każdy lekarz, mający cokolwiek doświadczenia wie doskonale, jak ważną rzeczą jest ściśle odróżniać od siebie te różnorodne postacie, o ile takowe mają zupełnie inny przebieg, o ile w niektórych postaciach zupełnie bezskutecznem bywa nasze leczenie.

Jaka jest istotna przyczyna, że jeden i ten sam element, t. j. gruzełek, czy też może słuszniej powiedziawszy pasorzyt gruźliczy, raz przybiera postać ostrej prosówkowej gruźlicy (*tuberculosis acuta*), zabijając ustrój nieraz w ciągu kilku

jący sposób: odkorkowujemy probówkę z hodowlą, mającą być przeniesioną, kręcąc watowy korek dopóty, póki nie czujemy, że wata przyklejona do ścianki została odkreconą. Probówkę tę trzymamy pomiędzy wskazującym a 3-im palcem lewej ręki ukośnie, ażeby nic do niej z powietrza nie wpadło. Tak samo odkorkowujemy probówkę z żelatyną i korki oba trzymy pomiędzy palcami prawej ręki, tak, jak probówkę w lewej. Wszystko to zmierza ku temu, żeby korka nie położyć, ani nie dotknąć wewnętrznej jego powierzchni palcami. Do tych operacyj koniecznie przyzwyczaić się trzeba. Teraz drutem platynowym wypalonym i ostudzonym (osadzonym w dłuższej od próbówki szklanej pałeczce) zdejmujemy małą cząstką hodowli i przenosimy ją wkładając drut przez $\frac{2}{3}$ górne części żelatyny. Staramy się przytem nie dotknąć drutem ścianek tak jednej jak i drugiej próbówki.

Rozpatrzmy teraz sposób zachowania się hodowanych bakterij względem żelatyny odżywczej. *Micrococcus prodigiosus* bardzo szybko rozpuszcza ją i opada na dno płynu. Godną uwagi jest ta własność jego, że zabarwienie różowe okazuje się tylko u góry, w miejscu zetknięcia się z powietrzem. Podobnie zachowuje się *m. indicus*. Kartoflowe bakteryje na żelatynie nie rosną, bakteryje karbuukulowe rozkładają żelatynę nie zbyt silnie i puszczają na wszystkie strony promienie w rodzaju korzonków. Drożdże nie rozrzedzają żelatyny, ro-

tygodni, innym razem przetwarza się w postać łączno-tkankową, wytwarzając chorobę *par excellence* przewlekłą ciągnącą się nieraz nawet całe dziesiątki lat, wyrzec trudno. Grancher za istotną przyczynę tych odmian uważa charakter właściwy tworów gruzliczego, który on nazywa „*néoplasie fibro-caséuse*“, nazwą tą oznaczając podwójną skłonność tworów bądź do przemiany serowatej, lub też włóknistej. Sądzę jednakże, że tłómaczenie to bynajmniej nam wyżej przytoczonego pytania nie wyjaśnia, muszą bowiem istnieć inne warunki, umożliwiające właśnie raz szybki rozpad, a innym razem rozwój tkanki łącznej.

Warunki owe przedewszystkiem muszą leżeć w ustroju danego osobnika, a może być, że i w różnych wpływach zewnętrznych. Należy więc w tych razach zwrócić szczegółowo uwagę na wpływy dziedziczne, zajęcie, wiek, warunki socyalne, klimatyczne, leczenie i t. p. Analiza szczegółowa tych wszystkich danych, może być, że nam wykaże jakieś punkty wytyczne dla kwestyi, o której mówię. Mówić bowiem, jak to kiedyś uczynił Beneke, że w takich razach istnieje w ustroju, lub też nie istnieje skłonność do rozwoju tkanki łącznej, nie jest bynajmniej wyjaśnieniem kwestyi.

Tym więc sposobem, z punktu widzenia klinicznego, suchoty płucne przedstawiają wielce różne postaci, których uwzględnienie i znajomość szczegółowa jest bardzo ważną dla lekarza praktycznego. A pod tym ostatnim względem na szczególnszą uwagę zasługują postaci o przebiegu przewlekłym, te bowiem są najczęstszym przedmiotem interwencji lekarskiej i w tych tylko postaciach sztuka lekarska jest w stanie nieraz przynieść ulgę choremu; w ostrych bowiem i podostrych postaciach suchot płucnych, jak to powszechnie wiadomo, terapija nasza dotychczasowa wydaje wielce mizerne, może nawet słuszniej powiedzieć, zupełnie ujemne wyniki. Z przewlekłych postaci suchot płucnych (których jest kilka rodzajów), wybitne miejsce zajmuje postać włóknista suchot (*phthisis fibrosa*), którą to właśnie szczegółowo się zajmujemy. Postać owa, bardzo długo zupełnie nie uwzględniana na lądzie stałym, ostatnimi czasy zaczęła bardziej zajmować klinicystów, szczególnie w Niemczech, dzięki pracom Bene-

sną wolno i obficie korzonki wypuszczają. Wygląd hodowli jest tak charakterystyczny, że nie badając drobnowidzowo, możemy jedne bakteryje od drugich odróżnić i nawet stopień czystości oznaczyć.

Badanie bakteryj w powietrzu dokonywamy za pomocą szklanych cylindrów, wysokich na 20 ctm., szerokich na 4—5, sterylizowanych przy 140° C., zatkanych watą; na dnie takiego cylindra ustawiamy, za pomocą blaszanej zgiętej linijki, miseczkę szklaną z sterylizowaną żelatyną. Po zatkaniu napowrót watą, cylinder przenosimy do przestrzeni, którą zamierzamy badać, zdejmujemy watowy korek, umieszczamy go w drugim takimże sterylizowanym cylindrze, aby coś do niego się nie uczepliło, poczem zostawiamy naczynie na pewien oznaczony czas otwartem. Po upływie tego czasu, np. kwadransa, pół godziny, zatykamy napowrót cylinder watą. Po paru dniach rozwijają się na powierzchni żelatyny kolonije tem obficiej, czem więcej znajduje się bakteryj w powietrzu. Są to w części pleśnie w części bakteryje. Najmniej znajdujemy ich w powietrzu nieporuszającym się np. w piwnicach, zamkniętych przestrzeniach, najwięcej w powietrzu miast.

Do ilościowego badania służy przyrząd Hesse'go, składający się z długiej na 70 ctm., szerokiej 3 - 4 szklanej rury, zatkanej u jednego końca korkiem kauczukowym z rurką szklaną przezeń przechodzącą, zaopatrzoną dwoma wato-

ke'go¹⁾, a we Francyi Bard'a²⁾ i innych. Zupełnie inaczej rzecz ma się w Anglii; postać owa oddawna została tam uwzględnioną, o czym świadczą prace szczegółowe pod tym względem Clark'a³⁾, Powell'a⁴⁾, Williams'a⁵⁾ i innych. W naszym piśmiennictwie, oprócz mojej wyżej cytowanej pracy, postacią ową się zajął również prof. Korczyński, w pracy swej ogłoszonej w roku 1882 w *Medycynie* ⁶⁾.

II.

Znany fizjolog angielski, Dr. Andrew Clark (*l. c.*) był pierwszym, który opisał i odróżnił włóknistą postać suchot płucnych (*Fibroid phthisis*), jako odrębną zupełnie postać chorobową. Podług Clark'a cierpienie owo jest zawsze chorobą idyopatyczną, polegającą na pierwotnym rozwoju tkanki łącznej. Inni autorowie angielscy, przyjąwszy określenie choroby opisanej przez Clark'a, różnią się głównie od niego pod tym względem, że cierpienie, o którym mowa, nie uważają za pierwotne, lecz zawsze za następce; pod tym ostatnim względem, szczególnie zasługują na uwagę prace Powell'a (*l. c.*), który, poświęciwszy powyższemu cierpieniu oddzielny rozdział, twierdzi, że *phthisis fibrosa* jest w większości przy-

¹⁾ Beneke Die allgemeine Bindegewebshyperplasie (*fibromatosis*). Deutsch. Arch. f. kl. Med. Tom 24

Tenże. Zur climatischen Behandlung der Lungenschwindsucht von Prof. Loomis. Uebersetzt von Beneke. 1881.

Tenże. Die Erste Ueberwinterung Kranker auf Norderney. 1882.

²⁾ Bard. De la phtisie fibreuse chronique. 1879.

³⁾ Dr. Andrew Clark. Clinical Transactions. Vol. I. p. 188. (cytowany u Powell'a).

⁴⁾ Powell, Douglas. On Consumption. 1878.

⁵⁾ Williams. Pulmonary Consumption. 1871.

⁶⁾ Korczyński. O zwyrodnieniu włóknistym tkanin z przeważnem uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnej. *Medycyna*. 1882.

wemi korkami: jeden z nich wystaje do wewnątrz dużej rury, drugi koniec nakryty dwoma czapeczkami: wewnętrzną przedziurawioną, zewnętrzną całkowitą. Obie szczelnie dopasowane są do brzegów. Rurę szklaną dużą sterylizujemy w parze wodnej, poczem wlewamy do niej 50 ctm. sześciennych żelatyny, znów sterylizujemy, poczem umieszczamy ją poziomo na stoliku do zastygnięcia żelatyny, przyczem koniec watomego korka wystającego ze szklanej rurki lekko się macza.

Teraz przystępując do badania, odwiązujemy kauczukową czapeczkę bez otworka i łączymy koniec rurki szklanej z aspiratorem, przeciągającym litr powietrza w ciągu 5 minut. Aspirator składa się z 2-ch litrowych kolbek, zawieszonych na statywie, na której leży poziomo rura. Bakteryje i pleśnie z powietrza padają na żelatynę i rozwijają się tam w kolonie, które nie powinny zślizgać się zbyt szybko do przeciwległego końca, ani też rozwijać na umocznym w żelatynie korku watomym. Służy to jako sprawdzenie, że wszystko opadło w rurze. Oddzielne kolonie można wyjmować za pomocą długiego druta i badać lub przygotowywać z nich czyste hodowle.

W y k ł a d 8.

Barwienie podwójne skrawków często daje znacznie lepsze wyniki, niż pojedyncze. Celem tego barwienia jest: otrzymać inaczej zabarwione bakteryje,

padków chorobą następczą po mniej lub więcej ostrej sprawie płucnej, t. j. zapaleniu (*bronchopneumonia*) lub gruźlicy. Czy zapalenie opłucnej lub zwykły nieżyt oskrzeli może sam przez się wywołać tę formę chorobową jest dla autora wątpliwem. Jeszcze bardziej stanowczo pod tym względem wyraża się Williams (*l. c. p. 37*), dla którego *phthisis fibrosa* jest tylko odmianą przewlekłych suchot płucnych, powikłanych występowaniem zgęszczeń łącznotkankowych oraz jam natury gruźliczej (*tuberculous nature*).

Niemieccy autorowie o tej postaci suchot płucnych szczegółowo nie prawię nie mówią. w podręcznikach jest tylko mowa głównie o przemianie marskościowej (*cirrhosis*) (Niemeyer, Jürgensen i inni), jako zejściu różnorodnych spraw, a przede wszystkim zapalenia opłucnej, formy zaś oddzielnej, w duchu autorów angielskich, do ostatnich czasów zupełnie w Niemczech nie przyjmowano. Dopiero Beneke (*l. c.*) zaczyna pierwszy w Niemczech zastanawiać się nad tą postacią, a w pracy swojej, ogłoszonej w roku 1879 w „*Deutsch. Arch. f. klinische Medicin*“, opisuje przypadki suchot płucnych, w których wykonywano sekcye i w których uderzyło autora, że osobniki, zmarłe na suchoty płucne, nie przedstawiały owych typowych zmian, jakie zazwyczaj napotyka się przy suchotach płuc. Klatka piersiowa bywała u nich znakomicie wszęch rozwiniętą, toż samo układ mięśniowy, serce przedstawiało się dosyć dużem, tętnice obszerne. W innych narządach również znajdował Beneke dużo tkanki łącznej, jako to: w opłucnej, nerkach, wątrobie i t. d. Autor na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi do wniosku, że tego rodzaju postacię wytwarzają się na tle zбочenia ustrojowego (konstytucyjonalnego), charakteryzującego się skłonnością ustroju do wytwarzania w różnych narządach — a więc i w płucach — nadmiernej ilości tkanki łącznej. Bliższej przyczyny tej sprawy autor nie wyjaśnia. Co się tyczy płuc, to Beneke sądzi, że cierpienie takowe przedstawiają się pod bardzo różnorodną postacią, we wszystkich jednakże przypadkach zdaje się autorowi, że sprawa rozpoczyna się pierwotnie od bujania tkanki łącznej. W jednych razach istnieje nadmierny rozwój tkanki łącznej, doprowadzający tkankę płucną przez ucisk niemal do zaniku i w tych to razach pra-

a inaczej samą tkankę. Opiera się ono na tem, że powinowactwo bakteryj do barwników jest odmienne, aniżeli powinowactwo tkanki. Barwienie podwójne odbywa się w różny sposób.

1) Skrawki przebarwione w roztworze gencyjany (lub innych barwników) umieszczamy na 10 minut w 5% roztworze węglanu potażu. Zabarwienie staje się nieco ciemniejsze. Potem opłukujemy skrawki w dużej ilości wody, najlepiej w dwóch wodach, potem zaś umieszczamy w wysokoku. Ten rozpuszcza barwnik tkanki, pozostawiając w znacznej części nietkniętęm zabarwienie bakteryj. Jeżeli preparat przed włożeniem do wysokoku umieścimy na parę minut w wezuwinie, otrzymamy podwójne zabarwienie: bakteryje zabarwią się fioletowo, tkanka brunatno.

2) Sposób Weigerta. Po wyjęciu z gencyjany opłukujemy skrawek w wodzie z dodatkiem kwasu octowego (3 krople na 20 ctm. sześciennych). Dalej umieszczamy go w pikrokarminie, potem w wysokoku. Sposób ten nadaje się do barwienia bardzo wielu bakteryj. Stałe zasady postępowania każdy musi dla siebie sam wypracować po dokładnem porównawczem zbadaniu.

3) Sposób Gramm'a polega na barwieniu w roztworze barwnika w wodzie anilinowej. Tę przygotowujemy, klóćąc 3% aniliny handlowej (*Anilinöl*) z wodą i cedząc powstałą emulsyją po kwadransie stania. Woda anilinowa

wie wcale ognisk serowatych nie znajdujemy. W innych przypadkach rozwój tkanki łącznej jest daleko mniej obfitym, wytwarzają się obszerne rozszerzenia oskrzeli (*bronchiectasis*) i jam (*cavernae*), powstałych z takowych, w otoczeniu których znajdują się mniejsze lub większe ogniska serowate. W innych wreszcie przypadkach, w górnych odcinkach płuc, znajdują się obfite rozrosty łączno-tkankowe, a w dolnych ogniska serowate i świeże gruźelki, lub też odwrotnie, t. j. zmiany łączno-tkankowe w dolnych zrazach płuc, a serowate w górnych. Jak wyżej powiedziano, Beneke uważa to cierpienie jako zależne od warunków konstytucyjnych, bliżej nie zbadanych; występuje ono głównie podług niego między 35 a 55 rokiem życia. Beneke sądzi że wiek nieco późniejszy usposabia bardziej do tej formy suchoty; przeciwnie, wiek młodszy do sprawy zwykłej suchotniczej. W końcu pracy autor zachęca do dalszych poszukiwań nad tą postacią chorobową, którą nazywa „*fibromatosis*“. W następnej, a zarazem i ostatniej swojej przedśmiertnej pracy ¹⁾ Beneke, zajmując się suchotami płuc bardziej z klinicznego punktu widzenia, stara się, idąc w ślady prof. Loomis'a (*l. c.*), bliżej określić różne postacie suchot płucnych. Jego określenie kliniczne suchot płucnych włóknistych (*fibromatöse Phthise*) jest jednakże zbyt ogólnikowe i nie daje nam jasnego klinicznego obrazu cierpienia, (str. 35). Określenie choroby autor zestawia w tych kilku wierszach: „Jeżeli u młodego człowieka z dobrym stanem ogólnym i z dobrze rozwiniętą klatką piersiową, bez usposobienia dziedzicznego, znajdujemy zgęszczenie jednego lub obu szczytów płucnych, a wywiady wykażą nam, iż często zdarzało się krwioplucie, wówczas prawdopodobnem jest, że mamy do czynienia nie ze zwykłą, lecz z włóknistą postacią suchot płucnych.“ O ile określenie owo jest za ogólnikowem i niedokładnem, przekonywamy się z przytoczonych przez autora historyj chorób.

(C. d. n.)

¹⁾ Beneke. Die Erste Ueberwinterung Kranker auf Norderney. 1882.

nie da się przechować dłużej nad dzień jeden, chyba że dodamy 5 - 10% wysokoku, wtedy się przez kilka dni bez rozkładu utrzymuje. Do wody anilinowej dodajemy barwnika tyle, żeby na powierzchni płynu otrzymać zielonawo-metaliczną lekką powłoczkę. Odbarwiamy skrawek, umieszczając go w roztworze jodu i jodku potasu (1 grm. jodu, 2 grm. jodku potasu, 30) wody). Nie wszystkie bakteryje barwić można tym sposobem (zresztą jak i każdym innym) np. bakteryje tyfusu, cholery kur nie dają się zabarwić.

4) Bakteryje przymiotu Lustgarten'a barwią się jak wyżej, a odbarwiają nadmanganianem potasu i kwasem podsiarkowym. Odbarwiają się one także zapomocą roztworu chlorku żelaza (*Eisenchlorid*).

Mówiąc o barwieniu bakteryj, należy wspomnieć o błędach jakie są tutaj możliwe: 1) ze strony osadów barwnika, 2) ze strony ziarnistych komórek (*Körnchenzellen*), które dają obraz bardzo do mikrokoków podobny. Wygląd ich odpowiada białym ciałkom krwi, wypełnionym kuleczkami nierównej wielkości. Różnią się one od bakteryj tem, że na szkiełku przegrzanem, gdzie bakteryje się nie barwią, przyjmują silne zabarwienie. Ehrlich poleca barwić je gęstą mieszaniną safraniny, induliny i eozyiny w glicerynie.

(C. d. n.)

Odo Bujwid.

III. KILKA SŁÓW O PRACY D-ra DUNINA

p. t.

GORĄCZKA ZIMNICZA CIĄGLA.

Podał D-r Rajkowski.

Doktór Dunin, w pracy swej drukowanej w Nr. 26 i 27 Gaz. Lekarskiej, wypowiedział między innymi następujące pewniki.

1-o Zimnicza przyroda choroby, opisanej przez prof. Rosego w Nrze 1 Medycyny t. r., żadnej nie ulega wątpliwości (?)

2-o *Febris remittens* jest u nas najczęstszą formą zimnicy (?)

3-o Śledziona nie we wszystkich przypadkach *febr. remittens* jest powiększoną (?)

4-o Rozpoznanie zimnicy głównie na skuteczności chininy opierać się winno(?)

5-o Chinina jest w *febr. remittens* środkiem niezawodnym i działa jako środek swoisty (antaparyzarnie).

Jeśli cztery przytoczone spostrzeżenia „są najbardziej charakterystyczne“ z pomiędzy spostrzeżeń D-ra Dunina *febr. remittens*, to powyższe twierdzenia, przyznać należy, są za zbyt bezwzględne i tendencyjne. Każdy z czterech przypadków możnaby (prawie) odnieść do innej postaci chorobowej, tak dobrze, jak i przyjąć takowy za *febr. remittens*.

Co do 1-go. Ogólny obraz epidemii, opisanej przez prof. Rosé'go, najmniej odpowiada zimnicy ciągłej, a jest raczej plastycznym opisem tyfusu brzuszego w lekkiej postaci. Sam autor „skłonny jest dopatrywać się dalekiego zaledwie powinowactwa z zimnicą“, D-r Dunin zaś uważa chorobę za niewątpliwą zimnicą.

Wprawdzie do obrazu tyfusu brzuszego brakowało niektórych objawów „charakterystycznych“, lecz czyż w praktyce się spotyka formy, objęte podręcznikami i czy tyfus brzuszny, pojawiający się czy to sporadycznie, czy też jako epidemia, ma *signa pathognomonica*? Wiele jest postaci chorób gorączkowych, pojawiających się epidemicznie, których nie można zaliczyć ani do tyfusu brzuszego ani do wysypkowego. Pinel wyliczył z pomiędzy nich kilkadziesiąt. Nie ma dwóch zupełnie jednakowych epidemii, jak również w jednej i tej samej epidemii, dwóch do siebie podobnych przypadków. Są tylko chorzy, ale nie ma chorób. Różnice indywidualne chorych pociągają za sobą różnicę w obrazach chorobowych. Przedewszystkiem jednak, na typowy lub nieprawidłowy (?), złośliwy lub łagodny charakter epidemii, ma wpływ *genius epidemicus*. Każda epidemia ma inny *genius epidemicus*, co więcej, każda wymaga innego leczenia. Nikomu zapewne nazwisko choroby nie nasunie na myśl sposobu leczenia. Nawet w dwóch jednakowych, o ile to być może, przypadkach jednej i tej samej choroby, ale w różnym czasie, środki lekarskie różnie bywają znoszone. Sprawdziłem to wielokrotnie, że np. raz kalomel nawet po małych dawkach wywołuje u wielkiej liczby chorych ślinotoki i zapalenie dziąseł, drugi raz, po upływie pewnego czasu (np. kilku lub kilkunastu miesięcy) znaczne ilości tegoż środka nie szkodzą. (Jeden z kolegów w roku zeszłym przepisał kalomelu 3s na przeczyszczenie, ponieważ nie było wypróżnienia, chory powtórzył proszki cztery razy, a jednak ślinotoku nie było. Z każdym rokiem emetyk coraz gorzej bywa znoszony, a dawkę narkotyków zwiększać trzeba i t. d.. W tym roku środki przeczyszczające, nawet łagodne, użyte tam, gdzie są wskazane, wywołują silne nieraz podrażnienie przewodu pokarmowego i niezwykłe osłabienie).

W ciągu swej praktyki obserwowałem 14 epidemii tyfusu, z tych sześć tyfusu brzuszego, a ośm wysypkowego. Niektóre były bardzo złośliwe, szczególnie tyfusu wysypkowego, inne zaś łagodne. Każda epidemia była inną w osta-

tnich latach, obraz choroby coraz więcej się wyróżniał od postaci opisywanych w podręcznikach. Przebieg tyfusu brzuszego bywał łagodniejszy, brakło wysypki, przelewania w okolicy *ileo-coecalis*, wzdęcia brzucha, rozwolnienia, a system nerwowy prawie zawsze był swobodny. Prostracy także często nie było, a dzieci i osobniki młodsze, szczególnie w wsiach, przez cały przebieg choroby chodziły. Wśród tak łagodnych epidemij, zdarzały się przypadki bardzo ciężkie: z zapaleniem płuc, oskrzeli, krwotokami kiszek, lub też zapaleniem otrzewnej, wskutek przedziurawienia przewodu pokarmowego. Mózg nawet w przypadkach śmiertelnych długo nie był zajęty. Wiadomo, że w przebiegu typowych epidemij, wysypki brakuje w $\frac{1}{3}$ przypadków (prof Chałubiński). Jeśli choroby wysypkowe są bez wysypki, to dlaczegoż ona ma być w tyfusie konieczną?

W epidemii tyfusu brzuszego r. z. spotykałem często przypadki z dreszczami, powtarzającymi się co kilka dni, bez zmniejszenia się gorączki, a często i z potami. Były to przypadki najcięższe.

Sledziona zawsze była powiększona. Opierając się na swych spostrzeżeniach, mogę powiedzieć, że wogóle im jakakolwiek epidemija jest złośliwsza, tem ogólny obraz choroby jest więcej jednostajny, a pojedyncze przypadki mniej więcej jednakowe, przeciwnie zaś największa różnaitość form jednej i tej samej choroby, bywa w epidemijach łagodnych. Czy tak jest w innych miejscowościach, tego powiedzieć nie mogę.

Dzisiejsza znajomość chorób epidemicznych, jakkolwiek niezupełna, daje nam jednak możność objaśnienia różnorodności obrazów jednej i tej samej choroby w różnych epidemijach i u różnych osobników.

Weźmy pod uwagę grupę tyfoidów (Griesinger'a).

Febris flava, typhus, febr. recurrens i t. d. wszystkie zaczynają się od silnej gorączki, którą nazwano gorączką zapalną. Jestto pierwszy okres choroby, okres walki między komórkami tkanek ustroju, a pasorzytami. Okres ten odpowiada rozwojowi pokoleń mikrobów, stanowiących właściwą chorobę. Koniec tej walki oznacza się jako zwolnienie lub wzmożenie. Po upływie 24—48 godzin od chwili wystąpienia remisji (zwolnienia), wszystkie te choroby wstępują w drugi okres, uwydatniający się objawami bezsilności (adynamicznemi), majaczeniem, drgawkami, śpiączką i t. d.. Są to właśnie t. zw. objawy tyfoidalne, czyli intoksykacyjne. Następuje to zatrucie ustroju albo ptomainami jako wytworami mikrobów, albo też pierwiastkami dezasymlacji, których wielkie drogi wydzielnicze (*emunetoria*) ustroju, skutkiem zmian patologicznych zaszłych w nabłonkach, nie są w stanie wydzielić. Jestto t. zw. *putriditas* starożytnych. Perryjod ten stanowi konieczną część chorób tyfusowych. W łagodniejszych jednak przypadkach lub epidemijach może go brakować zupełnie, lub może być mniej wydatny. Okres *intoxicacionis* oznacza się pojawieniem się wysypki, a następnie objawami nerwowemi. Wyspka zdaje się być pierwszym objawem zatrucia (zakażenia) ustroju. Petocie występują już później w drugim okresie i jak wiadomo, oznaczają głębsze zmiany we krwi i w ścianach naczyń. Jeśli śmierć nie następuje w tym okresie, to przychodzi okres trzeci: powikłań (*complicatio*), (*gangraena*). Czasami pierwszego peryjodu nie ma, a występuje odrazu zatrucie ptomainami, czyli drugi okres. 600 osob w Niemczech zachorowało po zjedzeniu zepsutego mięsa na ucicie (na tyfus). Mięso ugotowane, jeśli było zakażone, działa szkodliwie tylko przez ptomainy i może wywołać groźne choroby, dyzenterija, obrzęk gruczołów kręzkowych, krwotoki na błonie śluzowej kiszek).

Jeśli przyjmiemy takie objaśnienie za prawdopodobne, to byłoby bardzo zadziwiającem, gdyby epidemije jednej i tej samej choroby, a w epidemijach obraz choroby, były jednakowe.

Najróżnorodniejsze warunki (kosmiczne, telluryczne, miejscowe) muszą wywierać wpływ modyfikujący na sam zarazek, czyniąc go złośliwszym lub też łagodniejszym

Te same warunki mają niezaprzeczony wpływ na ludność, wystawioną na działanie zarazy, czyniąc organizmy mniej lub więcej odpornymi. Ludność danej miejscowości, stosownie do rasy, płci, wieku stopnia zamożności, sposobu życia, przyzwyczajęń, dziedziczności, przebytych chorób, pożywienia, wykształcenia, ogólnych warunków ekonomicznych, bytu politycznego i t. d. będzie, mniej lub więcej ale zawsze różnie, usposobioną do przyjęcia pierwiastku zaraźliwego. U strój każdego osobnika zawierać może pewne tkanki lub przyrządy mniej odporne na działanie zarazy (*puncta minoris resistentiae*). Łatwo zrozumieć, ile może powstać postaci choroby ze skombinowania wyżej przytoczonych warunków. Wyszukiwanie zaś owych „szczególnych“ epidemij nie przyniesie pożytku ani nauce ani chorym, gdyż w przyrodzie nic szczególnego nie ma. Właściwość, jaką przedstawia każdy *genius epidemicus*, tylko na tej drodze może być objaśnioną. Stałe pojawianie się pewnych epidemij w niektórych porach roku lub miesiącach, a często jednych i tych samych, stałe poprzedzanie jednych przez drugie (*febris intermittens* przed cholera), tak jak występowanie w pewnych latach w wielkiej liczbie zbroczeń w położeniu płodu, lub *placentae praeviae* i t. d. dowodzi istnienia ogólnych praw nam dotąd nieznanych.

2-o Zdanie D-ra Dunina, że zimnica ciągła jest najczęstszą u nas postacią zimnicy, także potrzebuje dowodów. W Warszawie zimnica zwalniająca pojawiała się tylko w niektórych latach (prof. Chałubiński) i wogóle mało mamy o niej wiadomości. Na prowincyi, o ile wiem, postać ta jest bardzo rzadką. Mieszkałem w okolicy, gdzie *febris intermittens* panuje jako endemia, a jednak, oprócz kilku przypadków podczas tegorocznej gwałtownej epidemii, nie spotykałem jej wcale. Wiadomo przytem, że postać ta właściwą jest strefom gorącym i znaną tam od najdawniejszych czasów (*febr. hippocraticae*). Obraz choroby u chorych spostrzeganych przezemnie tak w Płockiem, jako też w szpitalu wojennym w Sewastopolu w 1878, był zupełnie inny, aniżeli podany przez prof. Roségo i D-ra Dunina, a więcej zbliżony do opisów choroby, panującej w krajach południowych (Maillot, Twining, Stewardsen, Laveran i t. d.). Charakterystyczną była grupa objawów gastrycznych ze znacznem powiększeniem śledziony, a szczególnie wątroby, oraz dotkliwym bólem *in epigastrio* i lewem podżebrzu. Zwolnienia gorączki przychodziły najczęściej w godzinach południowych, przynajmniej w początku choroby. Nie brakło też często zająęcia *sensorii* (*delirium*). Chorzy nieraz przedstawiali obraz nadzwyczajnej drażliwości. Ogólna nadczułość skóry; bóle w kolumnie kręgosłupowej często towarzyszyły chorobie. Chinina w początkach choroby, nawet podskórnie stosowana, nie wywierała żadnego wpływu.

3-o Chinina, nawet w przypadkach opisanych przez D-ra Dunina, w początku choroby nie wywierała wpływu. Wogóle najznakomitsi lekarze stwierdzili fakt, że chinina w *febr. remittens* daleko mniejszy wpływ wywiera, aniżeli w *febr. intermittens*, a często zostaje bez wpływu na przebieg choroby. Chociaż D-r Dunin uważa chininę za środek swoisty działający „antyparazytarnie“, to jednak dziś każdy bezstronny lekarz wyznać musi, że nic nie wie pewnego o działaniu tego środka. Spotykałem przypadki *febr. intermittens*, w których chinina, stosowana wszystkimi możliwymi sposobami, zupełnie nie działała. W tegorocznej zaś epidemii w większej części przypadków, chorzy leczeni nawet dłuższy czas systematycznie chininą, po upływie pewnego czasu, zapadali nanowemu na zimnicę. Chorzy zaś nieleczeni, nigdy jej powtórnie nie ulegali. Są to fakta mówiące przeciw działaniu antyparazytarnemu. Dalej, czyż zażegnanie lub inny środek sympatyczny, tak obszerne stosowane przez lud ze skutkiem, także zabijają pasorzyty? Niedawno leczyłem pewnego obywatela ziemskiego,

który spotrzebował uncyję chininy, oprócz arseniku, a mimo to, napady zimnicy przychodziły regularnie. Któs mu doradził wykopać dziką różę i użyć napar z korzenia takowej. Zniecierpliwiony chory, zastosowawszy się do rady, nie miał ani jednego napadu dotąd. Prawdopodobnie działanie chininy ogranicza się do zapobiegania napadom przez wpływ na ośrodki nerwowe (możliwym jest i działanie na sam zarazek chorobowy). To nam objaśnia, dlaczego chinina nie działa w gorączkach ciągłych, gdy tymczasem wpływ tejże jest wydatny w chorobach, nie mających żadnego związku z zimnicą, jeśli takowe przychodzą w postaci napadów (koklusz, *febr. intermittens symptomatica* po wprowadzeniu cewnika, skaleczeniu cewki moczowej, ból zębów, nerwoból, astma i t. d.).

Stosowanie chininy w celach rozpoznawczych, jak tego chce D-r Dunin, uważam wprost za szkodliwe dla chorych.

Kończąc mój artykuł, p. t. Kilka uwag o gorączce zimniczej ciągłej i t. d., wyraziłem prośbę, aby i inni z kolegów raczyli ogłosić swe spostrzeżenia w tej kwestyi, której przeto za ostatecznie rozjaśnioną nie uważałem. Tak więc niejako sam wyzywałem do polemiki, do której zawsze chętnie staję. Na powyższe zarzuty kol. Rajkowskiego odpowiadać będę w tym porządku, w jakim były czynione, zastrzegając naprzód, że niektórych z przypisywanych mi zdań nie wypowiadałem wcale (4), innych zaś nie wypowiadałem jako pewniki (2).

1) Pierwsze me zdanie, które kol. R. kwestyonuje, jest następujące: „Zimnicza przyroda choroby, opisanej przez prof. Rogo, żadnej nie ulega wątpliwości“. Właściwie mówiąc, powinienem mieć obowiązek bronięcia zimniczej przyrody jedynie tych przypadków, które ja sam opisałem, a których kol. R. nie dotyka wcale, ponieważ jednak uznałem i chorobę opisaną przez prof. R. za zimnicę, chętnie więc odpowiadam na zarzuty kol. R., tembardziej że pytanie to jest właściwie osią, okolo której, w danym razie, obraca się cała polemika. Jeżeli kol. R. kwestyonuje me zdanie że przypadki opisane przez prof. R. nie są zimnicą, to powinien był, a) koniecznie dowieść że ich istotnie za zimnicę uważać nie można i b) pokazać czem one właściwie są. Czytelnik, przejrząwszy uważnie 1-szy punkt artykułu kol. R., przekona się, że autor nie pokusił się nawet rozwiązać pytania a), a o pytaniu b) wzmiankuje zaledwie nawiasowo. Natomiast pisze autor bardzo obszernie o tem, że jedna i ta sama choroba może rozmaicie się przedstawiać, że wpływa na to *genius epidemicus*, płeć, dziedziczność, byt polityczny i t. d., dalej że jeden i ten sam środek raz działa a drugi raz zawodzi i t. p. znane ogólniki, które może dobre by były w popularnym traktacie, przeznaczonym dla szerokiej publiczności, ale w piśmie lekarskiem są stanowczo heterotopią. Natomiast o tem, czem jest choroba opisana przez prof. R., autor zaledwie wzmiankuje; domyslić się tylko można, że autor uważa ją jako tyfus brzuszny. Ale na jakiej zasadzie? Dla tego że tyfus brzuszny może rozmaicie się przedstawiać, dla powodów które autor tak szeroko wyluszczył. Dla czego jednak choroba ta nie jest zimnicą? Z punktu 2° domysleć się można, że autor dla tego jej za zimnicę uważać nie może, iż obraz zimnicy, którą on (autor) widział w Sewastopolu, był zupełnie inny, aniżeli ten, który podał prof. R. i ja. A więc z tego wypada, że tyfus brzuszny może się rozmaicie przedstawiać, a zimnica nie. Dla czego? Proszę szanownego autora, aby przeczytał uważnie opis *febr. remittens* u Griesingera, Hertza, Laverana i innych; znajdzie tam opis 3-ch stopni tej choroby, z których lżejszy ma się do cięższego, tak jak przypadki opisane przezemnie i prof. R. do przypadków, które widział kol. R. Nie ma wszak nic w tem dziwnego, że zimnica na południu Rosyi i podczas wojny była o wiele cięższą od tej, którą widzimy w Warszawie. Kol. R. powiada, iż widywał tyfusy, przebiegające zupełnie tak jak przypadki przez nas opisywane. Któż mi

zaręczy że kol. R. miał do czynienia istotnie z tyfusem? Zdanie me, że prof. R. i ja mieliśmy przed sobą zimnicę, opieram na 3 ujemnych i 2 dodatnich dowodach. I tak w przypadkach tych brakowało wysypki, zajęcia *sensorii* i objawów ze strony kiszki. I ja widziałem dużo przypadków tyfusu i wiem, że może często brakować tego lub owego objawu, ale nie widziałem takich przypadków, w których by prawie wszystkich objawów brakowało. Co do tyfusu nieobłożonego (*t. ambulatorius*), to tam wszystkie objawy mogą istnieć, tylko w tak słabym stopniu, że chory na nie nie zwraca uwagi, rozwolnienie zaś nawet we wszystkich prawie istnieje przypadkach. Nadto w większości przypadków miałem 2 pozytywne dowody, przemawiające za istnieniem zimnicy, a mianowicie twardą śledzioną i skuteczność chininy. Ten ostatni argument uważam za rozstrzygający; każdy praktyczny lekarz zgodzi się ze mną, że nie zna innej gorączki prócz zimnicy, która by od chininy prawie natychmiast i bezpowrotnie ustępowała.

2) Kol. R. zaprzecza memu „pewnikowi“, jakoby zimnica ciągła była najczęstszą u nas postacią zimnicy. Zdania tego nie wypowiadałem jako pewnik, bo na to potrzeba by mieć dane statystyczne lub przynajmniej liczne opisy, których nie ma wcale. Twierdziłem, że ja więcej widuję zimnicy ciągłej niż przerywanej, inni koledzy widywali być może odmienny stosunek. Co do zdania prof. Chałubińskiego o tym względzie, to zauważyć należy, że dzieło jego o zimnicy wydane zostało przed 10 laty, a stosunki epidemiologiczne Warszawy od tego czasu mogły się bardzo zmienić, i zdaje się że istotnie się zmieniły.

Trzeci punkt wymieniony tylko na początku; dalej autor nie dotyka go.

3) Chinina (tak autor cytuje me jakoby zdanie) jest dla *febris remittens* środkiem niezawodnym i działa jako środek swoisty (antyparazytarny). Zdanie to przytoczono fałszywie, co zmienia zupełnie jego znaczenie. Twierdziłem i twierdzą, że chinina w zimnicy (zarówno ciągłej jak przerywanej, bo są to tylko stopnie jednej i tej samej choroby) działa jako środek swoisty, antyparazytarny, lecz nie twierdziłem, aby napewno i zawsze była skuteczną w zimnicy ciągłej; co więcej sam obszernie zastanawiałem się nad przypadkiem, w którym chinina pozostała zupełnie bez skutku. Kol. R. nie może się na to zgodzić, aby chinina był środkiem swoistym dlatego, bo widział przypadki, w których nie skutkowała wcale. Bardzo dobrze, ale wszak autor nieco wyżej przytoczył przypadek, w którym 3s kalomelu nie przeżyściło, a 5jj nie wywołało ślinotoku. Czyż mamy na tej zasadzie powiedzieć, że kalomel nie jest środkiem przeczyszczającym, a rtęć nie sprowadza ślinotoku? Czyż mam ja znowu przytaczać oklepiane komunały, że rtęć nie zawsze usuwa objawy przymiotu, pryszczydła nie zawsze wywołują zapalenie skóry i t. d.? Autor powiada, że najznakomitsi lekarze twierdzą iż chinina mniej jest skuteczną w zimnicy ciągłej niż przerywanej. Bardzo naturalnie, bo *remittens* jest wyższym stopniem zakażenia niż *intermittentis*, ale ci sami autorowie stwierdzają, że chinina jest jedynym środkiem, który w zimnicy ciągłej istotnie pomaga. I tak Hertz (*Hand. der spec. Path. i t. d. Ziemssen'a T. II. C. 2. W. 2. r. 1877*) na str. 886, mówiąc o tem, że w *febr. remittens* i *continua* używają środków wymiotnych, przeczyszczających i t. d., powiada: „*Doch ist das Chinin auch hier pro die zu 1,0—1,5—2,0 und darüber das Hauptmittel, welches bis zur Beendigung des Fiebers gegeben werden muss*“ na str. zaś 874 mówiąc, że w *f. remittens* i *continua* chinina niekiedy zawodzi powiada: „*Nichts destoweniger steht es fest, dass das Chinin auch in den zuletzt erwähnten Formen das wirksamste aller Fiebermittel ist*“. Jesze dalej idzie A. Laveran (*Traité des fièvres palustres. 1884*), który na str. 508 pisze „*Le traitement des fièvres continues palustres diffère peu de celui qui convient aux fièvres intermittentes; on devra seulement insister davantage sur le sulfate de quinine au debut; on prescrira 1,50 ou 2 gr. par jour de sulfate de quinine, jusqu'à ce que la fièvre soit tombée; l'apyrexie se produit presque toujours du deuxième au troisième jour après que le traitement à été institué*“. Jeżeli kol. R. i to nie wystarczy, mogę mu przytoczyć jeszcze następujące zdanie Liebermei-

ster'a (*Vorlesungen über specielle Pathologie u. Therapie 1885*), który, mówiąc na str. 75 o trudnościach w rozpoznaniu zimnicy ciągłej, powiada „*von wesentlicher Bedeutung würden dabei unter Anderem fortlaufende genaue Temperaturbestimmungen sein, so wie ferner der Erfolg der Chininbehandlung*“. W podobny sposób wyraża się wreszcie i Jaccoud, *Wykład patologii szczegółowej 1884* przekład z franc..

Moje doświadczenie ze zdaniem powyższych autorów w zupełnej pozostaje zgodzie; wprawdzie nie we wszystkich, ale w większości przypadków, zimnicy ciągłej, chinina usuwa chorobę.

Dalej powiada autor, że chinina nie działa swoiście w zimnicy, albowiem leczy i inne choroby. Czyż jedno drugiemu przeszkadza. Czyż dla tego, że sublimat wywołuje ślinotok, lub że jest energicznym *revulsivum*, nie może już leczyć przymiotu?

Kończy swój artykuł kol. R. zdaniem, „że stosowanie chininy w celach rozpoznawczych uważa wprost za szkodliwe dla chorych“. Nie chcąc zdania tego uważać za nieszczerze, uważam je za zupełnie niezrozumiałe. Pytam się wszystkich lekarzy praktycznych, czy wobec choroby gorączkowej, której przyrody określić nie potrafią, nie używają w celu rozpoznawczym chininy? Pytam się dalej, czy kilka dawek chininy przynosi choremu szkodę?

Lekarz dający w takich razach chininę, nie tylko nie popełnia błędu, lecz przeciwnie zawiniłby, gdyby nie dał chininy. Wszak w celach rozpoznawczych daje się środki daleko gwałtowniejsze, jak rtęć, a nawet robi się ciężkie operacje (*laparotomia*), cóż więc wobec tego znaczy 50 lub 60 gr. chininy, podane w ciągu 6 lub 10 dni?

Jeszcze raz powtarzam, że polemikę w kwestyjach naukowych uważam za rzecz bardzo użyteczną i nigdy się od niej nie wymawiam. Potrzeba jednak, aby robiący zarzuty przytaczali wiernie cudze zdania i trzymali się tylko tego, co do przedmiotu się odnosi.

Teodor Dunin.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

40. R. Volkmann. Spostrzeżenia chirurgiczne nad gruźlicą. (*Chirurgische Erfahrungen über die Tuberculose*).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 35).

28) Zdaje się, że operacja, przedsięwzięta z powodu gruźlicy stawu szczególnież zaś kości, niekiedy pociąga wybuch ogólnej gruźlicy (najczęściej z jednoczesną *meningitis basillaris*), w skutek przedostania się jadu gruźliczego do otwartych dróg krwionośnych.

29) Od czasu, jak znanymi są typowe obrazy chorobowe jak: *tumor albus*, *malum Potti*, *spina ventosa* it. p. wiadomem jest, że możliwem jest samoistne wyzdrowienie, i że osobniki przebywszy te choroby mogą doczekać się późnego wieku.

30) **Gruźlica pochew ścięgnistych** napotyka się bądź w postaci rozlanej, grzybowatej, bądź w kształcie guzików; leczenie i wycięcie pochwy, wyskrobanie.

V. Gruźlica gruczołów chłonnych.

31) Przy wszystkich tylko co wyliczonych sprawach gruźliczych mogą być zakażone gruczoły chłonne, otrzymujące dopływy z okolic i tkanek zajętych przez gruźlicę. Wrażliwość gruczołów różnych okolic ciała na zarazek gruźliczy

jest bardzo rozmaita. Najłatwiej zakażonemi zostają gruczoły szyjowe, oraz łokciowe; rzadziej pachowe, najrzadziej podkolanowe lub pachwinowe.

32) Przy pewnem usposobieniu konstytucyjnym (zołzy) i dziedziczności, nawet zwyczajne, hyperplastycznie, zapalnie obrzmiałe gruczoły (t. z. współczulne obrzmienie towarzyszące sprawom zapalnym i nieżytowym skóry i błon śluzowych) stają się później gruźliczemi. Gruczoły takie, po usunięciu cierpienia pierwotnego, nie zmniejszają się, owszem grubieją, serowaceją, rozmiękczejają się, a przy badaniu znajdujemy w nich prawdziwe gruzelki i laseczniki.

33) Dotychczas nie da się napewno oznaczyć, jak często zdarza się w gruczołach zserowacenie, nie należące do gruźlicy, t. j. nie zawierające laseczników.

34) Gruczoły gruźlicze najlepiej jest wycinać nożem. Wyskrobanie rozmiękłych gruczołów jest niewystarczającym, zgrubiała bowiem torebka oraz zakażone sąsiednie gruczoły zawierają gruzelki i dają powód do powrotów choroby.

35) Dalsze spostrzeżenia rozstrzygnąć będą mogły, czy arsenik, używany do wewnątrz, jest skuteczny przy obrzmieniu gruczołów chłonnych.

B. Uwagi ogólne.

36) Gruźlica natura danego cierpienia nie ulega wątpliwości, jeśli szczerpienie daje wynik dodatni, jeśli znajdujemy laseczniki swoiste, oraz jeśli przy badaniu anatomicznem wykazać się daje w chorych tkankach znane zmiany w ich budowie. A właśnie wszystkie te trzy dane znajdujemy w chorobach wyżymienionych.

37) Gruźlica szerzy się rozmaitemi drogami i różnemi sposobami:

a) przez rozrost początkowego ogniska;

b) przez to, że jad gruźliczy (*bacille*) wkraczają z pierwotnego ogniska do dróg chłonnych. Jestto sposób prawdopodobnie nieskończenie częsty, prawie normalny; nie prowadzi on do uogólnienia (*generalisatio*) dopóty, dopóki gruczoły chłonne zatrzymują bodziec chorobny, a nawet widocznie go w wielu razach niszczą. Znaczenie gruczołów chłonnych jako przyrządów ochronnych oraz sączków (*filtrum*) przy miejscowych sprawach zakaźnych nie jest dostatecznie ocenione. Nawet wtedy, gdy gruczoł zostaje zakażony gruźliczo, daleko jeszcze do upowszechnienia choroby, w razie bowiem gdy zarazek dalej się przedostanie, zostanie zatrzymany przez który z dalszych gruczołów. Uogólnienie następuje po zajęciu ostatniego gruczołu na drodze między chorą częścią i prądem krwi.

c) przez dostanie się jadu gruźliczego do worka surowiczego z sąsiedniego ogniska gruźliczego; dalsze szerzenie przychodzi do statku bądź zapomocą płynu znajdującego się w worku (maż, wysięk i t. d.), bądź przez przesuwanie się ścian worka podczas ruchów czynnościowych sąsiednich części. Niebezpieczeństwo jest w stosunku do wielkości i ważności worka, od jego urządzeń limfatycznych, oraz od tego, jak szybko ścianki zdołają wytworzyć ziarninę, któraby się stała tamą dla dalszego szerzenia się sprawy.

d) przez zanieśenie jadu gruźliczego lub produktów ropienia i rozpadu zawierających ów jad do kanałów i jam wysłanych wprawdzie błoną śluzową, lecz w których jad albo zastawa się (*stagnatio*) albo też ma do przejścia na zewnątrz ustroju dłuższą drogę, na której stykając się z błoną śluzową zaraża ją (np. oskrzela).

e) przez dostanie się jadu do naczynia żylnego, lub chłonnego wprost otwierającego się do naczynia krwionośnego, poczem następuje rozpowszeczenie, ostrą ogólną gruźlicą prosówkową.

38) Wrażliwość na jad gruźliczy u człowieka ogranicza się do pewnych osobników, a u tych ostatnich do pewnych okresów życia oraz pewnych narządów i tkanek.

39) Wrażliwość tę nawet w formach chorobowych, z którymi ma chirurg do czynienia, otrzymuje się zazwyczaj drogą dziedziczności. Materiał szpitalny mało nadaje się do statystyki w tym względzie, z powodu że niższe warstwy ludności mało co wiedzą o stanie zdrowia swoich krewnych.

40) Cierpienie gruźlicze bardzo często występuje naraz w kilku miejscach:

a) raz dlatego, że przy pierwszym zaraz przedostaniu się jadu do ustroju, takowy zatrzymał się w rozmaitych miejscach, (np. przy *Spina ventosa* kilku palców). Mniej uwagi zwrócił na siebie sposób zakażenia, przy którym ostre najście (*invasio*) gruźlicy kilku napadami jeden po drugim zjawia się w rozmaitych narządach i tkankach u zdrowych dotychczas osobników.

b) to znów dlatego, że zakażenie miało miejsce po kilkakroć w różnych porach u jednego i tego samego chorego (chory np. w młodości cierpiał na opuchnięcie gruczołów chłonnych, w okresie dojrzewania dostał zapalenia kolana, a w trzydziestym roku umarł na suchoty).

41) Niema zatem żadnej podstawy w przypadkach gruźlicy z wieloma ogniskami uważać świeższe za pochodzące od dawniejszych przez autoinfekcję i cierpieniem kości oraz stawów nadawać znaczenie metastatyczne, przertutowy bowiem charakter stwierdzony został jedynie dla umiejscowień ogólnej gruźlicy prosówkowej.

42) Usunięcie drogą operacyi ogniska gruźliczego oczywiście uniemożliwia wybuch gruźlicy ogólnej, oraz zapobiega dalszemu szerzeniu się choroby na dalsze gruczoły chłonne, lecz nie może zapobiedz ponownemu pojawieniu się choroby na innych miejscach i nie wyklucza suchot płucnych.

43) Miejscowe powroty po operacyi w ranie nie zależą od konstytucyi chorego, od jego usposobienia gruźliczego, lub zółzowatego, jak sobie zazwyczaj wyobrażają; zależą one wyłącznie od tego, że operacyja nie była czystą, że nie wszystko, usunięto co było gruźliczem. Po amputacyi w zdrowych częściach, nie bywa recydyw nawet u ludzi z posunięciem daleko suchotami; owszem w takich razach suche tkanki wychudłych członków goją się szczególnie łatwo *per primam*. Nigdy też u skrofulicznego dziecka, lub u suchotnika po amputacyi z powodu uszkodzenia (*trauma*), po wyluszczeniu tłuszczaka, lub po zranieniu nie widział V., aby granulacyje stawały się grzybowatemi, aby dołączała się do rany gruźlica, choć rana nieraz potrzebowała kilku miesięcy do zupełnego zagojenia się.

44) Mimo to powodem znacznej większości wszystkich cierpień gruźliczych kości i stawów bywa trauma, lecz nie ciężkie rany, ale lżejsze uszkodzenia, stłuczenia, wykręcenia, które u osób niewrażliwych na jad gruźliczy, nie pociągają żadnych następstw.

Można przypuścić, że po cięższym uszkodzeniu (złamanie, duża rana i t. d.) energija sprawy odnowy i odczynowej jest tak znaczna, iż nie dozwala rozwoju zarodników gruźlicy. Tymczasem naodwrot, lżejsze uszkodzenia, wywołujące wylew krwi w sub. gąbczastej, lekki wysięk w błonie maziowej, w każdym razie pewne zmiany w odżywianiu tkanek, przygotowują przyjazny grunt dla rozwoju laseczników.

45) Ważnem dla chorego jest pytanie, o ile ropienie bywa następstwem laseczników samych przez się, a o ile rozmiękczenie i zropienie ognisk gruźliczych ułatwia dostęp substancyj gnilnych. Uderzającą jest prawidłowość, z jaką owrzodzenie i rozmiękczenie stale towarzyszy gruźlicy płuc i jelit w zestawieniu z nadzwyczajnie częstym przebiegiem gruźlicy kości i stawów bez ropienia przez całe lata.

46) Pod względem umiejscowienia ognisk w różnych narządach, okolicach i tkankach, przedstawia gruźlica wielkie różnice u dzieci i u dorosłych; tak samo pod względem wyleczalności i niebezpieczeństwa dla życia. Tak np. *spina ventosa* zdarza się tylko u dzieci, gruźlica st. barkowego prawie tylko u dorosłych. Wyzdrowienie nieskończenie łatwiejszem jest w wieku dziecięcym. Najcięższe i połączone z bardzo rozległym spustoszeniem ropienie gruźlicze stawów i kości samoistnie się goją u dzieci.

Chirurgija zachowawcza ma tu szerokie pole przed sobą; u dorosłego pozostaje tylko usunięcie chorej części, czasami tylko amputacja. Gruźlica kości i stawów u dzieci ogranicza się częściej. Obszerne zropienie całego napięstka (*carpus*), tak często spostrzegane u dorosłych, prawie się nie zdarza u dzieci. Jeśli zdarzy się u dziecka rzadki przypadek zropienia stawu przedramienia-napięstkowego to sprawa ogranicza się do właściwego stawu (*art. carporadialis*).

Wszystkie znane Volkman'owi przypadki u młodszych dzieci zakończyły się wyzdrowieniem po przedrenowaniu lub wyskrobaniu. W okresie dojrzewania pogorsza się rokowanie. Gruźlice narządów zewnętrznych u dzieci bez porównia rzadziej wikała się z suchotami, niż u dorosłego.

47) Spór co do tożsamości gruźlicy z zółzami nie jest jeszcze zakończony. W jednym przypadku ekcemy na ramieniu znalazł Volkman w zeszkrobanej masie naskórka laseczniaki gruźlicze. Następnie należałoby zbadać, o ile zółzy wywołują zapalenia przewlekłe, rozrosty i zmiany tkanek wogóle, które przygotowują przyjazną glebę dla jadu gruźliczego.

Należy też dodać, że nieraz w tym sporze stawiają pytania nielogiczne. Pod terminem *tuberculosis* mają na myśli sprawy miejscowe, pod terminem zaś *scrophulosis* raczej pewną, co do istoty nieznaną nieprawidłowość w budowie i w odżywianiu, pewne szczególne usposobienie, dyjatezę, odziedziczoną skłonność, która po większej części jest identyczną z dyjatezą gruźliczą. Nie można nazwać gruźliczym osobnika, który przy najszczegółowszem zbadaniu nie przedstawia żadnego zboczenia od normy i żadnych zmian miejscowych, lecz zółzowatym jest dziecko, nawet kwitnące i zupełnie zdrowe, ale które już przeszło pewną liczbę chorób, zaliczanych do grupy zółzów, lub gdy jego rodzeństwo chorowało na te choroby lub na gruźlicę.

48) Niewątpliwą jest rzeczą, iż pewne leki, stosowane miejscowo, wywierają pewien zbawienny, być może swoisty wpływ (np. rtęć, szara maść—przy wilku) lecz potrzebne są dalsze badania w tym względzie. Na uwagę zasługują oprócz rtęci: jodoform, jod, arsenik, kwas mleczny i t. d.

(*Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XIV*
Zjazd. 1885 r.)
Wł. Matlakowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W tych dniach wyszło naszym nakładem trzecie z kolei dzieło, a mianowicie **Psychijatria D-ra Rotheho.**

Nie możemy w tem miejscu, z łatwo zrozumiałego powodu, wdawać się w obszerną ocenę pomienionej pracy; pozostawiamy to innym pismom lekarskim. Niepodobna nam wszelako nie wyrazić naszego przeświadczenia, iż uczyniliśmy wybór pożyteczny i potrzebny dla ogółu lekarzy. Zresztą sam autor, wytrawny znawca swego przedmiotu i gorliwy pracownik na niwie psychijatrii, stanowi pod tym względem dostateczną rękomiję. Przekonani też jesteśmy, że Szanowni Koledzy szczerze poprą nasze usiłowania, od czego zależy los dalszego wydawnictwa dzieł lekarskich.

Bazylea. Trzeci kongres międzynarodowy otologii w Bazylei ogłasza następujący konkurs:

1. Baron Leon de Lenval z Nicei ofiaruje sumę 3000 fr., jako nagrodę za najlepsze zastosowanie zasad mikrofonicznych do budowy łatwo przenośnego przyrządu, mogącego poprawić słuch chorych.

2. Przyrządy, których autorowie mają zamiar ubiegać się o powyższą nagrodę, powinny być nadesłane przed datą 31 Grudnia 1887 r. do jednego z podpisanych niżej sędziów, obranych na żądanie Barona Leona de Lenval przez III kongres międzynarodowy otologii.

3. Do konkursu dopuszczone będą jedynie instrumenty zupełnie wykończone. Przy ocenie ich zwróconą będzie uwaga na dokładność wykończenia, na należyte zachowanie praw fizyki, a nade wszystko na to, czy dany przyrząd w istocie poprawia słuch chorym.

4. Ogłoszenie wyniku konkursu, jak również wręczenie nagrody, będzie miało miejsce na IV kongresie międzynarodowym otologii, mającym się odbyć w Brukseli we Wrześniu 1888 r.

5. Jeżeli żaden z przyrządów nagrodzonym nie będzie, w takim razie członkom sądu służy prawo ogłoszenia nowego konkursu w 1888, aż do czasu zebrania się następnego kongresu międzynarodowego otologii.

Członkami sądu są:

Prof. Dr. E. Hagenbach-Bischoff, przewodniczący, Bazylea (Missionsstr. 20).

Dr. Benoit, Warszawa (Bracka 16).

Prof. Dr. Burckhardt-Merian, Bazylea (42, Albanvorstadt)

Dr. Gellé, Paryż (20, Avenue de l'Opéra),

Prof. Dr. Adam Politzer, Wiedeń (I Gonzagagasse 19).

Bruksella. Tutejsze „Société royale de médecine publique de Belgique“ od r. 1880 urządza corocznie ogólne zebrania wszystkich lekarzy belgijskich. W r. b. posiedzenie takie odbyło się między 26—30 Sierpnia, na którym, za pozwoleniem protektora Towarzystwa króla Belgów Leopolda II, była rozpatrywana kwestyja: „Jakie są przy obecnym stanie epidemjologii najpraktyczniejsze sposoby profilaktyki międzynarodowej dla zwalczenia zaraz, specjalnie w Belgii.“

Marburg. Prywatny docent Dr. M. Rubner, asystent prof. Voit'a w Monachjum, mianowany został profesorem nadzwyczajnym i kierownikiem świeżo tu założonego Instytutu higienicznego.

Neapol. Tutejszy prof. Rummo, który przesiedział kilka tygodni w Hiszpanij, gdzie studyjował szczepienie cholery sposobem Ferran'a, powrócił tu w tych dniach, i przywiózł ze sobą 4 cylindry szczepionki cholery. Władze miejskie, gdy się o tem dowiedziały, skonfiskowały przywieziony płyn i zabroniły z nim doświadczeń.

Rzym. Od 14—19 Września r. b. odbywał się w Perugii II kongres „Associazione Medica Italiana“.

Marsylja - Tulon. Od kilku dni pojawiają się tu przypadki cholery.

Würzburg. Na katedrę, po powołanym do Berlina Gerharden'zie, powołany został prof.

Leube.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski Nr. 35. Zaleski. Ilość i własności żelaza narządów w jednym przypadku cukromoczu (*diabetes mellitus*). *Wiczko wski.* Doświadczenia nad antypyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materji. — *Ślósarezyk.* Ciężkie uszkodzenie wśród szczególnych męczarni.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Prospekt na dzieło: Alfreda Daniell'a; „Zasady fizyki“.

OD WYDAWCY ROCZNIKA MEDYCyny POLSKIEJ.

Z powodu nowej numeracyi domów, upraszam pp. Kolegów zamieszkałych w Warszawie, o nadesłanie swoich adresów, najpóźniej do dnia 1 Października r. b. do Redakcyi tegoż Rocznika, Nowogrodzka 26.

3—2

Dr. J. Rogowicz.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIIA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—28

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

można nabyć zyciorys

Professora D-ra H. Hoyera.

napisany przez

D-ra Wł. Matlakowskiego

(st. LXXVI i portret prof. H.)

Jest to osobne odbicie zyciorysu z „Księgi Pamiątkowej“ ofiarowanej prof. H. przez współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Zewnętrzna strona wydania (druk, papier i ozdoby) jest taka sama jak w „Księdze“. Cena rubli trzy.

0—3