

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## Znaczenie kreozotu w leczeniu suchot płucnych.\*)

Dr. Med. O. Hewelke.

Zamiarem niniejszego odczytu jest wywołanie dyskusji nad stosowaniem, względnie nad pożytecznością stosowania kreozotu i jego pochodnych w leczeniu gruźlicy.

Dzięki entuzjastycznym głosom zwolenników tych środków o ich niemal specyficznej skuteczności w suchotach stosowanie kreozotu, gwajokalu i t. p. przyjmuje coraz szersze rozmiary. Szczególniej w praktyce uboższej i ambulatoryjnej środek ten przepisywany jest *larga manu* jako uznany specyfik.

Nie brak wprawdzie i zdań chłodniejszych, a nawet ze strony teoretyczno-doświadczalnej zaprzeczano kreozotowi wszelkiego wpływu na laseczniki gruźlicze. Te jednak pojedyncze głosy nie są w stanie powstrzymać rozpędu z jakim stosowanie kreozotu wciąż postępuje. W naszej literaturze kwestyja ta była poruszana i nawet gruntownie, tak, że odnośne prace uważam za najbardziej miarodajne w tym względzie, o ile jednak mogłem się przekonać z rozmowy z wielu kolegami warszawskimi, zdania co do niej są tak podzielone, że zdaje mi się, że nie będzie zbyt cennym znówu ją poruszyć.

Niewątpliwie, że w chorobie takiej jak suchoty, przewlekłej, zmiennej w przebiegu, zależnie od najrozmaitszych (często dla nas nieuchwytnych) wpływów, bądź to w samym chorym, bądź zewnątrz niego leżących, ocena skuteczności pewnego środka jest

---

\*) Odczyt w Warsz. Tow. Lek. 17 paźdz. 1893.

niezwykle trudną. Jeżeli dołączymy: nieustalenie się dawek środka, niejednostajność jego składu, a wreszcie apriorystyczne poglądy obserwujących — to różnice w poglądach spostrzegaczy: entuzjazm jednych, a negacja drugich, staną się łatwo zrozumiałymi.

Wydaje mi się jednak ta kwestyja nazbyt ważną, zarówno ze względu na dobro chorych jak i moralną odpowiedzialność lekarza, by ją nadal pozostawić w tym trybie, jakim dziś kroczy. Mam nadzieję, że może wspólnem tu roztrząśnięciem wyników otrzymywanych przy stosowaniu kreozotu u suchotników uda się nam określić, czego się można odeń spodziewać, względnie, określić dlań ściślejsze wskazania, w niedostatecznym wyrobieniu których leży zapewne główna przyczyna panującej różnicy sądów.

W tym celu zebrałem z literatury liczne zdania i sądy o kreozocie, zarówno ze strony praktycznej jak i teoretycznej, które wraz z kilku własnymi spostrzeżeniami (Sz. panom) jako punkt wyjścia dla dyskusyi podaję.

Co się tyczy teoretycznych podstaw, na jakich opierano się przy stosowaniu kreozotu w leczeniu gruźlicy, to dotąd podawano następujące:

1) Antyseptyczne własności tego środka, znane dobrze już jego wynalazcy Reichenbachowi (1832), dla których właśnie otrzymał swą nazwę (κρέας—mięso, σωξω ratuje, ochraniam).

Guttman zbadał je odnośnie całego szeregu pasorzytów, między innymi i odnośnie lasecznika gruźliczego. Okazało się, że żaden z 18 badanych gatunków (Staph. aureus, albus, bac. typhi. cholerae, septic, comabacillus z jamy ustnej Müllera etc.) nie może się rozwijać, jeżeli do gleby hodowlanej dodano kreozotu w stosunku 1 na 2,000. Przy 1 na 4,000 laseczniki gruźlicze rozwijają się daleko wolniej. (Podobne doświadczenie nad 32 drobnoustrojami przeprowadził J. Rosenthal i przyszedł do podobnych wyników: 16 z badanych gatunków zamierało przy obecności kreozotu 1 na 3,000, 5 przy 1 na 1,000, reszta przy 1 na 500, nad lasecznikami gruźliczemi nie robiono doświadczeń. Berl. kl. Woch. 1888, 32, 33). Na tej podstawie twierdził Guttman, że jeżeliby udało się wprowadzić dostateczną ilość kreozotu do krwi, rozwiązanie teorapji suchot byłoby osiągniętem. ilością taką u człowieka wagi 60 kilogr. byłby 1 grm. kreozotu krążący we krwi, wtedy bowiem krew (obliczając według <sup>1</sup>/<sub>13</sub>



wagi—4615 grm.) przedstawiałaby roztwór kreozotu 1 na 4,000, nie sprzyjający rozwojowi laseczników gruźliczych.

Twierdzenie to, wypowiedziane w latach gdy za największą dawkę na dobę uważano 0,5 grm. kreozotu, mogło mieć cień prawdopodobieństwa. Obecnie jednak, gdy na dobę podają 4 do 6 grm. kreozotu, nie wstrzymuje ono krytyki wobec danych z praktyki. Ze strony teorii dodam tu tylko, że gruzelki i masy serowate nie są unaczynione, i że zatem wpływ rozpuszczonego we krwi środka, choćby nawet zabójczego dla laseczników, nie może ich osiągnąć. Wprawdzie odbywają się tu niezawodnie prądy endosmotyczne, o charakterze nam jeszcze zupełnie nieznanym, którei cząstki wprowadzonych leków mogłyby dojść do ognisk serowatych. W danym jednak razie kwestyję tę ostatecznie rozstrzyga fakt, dowiedziony doświadczalnie przez Seiferta i Holschera, iż krew zwierząt, które nasycono gwajakolem (królikowi do 15 grm. na dobę), nie posiada żadnych antyseptycznych właściwości. Upřednio Pointcaré spostrzegął, że krew zwierząt oddychających przez długi przeciąg czasu atmosferą kreozotu nie gnije, a zasycha i na suchym skrzepie tylko bardzo późno rozwijają się grzybki—spostreżenie to jednak co do siły przekonywującej chyba nie może się równać z doświadczeniem S. i H.

Ja sam też, zajmując się bakteriologicznem badaniem krwi suchotników ze względu na kwestyję zakażeń mieszanych, przekonałem się na drodze hodowli niejednokrotnie, że krew suchotników zażywających stale dość znaczne ilości kreozotu (30 do 45 kropli dziennie, 0,75 grm. podskórnie) zawiera nieraz drobnoustroje zdolne do życia i rozwoju. U jednego chorego, któremu przez kilka dni z rzędu zastrzykiwałem po 2 przeszło gramy gwajakolu, udało mi się również wyhodować ze krwi jakiś bliżej nieokreślony gatunek koków.

2) Pointcaré <sup>1)</sup>, który poddawał zwierzęta przez dłuższy przeciąg czasu (1—2 lat) wpływowi atmosfery nasyconej parą kreozotu, po zabiciu zwierząt znajdował obfity rozrost tkanki łącznej w ośrodkach nerwowych, wątrobie, nerkach i płucach.

---

<sup>1)</sup> Cytowany w pracy W. Th. Buszujewa: K woprosu o lieczeniu czachotki kreozotom, Wracz. 51—52, 1887. Oryg. w Annales d'hygiene 1883 otrzymać nie mogłem.

Na tej podstawie <sup>1)</sup> Chrostowski i Wisłocki (choć mylnie przypisują spostrzeżenie powyższe Mignet'owi) idą dalej i twierdzą, że krezot może „przyczynić się do przejścia choroby w postać włóknistą, dającą lepsze rokowanie“. Wniosek ten uważamy za zbyt pośpiesznie wyprowadzony, ponieważ niema dotąd spostrzeżeń, aby analogiczny proces rozwijał się u ludzi leczonych krezotem, a wreszcie i dla tego, że ci sami autorzy przychodzą dalej do konkluzji, że krezot nie nadaje się do stosowania w postaci włóknistej suchot, co oczywiście nie zgadza się z wyżej przez nich postawioną hipotezą.

3) Dalej, Klemperer <sup>2)</sup>, odmawiając krezotowi swoistego wpływu na sprawę gruźliczą, twierdzi, że dobre wyniki dające się w samej rzeczy spostrzegać przy stosowaniu tego środka u suchotników—zależą od pobudzenia apetytu, jakie krezot sprawia, drażniąc błonę śluzową żołądka i pobudzając ruchomą czynność żołądka, zwykle u tych chorych upośledzoną.

Przeciw temu twierdzeniu powstają inni autorzy (F. Holscher, Seifert, Sommerbrodt) wskazując, że apetyt zwiększa się i u chorych, którym krezot lub gwajakol wstrzykiwano podskórnice (co zaznaczone i w mojej obserwacji) i że ten sam objaw występuje przy stosowaniu węglanu gwajakolu, który nie wywiera miejscowego drażniącego działania. Że więc zwiększone łaknienie jest zjawiskiem następczem, wynikiem poprawy ogólnego stanu, wskutek swoistego wpływu na sprawę gruźliczą, a nie odwrotnie.

4) Wreszcie w roku ubiegłym Holscher i Seifert wystąpili z nową hipotezą działania krezotu. Autorzy ci twierdzą, jak już wspomniałem wyżej, że krew zwierząt którym zastrzyknięto gwajakol, nie posiada przeciwnilnych własności, że ciało to łączy się we krwi z białkiem, w połączenia jeszcze bliżej nie określone, nie posiadające żrących własności; łącznikiem ma tu być cząsteczka siarki białka. W dalszym ciągu złożone to ciało rozpada się, białko utlega utleniu, gwajakol wydziela się zaś w postaci złożonych eterów kwasu siarczanego. We krwi

<sup>1)</sup> B. Chrostowski i K. Wisłocki: O stosowaniu krezotu w ławatywach u suchotników. Gaz. Lek. 1892, 35—36.

<sup>2)</sup> Klemperer: Über die Dyspepsie der Phtisiker. Berl. kl. W. 1889, Nr. 11.



zawierającej ciała białkowe anormalnie tam znajdujące się (a szkodliwe dla ustroju), np. białkowe wytwory życia drobnoustrojów, o składzie mniej stałym i łatwiej wchodzącym w połączenia (labil)—gwajakol łączy się przedewszystkiem z temi ciałami i tworzy związki nieszkodliwe dla ustroju, które potem ulegają łatwiej utlenieniu i wydaleniu z ustroju.

Pogląd Seifert'a i Holscher'a, przypominający myśli ogłoszone dawniej przez A. Robin'a odnośnie leczenia gorączek <sup>1)</sup>, ma cechy racjonalności, aczkolwiek nie wykracza z dziedziny hipotez. Odmawia ona kreozotowi specyficznego wpływu na laseczniki gruźlicze, ale przypuszcza specyficzne powinowactwo do tych toksalbuminów, które wytwarza lasecznik gruźliczy. Według tego poglądu kreozot nie leczy więc właściwie gruźlicy, zapobiega tylko niektórym złym jej następstwom—o ile te dotyczą krwi. Na sprawę w płucach oczywiście więc wpływu nie wywołuje—i powinien być zatem chyba stosowanym bez końca, dopóki sprawa w płucach nie zostanie zatrzymana na innej drodze.

Hipoteza Seifert'a i Holscher'a znalazła aprobatę w pracy wspomnianej Chrostowskiego i Wisłockiego, którzy nawet przytaczają ze swej obserwacji fakt, jakoby przemawiający na jej korzyść. Mianowicie autorzy ci widzieli, że w razie szybkiego wchłaniania się większych ilości kreozotu w moczu zjawiało się zielone lub ciemne zabarwienie, jedynie jednak tylko u chorych niegorączkujących. Zjawisko to Ch. i W. tłómaczą tem, że kreozot, nie napotykać we krwi tych chorych dostatecznej ilości toksalbumin gruźliczych, z któremi mógłby się połączyć, działa niszcząco na czerwone krążki krwi—następstwem czego jest przechodzenie barwnika krwi do moczu, zabarwionego wtedy na ciemno. To samo następuje, jeżeli choremu gorączkującemu wprowadzić zbyt duże (względnie do hypotetycznej ilości w krwi jego krążących toksalbuminów) dawki kreozotu.

Wynikałoby z tego faktu wskazanie dla stosowania kreozotu—aż do nasycenia, do otrzymania właśnie tego ciemnego zabarwienia, świadczącego, że wszystkie szkodliwe ptomainy zostały zobojętnione, Z tem jednak nie zgadza się znów spostrzeżenie autorów, bo właśnie chorzy, u których zabarwienie wystę-

---

<sup>1)</sup> A. Robin: Traitement des fièvres et des états typhoides par la methode oxydante et eliminante. Arch. Gener. de Medecine. 1888.

powało, którzy więc dosyć otrzymywali kreozotu w myśl hipotezy S. i H., nie poprawiali się.

Zresztą autorzy nie mówią, na jakiej podstawie dochodzą do przekonania, że kreozot, nie znajdując we krwi dosyć toksalobominów, atakuje białko czerwonych ciałek, powodując ich rozpad. Ciemne bowiem zabarwienie moczu, na którym opierają się, zależy według panujących pojęć (Baumann i Preusse) zależy nie od barwnika krwi, a od produktów utlenienia gwajakolu, hydrochinonu ( $C_6 H_6 O_2$ ), wydzielającego się w moczu w połączeniu z kwasem siarczanym.

Z doświadczalnych poszukiwań nad wpływem kreozotu na gruźlicę wiadome mi są zaledwie cztery prace i to dwie z nich tylko z referatów. Mianowicie C. Sormani i Pellacini pomieszczali króliki i morskie świnki w atmosferze, w której rozpylali płwocinę i kreozot; u zwierząt tych rozwijała się gruźlica prosówkowa. Còre i Simon przyszli do ujemnych co do rozwoju gruźlicy wyników przy zastrzykiwaniu gruźliczej płwociny rozmieszanej z kreozotem; jeżeli jednak po zaszczepieniu gruźliczej płwociny zastrzykiwali zwierzętom kreozot—nie byli w stanie uchronić ich od rozwoju sprawy.

Cornet przeprowadził szereg doświadczeń nad wpływem kreozotu na morskie świnki, którym zaszczepiono gruźlicę i przyszedł do wniosku, że środek ten żadnego wpływu na laseczniki Koch'a nie wywiera. Wreszcie A. Albu <sup>1)</sup> wykazał na królikach, że płwocina osób zażywających bardzo wiele kreozotu nie traci swej jadowitości, a zaszczepiona zwierzętom wywołuje gruźlicę. Widać zatem, że strona teoretyczna doświadczalna nie przemawia na korzyść kreozotu, jako środka specyficznego przy gruźlicy.

Przechodząc do strony praktycznej przedmiotu zaznaczę, że kreozot wprowadzano do ustroju w najrozmaitszych postaciach i bardzo różnemi drogami. Odnośni autorzy zaznaczają zalety tej lub innej metody, wspomnę jednak o nich przygodnie tylko, nie robiąc osobnej klasyfikacji, dla ogólnego bowiem celu i oceny działania kreozotu drugorzędną jest okolicznością jaką drogą dostawał się on do ustroju.

Najczęściej podawano kreozot do wewnątrz „per os“, bądź

---

<sup>1)</sup> A. Albu: Klin. et exp. Beiträge z. Kreozothbehandlung d. Lungentuberkulose. Berl. kl. W. 1892, 51. Zeit. f. Hygiene I, V.



to rozpuszczony w winie, tranie, spirytusie, T-ra gentianae etc wreszcie z wodą nasyconą kwasem węglowym (J. Rosenthal <sup>1</sup>), bądź w postaci pigułek i kapsulek. Dalej w zastrzykiwaniach podskórnych, lawatywach, przez wdechanie wprost lub nasycając nim zgęszczone powietrze, nareszcie przez zastrzykiwanie do tchawicy.

Prace dotyczące leczniczego wpływu kreozotu na suchoty płucne pochodzą głównie z ostatnich 6 lat i punktem ich wyjścia są przeważnie obserwacje Bouchard'a i Gimbert'a z r. 1877. Wiele z nich już uwzględniono w naszej literaturze, bądź to w pracy Sędziaka <sup>2</sup>), bądź w artykule Chrostowskiego i Wisłockiego <sup>3</sup>)—o tych więc wspomnę w krótkości. Dodam tu w ogóle, że w tym szeregu prac mało jest materiału dla wyciągnięcia obiektywnego, krytycznego sądu. W większości dowody faktyczne są podawane tak, że mało mają znaczenia dokumentalnego, np. gołe cyfry, same dodatnie wyniki, zbyt ogólnikowe określenia i t. p.

1) Bouchard i Gimbert podawali kreozot w maladze albo w tranie w ilości 0,2 do 0,4 dziennie w ciągu  $\frac{1}{4}$  do roku. Obserwacyi 93, z tego

27 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	wyleczenia
30 „	poprawy
19 „	bez rezultatu
23 „	śmierć.

Zauważono u 31 chorych podniesienie się wagi ciała, która u żadnego z leczonych nie spadła w trakcie podawania kreozotu. Za przeciw-wskazanie do *leczenia kreozotem uważają autorzy przypadki ostre.*

2) O. Fraentzel <sup>4</sup>) stosował kreozot w ciągu 10-u lat od 1877 do 1887. Wybierał do leczenia kreozotem tylko chorych *nie*

<sup>1</sup>) J. Rosenthal: Uber Anwendung des Kreosot b. Tuberculose in Form e. Mineralwassers. Berl. kl. Woch. 1888. 32, 33.

<sup>2</sup>) J. Sędziak: O leczeniu suchot płucnych kreozotem. Gaz. Lek. 1888.

<sup>3</sup>) B. Chrostowski i K. Wisłocki: O stosowaniu kreozotu w lewatywach u suchotników. Gaz. Lek. 1892. 35, 36.

<sup>4</sup>) Uber den Gebrauch d. Kreosots b. Lungentub. Berl. kl. W. 1887, 14.

*gorączkujących, niezbyt wyniszczonych* (takich zaś rocznie na 400 chorych suchotników mógł znaleźć zaledwie 15). Chorych tych trzymano w osobnych salach, dobrze przewietrzanych. Zauważono znaczną podwyżkę wagi, polepszenie apetytu i stanu ogólnego, zmniejszenie ilości płwociny—choć bez zmniejszenia liczby laseczników. Dziennie dawano 0,5. Zdarzały się dość często zaburzenia ze strony kanału pokarmowego, rozwolnienie, nudności. U cięższych chorych poprawy nie bywało. Próby z inhalacją kreozotu nie dały dobrych wyników.

3) W. Lubliński <sup>1)</sup> obserwował 400 chorych, 210 dłużej niż rok. Radzi podawać kreozot *we wczesnym okresie*. Ze 116 chorych leczonych ambulatoryjnie miał 12 wyleczeń, 24 razy znaczną poprawę, u 82 nie było poprawy.

Przy gruźlicy krtani od ogólnego leczenia kreozotem poprawy nie było, za to pendzlowanie roztworem 1 na 100 dawało stałe zagojenie owrzodzeń.

Podawano do 0,5 dziennie.

4) Według C. M. Hopmann'a <sup>2)</sup> Kreozot z T-ra Gentianae w ilościach 0,6 do 0,9 dziennie chorzy znoszą bardzo dobrze; zauważono dobre wyniki na licznym materyjale. *W ostrzych postaciach*, jak również w rozwolnieniach gruźliczych wpływu niema. Na wrzody w krtani bezpośrednio kreozot nie działa, ale przynosi ulgę—jakby narkotyzując. Powiększenie wagi ciała było prawie powszechnie spostrzegane, również jak i poprawa apetytu; środek ten często znosi dyspeptyczne objawy, tak nieprzyjemne u suchotników.

5) Driver <sup>3)</sup> podawał większe ilości kreozotu, do 0,7 na dobę, i widział dobre wyniki, głównie poprawę apetytu, zniesienie nieprawidłowych fermentacyj w żołądku.

Autor ten sądzi, że bezpośredniego wpływu kreozot na sprawę w płucach nie wywiera, a tylko przez poprawę stanu ogólnego, następującą w skutek zaostrenia apetytu. Wyjątek stanowią przypadki gruźlicy, rozwijające się na tle t. zw. scrophulosis torpida, tu poprawa następuje widocznie, jakby pod specyficznym wpływem.

<sup>1)</sup> W. Lubliński. Zur Kreosotbehandlung d. Lungen, und Kehlkopftuberculose Deut. Med. Woch. 1887, 38.

<sup>2)</sup> C. M. Hopmann: Kurze Bemerkung zu d. Frage grosser Kreosot-dosen b. Kehlkopf u. Lungenschwindsucht. Berli. kl. W. 1887, 52.

<sup>3)</sup> Driver: Zur Kreosottherapie Berl. kl. Woch. 1888, 35.



6) P. Kaatzer <sup>1)</sup> obserwował działanie kreozeptu u 160 chorych przez dłuższy (do paru lat) przeciąg czasu i miał do 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> zupełnego wyleczenia, a 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> bardzo znacznej poprawy. Nie należy tylko spodziewać się poprawy w każdym przypadku, nie ma jej przy daleko posuniętych zmianach. Na rozwolnienie wpływu nie zauważono.

7) J. Rosenthal <sup>2)</sup> jako wskazanie do stosowania kreozeptu uważa *początkowe stany oraz skrofulozę*. Krwawienia nie stanowią przeciwwskazania, ponieważ, jak wskazują prace doświadczalne (Um-methan. Göttingen 1870), kreozept zwiększa krzepliwość krwi. Stosował on omawiany środek w wodzie nasyconej kw. węglowym. Wyniki zachęcające.

8) Dor <sup>3)</sup> zastrzykiwał kreozept rozpuszczony w oliwie do tchawicy zapomocą specjalnej strzykawki w ilości 2 c. sz.

Jeżeli płyn dostanie się poniżej krtani nie ma prawie żadnego odczynu (kaszlu etc.) W dwudziestu obserwacyach otrzymano:

2	razy	wyleczenie
5	"	znaczną poprawę
8	"	nieznaczną poprawę
2	"	bez poprawy
3	"	pogorszenie.

Autor przekonał się na zwierzętach, że olej kreozeptowy dostaje się tą drogą do pęcherzyków płucnych, tu zaś pozostaje dłuższy czas (do 15 dni) nie wchłoniętym — może więc wywierać antyseptyczne działanie. Wstrzykiwanie robiono 2 razy dziennie przez dłuższy przeciąg czasu (miesiące). Poprawy spodziewać się można tylko dopóki nie ma jam. Autor twierdzi, że daje się zauważyć prosta proporcja pomiędzy ilością zużytego kreozeptu i trwaniem leczenia a przybytkiem na wadze.

9) J. Sędziak, <sup>4)</sup> zdając sprawę z obserwacji nad 175 suchotnikami leczonymi kreozeptem w oddziale A. Sokołowskiego, przycho-

<sup>1)</sup> P. Kaatzer: Zur Kreozeptbehandlung d. Bacillären Phtise. Berl. kl. Woch. 1888, 11.

<sup>2)</sup> J. Rosenthal: l. c.

<sup>3)</sup> Dor: Des injections intra trachéales d'huile créosotée. Rev. de Med. 1889 i 1890.

<sup>4)</sup> J. Sędziak. O leczeniu suchot płucnych kreozeptem Gazeta Lek. 1888. N 7 i 8.

dzi do następujących wniosków: Kreozot działa mniej lub więcej pomyślnie w suchotach płucnych, gdyż można było stwierdzić mniejszą, lub większą poprawę w 42<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Najskuteczniejszym środkiem ten okazał się w początkowych okresach (60<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), widziano jednak poprawę i w dalej posuniętych przypadkach — 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przy poczynającym się rozpadzie; nie było jej zaś w daleko posuniętych przypadkach, chociaż i tu niekiedy otrzymywano dobre rezultaty (poprawę).

Na powikłania kiszkowe, mózgowie, wpływu dodatniego nie zauważono; podobnież i na gruźlicę krtani. Ogólny stan chorych poprawiał się widocznie (45<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) ilość płwociny zmniejszała się znacznie kanał łagodniał. Chorzy wogóle dobrze znosili kreozot, podawany bądź to z tranem, bądź w pigułkach — w ilościach 1—2 gran. dziennie; i uboczne skutki należały do rzadkości.

Autor przychodzi do konkluzji, że kreozot zasługuje na rozpowszechnienie w praktyce.

10) L. Rosenbusch <sup>1)</sup> badał w 9 przypadkach posuniętych suchot wpływ kreozotu zastrzykiwanego wprost do ognisk chorobowych. Wstrzykiwano co drugi dzień kreozot w ol. migdałowym (30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> w ilości 0,015 na raz; wszystkiego około 7 zastrzyknięć. Wyniki miały być jakoby zachęcające: zmniejszenie się gorączki, kaszlu i płwocin, poprawa stanu ogólnego.

W pracach jednak *Stachiewicza* <sup>2)</sup> i *J. Sędziaka* <sup>3)</sup> sprawdzających tę metodę leczenia znajdujemy wyniki wprost ujemnie o niej świadczące, i bynajmniej nie zachęcające. Ciepłota nie zniżyła się, ilość wydzieliny i liczba laseczników nie ulegała zmniejszeniu, natomiast waga ciała ubywała nader szybko.

11) Séé <sup>4)</sup> Stosował kreozot, nasycając parą jego zgęszczone, do 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> atmosfery, powietrze. Z 10 suchotników leczonych tą metodą 4 wyzdrowiało zupełnie, 3 bardzo się poprawiło; pozostali nie leczyli się systematycznie. Zauważono spadek ciepłoty, poprawę apetytu i ogólnego stanu.

<sup>1)</sup> L. Rosenbusch. O leczeniu gruźlicy płuc wstrzykiwaniami mięsżowemi kreozotu. Przegl. Lek. 1888. N. 516.

<sup>2)</sup> S. Stachiewicz. Wstrzykiwania w miąższ płucny kreozotu etc. Prz. Lek. 1888. 22.

<sup>3)</sup> J. Sędziak. Wstrzykiwania mięsżowe kreozotu w suchotach płucnych. Gaz. Lek. 1888 NN. 30—32.

<sup>4)</sup> Bull. d l'academie de Medecine 1891 ref. Wracz 23. 1891.



12) S. Sommerbrodt w kilku artykułach gorąco zalecał kreozot, który stosował u tysięcy chorych (15000); w ostatnich doniesieniach swych zachęca do większych dawek, przytacza raz 17 przypadków <sup>1)</sup>, w których zauważono przy 0,5 — do 1 grm. dziennie wyleczenie lub powstrzymanie się sprawy gruźliczej, a następnie <sup>2)</sup> donosi, że zwiększa dawkę do 4 grm. dziennie bez żadnych ujemnych objawów. W 12 nowych przypadkach leczonych po kilka miesięcy otrzymano niekiedy zupełne wyleczenie. Zdaniem S. kreozot należy uważać za środek ze wszystkich dziś znanych — najlepiej, prawie specyficznie, oddziaływający na gruźlicę.

13) B. Chrostowski i K. Wisłocki, <sup>3)</sup> idąc za Revillem, stosowali kreozot w lewatywach u 14 suchotników i otrzymali u 5 chorych mniejszą lub większą poprawę, u 7 chorych żadnego dodatniego wpływu nie było; u 2 zauważono wprost szkodliwy wpływ lewatyw, lewatywy zawierały po skropule kreozotu, podawano je zrazu po jednej, następnie do 3 dziennie. Chorzy znosili lewatywy dobrze. Autorzy wynieśli ze swych spostrzeżeń korzystne dla kreozotu wrażenie, zalecając go przedewszystkiem u tych chorych, którzy chociaż gorączkują, odznaczają się jeszcze względnie dobrem odżywianiem i niezbyt rozległym spustoszeniem w płucach.

Autorzy zauważyli po lewatywach szybko następującą zniżkę ciepłoty, która jednak nie trwała długo: 2—3 god. Wpływ na łaknienie nie był wybitnym i, jak autorzy zaznaczają, mniejszym niż przy podawaniu per os.

14) A. Albu <sup>4)</sup> donosi, że w szpitalu Moabit w oddziale Guttmanna stosowano kreozot przez miesiące w dawkach do 3 grm. dziennie w pigułkach bez szczególnego efektu. Były poprawy, ale również i dalszy rozwój. Jest to dobre expectorans i tonicum. Poprawa zapewne zależała od lepszych higieniczno dyjetetycznych warunków, w jakich chorzy znaleźli się w szpitalu.

---

<sup>1)</sup> S. Sommerbrodt. Ueber Ersatz u Ergänzung d. Brehmerscher Behandlung d. Lungentuberculose durch meine Kreozotbehandlung. Berh. kl. Woch. 1891, 7.

<sup>2)</sup> J. Sommerbrodt. Weitere Mittheilungen über die Heilung d. Tuberculose durch Kreosot. Berl. kl. Woch. 1891, 43.

<sup>3)</sup> Dr. med. B. Chrostowski i K. Wisłocki. O stosowaniu kreozotu w lewatywach u suchotników. Gaz. Lek. 1892. 35—36.

<sup>4)</sup> A. Albu. Klinische u. experim. Beiträge zur Kreosotbehandlung d. Lungentuberculose. Berl. k. W. 1892. 51.

15) L. Seifert i F. Holscher <sup>1)</sup> zastanawiając się nad wielkimi różnicami, otrzymywanymi przez rozmaitych autorów przy stosowaniu kreozotu w gruźlicy, sądzą, że przyczyną tego jest niejednakowy skład kreozotu i gwajakolu i wzamian tych środków proponują węglan gwajakolu — guajacolcarbonat  $\text{CO} (\text{C}_6 \text{H}_4 \text{OCH}_3)_2$ . Podawali oni ten preparat chorym rano i wieczorem od 0,2 do 0,5 i stopniowo dochodzili do 6,0 grm. na dzień. Obserwacje na 60 chorych dały zadalwalniające wyniki.

16) Reverley Robinson <sup>2)</sup> stosował kreozot do wewnątrz i w postaci wziewań, podawał zaledwie 1 grn. trzy razy dziennie (do 6), wyniki jednak miał bardzo zadawalniające zarówno w stanie ogólnym jak i w miejscowych zmianach. O lewatywach i podskórnych zastrzykiwaniach wyraża się sceptycznie; przy większych dawkach widział ujemne objawy ze strony przewodu pokarmowego.

17) L. Frey <sup>3)</sup> stosował kreozot w zastrzykiwaniach podskórnych (1 cz. kr. na 15 do 9 cz. oleju prow.) i otrzymał świetne wyniki w bardzo nawet ciężkich przypadkach; obserwacyj 14. Wstrzykiwania znoszone są dobrze, zaletą ich jest pewność dozowania, ominięcie żołądka, często wrażliwego. Do tej pracy wróć jeszcze poniżej przy sprawozdaniu z kilku moich własnych obserwacji, uczynionych pod wpływem entuzjastycznej zachęty Frey'a.

Na tegorocznym zjeździe badaczy gruźlicy w Paryżu Weill i Diamantberger podawali sprawozdanie z tej samej metody stosowania kreozotu rozpuszczonego w wyjałowionym oleju migdałowym. Przypadków 82, z tych  $\frac{3}{4}$  gorączkowało i bardzo już podupadło na siłach. Polepszenia 62, 2 bez zmiany, 18 pogorszenia, 27 zupełnie wyleczonych. Wszystkie objawy fizyczne gruźlicy ustępowały.

(Ref. w Przegl. Lek. 1893. 40).

18) Ed. Chaumier <sup>4)</sup> z Tours zakomunikował świeżo w Akademji Med. w Paryżu swoje spostrzeżenia nad węglanem kreozotu;

<sup>1)</sup> Seifert i F. Holscher. *Über d. Anwendung v. Guajacol carbonat b. Tuberculose.* Berl. kl. Woch. 1891. 51.

<sup>2)</sup> Reverley Rob. *On the use of Kreosote in the treatment of pulmonary phthisis.* Med. Rec. 1892. Luty, ref. Kr. Lek. 1892.

<sup>3)</sup> L. Frey. *Behandlung. d. Lungentuberculose m. subcut. Kreosot-injectionen.* Wiener klinik 1893. IV.

<sup>4)</sup> E. Chaumier. *Ueber die intensive Behandl. d. Tuberculose u. insbesond. d. Lungenschwind-sucht durch das Kohlensaure Buchenholztheerkreosot.* D. M. W. 1893. <sup>24</sup>/<sub>25</sub>.



preparat ten ma mieć tę wyższość nad gwajakolkarbonatem, że zawiera wszelkie składowe części kreozotu, którego głównym składnikiem jest wprawdzie gwajakol—ale nie jest do dziś roztrzygniętem ostatecznie, czy on to działa w kreozocie. Spostrzeżenia na 37 przypadkach rekomendują to ciało dobrze; podawano je dzieciom w ilości 1 do 6 grm. a dorosłym 4 do 15. Smak jest znośny, tak, że dzieciom można podawać bez dodatków.

Z przytoczonego szeregu prac, których większość przypada na ostatnie 3 lata, widać, że zainteresowanie się kreozotem nie słabnie. Z większemi lub mniejszemi zastrzeżeniami wszyscy autorzy widzieli pożytek z jego stosowania; wogóle więc, że tak powiem, kreozot stoi mocno na giełdzie leków antygruźliczych z tendencją, aby stosować go w coraz większych dawkach, i z życzeniem o ile można chemicznie czystych przetworów.

Jeżeli teraz z kolei wypowiedzieć mi przychodzi, jakie sam sobie wyrobiłem zdanie o skuteczności tego środka to, przyznaję, że znajduję się w tem przykrem położeniu, iż dotąd jeszcze wniosku stanowczego nie wyciągnąłem.

Z praktyki ambulatoryjnej mam takie przypadki, w których w trakcie stosowania kreozotu nastąpiła poprawa zarówno w ogólnym stanie, jak nawet i w zmianach miejscowych (?). W innych razach zdawało mi się, że chorzy trzymają się lepiej, że może sprawa chorobowa nie robi tak szybkich postępów, jak to bywało przy innych środkach. Wreszcie nieraz spotykałem przy najmniej subiektywną ulgę u chorych bardzo już posuniętych. Spostrzeżenia te mają jednak dla mnie tylko znaczenie „wrażenia“, nie uważam ich bowiem za dosyć pewne i ścisłe.

Z drugiej zaś strony posiadam kilka, lecz dokładnych, obserwacyj, przeprowadzonych w szpitalu, które zdają się zaprzeczać wszelkiemu wpływowi kreozotu na sprawę gruźliczą. Stosowałem w nich kreozot (lub gwajakol) w zastrzykiwaniach podskórnych w większych dawkach, pobudzony przez pełne entuzjazmu doniesienia Frey'a, o otrzymanych przezeń wynikach w ciężkich przypadkach suchot.

Zanim przytoczę moje spostrzeżenia, streszczę tu krótko jedną z trzech obserwacyj podanych w pracy Frey'a.

19-letnia kwaciarka, z matki suchotnicy, od wczesnych lat skłonna do nieżyków oskrzeli, od dwóch miesięcy cierpi na kaszel, nocne poty,

brak łaknienia i gorączkę. Znalezione: średnio odżywiana, wysoko wyrosnięta dziewczyna, gorączkuje: rano 38, z wieczora 38,8. Wyraźne stłumienie nad lewą łopatką, oddech oskrzelowy, drobno pęcherzykowe rżenia. Laseczniki gruźlicze, skąpe, w płwocinie. Inne narządy bez zmiany. Zaczęto zastrzykiwania (25/VI) od trzech szprycek Prawatz'a roztworu kreozotu w oliwie 1 na 15, na trzeci dzień zwiększono dawkę do 5 szprycek i w tej ilości kontynuowano.

Już po 4-m zastrzyknięciu chora czuje się lepiej, kaszel lżejszy i apetyt żywszy. Po 10-u dniach stan bezgorączkowy, niebawem poty ustają, kaszel coraz lżejszy, bez płwociny. Wszystkiego zrobiono 21 zastrzygnięć—w trakcie których chora przybyła na wadze o 3 kilogr., wygląd jej stał się kwitnym (blühend); rżenia nad łopatką zniknęły, wygląd i siły wyborne.

Do zastrzykiwań używał Frey kreozotu rozpuszczonego w oliwie prowanskiej, sterylizowanej przez ogrzanie do 120°C, według Gimbert'a, który na 3-m paryskim zjeździe dla badania gruźlicy wygłosił bardzo pochlebne zdanie o tym sposobie stosowania omawianego środka. Frey rozpoczynał od roztworu 1 na 15 w ilości 3 szprycek na raz, zastrzykiwania robił co drugi dzień i dochodził stopniowo do 7 szprycek. Po upływie dwóch miesięcy przechodził do roztworu 1 na 9. W broszurze swej nie mówi jednak wiele tego roztworu stosował. Jeżeli, jak Gimbert, brać silniejsze roztwory, zastrzykiwania są bolesne, powstaje obrzęmienie i zaczerwienienie skóry, a samo wchłanianie odbywa się powolniej.

Zalety omawianej metody mają być następujące: 1) możliwość wprowadzenia w stosunkowo krótkim czasie znacznych ilości środka; zdolność chłonna skóry okazuje się tu bardzo znaczną, tak, że już w parę minut po zastrzyknięciu chory odczuwa wyraźny smak kreozotu w ustach i w wydechanem powietrzu; 2) ominięcie żołądka, który często nastęrcza przeciwwskazania, bądź miejscowej, bądź idiosynkrastycznej natury; 3) dokładność dawkowania, jakiej nie daje stosowanie do wewnątrz lub w lewatywach, z powodu niemożności ocenienia rozmiarów wchłaniania.

Przechodzę do własnych obserwacyj:

*Przypadek 1-szy.* J. lat 32, szewc, kaszlący od lat dwóch przeszło, dawniej zdrowy, odnośnie dziedziczności pewnych danych nie



ma. Chory stawia zachorowanie swe w związku przyczynowym z uderzeniem (koń kopytem) w prawy bok, jakiemu uległ przed  $3\frac{1}{2}$  laty. Leczył się ambulatoryjnie od sierpnia 1892 r. i stale zażywał kreozot w dość znacznych ilościach: do wewnątrz 45 kropli dziennie i w lawatywie 30. Pomimo to stan się stopniowo pogarszał. Od początku r. b. chory większą część dnia spędzał w łóżku. W marcu zaczął silnie gorączkować. Zmiany rozległe w obu płucach, szczególnie w prawym. Płwocina obfita, rozpadowa. Trawienie znośne. Znaczna duszność. Czynność serca przyspieszona. Tętno do 110—120.

Pierwszą iniekcję z roztworu 1 na 15 zastosowałem 15 kwietnia r. b. w ilości 2,5 c. sześć. Po dwóch tygodniach podniosłem dawkę do 5 c. sz. roztworu 1 : 15. Do iniekcji używałem szprycy większego kalibru, objętości 2,5 c. sz.; po wprowadzeniu, bardzo powoli, zawartości pod skórę, odejmo wałem szprycę, zostawiając igłę w skórze, napełniałem na nowo i wtyczałem w to samo miejsce. Bolesność była nieznaczna.

8-go maja zacząłem wstrzykiwać roztwór 1 na 10. Te iniekcje sprawiały choremu bardzo silny piekący ból w czasie wtyczania płynu pod skórę, potem ból utrzymywał się już krótko. Skóra jednak była długo czerwona i nieco obrzmiała, nawet po upływie 48 godzin jeszcze miejsce po zastrzyknięciu było wrażliwe.

Po trzech iniekcjach musiałem wrócić do roztworu słabszego, ponieważ chory nie mógł wytrzymać doznawanego bólu, i zastrzyki wałem co drugi dzień po 7,5 c. sz. Oprócz tego chory brał dalej kreozot do wewnątrz w ilości poprzedniej i co drugi dzień w lawatywie.

Niebawem po iniekcji chory odczuwał smak kreozotu w ustach. Przez czas stosowania tych iniekcji, w prawdzie niezbyt długi (miesiąc) nie można było zauważyć żadnej zmiany na korzyść, zarówno obiektywnej jak i subiektywnej. Gorączka nie zmniejszyła się. Poty i ilość płwociny również nie wykazywały skłonności do ograniczania się.

Chory ten zmarł w kilka tygodni później.

*Przypadek 2-gi.* E. Józef, lat 34, szewc, przybył na oddział 11 maja 1893 r.; rodzice żyją. Kaszle od lat dwóch, w tym czasie kilka razy zdarzało się krwioplucie.

Chory wyniszczony, waży 108 funtów, gorączkuje (wieczorem 39, rano 37). Tętno 84. W obu wierzchołkach rozległe nacieczenia, oddech oskrzelowy, dźwięczne rżenie. Płwocina obfita, zawiera la-

seczniki gruzlicze. Zmiany w krtani (perichondritis art. aryth.). Od 2-ch tygodni rozwolnienie z bólami w brzuchu, brak łaknienia.

Po zastosowaniu olejku, okładów gorących i odpowiedniej diety rozwolnienie ustało i apetyt się poprawił. Zaczął zażywać kreozot do wewnątrz trzy razy po 5 kropli i stopniowo doszedł do 15. Gorączka utrzymywała się w dawniejszych wahanach. Zmiany w płucach jak przedtem. Od 1 czerwca rozpocząłem iniekcje kreozotu w oliwie 1 : 15 od 2,5 c. sz., co dzień od 5 czer. po 5,0 sz., a 10 czer. już przeszedłem do roztworu 1 : 10 w ilości 5 c., a następnie 7,5 c. sześciennych (= 12 gran.).

Chory ten znosił iniekcje dobrze, tylko podczas wtłaczania płynu doznawał bólu. Po większych ilościach (5 c. sz. 1 na 10) doznawał pobudzenia, uwydatniającego się przyspieszeniem tętna, zaczerwienieniem twarzy, uczuciem gorąca; zdarzały się przytem i poty.

Co się tyczy oceny ewentualnych korzyści stosowanego leczenia, to „pro bono“ można zaznaczyć, że apetyt był niezły, większy niż uprzednio, tak, że nawet waga nieco się podniosła (przy wypisie 29 czerwca 113<sup>1</sup>/<sub>2</sub> funtów), rozwolnienia nie było, w płucach zmiany nie udało się jednak zauważyć, a gorączka trwała dalej, ze strony krtani również nie było żadnej ulgi; ilość płwociny bardzo duża.

*Przypadek 3-ci.* G. Władysław, lat 16, fotograf, przybył na oddział 27 maja 1893 r. Matka żyje, ojciec zmarł z ran (jakich?). Dotąd zdrow zupełnie, zaczął kaszlać jakoby dopiero od 7-u dni, przytem jednocześnie wystąpiły poruszenia gorączkowe i upadek łaknienia. Chłopak wysoki, cienki, biały, anemiczny. Waga 103<sup>1</sup>/<sub>2</sub> f. Ciepłota 39,7, Tętno 126.

Przy badaniu znaleziono ogólne zaostrenie oodechu, porozrzucane suche rżenia; nad lewą łopatką oddech nieokreślony, mocny, głos nieco wzmożony, w tem miejscu i odgłos wypukowy nieco wyższy. Zresztą zmian żadnych. Rozpoznanie, będące zrazu w zawieszaniu, rozstrzygnęło ostatecznie badanie b. skapej płwociny, które wykazało obecność laseczników gruzliczych. Choremu zalecono: rozcieranie terpentyną, kreozot do wewnątrz, proszki morfinowe na noc. Przy badaniu 31 maja już skonstatowano rozszerzenie się zmian w l. szczycie: stopień na szerokość 2 cent. pod lewym obojczykiem z lekkim odcieniem bębnistym, oddech oskrzelowy, rżenia wilgotne, przytem płwocina ciągle bardzo skąpa. Gorączka 38,5 rano, 39,5 wieczorem.

1-go maja rozpocząłem iniekcje kreozotu; przez pierwsze 5 dni



po 2,5 c sz., następnie po 5, w tym przeciągu czasu ciepłota spadła do normy, budząc jaknajlepsze nadzieje—niestety jednak tylko na jedną dobę; apetyt się poprawił, płwociny prawie że nic, pod obojczykiem mniej rżerzeń. Od 10 czerwca codziennie 5 c. sz. rostrworu 1 : 10, następnie 7,5. Chory ten, nadzwyczaj cierpliwy, nie skarży się na ból nawet w czasie wtłaczania płynu. Gorączka jednak ciągle się utrzymywała w poprzednich wahanich: wieczorem do 39<sup>o</sup>; 39,5, rano 37,5, 38<sup>o</sup>C. Zmiany w szczycie występowały coraz silniej i 18 czerwca można już było wysłuchiwać wyraźne gargouillement, przytem apetyt duży, płwociny nic, a waga podniosła się do 105<sup>1</sup>/<sub>2</sub> funt.

Chory ten wypisał się 22 czerwca z najgorszym rokowaniem na wieś, gdzie po kilku tygodniach zmarł. (W przypadku tym przez jakiś czas podawałem też Hydrarg. bijodatum w pigułkach po <sup>1</sup>/<sub>6</sub> trzy razy dziennie, wzorując się na dobrym jakoby wpływie tego środka obserwowanym przy gorączce położniczej, i przy tem jednak żadnego wpływu na gorączkę nie zauważyłem).

Przełgądając w krótkości te dwa przypadki, które jednocześnie obserwowałem na oddziale szpitalnym, można w obu na korzyść kreozotu zapisać dobry stan przewodu pokarmowego. U Ed., który podlegał często rozwolnieniom i miał zły apetyt, przez trzy tygodnie stolec był dobry i łaknienie się poprawiło. Gr. przybył bez apetytu, a już po tygodniu miał dobry apetyt, później zaś jadł wprost żarłocznie. Temu podnieceniu łaknienia należy przypisać, że u obu chorych, pomimo trwania gorączki i postępu choroby (u G. mianowicie), waga ciała nieco się podniosła.

Wpływu na gorączkę zauważyć się nie dało. Wprawdzie u Gr. przez jakiś czas (od 4 do 10 cz.) ciepłota, przechodząca wieczorami 39<sup>o</sup>C.—nie dosięgała tak wysokich stopni, ale później znowu wróciła do dawnych wahań. Tak samo i u Ed. bywały remisyje, ale nie stałe i w granicach tych wahań, jakie często widuje się u suchotników.

Wreszcie na samą sprawę gruźliczą wpływu nie spostrzeżono żadnego.

Pierwszy z trzech przypadków był może już za daleko posunięty, i trudno było się spodziewać pożytku z jakiegokolwiek leczenia, drugi wprawdzie chory miał zajęte oba wierzchołki, sprawa trwała jednak już od 2 lat, miała więc łagodny przebieg, w trzecim zaś mieliśmy przed sobą sam początek choroby, w żad-

nym jednak przypadku nie można było zauważyć skutecznego wpływu leczenia. Ilość płwociny u Ed. nie zmniejszyła się, zmiany w płucach i w krtani nie dały różnic, świadczących o skłonności sprawy ku ograniczeniu się lub osłabieniu natężenia. U Gr. zaś rozwój zniszczenia w trakcie leczenia posuwał się z tygodnia na tydzień z fatalną szybkością.

*Przypadek IV.* K. Czesław lat 30, krawiec. Silnej budowy i dobrze odżywiany mężczyzna, pochodzi ze zdrowej rodziny, pokaszluje od roku, dostał silnego krwotoku płucnego na początku września r. z., a w kilka dni wystąpiły objawy gorączkowe, brak apetytu i powtórne silne krwiopłucie. Przybył 18/IX na oddział (s. 32 szp. Dz. Jezus), jeszcze plując krwią. Przy badaniu nie znaleziono żadnych oznak umiejscowienia się sprawy w płucach i zanotowano na karcie szpitalnej—podejrzanie co do lewego wierzchołka. Przez kilka dni krwiopłucie się utrzymywało, chory znacznie pobladł; gorączka ciągała (rano 38<sup>0</sup> wiecz. 39,5), waga ciała 167<sup>1</sup>/<sub>2</sub> f., przed rokiem 200.

28/IX przystąpiłem do wstrzykiwań podskórnych gwajakolu rozpuszczonego w oliwie w stosunku 1 na 4, iniekcya—2,5 c. sz. niebolesna T. r. 38,1—w. 39,7.

29/IX r. 38,2—39 inj. 3 c. sz.

30/IX 38,2—39,1; inj. 5 c. sz. w dwie minuty po zastrzyknięciu silny smak lekarstwa w ustach; z prawej strony pod brodawką kilka trzeszczeń.

1/X 38,1—39,0 inj. 5 c. sz.

2/X 38—39,9 gwajak. 5 c. sz. Mocz zabarwiony ciemno, nie zawiera ani śladu białka ani cylindrów (na centryfudze).

3/X 38—38,9 inj. 5 c. sz.

Przy badaniu znaleziono stłumienie nad prawym obojczykiem i nad pr. łopatką, oddech nieokreślony płwocina obfitsza, wieczorem poty.

4/X 39,1—39,7. inj. 7,5 c. sz. W płwocinie znaleziono nieliczne laseczniki Kocha. Mocz mniej ciemny.

5/X 38,7—39,6 injectio 7,5 c. sz.—o 11-ej.

Ciepłota ciała o 12—38<sup>0</sup>

„ 2—37,5

„ 4—38,6

„ 6—38,8

„ 8—39,6



Waga ciała spadła o 5 f. ( $162\frac{1}{2}$ ).

W prawem płucu od obojczyka do 4 żebra lekkie stłumienie, liczne subkrepitacje, oddech nieokreślony, z lewej strony oddech ogólnie zaostrozony, tu i tam suche rżczenie. Bez iniekcji; wiecz. 40<sup>o</sup>.

7/X O godzinie 10 inject. 7,5 roztworu gwajak.

Tr. o 8—38,2

„ 12—38,4

„ 2—38,6

„ 6—39

„ 8—39,5

Mocz od rana jeszcze ciemny chociaż wczoraj nie było iniekcji.

8/X Tra. o 8 r. — 38,2

12 — 38,2

2 — 38,6 bez iniekcji.

4 — 39,2 mocz ciemny.

6 — 40,0

8 — 40,0

9/X Tr. o 8 r. — 37,9 o 10-tej iniekcya 7,5 c. sz.

12 — 38,6

2 — 38,6

4 — 39 mocz żółty.

6 — 39

8 — 39,6

10/X Tr. o 8 r. — 38,7 iniekcya 5 c. sz.

12 — 38

2 — 38,3

4 — 40

6 — 40

8 — 39,8

Kaszel silny, płwocina co do obfitości jak dawniej, apetyt mierny.

W prawem płucu zmiany coraz rozleglejsze : subkrepitacje nad i pod obojczykiem i około brodawki; od tyłu między prawą łopatką i kręgosłupem krepitacje. Mocz ciemno brunatny bez śladów białka.

11/X-ej rano — 38,5 wiecz. 39,2

12 — 38,3 około 11-ej powierzchni łopatek i o

2 — 38 kolice podobojczykowe wytarte roz-

4 — 38,4 tworem gwajakolu w oliwie (1 na 4)

6 — 38,5 w ilości 4 c. sz.

8 — 39,2

12/X	rano	—	38,3	
	12	—	37,4	przed 11 wtarto na plecach czystego gwajakolu około 2 gr.; wyraźne obniżenie ciepłoty.
	4	—	37,2	
	6	—	38	
	8	—	38,9	
13/X	rano	—	38	
	12	—	39,2	
	2	—	38,6	
	4	—	39,2	
	6	—	39,4	

Zasychanie w gardle, kaszel, waga ciała 160, znów o 2 f. mniej.

14/X	rano	—	38,1	
	12	—	37	przed 11 wtarto w okolice łopatek i obojczyków około 2 gr. czystego gwojakolu, niższa ciepłoty.
	2	—	37,6	
	4	—	37,4	
	6	—	38,4	
	8	—	38,9	
15/X	rano	—	38,0	zmiany w płucach b. wyraźne w całym prawym boku.
16/X		—		po wtarcu ciepłota opada do normy.

Ten smutny wynik stosowania kreozotu w powyższych przypadkach dał mi wiele do myślenia, co do skuteczności omawianego środka i pobudził do przejrzenia krytycznego odnośnych spostrzeżeń i prac autorów, które powyżej streściłem.

Przedewszystkiem nasuwa się tu zarzut, który głównie dotyczy spostrzeżeń szpitalnych, że chorzy tej kategorii znajdują w szpitalach lepsze warunki dyjetetyczne, higieniczne, które głównie wpływają na ich poprawę, niezależnie od leczenia. Zdaje się, że ten sam zarzut może być zrobiony i spostrzeżeniom z prywatnej praktyki, ponieważ i w tej klasie lekarz znajduje chyba wyjątkowo tylko, aby chorzy ci odpowiadali wszelkim wymaganiom higieniczno-dyjetetycznym. I tych dopiero przepisy lekarskie, ograniczając jedno, pobudzając drugie, stawiają w warunkach więcej odpowiadających ich nowym, wskutek choroby, potrzebom życia. Trudno wszakże przypuścić, aby lekarz ograniczył się jedynie na przepisaniu kreozotu. W dyskusyi nad odczytem O. Fränzla w „Verein f. innere Medicin“ (16 maja 1887) przedstawił Guttman statystykę szpi-





tału wojskowym 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, podczas gdy uprzednio dochodziła do 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

De la Croix (St. Petersb. Med. Woch. 1890) przy podawaniu kreozotu do wewnątrz w ilości pół drachmy dziennie, połączonym z wdechaniem terpentyny, otrzymał zniżkę śmiertelności z 60,64<sup>0</sup>/<sub>0</sub> na 34,04<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Zastanawiając się bliżej nad tem, w czem się dodatni wpływ kreozotu najwięcej uwydatnia, znajdujemy zaznaczone, że poprawia się stan ogólny (u suchot. 45<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) a więc poczucie przedmiotowe chorego, wygląd, waga, łaknienie, podczas gdy sprawa w płucach nie ulega widocznym zmianom, przynajmniej nie stale, i autorzy na to takiego silnego nacisku nie kładą. Z pośród objawów choroby notowano prawie powszechnie, że łagodnieje kaszel, zmniejsza się ilość plwociny, chociaż ilość laseczników gruźliczych nie ulega zmniejszeniu. Na sprawy dostępne dla oka, jak zmiany w krtani, nie zauważono żadnego wpływu; na to się wszyscy godzą, bo co się tycze gorączki, to zdania odnośne są bardzo podzielone.

Sędziak na 126 przypadków leczonych kreozotem widział mniej lub więcej wyraźne zmniejszanie się natężenia gorączki lub całkowite ustąpienie w 23<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (19<sup>0</sup>/<sub>0</sub> nie lecz. kreoz.); brak wpływu na gorączkę 62<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, pogorszenie 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Chrostowski i Wiśłocki spostrzegali po każdej (skrupułowej) lewatywie spadek na 1 — 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, trwający 2 — 3 godzin, co przypisują szybkiemu wchłanianiu się większych ilości kreozotu. G. Seé także wspomina o dodatnim wpływie na temperaturę.

Zato według Albu wpływu na gorączkę nie było żadnego.

Podobnie i ja wpływu żadnego nie zauważyłem, jak to wykazują tabelki pomiarów ciepłoty co 2 godziny u chorego otrzymującego dużą ilość gwajakolu pod skórę; wydaje mi się to tem dziwniejszem, że przy lekkim wcieraniu w skórę czystego gwajakolu, według Lannois, Robilliard,<sup>1)</sup> następowała zniżka ciepłoty.

Tak powszechnie zaznaczana poprawa stanu ogólnego suchotników leczonych kreozotem. bez zmian miejscowych w sprawie chorobowej wydaje się zjawiskiem nieco paradoksalnem; wytłumaczyć ten fakt można sobie tylko do pewnego stopnia. Oczywiście stan ogólny, pod którym rozumiemy wygląd chorego, jego

<sup>1)</sup> Lannois: A propos des badigeonages de guaiacol Lyon. Med. 32. 1893.



wagę, sprawność funkcji—ulega wahaniom i w zakresie fizyologicznym. Już wyczerpująca praca albo zabawa etc. może, nie będąc chorobliwym czynnikiem—sprowadzić pewne pogorszenie stanu ogólnego, które łatwo wraca do normy przy zmianie trybu życia.

Dalej zdarza się niekiedy, że przejawy drugorzędne choroby (np. silne bóle przy zapaleniu opłucnej, męczący suchy kaszel przy prostym tracheitis) nabierają takiego natężenia, że odejmują choremu sen, apetyt i rozstrajając go ogólnie—wywołują wpływ na stan ogólny gorszy niż podstawowa sprawa patologiczna. Podobnież wpływy psychiczne, niepokój chorego o swój los, i inne okoliczności wpływają znakomicie na stan ogólny chorego.

Okoliczności te należy, sędzę, bardzo dobrze zważyć przy ocenie ogólnego stanu suchotnika, do leczenia którego się zabieramy, i przy ocenie dalszych zmian, jakim stan ten ulega.

Jeżeli sprawa w płucach nie jest jeszcze tak rozległą, aby mogła wywoływać sama przez się wyraźny upadek stanu ogólnego, a znajdziemy od niej niezależne albo wtórnie współdziałające wpływy (tu też zaliczyć należy przebieżne powikłania—bronchitis, pleuritis, enteritis niezależne od gruźlicy)—możemy, w razie gdy uda się je usunąć, mieć niejaką pewność poprawy stanu ogólnego, a nawet, w najlepszych razach, nadzieję wpłynięcia na sprawę miejscową przez podniesienie sprawności ustroju nawet bez oddziaływania wprost na samą chorobę.

Otóż w wielu zapewne razach notowanych przez stronników kreozotu poprawa nastąpiła wskutek usunięcia tych wpływów niezależnych wprost od głównej choroby—tymczasem wynik ten przypisywano oddziałaniu na samą chorobę. Można to zauważyć wczytując się w niektóre historyje chorób (np. Nr. 1 w pracy Chrostowskiego i Wisłockiego poprawa nastąpiła, zdaje się, wskutek usunięcia pleuritis; u Frey'a Nr. 1 — poprawa po przezwycięzeniu przez ustrój skutków leczenia metodą Kocha; w N-rze 2 po usunięciu pleuritis i t. d.

Jeżeli jednak upadek stanu ogólnego jest wyłącznym, bezpośrednio następstwem wpływu choroby, to trwała jego poprawa bez skutecznego oddziaływania na samą sprawę chorobową wydaje mi się niełatwą do pojęcia. To też zgodnie z tem większość autorów widziała przy kreozocie (a tak samo bywało zapewne i przy innych polecanych przeciw suchotom środkach) poprawę we wczesnych przypadkach, później zaś tylko wyjątkowo, a udział

kreozotu zdaje się tu polegać, to bowiem prawie wszyscy notowali, tylko na wpływie pobudzającym na łaknienie i łagodzącym na kaszel, względnie odkrztuszanie.

Wobec więc niepomyślnych wyników moich obserwacji, wobec tego, że chłodniejsi obserwatorowie odmawiają kreozotowi wpływu na samą sprawę chorobową i widzieli tylko poprawę stanu ogólnego, skłonny jestem uważać przypisywane kreozotowi zasługi za przesadzone; są one objawowe (łagodzenie kaszlu i pobudzanie apetytu), zapewne przejściowe (przy dłuższej obserwacji), a w dobrej wierze zaznaczane wyleczenia, muszą być zejściami przypadkowymi bez przyczynowego bezpośredniego związku z wpływem kreozotu, jak to się zdarza niekiedy u suchotników leczonych symptomatycznie, a nawet i u wcale nieleczonych.

---

### PRZYPADEK OSTREGO OTRUCIA LECZNICZEMI DAWKAMI KREOZOTU.

Podał

Dr. Józef Zawadzki.

Ord. klin.

---

Jeżeli lekkie stopnie chronicznego zatrucia kreozotem w piśmiennictwie nie są rzadkością, a w praktyce dają się spostrześć często skutkiem nadużywania tego leku przez chorych lub lekarzy, o śmiertelnem zejściu po użyciu kreozotu w dawkach leczniczych dotąd żadnej wzmianki nie znalazłem. Z tego względu pozwolę sobie na tem miejscu opisać przypadek, jaki miałem sposobność obserwować w kwietniu r. z.

Na klinikę terapeutyczną w szpitalu Ś-go Ducha przybyła chora Fr. Cz., robotnica, lat 42, opowiadając co następuje: Od kilku już tygodni chora cierpi na kaszel suchy z silnemi bólami kłójącemi w boku prawym. Z początku leczyła się sama bańkami, plastrami i dopiero przed 3-ma dniami udała się do jednego z ambulatoryjów, gdzie po zbadaniu lekarz zapisał jej kreozot, wydany z apteki szpitalnej, zalecając jej użycie tego środka 3 r. dziennie po 6 kropel w mleku; po przyjęciu tej dawki w ciągu 24 godzin w 3 dawkach poczuła ból i trudność przełykania, ochrypla, wkrótce do tego przyłączyły się bóle żołądka, wymioty, rozwolnienie oraz silne pobudzenie do kaszlu, który stał się duszącym, męczącym. Osłabienie chorej w miarę występowania tych objawów wzrastało, tak że zmuszona była położyć się do łóżka i po bezowocnej pomocy w domu d. 29 kwietnia zapisała się na klinikę. Z wywiadów dowiedziałem się również, że chora pochodzi z rodziny zdrowej, niedotkniętej gruźli-



ca, przymiotu nie przechodziła. Rodziła 4 razy; ostatni raz przed 6-ma miesiącami, od tego czasu nie miesiącowała.

Badanie tego dnia wykazało co następuje. Chora wzrostu wysokiego, prawidłowej budowy, odżywiana dobrze. Skóra i błony śluzowe blade, wargi cyjanotyczne, mówi z trudnością głosem ochryplym, podanego jej płynu, mimo wysiłku, przełknąć nie może i wśród krztuszenia wyrzuca na zewnątrz. Na łóżku porusza się z trudnością, podnieść się nie może. Odpluwa nieustannie spienioną ślinę. Z jamy ustnej wybitny zapach kreozotu. Na stronie wewnętrznej wargi dolnej zmętnienie nabłonka, mniej wydatne zmętnienie w postaci dużych plam białych na zaczerwienionem tle łuków podniebiennych i tylnej ściance gardzieli. Język obłożony, łuki podniebienne mało ruchome, zupełna nieczułość dotykowa i bólowa zarówno łuków podniebiennych jak podstawy języka i tylnej ścianki gardzieli; przy badaniu krtani za pomocą wziernika stwierdzono niedomykalność strun głosowych. Odruchy ścięgniste prawidłowe. Czucie dotykowe skóry wszędzie prawidłowe, uczucie bólu zniesione na skórze całej lewej górnej kończyny, na lewem biodrze i zewnętrznej stronie lewej nogi. Dolna granica płuc prawidłowa, z prawej strony klatki piersiowej z tyłu lekkie stłumienie odgłosu opukowego, oddech na tem miejscu zaostrozony z licznymi wilgotnymi i suchymi rżężeniami. W ogóle wysłuchiwanie płuc utrudnione skutkiem słyszalnego wszędzie trachealnego głośnego oddechu. Granice serca prawidłowe, tony czyste, bardzo słabe, tętno 80 małe, łatwo uciskalne, miękie. Brzuch nieco wzdęty, bolesny w okolicy żołądka, odgłos opukowy wysoki bębnekowy. Granice wątroby i śledziny prawidłowe. Zalecono zimny okład na szyję.

30/IV. T. 36,7 Tętno 80, słabe, głos nieco czystszy, stan ogólny subiektywny lepszy. W moczu białym o c. wł. 1,025 kreozotu nie wykryto, znaleziono 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> białka i wałeczki ziarniste. Karmienie przez zgłębnik.

1/V. T. 36,6, wieczorem T. 40,2, tętno 80, małe. Brzuch mniej bolesny, silne rozwolnienie, łuki nieczułe i mało ruchome, zaczerwienienie łuków mniejsze, połykanie utrudnione, język obłożony; karmienie sztuczne co 4 godziny (mleko, żółtko lub bulijon).

2/V. T. 38,2 rano, 37,8 wieczorem. Z wieczora nieprzytomna, bredzi, subiektywnie czuje się nieco lepiej, obiektywnie polepszenia żadnego, osłabienie wzrasta, w moczu białko i wałeczki ziarniste.

3/V. T. 38,6, v. 37,6 p. 80 b. słaby, głos lepszy, chora połyka sama, chociaż z trudnością, osłabienie silne.

Zmarła tego dnia o 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> w nocy wśród zapaści stopniowo zwiększającej się od południa.

Dokonane nazajutrz oględziny pośmiertne przez kol. Edwarda Zielińskiego dały następujący wynik. Na błonie śluzo-

wej przelyku w górnej  $\frac{1}{4}$  części dwa owrzodzenia o średnicy 3—4 m. m. kształtu podłużnie eliptycznego, o brzegach podminowanych, obrzmiałych i zaczerwienionych, dnie białym jakby oparzonem. Takież owrzodzenia w ilości 5 otaczają oddźwiernik, dno ich jednak nie tak białe, kształt bardziej podłużny brzegi więcej podminowane. Zresztą błona śluzowa żołądka nastrzyknięta, zaczerwieniona z licznymi podbiegami krwawymi. Toż samo w dwunastnicy. Wątroba zmętniała, na przekroju gliniasta. Istota korowa nerek zgrubiała, naczynia mocno krwią nastrzyknięte, przekrój obficie broczy, nabłonek zmętniały (*Nephritis acuta*). W innych narządach znaleziono: zrosty obustronne opłucny, przekrwienie płuca lewego i dolnego płatu prawego, zapalenie płuc przewlekłe w płacie środkowym prawego płuca, wykwity brodawkowate na zastawce dwudzielnej, guz zastoinowy śledziony, niezbyt przerostowy przewlekły błony śluzowej macicy, przekrwienie ostre opon i mózgu.

Już za życia chorej z takich objawów jak silne podrażnienie żołądka i kiszek, zniesienie uczucia bólu, częściowe porażenie łuków i krtani współcześnie z wyraźnemi śladami oparzenia na błonie śluzowej jamy ustnej i łuków, bialkomoczem i objawami osłabienia serca, szczególnie w obec zapachu kreozotu, jaki dawał się czuć z jamy ustnej, nasuwało się podejrzenie, że w danym przypadku mamy do czynienia z zatruciem kreozotem. Kilkakrotnie wybadywana w tym kierunku chora oddała rzeczywiście buteleczkę, zawierającą kreozot wraz z receptą i sposobem użycia. Odważona starannie pozostała ta ilość wykazała w istocie brak tylko użytej przez chorą ilości 18 kropeł, wykluczoną zatem została możliwość użycia większej ilości. Staranne badanie chorej wykluczyło możność objaśnienia powyższych objawów jakimikolwiek innemi zmianami chorobowemi bądź obwodowej, bądź ośrodkowej natury, w każdym zaś razie nie mieliśmy prawa postawić je w zależności od zmian, znalezionych w prawem płucu. Badanie pośmiertne, wykazałszy nam liczne wybroczyny krwawe w żołądku i kiszkiach oraz kilka nadżarć na błonie śluzowej przelyku i części oddźwiernikowej, zmętnienie wątroby, istnienie ostrego świeżego zapalenia nerek i przekrwienia mózgu oraz opon mózgowych potwierdziło nasze rozpoznanie przyżyciowe, boć przecież tych objawów nie objaśnimy starem prawostronnem zapaleniem śródmiąższowem płuc, ani też również starami zmianami w osierdziu.

Jeżeli zwrócimy się do danych toksykologicznych, to wiemy z badań Cornelciani, że duże dawki wywołują otrucie wśród podobnych objawów: początkujące porażenie ogólne skutkiem porażenia ośrodków, bez żadnych drgawek, silne podrażnienie żołądka i kiszek, zmętnienie błon śluzowych—dodajmy do tego zauważone przez Ummethun'a i Sędziaka zmiany w nerkach i w



trobie, a będziemy mieli obraz otrucia kreozotem. Znieczulające jego własności znane są oddawna, dziwić się zatem nie będziemy tym znieczuleniom, jakie widzieliśmy u naszej chorej.

Niewątpliwie, dawka 18 kropli, przez nią użyta w ciągu 24 godzin, nie należy do nader wysokich, to też nie wątpię, iż miałem w danym razie do czynienia z idyjosynkrazją wybitną do tego leku, a podanie środka per se ułatwiło znacznie spotęgowanie się objawów i wywołało śmierć szybką. Idyjosynkrazję w podobnym stopniu do kreozotu nie notowano, spostrzegalem jednak niejednokrotnie u moich chorych szpitalnych i w praktyce prywatnej, że chorzy lepiej znoszą kreozot, podawany w postaci pigułek, niż w postaci roztworów, które zwykle wywoływały nudności i objawy niestrawności, podczas gdy ciż sami chorzy pigułki znosili dobrze. Żrące działanie kreozotu w danym razie przypisać należy niewątpliwie podaniu środka per se. Chora dołala, coprawda, kreozot do mleka, ale nie zmąciła go dostatecznie, a przetwór ten nie rozpuszcza się w mleku, działał więc bezpośrednio na błony śluzowe i wywołał zmiany nie tylko w jamie ustnej, ale w żołądku czczym i dwunastnicy. Szczególniej charakterystyczne są zmiany w ostatnich tych dwóch miejscach, zjawiają się one bowiem przy każdym otruciu środkami żrącymi.

Streszczając się widzimy, 1) iż kreozot w danym razie wywołał: porażenie nerwów czuciowych i ruchowych, podniebienia miękiego, górnej części przełyku i krtani oraz nerwów czuciowych górnej i dolnej kończyny, a, jeśli wziąć pod uwagę ogólne osłabienie, wogóle wszystkich nerwów ruchowych, wreszcie zmiany miejscowe w błonach śluzowych, obok zmian charakterystycznych w wątrobie i nerkach, że 2) pochodzi to z jednej strony od podania środka w płynie, z drugiej od idyjosynkrazji chorej względem kreozotu.

Dla tego też, sądziłbym, należy wystrzegać się podawania tego leku per se lub w bardzo stężonych roztworach, tembardziej że pigułki z extr. gentianae lub roztwór w tranie w zupełności odpowiadają zadaniu. Wystrzegać się zaś tembardziej należy podawanie czystego kreozotu w mleku do wewnątrz, gdyż kreozot, jako nierozpuszczalny w mleku, oddziela się od tego ostatniego i przy niedość dokładnem zmieszaniu działa jak czysty przetwór. Pamiętać również należy, że chociaż dotąd przypadków idyjosynkrazji nie udało mi się znaleźć w literaturze, powyższy przypadek dowodzi jej możliwości, zawsze więc należy zaczynać od małych dawek, nie przekraczających 1—2 granów na dawkę 2 r. dziennie, i stopniowo tę dawkę i częstość podawania zwiększać.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

1. Prof. Dr. J. UFFELMANN. **O możliwości przenoszenia się zarazka duru brzuszego przez powietrze.** (*Wien. Med. Pr.* 47. 1893).

Rozprzestrzenianie się duru brzuszego przez powietrze uważano w dawnych czasach za rzecz zwykłą i często się zdarzającą. Mniemano, że wdechanie gazów, tworzących się przy gnicciu, wyziewów z miejsc ustępowych, kanałów miejskich, nawet z gnijących zwierzęcych i roślinnych pokarmów wystarczało samo przez się do wywołania wspomnianej choroby. Przypuszczenie to jednakże upadło z chwilą, gdy wykryto, że dla powstania tyfusu potrzebna jest obecność swoistego zarazka, i że przejście jego z zawartości miejsc ustępowych, gnijących produktów, o ile on tam się znajduje, do powietrza jest niemożliwym, ponieważ potrzeba do tego zupełnego wysuszenia wspomnianego zarazka. Wobec tego teoria zarażania się tyfusem przez powietrze upadła.

W ostatnich dopiero czasach pojedynczy autorowie wskazują na możliwość przenoszenia się zarazka tyfusowego przez powietrze. Na wiedeńskim kongresie higienicznym 1887 roku przemawiał Brouardel na korzyść tego mniemania, utrzymując jednocześnie, że nie zdołano dotąd, pomimo poszukiwań, wykryć laseczników tyfusowych w zanieczyszczonym powietrzu. Liebermeister również utrzymuje, że w powietrzu mogą się znajdować laseczniki tyfusowe, autor ten uważa powietrze za jeden z najważniejszych roznośców wszelkich ustrojów chorobotwórczych.

Z pomiędzy doświadczalnych prac nad tą kwestyją wymienić należy pracę Sicard'a. Autor ten kazał dmuchać tyfusowym w wyjałowioną rurkę szklaną zanurzoną w wyjałowioną wodę, którą następnie badał na zawartość laseczników tyfusowych. Wyniki tych doświadczeń były dodatnie. Naukowa ich jednakże wartość pozostawia wiele do życzenia, naprzykład, pomiędzy innymi, nie podaje zupełnie autor w jaki sposób chronił się od pomyłek w rozpoznaniu laseczników tyfusowych.

Pfuhl na podstawie swych badań w czasie epidemii duru brzuszego w Landsbergu również utrzymuje, że zarazek tyfusowy przez powietrze przenoszony być może. Dowodzenia jego jednakże nie są ściśle, wskutek czego przekonywającymi nie są.

Vaillard wspomina o epidemii tyfusu w koszarach wojskowych; epidemija ustała zupełnie w jednej części koszar, gdzie zarządono dokładną dezynfekcyję, grasując natomiast z tą samą siłą w niezdezynfekowanych budynkach. W kurzu i pyle z po-



dłogi wykryto liczne laseczniki tyfusowe. Brak tu jednak przekonujących dowodów, że znalezione drobnoustroje były rzeczywiście lasecznikami tyfusowymi, podobnie jak i we wspomnianej pracy Sicard'a.

Lessime, który przeprowadził szereg badań eksperymentalnych dla rozjaśnienia w sprawie będącej kwestyją, wykazał, że lasecznik tyfusowy w stanie żyjącym do powietrza przechodzi, zagnieżdża się w błonach śluzowych dróg oddechowych, skąd znowu do krwi się dostaje.

G. Flügge w znanym swem dziele „Gründriss der Hygiene“ i w podręczniku: „Die Microorganismen“, dopuszcza możliwości przenoszenia się zarazka tyfusowego za pośrednictwem powietrza.

Rozpatrzywszy dorobek naukowy w tej kwestyji, przychodzi autor do wniosku, że większość tych prac niema cech ściśle naukowych badań, i że są to po większej części wywody teoretyczne.

Z prac doświadczalnych w tym kierunku mamy tylko dwie Sicard'a i Lessim'a. O wartości pierwszej z nich było już mówione, co zaś do pracy Lessim'a, to chociaż zasługuje ona na zupełną wiarę, jednakże nasuwa się tu ta wątpliwość, że w tym czasie kiedy ten badacz doświadczenia przeprowadzał, nie można było z całą pewnością i stanowczością rozróżnić laseczników tyfusowych.

Dla ostatecznego przekonania się o przenoszeniu się laseczników duru brzuszego z kurzem, przeprowadził prof. Uffelmann szereg odpowiednich doświadczeń.

Autor zakażał wypróźnieniami tyfusowych wyjałowioną ziemię z ogrodu, wyjałowiony biały, drobny piasek, wyjałowiony pył z ulicy i mieszkania, wreszcie wyjałowione płótno i chustkę wełnianą, poczem wysuszał te przedmioty w pokoju bez dostępu światła słonecznego. W przedmiotach tych jeszcze po upływie 10 tygodni po wysuszeniu można było wykazać obecność laseczników tyfusowych, najlepiej zachowały się drobnoustroje w piasku i wełnie.

Płótno i chustkę wełnianą wytrzepano, pył i kurz ztąd otrzymany przeniesiono na żelatynę, gdzie otrzymano odpowiednie kolonie lasecznika tyfusowego. Zakażony piasek, ziemię, pył i kurz, rozpylono po wysuszeniu za pomocą balonu kauczukowego nad płytkami z żelatyną, poczem rozwinęły się kolonie, jak i w poprzednim doświadczeniu. Wreszcie rozpylono zakażony pył nad naczyniem z wyjałowionem mlekiem, gdzie za pomocą szczepień na żelatynie wykryto obecność zarazka tyfusowego. Możliwość wszelkich pomyłek co do rzeczywistości lasecznika tyfusowego została w tych doświadczeniach wykluczoną.

Nie ulega zatem wątpliwości, że laseczniki duru brzuszego nie giną tak łatwo po wysuszeniu, jak przecinkowce choleryczne, że mogą one istnieć przeszło dwa miesiące w ziemi, piasku, ku-

rzu i pyle, w ubraniu, gdzie się z wypróżnieniami dostają, po zupełnem wysuszeniu tychże przedmiotów; w obec tego trudno zdaje się zaprzeczać przenoszeniu się wraz z powietrzem laseczników tyfusowych, w stanie żywotnym się znajdujących, o czem przekonały rozwinięte hodowle na płytkach po rozpyleniu kurzu. pyłu, ziemi i t. d.

H. Kucharzewski.

2. Dr. EUGEN FRAENKEL (Hamburg). **O swoistem leczeniu duru brzuszego.** (*Deut. Med. Woch.* 41—1893).

Doświadczenia Briegera, Kitasato i innych dowiodły, że, hodując kolonie laseczników tyfusowych na pewnych podłożach, można jad tychże laseczników znakomicie osłabić; osłabiony tem jad po zaszczepieniu zwierzętom bardzo wrażliwym wywołuje jedynie słabe objawy chorobowe i uodpornia te zwierzęta względem nieosłabionego zarazka tyfusowego. Wspomniani autorowie używali w tym celu, jako podłoża, wyciągu z grasicy cielęcej. Frenkel, opierając się na doświadczeniach Briegera, zastosował osłabione hodowle lasecznika tyfusowego w terapii tyfusu brzuszego. Spostrzeżenia swe przeprowadził na 57 przypadkach w ogólnym szpitalu w Hamburgu.

Przygotowaną podług przepisu Briegera limfę stosował autor pod postacią wstrzykiwań mięsnych w pośladki, sposób ten okazał się praktycznym i mało bolesnym. Autor rozpoczął od dawki 0,5 ctm., chociaż świnki morskie 3 ctm. limfy bezkarnie znosiły. Po pierwszej iniekcji w wzmiankowanej ilości nie można żadnej zmiany w chorym zauważyć, drugiego dnia dawkę się podwaja, poczem ciepłota wzmagą się zazwyczaj i występują dreszcze, trzeciego dnia ciepłota po zastrzyknięciu opada, skutek ten jeszcze wyraźniej w czwartym dniu kuracji występuje. Autor zauważył, że jeżeli wtedy zawiesić leczenie, to ciepłota na nowo zaczyna się podnosić. Zjawisko to jest hasłem do ponownych wstrzykiwań i do powiększenia dawki. Wtedy wstrzykiwał autor po 2 ctm. płynu; poczem ciepłota przechodziła te same fazy, co po pierwszej dawce. Zachowanie się ciepłoty przez następne dni rozstrzyga o dalszych iniekcjach. Jeżeli ciepłota nie podnosi się po nad normę, wtedy z codziennem wstrzykiwaniem trzeba się wstrzymać, natomiast co drugi dzień stosować jedną iniekcję podnosząc dawkę za każdym razem o 1 ctm. We wszystkich prawie przypadkach udało się autorowi przełamać gorączkę ciągłą, która przyjmuje typ zwalniający i w przeciągu krótkiego czasu zupełnie ustępuje. Jednocześnie z upadkiem ciepłoty występują obfite poty oraz potówki, przyczem wydzielanie się moczu znakomicie się zwiększa; biegunki tyfusowe ustępują i chorzy robią zupełnie wrażenie zdrowiejących już wtedy, gdy znajdujemy jeszcze wysypkę i powiększoną śledzionę.

Nowa ta metoda leczenia duru brzuszego nie zapobiega powstawaniu powikłań oraz powrotów choroby; jednakże przy



jej stosowaniu nawet ciężkie przypadki przybierają przebieg więcej jednostajny i prędszy, który przez dotychczasowe metody leczenia nie mógł być osiągnięty.

H. Kucharzewski.

3. Prof. Dr. Th. RUMPF (Hamburg). O leczeniu duru brzusznego hodowlami lasecznika rosy błękitnej (*bacillus pyocyaneus*).

Deut. Med. Woch. N. 41 — 1893.

Autor w pracy swej daje sprawozdanie z szeregu doświadczeń, przeprowadzonych w ogólnym szpitalu hamburskim nad tyfusowymi, u których stosował wyjąłowane hodowle lasecznika rosy błękitnej. Przy przygotowaniu płynu leczniczego otrzymał się autor metody Briegera; stosował go zaś, podobnie jak Fraenkel, pod postacią wstrzykiwań mięsnych w pośladki. Wyniki, które Rumpf otrzymał, są prawie identyczne z wynikami Fraenkla.

Po zastrzyknięciu 0,5 ctm. występuje w niektórych przypadkach nieznaczne podwyższenie ciepłoty, która jednakże do następnego ranka do poprzedniej swej wysokości schodzi. Drugiego dnia po iniekcji ciepłota nieznacznie opada, niekiedy spadek ten występuje dopiero trzeciego dnia po pierwszym wstrzyknięciu, jest on jednakże po dawce 0,5 ctm. zazwyczaj nieznaczny. Dla tego też w przypadkach cięższych z wysoką gorączką stosował autor drugiego dnia znowu iniekcję z 1 ctm. poczem wyczekiwał 48 godzin. W mniej ciężkich przypadkach już drugiego dnia po wstrzyknięciu można było wpływ dodatni zauważyć: mianowicie spadek ciepłoty i zwolnienie tętna, oraz, co najważniejsza, zmianę ogólnego stanu chorego na lepsze. Jeżeli jednak w tym czasie zaprzestać dalszych wstrzykiwań, wtedy ciepłota ponownie się podnosi. Dlatego też autor we wszystkich przypadkach, gdzie ciepłota przechodzi 37<sup>o</sup> stopni stosuje dalsze wstrzykiwania w ten sposób, że 4-go dnia kuracyi zastrzykuje 2 ctm., 6-go dnia 4, 8-go dnia 6 ctm<sup>3</sup>. W większości jednakże przypadków nie potrzeba było tak wysokich dawek stosować. Autor nie spostrzegł nigdy żadnego działania ubocznego, bądź na oddech, bądź na czynność serca lub nerek. Spadek ciepłoty występował przy obfitych potach, ponownemu podwyższaniu się ciepłoty towarzyszyły zazwyczaj silne dreszcze. Pod wpływem metody Rumpfa przebieg duru brzusznego znacznym ulega zmianom, które dotąd spostrzeganymi nie były; w przeciągu 6 do 8 dni gorączka i inne objawy chorobowe znikają. Zdrowienie postępuje szybko i bez przeszkody.

W niektórych przypadkach wystąpiły powroty choroby, które w ten sam sposób i z również dobrym skutkiem były leczone. Z pomiędzy 30 przypadków duru brzusznego leczonych tą metodą miał autor 2 zejścia śmiertelne, przyczyną pierwszego był krwotok kiszkowy, drugiego zaś zapalenie płuc. Autor zechęca do dalszych doświadczeń i badań w tym kierunku.

H. Kucharzewski.

## II. Choroby nosa i gardła.

4. ZIEM. Stosunek między cierpieniami nosowemi i ocznemi. (*Beziehungen zwischen Augen-und Nasenkrankheiten*). Monat. f. Ohrenheil. 8—9 1893.

Związek, między cierpieniami oka i nosa zachodzący, już oddawna był znany — w zeszłym bowiem stuleciu Richter zwracał uwagę, że przetoki kanału łzowego są następstwem spraw w nosie (owrzodzenia, polipy etc.). Również dawno zwracano uwagę, że cierpienia zatok bocznych nosa (ropotoki, guzy) mogą wywoływać zmiany chorobowe w narządach wzroku.

Niektórzy — jak np. Hyrtl, radzili przystawianie pijawek do błony śluzowej nosa przy różnorodnych cierpieniach ocznych. Autor jest zdania, że okulista powinien jednocześnie posiadać znajomość chorób nosa. Przypuszcza on, że jakieś  $\frac{2}{3}$  wszystkich cierpień narządu wzrokowego zależnym jest od cierpień nosa, lub podtrzymywanem przez te ostatnie.

Sprawy chorobowe jam nosowych mogą się rozszerzać na narządy wzrokowe, bądź to per continuitatem, bądź to per contiguitatem, bądź wreszcie za pomocą naczyń chłonnych, lub krwionośnych. Jako najczęstszy jednak sposób rozszerzania się — niektórzy autorowie podają nerwy, z tem ostatniem jednak autor niezupełnie się zgadza. Nie pochwała również stosowania kokainy na błonę śluzową nosa w celu przekonania się, o ile ta ostatnia jest punktem wyjścia dla zwojnych cierpień ocznych. Rękoczyn ten nawet uważa za szkodliwy dla samej sprawy chorobowej w narządzie wzrokowym, jaki dla samej błony śluzowej nosa (wywołanie anosmii etc.). Co się tyczy pierwszej drogi t. j. rozszerzania się sprawy chorobowej z jam nosowych na oczy *per continuitatem* — to przedewszystkiem należą tu cierpienia dróg łzowych (łzawienie, nieżytkowo-ropne stany przewodu łzowego). I tak łzawienie występuje:

- 1) przy zarośnięciu nosowego wylotu kanału łzowego.
- 2) przy zatkaniu tegoż otworu polipami lub przerostami błony śluzowej nosa
- 3) przy ciałach obcych w nosie.
- 4) przy zaniku tkanki erektylnej w przewodzie łzowym, co prawdopodobnie zawsze ma miejsce przy sprawach zanikowych nosa (rhinitis atrophicans).
- 5) przy ucisku kanału nosołzowego od zewnątrz (exostoses, przerost przednich komórek sitowych etc).
- 6) przy zwężeniach i zatkaniach w przebiegu przewodu łzowego, lub kanalików łzowych, przy przetokach przewodu, lub worka łzowego.
- 7) przy zarośnięciu choan, przy wyroślach adenoidalnych, podtrzymujących nieżyt nosa.



8) przy porażeniu m. orbicularis, resp. włókien mięśniowych, otaczających worek łzowy—jako następstwa przewlekłych ropień nosowych.

9) być może także przy obrzmieniu błony śluzowej zatoki Highmora, przyczem występuje za pośrednictwem połączenia naczyń podoczodołowych z dolnymi gruczołami łzowymi, wszelkie obrzmienie tych ostatnich resp. zwiększone wydzielanie łez.

Czy istnieje również czysto nerwowe resp. zwrotne łzawienie w cierpieniach nosa, jest bardzo wątpliwem.

Zwykle stosowane sondowanie przewodu łzowego przy tem cierpieniu nie zawsze prowadzi do celu, a nawet, jak tego dowodzą dane statystyczne Tersona, w połowie przypadków bywa bezowocnem. Z drugiej zaś strony często zwykłemi środkami (szprycowanie etc.) usunięty nieżyty jam nosowych bez sondowania usuwa łzawienie.

Ropienie worka łzowego lub przetok w tym ostatnim według wszelkiego prawdopodobieństwa zawsze bywają następstwem cierpień nosa. Te ostatnie, albo bezpośrednio rozszerzają się na przewód łzowy, lub przy oczyszczaniu nosa ropa się aspiruje.

Że tak jest, przekonywają cyfry, i tak jeszcze w r. 1850 t. r. Hasner na 59 przyp. cierpień przewodu łzowego znalazł 51 razy cierpienia jam nosowych, Fazanelli i Krüch, na 35—30 razy, Michel i Zepst, na 38 przyp. dacryocystoblenorrhoea 37 razy skonstatowali cierpienia nosa etc.

Przy połączeniu leczenia nosa i bocznych jego jam z jednej strony, zapalnego zaś worka łzowego za pomocą sondowań i szprycowań (z góry lub od dołu), często otrzymuje się niezwykle szybkie wyleczenie.

Tyczy się to również i blenorrhoe worka łzowego u noworodków, która jest w związku z nabytą w czasie porodu wskutek aspiracji ropy z pochwy, blenorrhoea nosa.

Bardzo rzadkie są przypadki (przyp. Michel'a i Zeme'a) przetok między zatoką Highmora, a nosolozowym kanałem, t. zw. wewnętrzne przetoki przewodu łzowego.

2. Wiele przypadków zapalenia łącznicy zależy od nieżytość nosa i tylko ustępuje po wyleczeniu tych ostatnich. Autor dziwi się wytrwałości, z jaką stosuje się w tych razach różne środki ściągające bezskutecznie, gdy proste szprycowanie nosa często usuwa to cierpienie. Tyczy się to również zapaleń łącznicy wskutek t. zw. zaziębienia, jakoteż i t. zw. zołzowych zapaleń oka. Te ostatnie zawsze, zdaniem autora, mają źródło w ropieniach jam (bocznych) nosa.

Również i jaglica bardzo często jest związana z pierwotnem ropieniem nosa.

Że tak jest dowodzi między innymi fakt, że przy jednostronnej conjunctivitis trachomatosa istnieje sprawa ropna w odpowiedniej jamie nosa. Autor w wielu przypadkach bezskutecz-

nie (operacyjnie) leczonej jaglicy znalazł ropienie w zatokach Highmora, z polipami nosa połączone, jakoteż prawdopodobnie i ropnie zatok nosowych.

3. I w *Keratitis phlyctenulosa* zawsze, lub prawie zawsze przyczyna leży w ropnem zajęciu jam nosowych (zwłaszcza Highmora). Rzecz prosta, że wyjątek tu stanowią owrzodzenia rogówki rzerączkowe lub traumatycznego (infekcja nieczystym przyrządem) pochodzenia. W jednym przyp. autora po wypuszczeniu ropy z jamy Highmora w 3 dni siła wzroku z  $\frac{5}{12}$  podniosła się do  $\frac{5}{5}$ . Nawet keratitis interstitialis, pochodzenia przymiotowego (wrodzonego) często poprzedza cierpienie nosa. Częstość również otrzymujemy znaczną poprawę siły wzroku przez leczenie nosa w przypadkach niezbyt starych jeszcze blizn rogówek w następstwie keratitis centralis, nawet po uprzednio (bez wszelkiego efektu) wykonanej irydektomii. W ogóle leczenie miejscowe przy keratitis przy jednoczesnem leczeniu jam nosowych redukuje się do minimum, zwłaszcza atropina, na której szkodliwość przy tem cierpieniu jeszcze przed laty 16-tu zwracał uwagę A. Weber, staje się zbyteczną.

4. Sprawy chorobowe *tractus uvealis*, często również związane są z przewlekłymi cierpieniami nosa. Związek ten jest albo bezpośredni wskutek nagromadzenia ropy, lub śluzo-ropnej wydzieliny wzdłuż żył, lub naczyń limfatycznych, jak np. przy chorioiditis et panophthalmitis w następstwie ropienia zatoki Highmora, rzadziej kości sitowej lub pośredni w skutek zaburzeń w fizjologicznem krążeniu, przez co wyrównanie cierpienia tractus uvealis staje się utrudnionem, tak np. przy iritis jakoby reumatycznego pochodzenia miejscowe leczenie (atropina etc.) nie prowadzi do celu, jeżeli się nie usunie cierpienia jam nosowych resp. Highmora.

Również i iritis gonorrhoeica, syfilitica umiejscawiają się w tym oku, które wskutek przewlekłych zmian (zatkania) z następczemi zaburzeniami w cyrkulacyi, przedstawia „locum minoris resistentiae“. Autor nie zgadza się z poglądem autorów, którzy recydujące zapalenie tęczy uważają za następstwo pozostałych tylnych zrostów resp. podrażnień, lecz sądzi, że i tu przyczyną jest przewlekły przerostowy nieżyt nosa lub jam bocznych, połączony z zaburzeniami cyrkulacyi również w gałce ocznej.

Wreszcie i *Ophthalmia sympathica*, jak to widać z odnośnych paru przypadków autora, polega częstość na zajęciu jam nosowych.

5. I *krotkowzroczność* u dzieci nabytą, w następstwie odry, lub ospy (Jacobsohn) należy kłaść na karb stale przy tych cierpieniach istniejącego nieżyty nosa.

6. Uwzględnienie cierpień jam nosowych ma również, być może, znaczenie dla uchronienia od pewnych form *zaćmy* (katarakta). W wielu przypadkach niedojrzałej katarakty autor otrzy



mał poprawę w sile wzroku przez leczenie ropień nosowych.

7) Cierpienia *nerwów wzrokowych*, częstokroć zależnemi są od cierpień jam nosowych. I tak autor leczył w ten sposób skutecznie przypadki zaniku nerwów ocznych.

8) *Zapalenie tkanki łącznej oczodołu z exophthalmus etc.* częściej niż dotąd przyjmowano, ma za punkt wyjścia, ropienie w zatoce Highmora, rzadziej kości sitowej, czołowych, lub klinowych.

9) Na *zewnątrzną muskulaturę* oka cierpienia jam nosowych w różny sposób swój wpływ wywierają. I tak dwa przypadki strabismus convergens wyleczone przez autora przez usunięcie cierpień nosowych (przerosty dolnych muszel, deviatio septi, ropienie w zatoce Highmora. Również w wielu przypadkach porażenie n. okoruchowego przy przyłmowem cierpieniu podstawy mózgu, autor widywał znaczne polepszenie między innymi przy leczeniu nosa.

10) *Tenonitis*, w przypadkach autora i Jacobson'a, zależała również od cierpień nosa.

11) Wreszcie co się tyczy *cierpień powiek* w następstwie chorób nosa, to takowe często się zdarzają i tak:

a) Obrzęk, jako następstwo zaburzeń w cyrkulacji przy zatkaniach przewodów nosowych.

b) Sugillatio, przy forsownych wycieraniach nosa, w stanach przewlekłego nieżyty.

c) Róża przy ropieniach zatok bocznych nosa.

d) Ropnie, przy empyema Antri Highmori.

e) Emphysema, przy caries kości sitowych.

f) Skurcz przy sprawach zapalnych nosa.

g) Porażenie powiek, przy guzach zatoki sitowej etc. wreszcie h) Ectropion i entropion.

Niezwykle interesująca ta praca zarówno dla specjalistów chorób nosa, jako też i dla okulistów, zasługuje na bliższe rozpatrzenie.

*Sędziak.*

5. Dr M. NATIER (z Paryża). **O krwawieniach gardzielowych.** (*Pharyngites hémorrhagiques*). *Rev. de Laryng-d'otol. et de rhin.* Nr. 18, 1893.

Krwawienia, mające swe źródło w gardzieli, zdarzają się bardzo rzadko. Załadwie kilka istnieje przypadków ogłoszonych w literaturze (Rosenthal, Cartaz, Schernman, Hunt etc.). Autor spostrzegł jeden przypadek, który szczegółowo podaje.

Chory lat 29, przedtem zupełnie zdrow, nagle wieczorem po nadużyciu głosu poczuł gorąco w ustach i przy kaszlu wykrztusił nieco krwi. W nocy miał drugi atak, tym razem ilość krwi była znaczna (około szklanki), wreszcie rano wykrztusił po raz trzeci kilka skrzepów krwi. Chory zaniepokojony coraz częstszym występowaniem krwawienia z gardzieli, zasięgnął porady

autora. Przy badaniu szczegółowem skonstatowano: ogólna bladeć i osłabienie, w narządach klatki piersiowej (płucach i sercu) zmian żadnych nie można było wykryć, również i w organach jamy brzusznej. W nosie, krtani zmian żadnych. Przy badaniu gardzieli widać jak z tylnej ścianki sączy krew, którą za pomocą ucisku (wata) z łatwością dało się zatrzymać. Badania następce jamy noso-gardzielowej, oraz nasady języka nie wykazała żadnych zmian, błona śluzowa gardzieli zdrowa, nie przedstawia ani śladu sprawy zanikowej strupów. Również i w miejscu krwawieniem nie można było zauważyć wyraźniejszych rozszerzonych naczyń krwionośnych, tak, że ostatecznie autor przypuszczał krwawienie per diapedesin. Zalecono pendzlowanie z soku cytrynowego, a następnie pulweryzacje z kokainy (2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) i chlorku cynku (1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Pomimo to jeszcze w ciągu kilku dni występowało krwawienie po kilka razy dziennie, aczkolwiek coraz słabsze, wreszcie ustąpiło zupełnie.

W przypadku Rosenthala, dotyczącym silnie zbudowanego 27-letniego mężczyzny, krwawienie z gardła nastąpiło po silnem utrudzeniu fizycznym (pchanie ciężko naładowanego wozu). Punkt krwawiący tym razem znajdował się na łuku tylnym (pęknięte naczynie). Przypadek Cartaz'a dotyczył 55-letniego namiętnego palacza, krwawienie pochodziło z rozszerzonych naczyń błony śluzowej gardzieli, w drugim przypadku tego autora przyczyną krwawienia było owrzodzenie syfilityczne. W jednym z dwóch przypadków Kunta przyczyną krwawienia było nadżarcie powierzchowna na strópie gardzieli, w drugim rozszerzone naczynie na migdałku lewym.

Wreszcie w ostatnim przypadku Schernmanna krwawienie miało swe źródło w rozszerzonych kolosalnie naczyniach na podstawie języka.

Krwawienia gardzielowe mogą występować albo na powierzchni błony śluzowej, albo pod postacią wynaczynień w tkance podśluzowej, te ostatnie mogą czasami wytwarzać właściwe hematomy. W etyologii tych krwawień rozróżniamy przede wszystkim przyczyny ogólne, jako to: haemophilia, szkorbut, morbus Werlhofii, leukaemia, podagra (przyp. Tredtel'a), następnie pewne cierpienia płuc, serca, wątroby, nerek etc.

Do przyczyn miejscowych zaliczyć należy uraz, owrzodzenie syfilityczne, gruźlicze, rakowate—zanikowy katar gardzieli z tworzeniem się strupów.

W pewnych jednak przypadkach (np. autora i Rosenthala) przyczyny krwawień z gardzieli odnaleść niepodobna.

Objawy są różne, zależnie od umiejscowienia, i tak przy krwawieniach gardzielowych powierzchniowych krew może spływać przez nos (przy zajęciu stropu gardzieli), lub rzekomo z płuc, przy kaszlu (gdy spływa do krtani), wreszcie może być wydalaną z wymiocinami (gdy spływa do żołądka).



Przy podśluzowych krwawieniach, o wiele rzadszych od poprzedzających, bywają mniej lub więcej znaczne wynaczynienia, wyjątkowo hematomaty.

Rozpoznanie krwawień gardzielowych nie jest trudnem, zwłaszcza po szczegółowem zbadaniu narządów klatki piersiowej (chorzy najczęściej upatrują cierpienie płuc) lub plamy krwawej.

Wykluczyć należy również krwawienie, mające swe źródło w jamie noso-gardzielowej, dziąseł i podstawy języka, tonsilla lingualis).

Rozpoznanie staje się łatwem, gdy można zauważyć punkt krwawiący, czy to na tylnej ścianie gardzieli, czy łukach etc.

*Rokowanie* w ogóle przy krwawieniach pochodzenia gardzielowego jest dobre, choć nie zawsze (krwawienie przy zniszczeniu ścianki art. carotis etc.).

*Leczenie* polega na użyciu lodu, soku cytrynowego, kokainy, chlorku cynku, półtorachlorek żelaza, lub lepiej roztworu antypiryny (ana), dalej można zastosować nacisk na krwawiące miejsce zapomocą waty, przypalenie lapisem, lub lepiej galwanokauterem. Wreszcie można zalecać następującą mieszaninę:

Acidi tannici	18,0
Acidi gallici	6,0
Aqu. destill.	30,0

Co się tyczy leczenia ogólnego, to zależnem jest ono od poszczególnego przypadku.

W dyskusyi, jaka się nad powyższym odczytem Natier'a w Tow. Laryng. i otyatr. francuzkiem wszczęła, wzięli udział: Cartaz, który zwraca uwagę, że jeżeli przy obecności krwawienia z gardła nie znajdujemy żadnych zmian w nosie, gardle i krtani, to należy przypuszczać albo początek gruźlicy, albo zaburzenia naczynioruchowe pochodzenia neuropatycznego.

Gareł odróżnia dwie grupy krwawień gardzielowych, w pierwszej po wysiłkach następuje o każdej porze duże krwioplucie. Autor ma w kuracyi profesora, który prawie codziennie po wyjściu z klasy krwią pluje, przyczyna—żylaki na podstawie języka.

Do drugiej grupy należą osobniki nerwowe, którzy od czasu do czasu po przebudzeniu wykrztuszają massy słabo krwią zabarwione, przypominające rozcieńczony sok porzeczkowy (ten rodzaj krwawień Jossezand nazywa „hématoptyalémèse“), podług rozbiórów chemicznych, mała ilość krwi jest tu rozcieńczoną śliną.

Mówca zwraca uwagę na ważność badania moczu. Moure widywał krew, sączącą się bezpośrednio z żyłaków językowych, zwraca uwagę, że u histeryczek nie są rzadkością krwawy pot, krwawe łzy etc.

*Jan. Sędziak.*

6. PERCY JAKINS (Z Londynu). **Niezwykłe powiększenie wzrostu ciała jako następstwo usunięcia migdałków i wyrosła adenoidalnych.** (*Remarkable increase in bodily growth following the removal of tonsils and adenoids*). Journ of Laryng. Nr. 9. 1893.

Młodzieniec lat 17 był do autora przyprowadzony z prośbą o wykazanie przyczyny niezwykle małego wzrostu. Podczas gdy wzrost wszystkich jego braci wynosił przeszło 6 stóp, powyższy młodzian miał tylko 5 stóp  $3\frac{1}{2}$  cali, i waga jego była uderzająco mała. Przy badaniu autor skonstatował obecność wyrosła adenoidalnych i przerosłych migdałków, które były usunięte w dniu następnym doszczętnie. Od tego czasu autor nie widział chorego w ciągu lat 2-eh; zdziwił się tedy, gdy ujrzał dobrze zbudowanego młodzieńca, który w tym czasie znacznie urosł (mianowicie o  $6\frac{1}{2}$  cali, wzrost bowiem jego obecnie wynosi 5 stóp 10 cali), nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, że to zwiększenie wzrostu było bezpośredniem (? red.) następstwem wyżej wymienionych operacji, tem więcej, że bracia dosięgli znacznego wzrostu w wieku wcześniejszym. *Jan. Sędziak.*

7. PERIER (z Paryża). **Przypadek całkowitego wyluszczenia krtani bez uprzedniej tracheotomii ze sztucznem przywróceniem głosu.** (*Sur un cas d'extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable. avec rétablissement artificiel de la phonation*). Annales des Maladies de l'oreille etc. 8. 1893.

Przypadek dotyczył 62-letniego mężczyzny, dotkniętego rakiem (epithelioma) krtani, ograniczonym ściśle do wnętrza krtani.

Operacja była wykonaną w sposób następujący: po uspianiu chorego i wyprężeniu szyi autor wykonał dwa poprzeczne cięcia od jednego mięśnia mostko-sutkowego do drugiego, pierwsze bezpośrednio pod kością gnykową, drugie na szerokość palca pod chrząstką obrączkową następnie trzecie cięcie sagittalne połączyło środkowe punkty obu poprzecznych. Oba płaty boczne—na prawo i lewo były odwinęte, odkrywając w ten sposób zewnętrzną powierzchnię szkieletu krtaniowo-tchawicznego.

Po zatrzymaniu krwawienia, nieznacznego zresztą, gdyż obie połowy isthmi ciała tarczowego uchwycono w kleszcze, autor wprowadza pętlę nicianą z każdej strony tchawicy, ażeby utrzymał ją in situ po przecięciu, następnie wprowadza zgłębnik żłobkowy po za tchawicę pomiędzy pierwszy jej pierścień a początek przełyku. Wtedy, jednym cięciem noża (po zgłębniku) przecina w poprzek tchawicę, przyczem zaraz ją wyciąga ku górze i przodowi za pomocą uprzednio nałożonych bocznych pętlic, poczem wprowadza do tchawicy stożkową rurkę, zaopatrzoną w punkcie odpowiednim w *taquet*, na którym bezpośrednio są przywiązane boczne nitki, tym sposobem rurka i tchawica tworzą jedną całość, do której zewnętrzne powietrze przenika przez szeroką rurkę kauczukową, przy której pomocy wykonywa się w dalszym ciągu



znieczulenie, w znacznej odległości od pola operacyjnego. Tym sposobem uprzęda się przedostawanie krwi do dróg oddechowych. Reszta operacji jest bardzo prosta, przy pomocy pincety chwyta się dolny koniec krtani, pociąga ku przodowi i górze i przecina się przyczepny mięsień zwieraczy dolnych (constrictores) gardzieli. Oddziela się powierzchnię tylną krtani od przedniej gardzieli, co dość łatwo następuje, przecina się u podstawy wielkie rogi chrząstki tarczowej i kończy się oddzielenie krtani za pomocą przecięcia błony śluzowej gardzieli na około górnego otworu krtani, z pozostawieniem nagłośni, jeżeli jest zdrową.

Po ukończeniu tego rękoczynu mamy przed oczami wielką ranę, której dno tworzy przednia ścianka gardzieli, boki zaś głęboka powierzchnia płatów mięśniowo-skórnych, które pokrywały pierwotnie krtani, w dole znajduje się otwór tchawicy, ku górze otwór, który stanowił komunikację między krtanią a gardzielią. Następnie przyszywa się otwór gardzielowy do brzegów cięcia poprzecznego górnego w takiej rozciągłości, by otwór palca mógł z trudnością wejść do gardzieli, brzegi cięcia poprzecznego są następnie połączone ze sobą na prawo i lewo otworu gardzielowego w ten sposób otrzymanego.

W końcu zakrywa się płaty boczne ze sobą na linii środkowej ku przodowi od gardzieli. Pozostaje usunięcie rurki i połączenie końca tchawicy z brzegami cięcia poprzecznego dolnego.

Tym sposobem po ukończeniu operacji, na przedniej powierzchni szyi mamy dwa otwory, jeden ku dołowi, niezbędny dla oddechania, drugi w górnej części przeznaczony dla następnego przywrócenia głosu przy pomocy sztucznej krtani. Ten ostatni otwór znajduje się poniżej kości gnykowej, część nagłośni pozostawiono ażeby służył za rodzaj obturatora przy polykaniu.

Pierwszy opatrunek polegał na użyciu salolu do rany, którą również pokryto watą salolową, przymocowaną do bocznych części szyi za pomocą kolodium, otwór gardzielowy zatamponowano również watą salolową, a przed otworem tchawicowym umieszczono gazę w ten sposób, by uczynić możliwem oddechanie przy jednoczesnem filtrowaniu oraz ogrzewaniu powietrza.

Bezpośrednio po operacji stan chorego był nieszczególny, w dniu następnym jednak chory czuł się o tyle dobrze, że był już w stanie przy zatkanym za pomocą palca otworze gardzielowym przyjmować drogą naturalną (przez usta) płyny (wino szampańskie, mleko etc.), następnie zaś i pokarmy stałe.

Aparat fonacyjny sztuczny, który choremu oddaje znakomite rezultaty, skonstruowany przez Anbry'ego polega na rurce, zakończonej powierzchnią sferyczną, która może być przystosowana hermetycznie do otworu gardzielowego. Rurka ta zawiera aparat (m.in. sztuk) metaliczny, drgający przy pomocy powietrza, wydobywającego się z rezerwoaru kauczukowego o podwójnem

zagłębieniu, wypełniającego za pomocą ręcznego balonu termokauteru.

Obecnie chory mówi wyraźnie, spodziewaną jest większa w tym kierunku poprawa. Autor demonstrował preparat (wyciętą krtań), badanie drobnowidzowe potwierdziło rozpoznanie nabłoniaka.

Jan. Sędziak.

### III. Chirurgija.

#### 8. RECLUS. Przewlekłe zapalenie gruczołu sutkowego. (*Mastites chroniques et cancers. L. Sem. Méd. 1893. Nr. 16*).

Autor obserwował 5 przypadków zimnych ropni gruczołu piersiowego, jako następstwo przewlekłego zapalenia tegoż.

W przypadku pierwszym 30-letnia kobieta w 6-m tygodniu po odstawieniu dziecka od piersi spostrzegła w prawym gruczole piersiowym guz wielkości drobnej pomarańczy, który następnie powiększał się powoli, nie sprawiając bólów i nie zmieniając zabarwienia skóry. Na podstawie: łączności guza z gruczolem piersiowym, jego znacznej twardości i przyrostu skóry, rozpoznał chirurg raka i zaproponował odjęcie gruczołu. Tymczasem chora po upływie kilku tygodni udała się po poradę do autora. Wówczas w górnej części gruczołu znaleziono guz twardy, prawidłowo okrągły, pokryty drobnymi guziczkami, przypominającymi prawidłowe zraziki gruczołu. Wszystko to upoważniało autora do rozpoznania raka. Po upływie atoli kilku dni na środku guzowatości zjawilo się zaczerwienienie skóry, ścieńczenie jej, wyraźne chelbotanie. Po przecięciu wypłynęła znaczna ilość ropy.

W drugim przypadku u 29-letniej, dobrze zbudowanej i odżywionej kobiety w 7-m roku od ostatniego porodu znaleziono w zewnętrznej połowie prawego gruczołu piersiowego guz wielkości jaja kurzego, pozostający w łączności z narządem, prawidłowo okrągły, pokryty guziczkami, jakby zrazikami gruczołu, twardy jak drewno. Chelbotanie nie dało się wyczuć. Pod pachą kilka powiększonych gruczołów limfatycznych. Skóra niezmięciona, przesuwalna, brodawka stercząca. Żadnych bólów ani samoistnych, ani przy ucisku. Rozpoznano raka gruczołu piersiowego i skierowano chorą do autora. Ten ostatni, biorąc pod uwagę wiek pacjentki, przesuwalność niezmięnionej skóry, pomimo znacznego rozrostu guza, prawidłowo-okrągły kształt, wreszcie szczególną twardość tegoż, nie był pewny co do rozpoznania i dla tego zrobił próbne nakłucie guza. Wyciągnięto ropę, w której drobnowidz wykazał leukocyty i kulki mleczne. Lewy gruczoł piersiowy był zupełnie prawidłowy. Wypuszczono



ropę, a do jamy ropnia zastrzyknięto jodoform, rozpuszczony w eterze.

Po upływie 3-ich lat, a więc w 9-m roku od ostatniego porodu, ta sama chora zgłosiła się do autora z guzem w lewym gruczole piersiowym; badanie guza wykazało, iż był on prawidłowo okrągły, twardy, niebolesny, bardzo przypominający guz w gruczole prawym. Nakłócie potwierdziło podobieństwo. Po przecięciu guza wypłynęła szklanka ropy. Ściany ropnia nader gładkie, jakby ściany jamy surowiczej.

W przypadku czwartym 29-letnia zdrowa kobieta 2 tygodnie karmiła dziecko, a następnie musiała odstawić go od piersi dla braku pokarmu. Po upływie 2-ich lat strzykanie w lewym gruczole piersiowym zwróciło uwagę chorej na guzowatość wielkości pomarańczki, okrągłą, przy ucisku niebolesną; skóra na guzie była niezmieniona, brodawka nie wciągnięta. Gdy chora udała się po poradę do autora, ten ostatni na podstawie nader prawidłowego kształtu guza przypuścił, iż ma do czynienia z ropniem. Nakłócie próbne potwierdziło przypuszczenie. Po przecięciu wypłynęła ropa zielonkawa, koloru absyntu. Ściany ropnia były nadzwyczaj gładkie.

W ostatnim przypadku chodziło o 61-letnią kobietę. Wyszła za mąż mając lat 31. Rodziła 2 razy, ostatni raz w 8-m roku po wyjściu za mąż. Karmiła sama. Miesiączkować przestała przed 6-u laty. Przed rokiem leżała w łóżku 3 miesiące z powodu ciężkiej (influenzy) grypy. Po upływie pewnego czasu spostrzegła guz w górnej wewnętrznej części prawego gruczołu piersiowego, wielkości małego jaja kurzego; guz ten powiększał się powoli. Z rozpoznaniem raka chorą skierowano do autora. Badając pacjentkę znalazł ten ostatni w wewnętrznej górnej części powiększonego prawego gruczołu piersiowego guz wielkości sporego jaja, półkulisty, twardy jak drewno, pokryty licznymi guziczkami, przypominającymi zraziki gruczołu. Chelbotania nie czuć najmniejszego. Skóra nad guzem ruchoma, żyły jej mocno rozszerzone, guz gładki, kulisty. Brodawka cokolwiek wciągnięta. Bólów niema żadnych. Były więc objawy, przemawiające i przeciw i za rakiem. Próbne nakłócie dało gęstą ropę koloru absyntu. Po przecięciu ropnia znaleziono, iż ściany jego są bardzo gładkie. Ropa, zasiana w małej ilości na bulionie i żelatynie, hodowli nie dała; przy dużej ilości wyrósł na bulionie lasecznik o cechach następujących: na zwyczajnym bulionie tworzy delikatną błonkę; z próbki czuć zapach hodowli bacterium coli; na alkalicznym bulionie z laktozą fermentacja przerywa się po upływie 3 dni; mleko w przeciągu tego samego czasu ścina się. Hodowla na żelatynie podobna do hodowli bacterium coli. Drobnoustroj ów nie barwi się sposobem Gram'a.

Na podstawie podanych wyżej przypadków próbuje autor wytiłomaczyć sposób powstawania tych ropni. Dotychczas przyj-

mują, iż drobnoustroje wywołują ropnie w gruczole piersiowym, przedostają się drogami chłonnymi, przewodami mlecznymi i naczyniami krwionośnymi. Pierwszy sposób odrzuca autor w swoich przypadkach, gdyż u wszystkich wyżej podanych kobiet brodawki były bez najmniejszych obrażeń, a zresztą powstawanie ropnia było oddzielone znaczną przestrzenią czasu od okresu karmienia. Tak samo postępuje autor względem przewodów mlecznych, do których drobnoustroje przedostają się tylko w okresie karmienia, w chwili gdy wypływające mleko rozтворя ich wyloty.

Pozostają zatem naczynia krwionośne. Jako moment wstępny i w tym razie potrzebne jest, zdaniem autora, karmienie. W ślepej zakamieniu (cul-de-sac) pewnego przewodu mlecznego została od okresu karmienia mniejsza lub większa ilość mleka; naraz przedostają się do niej chorobotwórcze drobnoustroje, znajdują tu odpowiednią dla swego rozwoju głębę i powodują powstanie ropnia. Że ropnie rozwijają się w przewodach mlecznych a nie w tkance łącznej gruczołu, ma dowodzić okoliczność, iż ściany ropni były nadzwyczaj gładkie, a następnie, iż w ropie drobnowidz wykazywał ciałka siary (colostrum).

Co do rozpoznawania ropni gruczołu piersiowego, to najbardziej doświadczeni chirurdzy popełniali dotychczas poważne błędy. Dla różniczkowego rozpoznania radzą mieć na uwadze przyczynę powstania guza, przebieg choroby, bolesność, kształt guza, stan gruczołów pachowych. Widzieliśmy wyżej, iż wszystkie te objawy są za mało charakterystyczne, może jeden kształt prawidłowo-okrągły nieco pewniej przemawia za ropniem, niż za rakiem. Wobec tego we wszystkich wątpliwych przypadkach radzi autor wykonywać nakłócie guza strzykawką Pravaz'a.

*A. Leśniowski.*

9. A. T. BRISTOW. **Użycie powietrza do rozciągania pęcherza przy cięciu pęcherza nadłonowem.** (*C. f. Ch. Nr. 37. 1893.*)

Nadymając pęcherz powietrzem na trupie w celach demonstracji jamy Retzius'a zauważył Bristow, że fałda czerewny wznosi się przy tem na 2—3 cali po nad spojeniem łonowem, gdy tymczasem przy napełnieniu pęcherza 300 gramami wody i wytamponowaniu odbytnicy wzniesienie otrzewny nie wynosiło więcej niż  $\frac{1}{2}$  cala. Rezultat byłby jednakowy zarówno przy otwartych jak i nienaruszonych powłokach brzusznych; z tego powodu zaleca gorąco Bristow swój sposób przy cięciu łonowem. Sposób ten ma inne jeszcze zalety, mianowicie nie może być przy nim obawy o pęknięcie pęcherza. Jeżeli bowiem jakikolwiek pęcherz napełnić nieściśliwą wodą, to według praw hydrostatyki, najmniejszy plusk wody silnie powiększa parcie ścienne, przy użyciu zaś w tym celu ściśliwego powietrza stosunki są zupełnie



inne. Przy nadymaniu pęcherza ustami nawet przy użyciu całej siły wydechowej parcie ścienne jest względnie niewielkie, a nagłe skurcze pęcherza doprowadzą tylko do ściśnienia powietrza, a nie do pęknięcia ścięnczonych pomiędzy trabekułami ścian. Prócz tego, ponieważ powietrze jest lżejsze, podnosi więc więcej wierzchołek pęcherza w górę, niż ciężka woda, która raczej pęcherz ku dółowi pociąga. Nakoniec i to coś warto, że przy otwarciu pęcherza mętny płyn nie zalewa pola operacyjnego. W celu kontrolowania ilości wpędzonego do pęcherza powietrza uskutecznia się wdmuchiwanie za pomocą gumowego balonu o wiadomej pojemności. Kankę balonu wstawia się wprost w cewkę moczową, cewnik potrzebny jest tylko w zwężeniach. Wychodzeniu powietrza zapobiega się przez zaciśnięcie cewki ręką. Zdaje się, że na żywym sposobu swego Bristow jeszcze nie próbował.

B. Dzierżawski.

10. J. GOLDMAN. O wypadaniu kiszki prostej ze szczególnem uwzględnieniem operacji Thiersch'a. (*Dyssert. Strassburg. 1892. C. f. Chir. Nr. 28. 93.*)

Operacyja Thiersch'a polega na przeprowadzeniu podskórnie naokoło otworu stolcowego drutu srebrnego. Wklócie i wyklócie uskutecznia się z małej incyzyi; po wyklóciu końce drutu się skręca, obcina i skórę nad nim zaszywa. W klinice Lücke-ga w Strassburgu leczono w ten sposób 6 przypadków. Chorzy byli w późnym wieku: jedna 68-letnia, przeważnie jednak dzieci od 3 miesięcy do 3 lat. Zabieg sam wykonywa się bardzo łatwo, bezpośrednich złych skutków nigdy nie sprowadza. Nie należy drutu usuwać zawczasie, gdyż inaczej grozi powrót choroby.

Działanie tego pierścienia drucianego jest na razie czysto mechaniczne; stanowi on po prostu mechaniczną przeszkodę do wypadania zwiótczałej i obluzowanej kiszki, po za tem jednak działa drut jeszcze inaczej. Jako ciało obce pobudza do proliferacyi tkankę łączną okołokiszkową. Następnie kurczenie się nowej tkanki wzmacnia osłabiony związek kiszki z tkankami otaczającymi. Zdaniem Goldmana przy dającym się odprowadzić wypadnięciu, metoda Thierscha lepsza jest od wszelkich innych, a to ze względu na to, że jest bardzo łatwa do wykonania i chorego na żadne niebezpieczeństwo nie naraża.

B. Dzierżawski.

#### IV. Choroby kobiece.

11. O. SEMB. O zachowaniu się błony śluzowej macicy w rozwoju mięśniaków. (*Arch. f. Gyn. Bd. XLIII, Hft. II. 1893.*)

Pomimo poszukiwań Wydera, Campa, Schmala, a w ostatnich czasach Utera, zmiany, zachodzące w błonie śluzowej

macicy w rozwoju mięśniaków, nie są dotychczas dokładnie znane. Z tego powodu autor podjął nanowo powyższą sprawę i szczegółowo zbadał 23 macice mięśniakowate. Aczkolwiek autor przekonał się, że zmiany błony śluzowej są bardzo różnorodne, jednak na zasadzie zestawienia wyników badania przyszedł do następujących wniosków: 1) w większości przypadków błona śluzowa macicy ulega przerostowi, początkowo bez żadnych zmian zapalnych. Przerost przeważnie bywa gruczołowy, często jednak dotyczy równomiernie gruczołów i tkanki śródgruczołowej; 2) w dalszym rozwoju mięśniaka występują często wtórne zmiany błony śluzowej, spowodowane przez ucisk guza przez dołączające się zapalenia błony śluzowej lub inne powikłania (przemieszczenia macicy, ucisk na nerwy i naczynia etc.). Zmiany te mogą zupełnie znieść pierwotny przerost błony śluzowej. Tak na przykład w mięśniakach podśluzowych błona śluzowa po nad guzem zwykle ulega zanikowi w skutek mechanicznego ucisku.

Zapalenie błony śluzowej autor napotykał dość często, nie uważa go jednak za bezpośrednie następstwo mięśniaka lecz za rzecz wtórną, zależną od zaburzeń w odżywianiu, towarzyszących rozwojowi mięśniaka, lub też za wypadkowe powikłania. W większości spostrzeganych przez autora przypadków zapalenie jednakowo dotyczyło tkanki śródgruczołowej jak i gruczołów, wbrew spostrzeżeniom Campa i Wydera, którzy przy mięśniakach przeważnie znajdowali gruczołową postać zapalenia.

Co do przyczynowego związku pomiędzy mięśniakiem a zmianami błony śluzowej zdania autorów są podzielone: podczas gdy Campe i Wyder uważają mięśniak za czynnik pierwotny, który, wywołując zaburzenia w krążeniu, sprowadza zmiany błony śluzowej, Uter jest zdania, że podrażnienia, pochodzące z zewnątrz, wywołują jednocześnie przerost błony śluzowej i utkania mięśniowego, innemi słowy rozwój mięśniaka. Autor skłania się więcej ku zdaniu Utera na tej zasadzie, że często napotykał znaczne zmiany błony śluzowej wobec bardzo małych mięśniaków.

Rodzaj zmian błony śluzowej, zdaniem autora, bynajmniej nie wyjaśnia przyczyny krwotoków macicznych, towarzyszących mięśniakowi. Zdawaćby się mogło na zasadzie pewnej ilości przypadków, że przerost błony śluzowej sprzyja powstawaniu krwotoków, lecz inne przypadki przeczą powyższemu twierdzeniu. Z drugiej zaś strony autor stwierdził, że zanik błony śluzowej bynajmniej nie wyklucza krwotoków. Natomiast autorowi udało się spostrzedz, że krwotoki miały miejsce przeważnie w tych przypadkach, w których istniał przerost ścian macicy, bez względu na to jakim zmianom uległa jej błona śluzowa. Z tego powodu autor mniema, że przerost muskulatury macicy, często towarzyszący mięśniakom, z jednoczesnem nowoutworzeniem naczyń stanowi najczęstszą przyczynę krwotoków. Wprawdzie



w dalszym rozwoju mięśniaków mogą się dołączyć inne czynniki, które wywołują lub wzmagają krwotoki. Jama macicy często nadmiernie się rozszerza, wskutek czego powierzchnia zdolna do krwawień powiększa się, a więc krwotoki mogą się wzmacniać. Z powodu ucisku guza na naczynia macicy, żyły jako łatwiej uciskalne, ulegają zaciśnięciu wskutek czego rozwija się przekrwienie zastoinowe, które wzmacnia krwawienia. Znaczne zapalenie błony śluzowej może również wywierać wpływ na powstawanie krwotoków.

Powyzsze wnioski nie są pozbawione praktycznego znaczenia, odnośnie do stosowania zabiegów leczniczych, wykazują bowiem, że skrobanie może dawać bardzo rozmaite wyniki, zależnie od stanu ścian macicy i jej błony śluzowej: przy przeroście błony śluzowej wynik skrobienia może być dodatni, przeciwnie przy jej zaniku nie można oczekiwać żadnego rezultatu. Chcąc mieć pewne podstawy do zastosowania powyższego zabiegu należy, zdaniem autora, przed przystąpieniem do wyskrobienia całej jamy macicznej dokładnie stwierdzić stan macicy i zbadać zmiany błony śluzowej za pomocą próbnego wyskrobienia.

W dość znacznej ilości przypadków autor stwierdził, że granica pomiędzy błoną śluzową a warstwą mięśniową jest nieprawidłowa t. j. że gruczoły błony śluzowej wrastają w warstwę mięśniową. Zjawisku temu autor nie przypisuje cech złośliwego nowotworu. Raz zaledwie stwierdził niewątpliwe rakowe zwyrodnienie błony śluzowej. Na tej zasadzie autor sądzi, że rakowe zwyrodnienie błony śluzowej zdarza się w mięśniakach nie częściej, niż w innych przewlekłych zaburzeniach w odżywianiu. Należy jednak mieć je zawsze na uwadze, aby ewentualnie zamiast amputacji nadpochwowej wykonać całkowite wycięcie macicy.

K.

12. STROGANOW. **Badania bakteryjologiczne kanału pociowego w rozmaitych okresach życia kobiety.** (*Zurnal akusz. i žensk. bolezni. Tom VIII, 1893*).

Przytoczywszy bogatą literaturę tej kwestyi, autor przedstawia własne badania, których wyniki w krótkości tutaj przytoczymy. Pochwa zaraz po urodzeniu, w większej ilości przypadków, nie zawiera drobnoustrojów, zjawiają się one dopiero z czasem, wpływają na to: kąpiel, wycieranie tłuszczem części pociowych, zanurzanie do wody, obmywanie części pociowych. Położenie pośladkowe usposabia do wczesnego przenikania drobnoustrojów, chociaż nie zawsze. Odczyn wydzieliny pochwowej u niemowląt słabo kwaśny i pochwa przedstawia dogodną glebę dla rozwoju drobnoustrojów.

Bezpośrednio przed, po i podczas peryjodu pochwa zawiera dużo drobnoustrojów, jak również po za tym okresem. Kwaśny odczyn sklepienia zwykle podczas peryjodu staje się obojętnym

albo alkalicznym. W kanale szyjki macicznej bez uprzedniego odkazania przy badaniu w połowie przypadków podczas poryjodu na glebach odżywczych drobnoustrojów nie wykazano. Odczyn szyjki alkaliczny.

W okresie starości autor znajdował w pochwie dużą ilość drobnoustrojów: koków, diplokoków laseczników. Odczyn pochwy słabokwaśny, około szyjki obojętny, a niekiedy nawet alkaliczny. W kanale szyjki w połowie przypadków nie wykazano drobnoustrojów na agarze i żelatynie, w prolapsus uteri wykazano w szyjce drobnoustroje chociaż w małej ilości. Odczyn szyjki alkaliczny.

W pochwie ciężarnych zawsze jest dużo drobnoustrojów (laseczniki i inne formy). W nienormalnym stanie pochwy zmienia się i rodzaj pasorzytów. Odczyn pochwy bardzo kwaśny. Szyjka macicy w stanie prawidłowym drobnoustrojów albo nie zawiera, albo też zawiera ich bardzo mało, odczyn szyjki alkaliczny.

Podczas poronienia pochwa zawsze zawiera drobnoustroje (laseczniki, koki i diplokoki). Odczyn przy dużej ilości krwi alkaliczny, przy małej—obojętny, a czasem słabokwaśny. W szyjce w większej części przypadków były drobnoustroje (przypadki autora chorobowe i po zabiegach wewnątrzmacicznych); odczyn szyjki zawsze alkaliczny.

Kwaśny odczyn pochwy zależy od obecności i rozwoju w pochwie laseczników i robi niemożliwym rozwój łańcuszkowca, obecnie najczęstszej przyczyny gorączki połogowej. Oprócz odczynu kwaśnego w takiż sposób wpływają i produkty życiowej działalności laseczników pochwowych.

Kanał szyjki w większości prawidłowych przypadków nie zawierał drobnoustrojów, przyczyny tego są: 1) stała—śluz szyjki, zabójczy dla drobnoustrojów chorobotwórczych, i 2) czasowe—wpływ miesiączkowania i zapewne wydzielin połogowych (lochia).

Dla zbadania losu ropotwórczych drobnoustrojów w pochwie użył autor królików, którym wprowadzał do pochwy gronkowce i łańcuszkowce; drobnoustroje te już w 2-m tygodniu znikaly zupełnie z pochwy, nie wywołując ważniejszych zmian w stanie zdrowia królików. Poród i ciąża podczas wprowadzania drobnoustrojów i po wprowadzeniu może przebiegać prawidłowo.

Samoobrona organizmu jest wybitną, w pochwie kwaśny odczyn zawartości, zabójczy śluz w szyjce, jak również krew podczas miesiączkowania i odchody połogowe (lochia), wszystko to zwrócone przeciwko nieprzyjaciółom—drobnoustrojom; ze strony terapii zdrowie oczekuje wzmocnienia sił samoobrony i zmniejszenie szkodliwości drobnoustrojów (formuła  $Z$  (zdrowie) =  $S$  (samoobrona):  $M$  (mikroby), czy zaś irygacje antyseptyczne działają w tym kierunku skutecznie i czy jest lepsza droga, prowadząca do pożądanego celu, można wykazać przy pomocy statystyki z badań klinicznych.

Wł. Staniszewski.



## V. Choroby wieku dzieciennego.

13. Doc. Dr. L. UNGER o żywieniu dzieci i dyjetetyce (*Wiener. med. presse Nr. 28, 29, 30—1893*).

III.<sup>1)</sup>

## Sztuczne żywienie

Sztuczne żywienie dzieci nie jest pożądane, staje się koniecznością, gdy pierś matki lub mamki nie może być podaną niemowlęciu. Najodpowiedniejszym pokarmem do sztucznego żywienia jest mleko zwierząt domowych; ze względu na łatwość otrzymania i taniłość, na pierwszym miejscu stoi mleko krowie, choć pod względem składu chemicznego więcej odpowiednie byłoby mleko kłaczy, oślic i kóz, trudność jednak otrzymania i wysoka cena tego rodzaju mleka stoi na przeszkodzie.

Przy sztucznem karmieniu mlekiem krowiem zwrócić należy uwagę na 3 punkta.

1) na różnicę w składzie chemicznym mleka krowiego i kobiecego.

2) na różnicę pod względem chemicznym szczególniej ciał białkowych, zawartych w mleku krowiem i kobiecem.

3) na łatwość rozkładu mleka krowiego pod wpływem bakteryj ze względu na udój i przechowywanie.

Ad. 1. Mleko kobiece zawiera:

wody	białka	tluszczu	cukru	soli
87,41	2,29	3,78	6,21	0,31

Mleko krowie:

87,17	3,55	3,69	4,88	0,71
-------	------	------	------	------

ząd wynika, że mleko krowie zawiera więcej białką i soli, mniej cukru i tłuszczu.

Ad. 2. Przedewszystkiem różnica co do sernika krowiego i kobiecego polega na odmiennym sposobie scinania się pod wpływem labfermentu, sernik krowi ścina się w twarde grube błonki. Sposób ścinania się sernika zależy od gęstości roztworu sernika, od zawartości rozpuszczalnych soli wapiennych i stopnia kwaśności roztworu, ponieważ mleko krowie blisko 2 razy więcej zawiera sernika i 6 razy więcej soli wapiennych i 3 razy tak wysoką posiada kwaśność jak mleko kobiece, ząd wynika ten rodzaj odmiennego ścinania się sernika krowiego (Soxhlet). Odpowiedniem rozcieńczeniem i zobojętnieniem można doprowadzić mleko krowie do tego, że jeżeli nie zupełnie to przynajmniej w podobny sposób ścinać się będzie jak mleko kobiece.

<sup>1)</sup> Porównaj artykuły tegoż autora, streszczone na str. 479 i 751 w zeszłym roczniku Kroniki. (*przyp. red.*).

Sposób ścinania się sernika odgrywa ważną rolę w trawieniu, gdyż drobniejsze błonki sernika łatwiej ulegają działaniu soków trawiennych.

Badania Biederta wykazały że siarczan magnu wcale nie ścina sernika kobiecego, a inne odczynniki jak kwasy: siarczany, solny, azotny, octowy oraz sublimat trudniej go strącają, niż sernik krowi.

Ad. 3. Mleko krowie podczas dojenja, przechowywania wogóle, nim się dostanie do konsumenta ulega ciągle zanieczyszczeniu przez bakteryje i pod ich wpływem ulega rozkładowi. Sterylizacja powinna temu zapobiegać.

Co się tyczy punktu 1 to odpowiednie rozcieńczenie ma na celu wyrównać różnicę co do składu chemicznego mleka krowiego i kobiecego. Natomiast drugi punkt, to jest różnica co do własności chemicznych sernika kobiecego i krowiego po dziś dzień nie daje się dostatecznie wyrównać i na tem zdaje się głównie polega cała różnica w sztucznem żywieniu dzieci. Próby peptonizacyi mleka czy to za pomocą soku trzustkowego, czy to pod wpływem pepsyny i kwasu solnego, nie dały zadawalniających wyników.

Przejdźmy do poszczególnego omówienia każdej z trzech metod istniejących sztucznego żywienia dzieci mlekiem krowiem:

1. *Metoda procentowa* uwzględnia wysoką zawartość sernika w mleku krowiem w porównaniu z kobiecem i stara się takową wyrównać dodatkiem wody stosownie do wieku dziecka w sposób następujący.

		po urodzeniu dziecka
1 cz. mleka	z 3 cz. wody	w pierwszych 3 tygodniach.
1	2	w 4—8 tygodn.
1	1	w 3—4—5 miesiącu.
2	1	w 6 i 7 miesiącu.

począwszy od 7 miesięcy coraz mniej dodawać wody i jeżeli dziecko dobrze trawi w 9—10 miesiącu przejść do mleka krowiego nierozcieńczonego. Odpowiednio rozcieńczone mleko z dodatkiem na każde 100 cc. płynu 4 gram. cukru powinno być przygotowane na cały dzień i wysterylizowane w aparacie Soxhlet'a; przy tego rodzaju karmieniu również należy przestrzegać ogólnych prawideł dyjetycznych: jak podawanie pokarmu co 2—3 godziny, bacząc na własność stolców. Ilość pokarmu użytego na raz w pierwszych 4 tygoniach wynosić ma 40—80 ccm. później 100—150—200 ccm.

Przy stałem trawieniu obliczać należy dobową ilość pożywienia, przyjmując na każde kilo wagi 200 ccm. odpowiednio rozcieńczonego mleka.

Polecają często zamiast wody dodawać do mleka odwaru jęczmiennego lub owsianego. (2 łyżki grubej kaszy gotuje się w 1 litrze wody w ciągu pół godziny i cedzi się przez



cienki muszlin). Dodatek tych odwarów bywa właściwym u dzieci, skłonnych do biegunek (resp. do obstrukcji). Dodatni wpływ tych kleistych odwarów polega na tem, że sernik wówczas ścina się w mniejsze grudki i staje się łatwiej tym sposobem strawnym.

U dzieci, skłonnych do obstrukcji, Escherich poleca zamiast cukru dodawać ekstrakt słodowy (malz-extrakt) w ilości łyżeczki od kawy na 100 sz. cm. płynu.

Wspomniane mieszanki mleka z wodą w rzeczywistości są mało posilne, mało bowiem zawierają białka i tłuszczu, a dużo płynu. Dzieci w ten sposób karmione są żarłoczne: piją dużo, a są głodne, żołądek mają przeciążony, trawienie upośledzone i często oddają moc.

Już Bitter i Kehrer zwrócili uwagę na małą zawartość tłuszczu w tego rodzaju mieszankach i polecali dodatek śmietanki. Biedert na podstawie ścisłych badań wystudjował znaczenie tłuszczu dla trawienia białka i wprowadził do sztucznego żywienia dzieci dyjetę śmietankową. Doświadczenie uczy, że niektóre dzieci nie trawią rozcieńczonego mleka, a tylko rozcieńczoną śmietankę znoszą i stopniowo do dodatku mleka muszą się przyzwyczajać; zaczyna się zwykle od rozcieńczonej śmietanki, zawierającej zaledwie 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> sernika.

Stopniowanie mieszanki śmietankowej jest następujące:

	śmietanki	wody	mleka	cukru
I	125	375	—	15,0
II	125	375	75,0	15,0
III	125	375	175,0	15,0
IV	125	375	250,0	15,0
V	125	375	375,0	15,0
IV	125	250	500,0	15,0

mieszanki te zawierają:

	sernika	tłuszczu	cukru	dla dzieci	
I	1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	dla dzieci	1—2 miesięcznych.
II	1,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	2—3 "
III	1,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	3—4 "
IV	2,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	5—6 "
V	2,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	6—7 "
VI	3,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	8—9 "

Rozróżnić należy mieszankę naturalną i sztuczną: pierwsza jest wtedy, gdy używamy świeżo zebranej śmietanki z mleka, druga zaś gdy używamy konserwy śmietankowej t. j. sztucznej mieszanki śmietankowej przygotowanej według wskazówek Biedert'a. 1 łyżka tej mieszanki z 13 łyżkami gorącej wody odpowiada mieszance Nr. 1. Dodatek 1, 2, 3, 4, 5, 6, etc. łyżek mleka świeżo przegotowanego daje mieszanki o stopniowo zwiększonej ilości sernika aż do XIV stopnia, przyczem ta ostatnia mieszanka zawiera 13 łyżek mleka. Następnie podaje się dziecku mleko rozcieńczone wodą w stosunku 1:1 następnie 1:2 i t. d.

Mieszanki śmietankowe obok tego że są droższe, mają jeszcze tą niedogodność, że przygotowane nie mogą być sterylizowane, gdyż wówczas kropelki tłuszczu się zlewają i mieszanka traci cechy zawiesiny, co dla trawienia jest nader ważne. Można tylko do tych mieszanek używać wody sterylizowanej.

*Metoda wolumetryczna* podana przez Eschericha opartą została nie na tem o ile rozcieńczone mleko dziecko powinno dostawać, a zaś na tem ile właściwie mleka jako pożywienia dziecko spożywać powinno.

Obliczone ilości ciał pożywnych, jakie dziecko z piersi codziennie i za każdym ssaniem w mleku kobiecym spożywa odpowiednio do wieku (Pfeiffer, służyły za podstawę do obliczeń Eschericha odnośnie potrzebnych ilości mleka krowiego stosownie do zawartych w niem składników pożywnych. Jeżeli wiadoma jest dana ilość mleka krowiego (A) odpowiadająca ze względu na swą wartość pożywną pewnej ilości mleka kobiecego (B), koniecznej dla dziecka w danym wieku na 24 godzin, to łatwo już można obliczyć ilość wody (W), koniecznej do rozcieńczenia mleka krowiego albowiem  $A - W = B$ .

Tabela poniżej przytoczona wykazuje szczegóły obliczeń Eschericha t. j. ilość potrzebnego mleka na dobę, ilość potrzebną na każde ssanie.

Wiek.		Mleko kobiece.					Mleko krowie.			
Miesiąc.	Tydzień.	Ilość do- bowa.	Ilość na każde ssanie.	Białko.	Tłuszcz.	Cukier.	Ilość do- bowa.	Białko.	Tłuszcz.	Cukier.
I.	1/2	104	= 8×13	4,40	2,81	4,69	150	5,25	5,75	6,75
	1	254	= 7×36	8,74	6,86	11,44	200	7,00	7,30	9,00
	2	334	= 7×48	7,64	9,02	15,05	250	8,75	9,12	11,25
	3	440	= 7×68	10,27	12,13	20,23	300	10,50	10,95	13,50
II.	4	550	= 7×71	12,58	17,86	24,78	350	12,25	12,67	15,75
	5 i 6	749	= 7×107	13,82	22,52	41,47	400	14,00	14,60	18,00
III.	7 i 8	864	= 7×123	15,83	26,49	45,03	450	15,75	16,32	19,75
	9 i 10	926	= 7×132	17,68	20,43	55,28	500	17,50	18,15	32,50
IV.	11 i 12	896	= 7×128	17,10	20,25	52,50	550	19,25	18,97	24,75
	13 i 14	969	= 7×138	19,53	39,02	59,12	600	21,00	21,90	27,00
V.	15.16	974	= 7×139	19,62	39,23	59,39	650	22,75	23,62	29,25
	17.18	996	= 7×142	17,38	52,36	—	700	24,50	25,55	31,50
VI.	19 i 20	996	= 7×142	17,42	52,28	—	750	26,25	27,27	33,75
	21—24	1023	= 6×167	15,82	26,88	60,00	800	28,00	29,20	36,00
VII.	25—28	1051	= 6×174	11,99	34,77	60,40	900	31,50	32,85	40,50
VIII.	29—32	741	= 6×123	12,15	28,69	42,80	1000	35,00	36,50	45,00
IX.	33—36	482	= 6×88	7,26	11,62	28,94	1200	42,00	43,80	54,00

Metoda Eschericha w sztucznym żywieniu dzieci przedstawia krok naprzód, wymaga jednak inteligencji i pieczołowitości matki, pomimo tabel i naczyń kalibrowanych, ułatwiających zastosowanie tej metody, mało jest rozpowszechnioną.



3. *Metoda fizyologiczna* polega na absolutnej ilości ciał pożywnych i ich stosunku w rozcieńczonym mleku. Jeżeli mleko rozcieńczymy na połowę nie wodą lecz 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem cukru mlecznego, to mieszanka tego rodzaju będzie zawierać więcej białka i cukru mlecznego, a mniej tłuszczu niż mleko kobyce. Mieszanka Huehner-Hoffmana przedstawia skład następujący:

wody	białka	tłuszczu	cukru	popiołu
90,57	1,78	1,85	0,36	5,44

Mieszanka ta ma pewne dodatnie strony: unika się zbyt wielkiego rozcieńczenia mleka, ztąd strącanie się sernika krowiego odbywa się w nieco podobny sposób jak kobycego przez co staje się łatwiej strawną; nie wprowadza się zbyt wiele wody do ustroju, co nie jest także obojętne; unika się dodatku różnych odwarów (jęczmienny, owsiany), których wartość pożywna i strawność są problematyczne; dodatek cukru wypełnia brak pod względem odżywczym z powodu mniejszej zawartości tłuszczu, z tego to powodu Soxthlet radzi rozcieńczać mleko pół na pół 12,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem cukru mlecznego i wówczas mieszanka zawierać będzie 9,40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> cukru; na koniec cukier mleczny ma nieco rozwalniający wpływ, co jest pożądanem przy zwykłej skłonności do zaparcia u dzieci, karmionych mlekiem krowiem.

Im prostszą w wykonaniu jest dana metoda tem łatwiej może być w szerszym zastosowaniu. Mieszanka Huehner-Hoffmana, zdaje się, temu odpowiada, nie wymaga bowiem wiele czasu i umiejętności do jej przygotowania; przede wszystkim stopień rozcieńczenia mleka pozostaje ten sam, aż do 9 miesiąca, rozumie się, że tylko ilość podawanych dziecku porcyj odpowiednio się zmienia. Po 9 miesiącach przejść można już do całkowitego mleka, w pierwszych zaś miesiącach i u rekonwalescentów można mleko rozcieńczać 2-ma częściami cukru mlecznego.

Sztuczne żywienie mlekiem krowiem nigdy nie jest w stanie zastąpić piersi matki, tembardziej to się odnosi do innych surogatów jak zupa Liebiga i mączki dla dzieci. Szkodliwość tego rodzaju preparatów polega na obecności w nich skrobi, której dziecko w pierwszym półroczu nie może przetrawiać ze względu na niedostateczny jeszcze rozwój organów trawienia (ślinianki). Dzieci temi surogatami żywione są słabe i małokrweste. W drugim półroczu, a jeszcze lepiej w końcu pierwszego roku tego rodzaju mączki mogą już być z pożytkiem używane.

Przy sztucznym żywieniu dzieci mlekiem krowiem baczyć należy na jego wybór. Niezależnie od rasy na dobroć mleka ma ważny wpływ rodzaj żywienia krów. Najodpowiedniejszą karmą jest tak zwana sucha pasza, mleko krów żywnych wywarami, słodzinami, nie jest odpowiednie do żywienia dzieci.

Baczyć należy, aby krowy nie były dotknięte temi chorobami, które udzielać się mogą ludziom, jak perlica, zaraza pysko-

wa i t. d. Ważną jest rzeczą, aby mleko zaraz po wydojeniu było poddane sterylizacji.

Przechodząc do żywienia dzieci starszych zaznaczyć należy, że w okresie po odstawieniu dziecka, należy mieć wielką baczność na wybór jakości i ilości pokarmów i zmianę pokarmów przeprowadzać powoli.

Co się tyczy ilości ciał odżywczych, potrzebnych dla dziecka w wieku od 1—6 lat, to badanie Camerera, Förster'a i Uffelmana, przeprowadzone na ich własnych dzieciach, wykazały że

	białka	tłuszczu	węglowodan.
dziecko w wieku 1 $\frac{1}{2}$ r. potrzeb. dzien.	42,5	35,0	100
" " " 2 lat " "	45,2	36,0	110
" " " 3 " " "	50,0	38,0	120
" " " 4 " " "	53,0	41,5	135
" " " 5 " " "	56,0	43,0	145

Dzieci w tym wieku stosunkowo więcej potrzebują pożywienia, niż dorośli i dla tego mogą 5—6 razy dziennie jadać. Do 3 roku odpowiednie są następujące pokarmy: mleko, zupy mleczne, jaja na mięko, rosoly, drobno posiekane mięso, dobrze wygotowany ryż., purée z kartofli, sucharek, chleb pszenny; od 3 roku coraz więcej mięsa. Unikać należy: grubego chleba, owoców z twardą skórką, niedojrzałych owoców, grzybów, zielonej sałaty, kapusty, słodczy, większych ilości kartofli, korzeni, truneków, kawy i herbaty.

Co do dziennego zapotrzebowania środków odżywczych u starszych dzieci istnieją obserwacje na pojedynczych dzieciach (Camerera i Uffelmana) i na całych grupach dzieci (Voit, Riedel) z tych wyliczeń średnie wyniki są następujące.

	białka	tłuszczu	węglowodan.
8—9 letnie dziecko dziennie potrzebuje	60,0	44,0	150
11—14 " " " "	72,0	47,0	245
14—15 " " " "	79,0	48,0	270

Około 11 roku tak u chłopców jak i u dziewcząt zapotrzebowanie ciał białkowych jest większe ze względu na szybki rozwój muskulatury. Wogóle dzieci zbliżające się do okresu dojrzewania więcej potrzebują pokarmów zwierzęcych niż roślinnych.

U starszych dzieci unikać należy użycia: mocnych korzeni, win, trunków i tytoniu.

*Jan Bączkiewicz.*

## PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

— *Przyczyłki do anatomii patologicznej i medycyny klinicznej dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin Włodzimierza Brodowskiego, profesora Anatomii patologicznej w Uniwer-*



sytecie Cesarskim Warszawskim, wydane przez jego uczniów i asystentów. Warszawa 1893.

1. Edward Przewoski. *Gastritis tuberculosa*. Obserwowane przez autora przypadki tego rzadkiego cierpienia dotyczyły suchotników z włóknistą postacią gruźlicy płuc, z jednocześnie istniejącymi owrzodzeniami gruźlicznymi w kiszkiach, i to najczęściej b. wysoko (w kilku przypadkach w dwunastnicy) i ze zmienioną błoną śluzową żołądka (nieżyt, brak kwasu solnego za życia).

Gruźlica żołądka przedstawiała się w postaci owrzodzeń, zwykle dość *licznych* (niekiedy do kilkunastu), *wypiejscowionych* najczęściej na tylnej ścianie w części oddźwiernikowej i wpustowej, wielkości 1—10 ctm. kwadr. *formy* okrągłej lub z zaokrąglonemi odnogami

*Zmiany widzialne gołem okiem*: brzegi wrzodów wyniesione wałkowate; *dno* nierówne szaroczerwone, miejscami usiane drobnymi szarobiaławemi guziczkami; *dokoła wrzodów* błona śluzowa mniej przesuwalna i mniej przezroczysta, błona podśluzowa biaława, zgrubiała, niekiedy w niektórych tylko kierunkach w postaci cienkich, białych smug, 2—3 ctm. długich. Pod owrzodzeniami błona mięsna zgrubiała z cienkimi białowemi smugami, błona surowicza pokryta drobnemi, przeświecającymi, szarobiałemi guziczkami; niekiedy zaś obie błony napozór niezmienione.

*Zmiany drobnowidzowe*: wrzody zajmują najczęściej błonę śluzową i podśluzową, błona śluzowa brzegów owrzodzenia i na około nich nacieczona, gruczoły mocno rozwinięte, przewody ich nacieczone, nabłonek gruczołów zanikły. Błona podśluzowa tych miejsc nacieczona, wspomniane wyżej białawe smugi w niej i w błonie mięsnej pod owrzodzeniami zależą od rozrostu tkanki łącznej i nacieczenia. Nacieczenie to idzie przeważnie wzdłuż naczyń, tworząc pasy, w pośrodku lub z boku których widać szerokie szpary limfatyczne, wysłane zgrubiałym śródbłonkiem — lymphangoitis tuberc. Guziczki z brzegów powstają wskutek skupienia się w danem miejscu nacieczenia, ulegającego w środku zserowaceni, w guziczkach tych widać komórki większe nabłonkowe, ale olbrzymich b. niewiele. W guziczkach i pośród nacieczeń błony śluzowej, podśluzowej i mięsnej widać przy odpowiednim barwieniu, laseczniki Kocha, lecz w ilości b. nieznacznej.

W drobnych tętniczkach na około owrzodzeń (w niektórych przypadkach) spostrzegano miejscami zwyrodnienie mączkowate.

Owrzodzenia gruźlicze żołądka, pomimo pewnego podobieństwa z owrzodzeniami kiszki, przedstawiają jednak i pewne różnice:

1) Wrzody gruźlicze żołądka są okrągłe, co zależy od braku w żołądku takiego wybitnego poprzecznego kierunku naczyń, jak to ma miejsce w kiszkiach.

2) Błona podśluzowa żołądka przyjmuje większy udział, niż to ma miejsce w kiszkiach; wyrażało się to w postaci wspomnianego wyżej lymphangoitis tuberculosa w błonie podśluzowej, bez szybkiego roz-

padu (brzegi owrzodzeń nie podminowane), rzadziej z szybkim rozpadem (brzegi podminowane).

3) Błona mięsna i surowicza żołądka przyjmuje mniejszy tu udział, niż w kiszkach.

4) Ilość laseczników Kocha w brzegach i dnie owrzodzeń bywa bardzo małą, co zależy od obecności soku żołądkowego, niedogodnego dla rozwoju tych pasorzytów.

Za warunki, usposabiające do opisywanego cierpienia, uważa autor, oprócz przewlekłego charakteru pierwotnego cierpienia (włókniasta postać gruźlicy płuc) zmiany nieżyłtowej błony śluzowej żołądka, obecność w niej większej, niż zwykle ilości guziczków limfatycznych, wreszcie zmiany przypadkowe (owrzodzenia, zranienia) błony śluzowej.

2. Zdzisław Dmochowski. O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzieliwej u suchotników. Wykazawszy w jednej z poprzednich swych prac częstotność gruźlicy migdałów w bardzo posuniętych wypadkach tegoż cierpienia płuc, autor, w obec znacznego pod wieloma względami podobieństwa migdałów do błony śluzowej jamy nosogardzieliwej, pragnął poznać czy i ta ostatnia również często cierpi wtórnie u suchotników i w jaki sposób? Z danych anatomicznych, z poprzedzających prac wspomniemy krótko tylko o szczegółach, niezbędnych dla zrozumienia wniosków autora.

*Tkanka limfatyczna* w błonie śluzowej jamy nosogardzieliwej bywa najczęściej rozwinięta na stropie i w górnej i środkowej części tylnej ściany; od powierzchni błony śluzowej oddziela ją cienka warstwa delikatnej tkanki łącznej podnabłonkowej i nabłonek, jak wiadomo, migawkowy w tych miejscach; lecz często nacieczony szczególnie w głębi krypt gruczołu Luszki.

W tej tkance limfatycznej odróżniamy jak zwykle, a) siateczkę, będącą dalszym ciągiem tk. łącznej podnabłonkowej, w miarę posuwania się w głąb mającą coraz cieńsze beleczki i coraz większe oczka, b) okrągłe limfatyczne komórki z bardzo dużym ziarnistym jądrem i zarodnią komórkową mało widoczną i c) okrągłe guziczki (folikuly) limfatyczne różniące się od reszty tkanki tem, że 1) otacza je nader delikatna siateczka, o dużych oczkach, bardzo mało nacieczonych tak nazwane zatoki limfatyczne; 2) siateczka samego guziczka szczególnie u obwodu jest znacznie grubsza, oczka jej bardzo małe, szczelnie wypełnione komórkami, których jest dwa rodzaje. Większość stanowią komórki zwykle nie okrągłe, zbliżone do nabłonka, z dużym jądrem i wyraźną zarodnią, oprócz nich 2—4 dużych komórek, z wielkim okrągłym jądrem, z mało widoczną zarodnią.

Pod tkanką łączną leży mocno włóknista twarda tkanka łączna z gruczołami śluzowymi. Autor doszedł do bardzo ciekawych rezultatów, które ze względu na brak miejsca zmuszeni jesteśmy treściwie podać, po szczegóły odsyłając do oryginału.

1. Wtórne gruźlicze cierpienie błony śluzowej jamy nosogardzieliwej zdarza się u suchotników bardzo często (33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).



2. Istnienie jednocześnie gruźlicy kiszek lub krtani nie zwiększa tej odsetki.

3. Za to przy istnieniu komplikacji ze strony gruźlicy gardzieli także cierpienie badanej okolicy prawdopodobnie jest stałym objawem.

4. Gruźlica jamy nosogardzielowej jest nadzwyczaj częstą w ostrej prosówce (na 8—6 u osobników młodych, dobrze odżywianych).

W połowie tych wypadków nie udało się w płucach lub gdziekolwiekby indziej wykryć starych zmian gruźlicznych, a ponieważ owrzodzenia jamy nosogardzielowej były głębokie, obszerne, prawdopodobnie dość stare, to nie jest zupełnie wykluczona możliwość przyjęcia ich za pierwotne.

Częstość gruźlicy nosogardzielowej w prosówce czyni ważnym badanie lusterkiem tej jamy w przypadkach podejrzanych.

5. Gruźlica jamy nosogardzielowej prowadzi stale do owrzodzeń, umiejscowionych przeważnie na przejściu stropu w tylną ścianę, na tonsilla tubaria i w fossa Rosenmülleri. Takie umiejscowienie warunkuje następujące porównanie anatomiczne:

a) prąd powietrza wdechanego, będącego najczęściej źródłem zarazy, uderzając o tylną ściankę gardzieli przy przejściu w nią stropu i załamując się tutaj, pozostawia tam większość znajdujących się w nim bardziej ciężkich domieszek.

b) usuwanie naleciałości jest w tych miejscach utrudnione, gdyż migawki pracują tutaj w niedogodnych warunkach—pod górę, przy zmiennych prądach powietrza i t. d.

c) nabłonek w danych miejscach często bywa nacieczony, ciągłość jego przerwana; jednocześnie w danych miejscach jest bardzo dużo i blisko powierzchni mało odpornej tkanki limfatycznej.

d) przy kaszlu u osłabionych osobników, gdzie miękie podniebienie nie przylega szczelnie do tylnej ściany gardzieli, lub przy pokasywaniu z zamkniętymi ustami, tutaj właśnie pada zakażona plwocina, a jak wspomniano wyżej powoli i niedokładnie zaledwie może być usunięta.

6. W tych miejscach, gdzie zarażenie następuje z powierzchni, pierwotne zmiany zachodzą w nabłonku, który zwykle podlega pierwowzmianom wstecznym (mętnieje, jądra się źle barwią, bywa nacieczonym i odłuszcza się), tworząc następnie powierzchowe owrzodzenie z dnem z mocno nacieczonej tkanki łącznej podnabłonkowej.

Tam zaś, gdzie sprawa idzie z głębi z gruczołów, pierwsze zmiany zachodzą w zatokach limfatycznych na około guziczków, w postaci typowych gruzelków Baumgartena, z mnóstwem laseczników; następnie dopiero gruzelki pokazują się i w tkance limfatycznej między guziczkami.

Nabłonek, leżący nad gruzelkami, ulega nacieczeniu, przemianom wstecznym i odłuszcza się; gruzelki serowacieją, rozpadają się wraz z nacieczoną i silnie zmienioną tkanką między gruzelkami i w ten sposób tworzą się owe głębokie, z grubymi wałowatymi brzegami, z szarem nierównym dnem gruźlicze owrzodzenia.

3. Teodor Dunin. Kilka uwag o przyczynach t. zw. rozklejania się komórek mięśnia sercowego. W pracy tej wygłasza autor własny pogląd na przyczynę tego mało jeszcze zbadanego objawu. Objaw ten, jak wiadomo, polega na rozerwaniu się włókien mięsnych serca lub rozdzieleniu się mniej lub więcej szerokimi szczelinami na poprzeczne kawałki, zachowujące zwykle i nadal swój prawidłowy, pierwotny układ. Rozdzielenie to, w niektórych przypadkach, odbywa się wpośród istoty kitowej i wtedy istotnie można mówić o rozklejaniu się komórek serca. Niektórzy autorowie znajdowali przy fragmentacji zmiany w pierwotnych włóknienkach (zanik barwnikowy, stłuszczenie lub zapalenie mięsższowe). Fragmentacja bywa obserwowaną względnie często szczególnie u osób starszych, zmarłych wskutek chorób zakaźnych (rzadziej, wskutek zmian w mięśniu sercowym) i uważaną bywa za objaw agonalny.

Co do przyczyny, wywołującej ten objaw, istnieją dwie teorie: chemiczna, przypuszczająca istnienie jakiejś substancji, rozpuszczającej istotę kitową, mechaniczna, mająca najwięcej zwolenników, widzi przyczynę fragmentacji w nadmiernem podrażnieniu włókien mięsnych, w wadliwym skurczu komórki z przejściem bezpośrednim w stężenie pośmiertne (Recklinghausen), lub też wręcz przeciwnie, w nadmiernem rozciąganiu (Israël). Żadnej z tych teoryj nie można uważać za zadawalną. Pierwsza z nich, nadająca się do objaśnienia fragmentacji w przypadkach nagłej śmierci, nie nadaje się do przypadków śmierci przy objawach asystolii, wskutek chorób zakaźnych i t. d.

Druga zaś nic nam nie tłumaczy. Autor na przyczynę fragmentacji ma swój własny pogląd, który stara się w następujący sposób uzasadnić.

1) Fragmentację można wywołać i za pomocą słabych chemicznych czynników, istniejących w organizmie podczas życia lub zaraz po śmierci: a) *gnicie*; w mięśniu sercowym, gnijącym nie w powietrzu lecz w wodzie, można po 24—36 godzinach wykazać fragmentację; b) *przy sztucznem trawieniu* w ciepłocie hodowlanej otrzymywano już po kilku godzinach fragmentację. W obydwóch przypadkach ma miejsce peptonizacja istoty kitowej; przy gnicu najprawdopodobniej pod wpływem lasecznika, zewnętrznie nadzwyczaj podobnego do *bact. coli comm.* Tak samo w obserwowanych przez autora przypadkach rozklejania się komórek serca można było przy odpowiednim barwieniu zawsze znaleźć jeden tylko rodzaj pasorzytów, przypominających ze swych cech zewnętrznych *b. coli comm.*

2) Można więc przypuścić, że przy istnieniu niektórych, bliżej nieznanych warunków *b. coli comm.* za życia jeszcze albo też zaraz po śmierci (wiadomo, że w połowie przypadków udaje się zaraz po śmierci wykazać obecność *b. coli comm.* w organach mięsższowych) dostaje się do serca i produkty życiowe tego pasorzyta rozpuszczają istotę kitową.

3) Znane są doświadczenia, w których, po wstrzyknięciu zwierzętom produktów życiowych niektórych pasorzytów znajdowano w ser-



cu ogniska zgorzelinowe z fragmentacją; można więc przypuścić, że fragmentacja może się odbywać i bez istnienia pasorzytów w samym sercu, pod wpływem wessania się produktów życiowych pasorzytów, rozwijających się w innym, niż serce, organie.

4) Fragmentację w przypadkach nagłej śmierci należy objaśniać za pomocą teorii Recklinghausena i należy zwrócić uwagę, czy jest ona identyczną z fragmentacją w innych przypadkach.

4) K. Chełchowski. **Kilka uwag o wydzieleniu z moczem jodu i kwasu salicylowego w sprawach chorobowych.** Celem pracy autora było pokazać o ile różne stany chorobowe, w różnych stopniach swego natężenia warunkują powolniejsze lub prędzej wydzielenie się jodu i kwasu salicylowego z moczem. Metoda autora polegała na szukaniu w moczu chorych, po dawkach 0,30 dla KJ. i 1,25 dla kwasu salicylowego, jodu za pomocą siarku węgla, a kwasu salicylowego wprost półtora-chlorkiem żelaza bez poprzedniego użycia eteru. Mocz był zbierany 8-godzinnymi porcjami; tylko wyraźne zabarwienie brane było pod uwagę. Rezultaty autora widoczne są z dołączonej tabliczki.

	Jod	Kwas salicylowy.
	Wydzielanie trwało przeciętnie godzin.	
1) Osobniki zdrowe, rekonwalescenci, stany zastoinowe przy kompensacji nienaruszonej, cierpienia nerek przy dostatecznej sprawności nerek . . . . .	35	30
2) Osoby starsze nad lat 60, zdrowe . . . . .	42,5	38
3) Gorączki z białkomoczem . . . . .	45	39
4) Sprawy zastoinowe kompen. naruszona (rozcedma płuc, wady serca) . . . . .	66	47
5) Cierpienia nerek:		
a) Ilość moczu niżej 1000 cetn. sz. . . . .	97	47
b)   "        1—2 litr. . . . .	73,5	39
c)   "        wyżej 2 litr. . . . .	46	35

5) Franciszek Kijewski. **O ropniach podprzeponowych.** Ropniem podprzeponowym nazywamy wtórne ognisko ropne, znajdujące się bezpośrednio pod przeponą wewnątrz (najczęściej) lub zewnątrz otrzewny w prawym (najczęściej), lub lewym podżebrzu, niekiedy zaś (bardzo rzadko) w środkowej linii (między lewym płatem wątroby, żołądkiem i przeponą).

Do zawartości ropnej dołączają się niekiedy gazy, wydzielina lub zawartość sąsiednich organów, zależnie od natury pierwotnego

cierpienia (żółć, resztki ścianek bąblowca, krew, zawartość różnych odcinków przewodu pokarmowego).

Różne *przyczyny* wywołują to cierpienie; przytoczymy je w porządku częstości: przedziurawienia żołądka i dwunastnicy w skutek owrzodzeń, wrzodziejących raków; bąblowiec; zapalenie wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem; ropień wątroby, śledziony, próchnienie żeber; ropne zapalenie opłucny, osierdzia, śródpiersia; krwawa biegunka; peritonitis diffusa; paranephritis, endometritis purulenta.

Jako *powikłanie* ropnia zapalenie otrzewny zdarza się rzadko, częściej już bywa surowiczo ropne zapalenie opłucny, lub przedziurawienie przepony z następczem zapaleniem płuc, przyczem, po zniszczeniu płuca na pewnej przestrzeni, ognisko ropne może się opróżnić przez oskrzela—(pyopneumothorax verus et subphrenicus); bardzo rzadkiem jest ropne zapalenie osierdzia lub połączenie się ropnia z kiszka i przedziurawienie jej (znany jest przypadek komunikacji ropnia podprzeponowego z oskrzelem z jednej a z kiszka z drugiej strony). *Objawy* ropnia w obec różnorodności przyczyn i możliwych powikłań są, jak to widać z przytoczonych historyj chorób, różnorodne; ze względu na brak miejsca powtórzym za autorem tylko objawy, jakie sama obecność ropnia wywołuje, po szczegóły odsyłając do oryginału. W obec tego, że opisywane cierpienie jest wtórnem, ważność wywiadów jest oczywistą. Początek cierpienia bywa nagły; następnie występuje obrzmienie danej okolicy, bóle w epigastrium i podżebrzu, szerzące się ku grzbietowi między łopatki; trudność oddechania, bolesność i sztywność grzbietu, „jak gdyby brzuch i klatka piersiowa były z jednej sztuki“, niemożność leżenia na boku. Chore podżebrze obrzęka i cokolwiek wypukła się, wątroba opuszcza się ku dołowi; pod łukiem żebrowym (przy większych wysiękach) można wyczuć chelbotanie; stłumienie na klatce piersiowej przedstawia się w postaci charakterystycznej krzywej, wypukłej ku górze, mającej najwyższy punkt z przodu na linii przymostkowej, a najniższy przy kręgosłupie. Przy ropniu w prawem podżebrzu lewe płuco bywa uniesione ku górze, a serce przesunięte ku górze i na lewo; przy ropniu w lewem podżebrzu półksiężycowa przestrzeń Traube'go ginie. Przekłócie próbne (długą igłą) najbezpieczniej wykonywać od strony klatki piersiowej (w 8 międzyżebrzu, między linią pachową przednią a sutkową; przez ścianę klatki piersiowej i przeponę przylegającą szczelnie w tem miejscu i tem ochraniającą jamę opłucny od przedostania się do niej ropy. Ze strony zaś jamy brzusznej należy wkłówać igłę bezpośrednio pod łukiem żebrowym odrazu w kierunku ku górze, ażeby ominąć niezajętą sprawą chorobową część otrzewnej i nie zakazić jej.

Zależnie od ruchów przepony, zewnętrzny koniec igły przy wdechu unosi się ku górze, stwierdzając tem, że igłę wkłóliśmy pod przeponę. *Leczenie* ma za zadanie, na pierwszym planie, szerokie otwarcie ogniska, usunięcie zawartości i stworzenie warunków dla swobodnego odpływu wydzieliny.

Jeżeli ropień opuszcza się dosyć nisko, tak, że przylega do



przedniej ściany jamy brzusznej operujemy przez jamę brzuszną, łącząc na silne zrosty, oddzielające ognisko ropne. W większości zaś przypadków operujemy przez opłucną; wycinamy 8 żebro ku przodowi od linii pachowej, przyszywamy opłucną nad ropniem do przepony, przekłómy obszyte miejsce trójgrańcem (Kosiński), na który zakładamy dren i dopiero po kilkunastu dniach przecinamy w danym miejscu przeponę, wprowadzamy do jamy ropnia długi dren, którego koniec opuszczamy na dno szklanego naczynia—przez te zabiegi udaje nam się uchronić opłucną od zakażenia.

Ropnie podprzenowe zaotrzewnowe otwieramy od tyłu, zewnątrz otrzewny.

6. Teodor Heryng. Przyczynę doświadczalny do kwestyi lokalizacyi płynów, wstrzykniętych zwierzętom za życia do dróg oddechowych, oraz parę uwag co do możności wnikania płynów do kawern i mięszu płuc gruźliczo-zwyrodnionych. Doświadczenia autora, których rezultaty podajemy, stanowią wyjątek z obszerniejszej pracy, mającej na celu, w obec najnowszych badań nad biologią lasecznika gruźliczego i jego stosunku do zakażeń mięszanych, wynalezienie najodpowiedniejszej metody dla stosowania miejscowego leczenia płuc przy suchotach.

Doświadczenia te były robione na psach, królikach i trupach ludzkich. W jednych doświadczeniach wstrzykiwano do płuc przez obnażoną tchawicę barwne płyny (roztwory pyoktaniny ogrzane do 38° C.—królikom  $\frac{1}{6}$ —1 $\frac{0}{0}$ , 1—5,00; psom  $\frac{1}{2}$ —1 $\frac{0}{0}$ , 12—28,00), w drugim szeregu doświadczeń rozpylano te płyny; wreszcie za pomocą Pravatz'a wstrzykiwano je przez ścianę klatki piersiowej (1,00— $\frac{1}{8}$  $\frac{0}{0}$  ogrz. do 37° C.). Nie mogąc dla braku miejsca opisywać bliżej tych doświadczeń, musimy się ograniczyć na przytoczeniu wniosków autora.

1) Przy położeniu zwierzęcia na grzbiecie płyny, wstrzykiwane przez obnażoną tchawicę kroplami, dostają się zarówno do prawego, jak i lewego płuca, zarówno do wierzchołków, jak i do zrazów dolnych.

2) Przy położeniu na boku i wlewaniu płynu kroplami po bocznej ścianie tchawicy płyn dostaje się wyłącznie do jednego, odpowiedniego płuca.

3) Przy pozycji pionowej daleko mniej płynu dostaje się do wierzchołków płuc, niż przy położeniu poziomem zwierzęcia.

4) Przy rozpylaniu barwnych płynów wprost do tchawicy były otrzymywane różne rezultaty, zależnie od położenia zwierzęcia, głębokości oddechów i ilości zużytego płynu. Wogóle miąższ płucny był bardziej jednolicie zabarwiony, niż przy wstrzykiwaniu.

5) Stopień odczynu zależał od stężenia roztworu i ilości wstrzykniętego płynu (2,00—1 $\frac{0}{0}$  roztworu pyoktaniny zabija królików od razu; 4—5,00— $\frac{1}{2}$  $\frac{0}{0}$ , w  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny; króliki roztworów silniejszych nad  $\frac{1}{4}$  $\frac{0}{0}$  nie znoszą).

6) Wstrzykiwania do miąższu płuc przez klatkę piersiową pociągają za sobą znaczne wylewy krwi, niekiedy zranienie nawet wiel-

kich pni naczyniowych, wywołują nader silny odczyn i to na znacznej przestrzeni; umiejscowienie przytem jest bardzo trudne.

7) Wstrzykiwania przez otwór w tchawicy pod cartilago cricoidea (60 sz. ctm.  $\frac{1}{2}\%$  roztworu pyoktaniny) w poziomem położeniu trupa rozchodzą się do wszystkich ustępów obu płuc i z łatwością przenikają do jam i rozszerzonych oskrzeli, położonych w szczytach; najtrudniej dostają się one do miejsc, dotkniętych sprawą włóknistego zapalenia.

7) Antoni Elsenberg. Choroba Brighta pochodzenia syfilitycznego. Zmiany w nerkach w przebiegu syfilisu nie często się zdarzają, wyrażają się one jako: 1) Przekrwienie nerek ze zmętnieniem nabłonka—glomerulonephritis chorób zakaźnych. 2) Ostra i chroniczna choroba Brighta. 3) Jednostronny lub częściowy zanik (np. dolnych tylko części) obu nerek. 4) Gummaty nerek. 5) Zwyródnienie mączkowate nerek.

Ze wspomnianych powyżej form tylko 3-a i 4 są charakterystyczne dla syfilisu, inne nie różnią się niczem od spotykanych u osób, nie przedstawiających żadnych objawów syfilisu, i te formy z pewnem tylko prawdopodobieństwem możemy w niektórych razach (jednocześnie istniejące objawy ciężkiego syfilisu, ex juvantibus) uważać za syfilityczne.

Z pewnem też zastrzeżeniem, podaje autor jako syfilityczne, obserwowane prze siebie dwa przypadki zapalenia nerek w przebiegu ciężkiego syfilisu.

I-szy przypadek dotyczył wyniszczonej chorej, z wrzodziejącymi gummatami na klatce piersiowej (2 prawe żebro) i w okolicy prawego stawu barkowego, ze starem przedziurawieniem podniebienia miękiego, białkomoczem, obrzękami kończyn dolnych i objawami mocznicy. Pomimo zastosowania leczenia jodowo-rtęciowego, objawy mocznicy nie tylko nie słabły, lecz przeciwnie wzmagaly się i chora po miesiącu zmarła. Na sekcji okazało się między innymi zapalenie nerek (n. interstit. chron); w wątrobie i śledzionie ani gummatów, ani zwyródnienia mączkowatego.

W II-m przypadku były wrzodziejące gummaty na paluchach obydwóch stóp, na prawej goleni i na lewym policzku, osteoarthritis syphilitica dextr., obrzęk kończyn dolnych, ascites, białkomocz. Pomimo leczenia swoistego, stan chorego ciągle się pogarszał i po kilku tygodniach nastąpiła śmierć. Na sekcji znaleziono nephritis interstitialis chronica, w wątrobie gummaty.

Zmiany mikroskopowe były w obydwóch przypadkach prawie jedne i te same, właściwe nephritidi interstitiali chronicae. Zmiany w układzie naczyniowym nerek, dotyczące zwyródnienia mączkowatego kłębków i endoarteritidis obliterantis drobnych tętniczek, stawia autor w zależność od znacznego wyniszczenia organizmu i zmian otaczającej naczynia tkanki łącznej.

8. Albert Rosenthal. Przyczynek do anatomii patologicznej chorób umysłowych. Autor wykazuje na mocy przytoczonych historyj cho-



rób i protokółów sekeyj, związek, zachodzący między pewnymi formami chorób umysłowych, a zmianami mózgowia.

Wnioski autora dadzą się streścić do następujących:

1) Bezład postępujący, łącząc się ze zmianami ogniskowemi mózgu (*dementia e lesione cerebri*), daje różne obrazy kliniczne. Tak np. przy zmianach w 1 zrazie skroniowym występuje głuchota wyrazowa, przy zmianach w wysepce Reill'a lub 2—3 zrazie skroniowym półkuli lewej występuje afazyja zmysłowa. Z tego powodu, często trudno jest ściśle odróżnić *paralysis progressiva* od *dementia a lesione cerebri*.

2) *Amentia Meynert'a* (*delir. acut.*), ma za podstawę często znaczne zmiany anatomiczne (*ropne zapalenie opon na podstawie mózgu, encephalomeningitis, znaczne przekrwienie opon i kory mózgowej*) i niekiedy może stanowić ogniwo przejściowe do bezwładu postępującego.

3) Zmiany mięśnia sercowego u obłąkanych są bardzo częste (do 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); warunkują one niektóre przypadki nagłej śmierci u obłąkanych. W jednym przypadku *dementiae*, gdzie nastąpiła nagła śmierć, znaleziono na seceyi między innymi *Endoarteritis scler. ad basin cerebri, infiltr. et degen. adip. cordis, ruptura cordis* (na 400 seceyję w szpit. Ś-go Jana Bożego, pierwszy to przypadek pęknięcia serca).

9. Henryk Ruppert. Przyczynek do anatomii patologicznej wątroby przy marskości zwykłej. W poprzedniej swej pracy o pochodzeniu żółciowej marskości wątroby, wykazał autor, że przyczyną tego procesu jest: 1) odczynowe zapalenie, powstające wskutek rozsianej nekrozy komórek wątrobowych i polegające przeważnie no zastępczym rozroście tkanki łącznej i 2) pierwotny *cholangioitis* i *pericholangioitis*.

Co się zaś tyczy zwykłej marskości, to za punkt wyjścia rozrostu tkanki łącznej przyjmuje się wyłącznie tkankę łączną naczyń krwionośnych, podług jednych, przeważnie, rozgałęzień żyły wrotnej, podług drugich żył wątrobowych.

Otóż autor, badając bardzo wczesny okres omawianego cierpienia, dochodzi do wniosku, że analogicznie z żółciową marskością i w zwykłej punktem wyjścia cierpienia są nie tylko rozgałęzienia naczyń krwionośnych, przeważnie, żyły wrotnej, lecz i odczynowe zapalenie, zależne od zaniku komórek wątrobowych na obwodzie zrazika (*infiltratio adiposa*), z następczem drobnokomórkowem nacieczeniem i wytworzeniem tkanki łącznej bliznowatej.

10. Adam Ciągliński. Przypadek t. z. choroby Little'a. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat mające, słabo rozwinięte, dziecko z silnie wyrażoną krzywicą, przedstawiało za życia następujące objawy ze strony systemu nerwowego: idyjota (nie mówi, zez zbieżny), sztywność mięśni karku, kończyny górne zgięte w łokciach i przyciągnięte do klatki piersiowej, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, przystają do siebie i razem przyciągnięte do brzucha; odruchy kolanowe i stopowe wzmoczone; zaniku mięśni niema.

Śmierć skutkiem przyłączenia się krwawej biegunki. Na seceyi,

prócz wrzodów w dolnej części kiszki grubej, znaleziono: zgrubiała opona twarda, przyrośnięta u wierzchołka czaszki do zgrubiałych kości; po obu stronach szpary mózgu, w okolicy rowka Rolanda, istnieje utrata tkanki mózgowej w postaci zagłębień o zarysach nieregularnych (z prawej strony szerokość 1,5 ctm., z lewej 1 ctm.) i nie jednakowo głębokich (4—8 millim. t. j. więcej, niż wynosi grubość kory mózgowej u dorosłego).

Przy badaniu mikroskopowem odpowiednio przygotowanych preparatów z mózgu, okazało się, że w korze mózgowej grubszych zniszczeń niema (brak tylko skupień olbrzymich komórek piramidalnych), że przy sekcji przyjęto za utratę kory mózgowej zagłębienia, zależne od wylewów krwi między opony podczas porodu i że jedyne zmiany dotyczą dróg piramidalnych (są one wtórne, zależne od pierwotnych w korze; polegają one na niedorozwoju włókien nerwowych i zastępczym rozroście neuroglii).

Choroba Little'a jest jedną z najbardziej częstych postaci porażień mózgowych u dzieci; charakteryzują ją: przewaga sztywności mięśni nad ich porażeniem i zahamowany wpływ mózgowia na rozwój ruchów dowolnych. Od haemiplegia duplex, odróżnia ją klinicznie brak porażenia dolnej gałęzi nerwu twarzowego, silniejsze zajęcie nogi, niż ręki, sztywność mięśni karku.

Przyczyną tego cierpienia są wylewy międzyoponowe z rozerywanych naczyń żylnych wskutek zachodzenia kości ciemieniowych jednych na drugie przy ciężkim, szybko odbywającym się porodzie; przyczem najsilniejsze zmiany zachodzą u stropu mózgu w linii środkowej (dla tego to kończyny dolne są najbardziej zajęte).

Przyczyna sztywności mięśni jest dość ciemną, najpewniej zależy ona od niedorozwoju pęczków piramidalnych i od zmienionego wskutek tego wpływu hamującego mózgu na komórki rogów przednich.

Niepomyślne warunki odżywiania i rozwoju kory mózgowej wpływają na zatrzymanie się rozwoju inteligencji.

Zéz najprawdopodobniej zależy od wylewów krwi do siatkówki z następczym niedoślepem (amblyopia).

11. Leon Kryński. **O chłoniakach.** Na bogatym materyjale klinicznym i ścisłych badaniach anatomicznych oparta jest piękna praca autora o naczyniakach limfatycznych, dla których proponuje autor nazwę chłoniaków. Były to po większej części wrodzone lub wkrótce po urodzeniu powstałe, dość szybko rosnące guzy, umiejscowione, najczęściej na szyi (4 razy), na policzku, za uchem i na lewym ramieniu (po razie), 2 wypadki dotyczyły macroglossiae, a jeden słoniowacizny lewej kończyny dolnej; po większej części były to chłoniaki jamiste (7 razy), 2 razy chłoniaki torbielowe, a raz haematolymphangioma cavernosum et cystoides. W 9-ciu przypadkach miała miejsce operacja wyluszczenia guzów lub wycięcia klinów w wypadkach macroglossiae, 8 razy nastąpił rychłozrost, raz śmierć wskutek zapalenia płuc z zejściem w zgorzel.



Z badań swych wyprowadza autor następujące wnioski:

1) W powstawaniu chłoniaków główne znaczenie mają nie przeszkody dośrodkowe w krążeniu chłonnym (Wegner), lecz zmiany miejscowe w tkankach (względnie w ściankach naczyń), zmiany pochodzenia, prawdopodobnie, zarodkowego.

2) „Chłoniaki są to nowotwory, w których oprócz rozszerzenia istniejących naczyń i przestrzeni chłonnych, ma miejsce powstawanie nowych.“ Przyczem neoplasiahomoplastica t. j. nowotworzenie przestrzeni chłonnych kosztem bujania komórek śródbłonkowych istniejących naczyń, zdarza się względnie rzadko; najczęściej ma miejsce neoplasia heteroplastica t. j. nowotworzenie przestrzeni chłonnych kosztem „tkanki łącznej włóknistej i tłuszczowej, z których komórek powstają śródbłonki tych nowych przestrzeni.“

3) Wyjątkowo tylko mogą powstawać chłoniaki (zwykle torbielowe) wtórnie wskutek jakiejś przyczyny odrębnej np. zapalenia naczyń limfatycznych i tkanki podskórnej z następczem wytwarzaniem rozszerzenia z powodu bliznowatego skurczenia się produktów tego zapalenia.

4) MacroGLOSSIA nie zawsze przedstawia odrębną pojedynczą postać chłoniaka; są przypadki o budowie złożonej z dwóch typów tych tworów (l. simplex et cavernosum); zdarzają się też przypadki, gdzie oprócz przerostu przestrzeni chłonnych ma miejsce i nowotworzenie tkanki łącznej.

5) W obec dzisiejszych warunków aseptycznego operowania można bez najmniejszej obawy, jak tego dowodzą rezultaty autora, wyjąć doszczętnie te nowotwory, chociaż przy tem otwiera się takie mnóstwo naczyń chłonnych, przez co chwilowo się stwarza mnóstwo wrot dla zarażenia.

12) Władysław Janowski. **Przypadek porażenia kończyny dolnej pochodzenia rdzeniowego.** Autor opisuje przypadek monoplegiae spinalis, zależnej od ściśle ograniczonej do jednego przedniego rogu, na bardzo nieznacznej przestrzeni, sprawy zatorowej czy zakrzepowej w rdzeniu kregowym.

Przypadek ten dotyczył chorego lat 66-u, u którego znaleziono cukromocz, niestały szmer skurczowy u wierzchołka serca ze wzmożeniem drugiego tonu aorty, rozednię płuc, zanik i zupełne porażenie prawej kończyny dolnej, powstałe nagle, przed kilkoma miesiącami. Porażoną kończynę chory może tylko bardzo lekko unosić do góry w stawie biodrowym; odruchy skórne i kolanowy są na niej zniesione; odczyn zupełnego zwyrodnienia.

Na mocy porażenia jednej tylko prawej kończyny dolnej, z brakiem odruchów na niej a zachowaniem części czynności m. psoas majoris, unerwanego przez n. rodnowody (biorący swój początek z 1—2 korzonka lędźwiowego) i udowy (3—4 korzonek lędźwiowy) należało się spodziewać ogniska chorobowego w prawym rogu przednim, poniżej wyjścia 2 korzonka lędźwiowego. Co zaś do rodzaju sprawy w rdzeniu można było wykluczyć poliomyelitis anter (wiek chorego,

nagły początek bez objawów ogólnych, długotrwałe ograniczenie sprawy) i wylew krwawy (brak objawów podrażnienia—ból w krzyżu, drgawki, skurcze i wstrząsu rdzenia—brak zaburzeń w urynowaniu i oddawaniu stolca). Czy zaś jest to sprawa zakrzepowa, czy zatorowa (nagły początek, ścisłe odrazu umiejscowienie sprawy, szmer w sercu) nie dało się stanowczo rozstrzygnąć. Po kilku tygodniach chory zmarł wskutek włóknikowego zapalenia płuc. Na sekcji, między innymi, znaleziono: pneumonia crouposa, endocarditis verrucosa valvulae bicuspidalis i ognisko rozmiękczenia w rdzeniu kręgowym. Makroskopowo ognisko to dało się wykazać na wysokości 1,5 ctm. w części rdzenia, odpowiadającej wyjściu 2—5 korzonkom lędźwiowym: na dolnej powierzchni 2-go segmentu przedstawiało się ono jako mała, szarozółta plamka, ograniczona do prawego przedniego rogu, o segment niżej rozszerzało się ono na przednią część całej prawej połowy rdzenia, ażeby na następnym segmencie ograniczyć się do prawego przedniego rogu.

Pod mikroskopem okazało się, że masy rozpadowe zostały podczas maceracji wypłukane; kryształów, ziarenek barwnika krwi nie było na miejscu ich widać, w sąsiednich częściach naczynia krwionośne rozszerzone; endoarteritidis obliterans nie było. Badanie więc mikroskopowe nie pozwoliło również rozstrzygnąć z pewnością, jaka mianowicie przyczyna spowodowała powyższe rozmiękczenie prawego rogu. Autor kładzie nacisk na umiejscowienie tego ogniska tak ściśle, że innych objawów, prócz porażenia odpowiedniej kończyny, zupełnie nie było.

13. Zdzisław Dmochowski i Władysław Janowski. Dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych, wywołanego przez *bar. coli commune*. W dwóch przypadkach ropnego zapalenia dróg żółciowych, znaleźli autorzy następujące zmiany:

a) *Makroskopowe*: wątroba duża, mięka, jasnożółta, z żółtymi plamami, odpowiadającymi ropniom wielkości różnej od ziarnka kopni do orzeszka; w pęcherzyku żółciowym kamienie; w pęcherzyku żółciowym, w rozszerzonych przewodach żółciowych ropa; w jednym przypadku znaleziono w ductus choledochus et hepaticus błony krupowe.

b) *Mikroskopowe*. W miejscach, odpowiadających ropniom, przewody żółciowe wypełnione ropą, nabłonek ich zniszczony, ścianki nacieczone, nacieczenie to przechodzi na mięszsz wątrobiany, wywołując zniszczenie tegoż z następczym rozrostem tkanki łącznej; niektóre ropnie znajdują się naokoło kapillarów krwionośnych (powyżej opisane zmiany, odźwierciadła dołączona do pracy tablica kolorowana). Należy więc, wobec powyższego, przyjąć, że pierwotne ropne zapalenie dróg żółciowych przeszło per continuitatem na najdrobniejsze ich rozgałęzienia żółciowe.

c) *Bakteryjologiczne*: w ropie, wypełniającej przewody żółciowe, w ściankach ich, w ropie naokoło kapillarów i w kapillarach znajdują się wyłącznie tylko *b. coli commune* (pałeczki 2—3 długie, z zaokrąglonymi brzegami; Gramem, Weigertem odbarwiają się—hodowle z nich typowe na żelatynowych płytkach, na płaszczyźnie, w ukłó-



ciu, nie rozpuszczają żelatyny, ścinają mleko; wytwarzają gaz w bulionie z cukrem; żelatynę z cukrem i lakmusem zabarwiają na czerwono, poruszają się w kropli wiszącej).

Otóż wobec pojawienia się w ostatnich czasach prac, opisujących przypadki ropni, ropnych zapaleń otrzewny, pęcherza moczowego, nerek, wola, opon mózgowych i dróg żółciowych, gdzie znaleziono tylko *b. coli commune* i wobec stwierdzenia za pomocą szczepień, że *b. coli commune*, wyhodowane z niektórych wspomnianych wyżej przypadków lub też z kału przy rozwolnieniu, wywołuje ropnie, a nawet posocznicę, pragnęli autorzy 1) stwierdzić ropotwórcze własności tego, uważanego zwykle za niewinnego, pasożyta i 2) spróbować, czyby się nie udało wywołać ropnego zapalenia dróg żółciowych, wstrzykując do ductus choledochus czyste jego hodowle.

Legę artis dokonane doświadczenia na psach i królikach, dały następujące rezultaty:

1) Szczepienie do jamy opłucny hodowli (4 pokolenie) rosółowej *b. coli commune* wywołało śmierć z objawami posocznicy.

2) Za pomocą szczepienia takiej samej hodowli, do ductus choledochus nie udało się wywołać ropnego zapalenia dróg żółciowych (choć niektóre psy zabijano dopiero po 8 — 10 dniach; w jednym przypadku (II) wywołano perihepatitis acuta fibrinosa).

3) Szczepienie pod skórę dało w połowie przypadków ropienie, hodowle użyte do tych szczepień pochodziły: a) bezpośrednio z angiocholitis purulenta, b) z jamy opłucny królika, zdechłego z objawami posocznicy; c) z jamy otrzewny (N. II), u psa *b.* wynędzniałego, w drugiej zaś połowie przypadków objawy znacznego zapalenia, bez ropienia.

14) Stanisław Klejn. Własności regeneracyjne ustroju w stosunku do rozmaitych stanów niedokrewności złośliwej. Autor zastanawia się nad odrodzami własnościami ustroju w różnych stanach niedokrewności złośliwej samoistnej, gdzie autor podczas rozwoju cierpienia znajdował żywy obraz hematologiczny: zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi (1,000,000 (mm. sz.), poikilocytoza (z drobnociębną, widzialną tylko przy immersyi ziarnistością, barwiącą się eozyną z błękitem metylenowym na kolor niebieski — fioletowe erytrocyty), pojawienie się normoblastów (do 60 w 1 sz. mm.—czerwone ciałka krwi z jądrem) i megaloblastów (200—600 w 15 mm.)—okrągłe lub owalne cz. c. krwi, 3—4 razy większe niż zwykle, protoplazma ich barwi się mieszanią Ehrlicha (orange, kw. fuksyna, zieleń metylova) na żółto z domieszką brudno brązowego, jądro bardzo duże, owalne lub okrągłe, barwi się Ehrlichem na zielono a siatka chromatyny w niem na żółto; przy barwieniu eozyną z błękitem metylenowym jądro barwi się na niebiesko, a hemoglobina w protoplazmie i jądrze nie na kolor ceglasty a na kolor fioletowy, zależnie od drobnociębnych, zabarwionych na niebiesko ziarenek, podobnie jak w fioletowych erytrocytach). Z nastąpieniem zaś poprawy, między innymi:

1) Ilość normoblastów raptownie się zwiększała (w dwójnasób,

następnie, również raptownie zmniejszać się zaczęła, a nawet znikły one w niektórych przypadkach zupełnie.

2) Ilość megaloblastów jednocześnie albo w kilka dni później również raptownie zmniejszała się, wreszcie znikły one zupełnie.

3) Następnie ziarnistości niebieskie megaloblastów i fioletowych erytrocytów (Polichromatophilia Gabriczewsky'ego) zaczęły znikać, dając miejsce zabarwieniu zwykłemu dla hemoglobiny.

4) Megaloblasty (szczególniej jądro) zaczęły się zmniejszać, różniąc się od normoblastów cokolwiek tylko wielkością. Z dalszych wniosków autora wspomniemy o następujących.

5) Polichromatophilia Gabriczewsky'ego nie jest objawem nekrobiozy, zwyrodnienia anemicznego czerwonych krążków krwi, lecz przeciwnie objawem regeneracyjnym ze strony organizmu: fioletowe erytrocyty są to młode formy cz. kr. krwi.

6) Takież znaczenie regeneracyjne mają i megaloblasty i normoblasty; zwiększenie się ilości tych ostatnich jest objawem pomyślnym przy niedokrewności.

7) Hypoteza zatem Müllera, że przy niedokrwistości złośliwej, samoistnej, mamy do czynienia z nowotworem szpiku powstałym w myśl teorii Cohnbeima ze szczątków zarodkowych szpiku (megaloblasty) nie da się utrzymać w obec powyższych faktów.

15. Józef Luxenburg. Przypadek jam w rdzeniu kręgowym, oraz kilka uwag w kwestyi barwienia rdzenia i nerwów obwodowych. W badanym przez autora przypadku tego rzadkiego i mało jeszcze tak z punktu anatomicznego, jak i klinicznego znanego cierpienia znalezione były na sekcji następujące dane; kobieta lat 51, synechiaie durae matris cum cranio, pachymeningitis externa, bronchitis et peribronchitis, pleuritis exudativa dextra. Największe zmiany były w rdzeniu grzbietowym: opona twarda rdzenia niezmieniona; rdzeń w części lędźwiowej niezmieniony, dopiero począwszy od korzonków 8-go nerwu grzbietowego, rdzeń ku górze coraz bardziej się spłaszcza, tak, że w części szyjowej sprawia wrażenie szerokiej taśmy. Na przekroju rdzenia, widać za pomocą lupy, a nawet gołym okiem na wysokości 9-go pnia grzbietowego w środku otwór średnicy 1 mm.; na wysokości 8 pnia grzb., 3 otwory: jeden środkowy 2 mm. średnicy mający i dwa w lewej połowie rdzenia po 4 mm. średnicy; nieco wyżej, jedną poprzecznie owalny otwór, na około której rdzeń ma 5 mm. grubości; jeszcze dalej ku górze, otwór ten do tego stopnia się zwiększa, że rdzeń naokoło niej ma występkę 2 mm. grubości.

Pod mikroskopem znalezione w rdzeniu, powyżej 9 pnia grzbietowego następujące zmiany:

1) Podłużne jamy różnej formy i wielkości w ilości 1 — 3: a) jama wysłana nabłonkiem, odpowiadająca ze względu na umiejscowienie rozszerzonemu kanałowi centralnemu (hydromyelia). Na wysokości 9 pnia grzbietowego przedstawia ona poprzeczną, 1 mm. średnicę mającą szparkę, która w kierunku ku górze powiększa się (2 mm. średnicy) i zostaje zepchniętą na prawo i ku przodowi, tak,



że na wysokości 2 pnia grzbietowego, mieści się ona u podstawy przednich pęczków, na prawo od przedniej szczeliny; b) jama nie wysłana nabłonkiem, niemająca na większej części swego przebiegu bezpośredniego połączenia z kanałem centralnym: właściwa jama syringomyelityczna. Zaczyna się ona ponad 8 grzbietowym odcinkiem rdzenia, w postaci podłużnie owalnej, z boków nieco wgiętej jamy, dwa razy większej od kanału centralnego i leżącej z tyłu i na lewo od niego, w lewej połowie rdzenia. Następnie w kierunku ku górze rozszerza się ta jama ku tyłowi i na prawo, przechodząc i na prawą połowę rdzenia tak, że na wysokości 5 grzbietowego pnia nerwowego, znajduje się z tyłu kanału centralnego, zajmując tylne rogi a ku przodowi tylną część słupów Clarke'a, a na wysokości 2 pnia grzbietowego zajmuje ona już  $\frac{1}{3}$  część przekroju rdzenia (w prawej połowie rdzenia pozostała z szarej substancji tylko tylna część tylnych rogów i przednia część przednich, a w lewej połowie tylko przedni rąbek przednich rogów). W części szyjowej jama rozszerza się ku przodowi, wywołując zanik na niewielkiej wysokości tylnej ściany kanału centralnego i wytwarzając z nim w ten sposób połączenie, następnie zaczyna się zmniejszać: w ciele powrózkowatym lewem (*corpus restiforme sin*), przebiega w postaci poprzecznej szparki, a na wysokości nerwu twarzowego już jako wązki otworek; c) w lewym przednim rogu i w części przednich pęczków, znajduje się nad 8 pniem grzbietowym jama, nie wysłana nabłonkiem, oddzielona od jamy syringomyelitycznej, leżącej z tyłu jej, wązkim paskiem tkanki. Jama ta powstała w miejscu największego rozrzedzenia szarej substancji rdzenia.

2) Rozrost tkanki glicjowej dokoła jam, naokoło kanału centralnego ependyma zgrubiła, widać w niej dużo komórek nabłonkowatych, z okrągłym jądrem z dość obfitą, stosunkowo, zarodnią. Rozrost ten neuroglii, jest silniejszym w kierunku do lewego słupa Clarke'a sąsiednich części rogu tylnego. Na wysokości 8 pnia grzbietowego, przedstawia się rozrośnięta neuroglia, jako twór okrągłej formy (na stronie wewnętrznej tylnego lewego rogu, w przednich częściach lewego tylnego pęczka i w tylnej części lewych słupów Clarke'a) składający się z gęsto leżących obok siebie okrągłych i podłużnych komórek. Część tej bujającej neuroglii, wskutek zmian wstecznych, rozpada się, tworząc wspomnianą wyżej jamę syringomyelityczną.

3) Rozrzedzenie szarej i białej substancji rdzenia ( $\frac{2}{3}$  przednich rogów w lewej połowie i tylny róg, pęczki Türk'a).

4) Wtórne zwyrodnienia (w prawej połowie rdzenia: pęczków przednich, przedniobocznych, tylnobocznych i przedniej części tylnych, a w lewej wszystkich, z wyjątkiem dawnej części przednio i tylnobocznych).

5) Asymetria obu połów rdzenia.

6) Zmiany w komórkach zwojowych (źle się barwią, bez jąder i wyrostków),

7) zmiany w naczyniach (zgrubiałe, przestrzenie okołonaczyniowe rozszerzone).

Dodane drzeworyty ułatwiają zrozumienie powyżej opisanych, dość zawiłych stosunków anatomicznych.

Zmiany w nerwach obwodowych (kulszowych i łokciowych) dotyczyły zgrubienia endoneurii, zniszczenia naczyń i zgrubienia ich ścian, zgrubienia cylindrów, które barwią się matowo, istnienia wreszcie osłonek myelinowych bez cylindrów.

Następnie przytacza autor różne poglądy na przyczyny, wywołujące powstawanie jam syringomyelitycznych; sam autor skłania się do przyjęcia hipotezy Hoffmana (pierwotna glioza centralna—powstałe ogniska tkanki zarodkowej, z tyłu normalnego kanału centralnego, bujają, a następnie w środku powstałego glejowatego nowotworu wskutek zmian wstecznych powstaje jama).

Zakończają pracę dane z techniki mikroskopowej, co do barwienia rdzenia i nerwów obwodowych; (te ostatnie radzi autor barwić nasyconym wodnym roztworem kwasu pikrynowego, a następnie po wymyciu w wodzie przez kilka godzin, wodnym roztworem hematoxyliny i wreszcie eozyną).

---

Tak przedstawia się pod względem treści owa księga pamiątkowa.

Również udatną jest jej szata zewnętrzna: wydrukowano ją w formie dużej éwiartki, na pięknym papierze, wyraźnymi czcionkami; dodany portret Szanownego Jubilata, odznacza się wyjątkowym podobieństwem, kolorowane tablice do prac Herynga, oraz Dmochowskiego i Janowskiego, odbite wyraźnie. Jesteśmy przeto przekonani, że pozostała ilość egzemplarzy zostanie wkrótce wyczerpaną, tembardziej, że cena księgi tej jest niesłychanie niską (rs. 2).

*Stanisław Markusfeld.*

---

## WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

14. W celu przyspieszenia ciężkiego pierwszego okresu porodu u starych pierwiastek, Wasten, na zasadzie 7-iego letniego doświadczenia zaleca góracę irygacje 36—37° R., ze słabego roztworu sublimatu, albo karbolu, dwu lub trzy razy dziennie, zależnie od stanu części pochwowej, na tydzień lub 1½ tygodnia przed spodziewanym porodem. Po 4—6 dniach stosowania irygacji, część pochwowa staje się bardziej miękką; po 2—3-ch dniowej przerwie, irygacje trzeba stosować 1—2 dni i tak z przerwami aż do rozpoczęcia bólów porodowych; ubocznego wpływu szkodliwego nie zauważono ani razu, pochwa również stawała się miększą, a błona śluzowa soczystszą. („Żurn. Akusz. i żeńsk. bol. Nr. 10 1893 r.).

*Wł. Stan.*



15. Zabołotski komunikuje z kliniki Sławiańskiego przypadek niepełnego oderwania na obwodzie błony dziewiczej z zachowaniem środkowego otworu i wiszącej na małej szypule. Stan ten nie wywoływał zaburzeń i konstатовany był wypadkowo; przyczyna—coitus. W literaturze opisano 5 podobnych przypadków. („Żurn. Akusz. i žensk. bol. Nr. 10 1893). *Wł. Stan.*

16. Dr. Eisenlohr z Hamburga opisuje w Deut. Med. Woch. nowy przypadek choroby Morvan'a. Choroba ta po raz pierwszy opisana była przed dziesięciu laty przez francuskiego lekarza Morvana. Najwydatniejszym jej objawem jest tworzenie się zastrzałów na palcach kończyn górnych, zastrzały te bywają zazwyczaj bardzo uporeczywe, długotrwałe i często się powtarzają. Zastrzały te wywołują często eliminację części kostnych paleców z następującą deformacją ręki. Do tego dołącza się zwykle osłabienie mięśniowe i zaburzenia w czuciu, następnie występują i zmiany troficzne, mianowicie, wychudnienie zajętej kończyny. Przypadek Eisenlohra dotyczy młodego 21 chłopca i doskonale rzecz całą ilustruje. *H. K.*

17. Dr. H. Smith, lekarz wojskowy w Indiach angielskich zaleca strychninę przeciwko wymiotom nerwowym. Autor niejednokrotnie stosował ten środek i zawsze otrzymywał bardzo dobre skutki. *H. K.*

18. „La Semaine Médicale“ zaleca stosowanie salicylanu sodu w czópkach w ostrym gościecu stawowym podług przepisu:

Rp. Natri salicyl. 1,0  
Butyr. cacao q. s. ut  
f. Supp. D. t. dos N 12  
S. 5—6 dziennie.

Sposób ten stosowania salicylu jest dogodniejszy od ławatyw. .

*H. K.*

19. W nerwobólach Rokitansky stosuje egzalginę w następującej mieszance:

Exalgini 2,50  
Alcohol menth 15,00  
Aquae destill. 150,00  
Syrup. cort ur. 30,0

MDS. po łyżeczce na dawkę.

(Die Klin. Ther. der Gegenwart 1894, 1894, VII). *J. Z.*

20. W ostrym niezycie gardzieli zaleca Rokitansky płókanie z roztworu siarczanu cynku z 2,5 na 500,0 wody kilka razy dziennie.

*J. Z.*

21. Jako środek przeciw potom u suchotników zalecają bardzo kali telluricum w następującej formie;

Kali tellurici 0,2  
Pulv. et extr. liquir q. s.  
F. pil. Nr. X. S. pigułka na noc,

obok pudrowania ciała za pomocą:

Amyli trit 87,0  
Talc. venet 10,0

Acid salicyl 3,0

M. pulv. S. puder.

(D. Klin Ther d. Gegen. VIII, 1894).

J. Z.

22. W krzywicy na klinice w Insbruku z powodzeniem podają dzieciom następującą zawiesinę:

Ol. amygd. dulc. 30,0

Phosphor 0,01

Gummi arab.

Sacch albi ana 15,0

Aqu. destill 40,0

MDS. dziennie 1 łyż. kaw.

(D. Kl. Ther d. Geg. 1894, VIII).

J. Z.

23 Dr. A. Wilson (Lancet 30 gr. 1892) utrzymuje, że z poczęcia, które miało miejsce niebawem po ukończeniu miesiączkowania, rodzą się dziewczynki, płody zaś poczęte przed mającą nastąpić regularnością są męskiego rodzaju. W. podaje kilka przypadków w których wyliczenie (daty dnia urodzin poczęcia i regularności) stwierdzają powyższy pogląd. Jednocześnie autor prosi praktyków o zbieranie odnośnego materiału faktycznego.

H.

## KRONIKA MIESIĘCZNA.

— W podziękowaniu redakcyi łaskawym współpracownikom w Z. XII r. z. opuszczono nazwiska kol. B. Dzierżawskiego i Wł. Garlińskiego, którzy jak i dawniej nie skąpią nam życzliwego swego udziału w pracy redakcyjnej. Opuszczenie ich nazwisk nastąpiło skutkiem omyłki zecerskiej.

— Lekarze u hypnotyzera. Odkąd Charcot zwrócił uwagę na hypnotyzm i zaczął badać na drodze naukowej jego przejawy, lekarze, idąc za jego przykładem, zajęli się badaniem tego zjawiska i stosowaniem w lecznictwie o tyle, o ile ze wskazań naukowych wpływała tego konieczność. Ponieważ jednak doświadczenia hypnotyczne częstokroć są efektowne, umiały z tego skorzystać wątpliwej naukowej wartości indywidua i starały się hypnotyzm popularyzować bądź za pośrednictwem estrady, bądź brukowych pisemek. Tą drogą do publiczności dochodziły spopularyzowane wiadomości z hypnotyzmu, a jak każdy objaw efektowny musiały wywoływać wrażenie. Nic też dziwnego, że publiczność, słysząc od tych pseudo-hypnotyzerów cuda o stosowaniu tego środka w rozmaitych chorobach, w walce, jaką z pobudek czysto materyjalnych wypowiedzieli ci panowie lekarzom, przyjęła stronę głosicieli jakoby prawd nowych, nie mogła bowiem wiedzieć, co przedsiębrali lekarze w gabinetach i szpitalach dla wyzyskania choćby w celu leczniczym tego objawu; nie mogła, bo lekarze uważali hypnozę za taki sam dobry sposób leczenia jak podawanie



leków, zastrzegając sobie pewne tylko wskazania, a masę przeciwskażan.

W tym stanie rzeczy zjeżdżali do Warszawy próbować szczęścia rozmaitego pokroju panowie, nie mający nic wspólnego z medycyną, a mniej jeszcze z etyką. W końcu ruch ten zaczął przybierać zastraszające rozmiary, bo już nie z odcinków pism, ale z katedr wygłaszano „nowe“ te prawdy, ilustrując wygłaszane zdania odpowiedniami doświadczeniami. Skutkiem tego władze ograniczyły prawo stosowania hypnozy i nawet lekarzom pozwoliły stosować w praktyce prywatnej hypnozę nie inaczej jak *ex consilio*.

Słuszne to że wszechmiar wobec szerzącej się istnej zarazy rozporządzenie przyjęte było przez lekarzy z uznaniem; to też z niemałym zdziwieniem dowiedzieliśmy się, że do Warszawy zjechał niejaki p. Feldman, wywołany przez władze z Wilna, aby tu uszczęśliwiać ludność. Nie zabieraliśmy w sprawie tej głosu z łatwo zrozumiałych powodów, uważamy jednak za stosowne odezwać się w chwili, kiedy w seansach tego pana zaczęli przyjmować udział lekarze. Z N-ru 221 „Gazety Warszawskiej“ dowiadujemy się, że na seansach tego pana mieli być obecni pp. Borel, Higier, Słonimski i Rewidzoff, a obok tego p. Słonimski w liście swym do „Odeskiego Listka“ (21/XI s. s.) wspomina o prof. (?) Heryngu, u którego w mieszkaniu również odbył się seans. Pięciu więc lekarzy warszawskich znalazło się gotowych na usługi p. Feldmana, nie protestujących wcale przeciw ogłaszaniu nonsensów naukowych w pismach i zakrywających swemi dyplomami karygodną działalność p. Feldmana. Tem zaś gorzej wygląda ta sprawa, iż w rzeczonyj Gazecie jednego z nich wymieniają jako specjalistę chorób nerwowych, który powinien być i miał możność chociażby w Warszawie u lekarzy zapoznać się ze stosowaniem hypnozy i wskazaniem do jej użycia. Zresztą gazetarskie wzmianki nie obchodziłyby nas tak dalece, gdyby nie to, że dotąd w żadnym z pism nie mieliśmy usprawiedliwienia się wyżej wymienionych lekarzy z uczestnictwa w seansach p. Feldmana. Czekamy tego, nim ostateczny wyrok w tej sprawie wydamy, musimy jednak naznaczyć, że ponieważ posiadamy w Warszawie lekarzy, zajmujących się chorobami nerwowymi i stosujących, gdzie trzeba, hypnozę, ponieważ jeden z nich przed najazdami hypnotyzerów z bożej łaski ogłosił nawet pracę w naszym piśmie, obznajmującą lekarzy z naukową stroną kwestyi, usprawiedliwiając na temat, że nie mogli nigdzie indziej tylko u p. Feldmana nauczyć się hypnotyzowania, nie przyjmujemy. Tem zaś przykrzej jest nam zaznaczyć wyżej przytoczone fakty, że wyszły one już po za Warszawę i że we Wraczu tej kwestyi z powodu tych panów poświęcono parę bardzo uszczypliwych wyrazów. (Wracz Nr. 42 r. z.).

— W numerze 4-m „Kuryjera Warszawskiego“ z dnia 4-go stycznia 1894 roku czytamy:

„Dr. X. X., lekarz zakładu paralityków, zamieszkały przy ulicy... (adres wymieniono), na zaproszenie zarządu Towarzystwa wza-

jemiej pomocy współpracowników handlowych i przemysłowych m. Warszawy, przyjął na siebie obowiązki lekarza honorowego tegoż Towarzystwa i zaoferował się udzielać porad bezpłatnie dla członków nietylko u siebie w domu, lecz i na mieście“.

Bezpłatna pomoc lekarska jest rodzajem jałmużny, udzielanej przez lekarzy ludziom zupełnie biednym. Wobec tego wydaje się nam rzeczą w wysokim stopniu niewłaściwą, ażeby z bezpłatnej pomocy lekarskiej korzystało stowarzyszenie, złożone z ludzi młodych i posiadających dostateczne środki utrzymania. Jednocześnie zwrócić musimy uwagę lekarza, który zaoferował swe usługi rzeczonemu Towarzystwu, że czyn jego do zakresu prawdziwej filantropii bynajmniej zaliczonym być nie może, a nawet nie zgadza się z etyką lekarską, w zasadzie wymagającą wynagrodzenia za pracę, szczególnie u ludzi niepotrzebujących jałmużny.

— Na posiedzeniu d. 3 b. m., na prezesa Tow. lekarskiego wybrano prof. J. Baranowskiego, na vice-prezesa kol. A. Sokołowskiego, na sekretarza kol. W. Szumlańskiego.

— Redaktor naszego pisma, kol. O. Hewelke, został mianowany ordynatorem szpitala Ś-go Rocha.

— Coroczny zjazd internistów, który w r. b. miał się odbyć w miesiącu kwietniu w Monachium, z powodu zjazdu międzynarodowego w Rzymie (29 marca do 5 kwietnia) odłożony został na rok przyszły. (Berl. 52).

— Redakcję znanego tygodnika „Deutsche Medicinische Wochenschrift“, objęli po śmierci Guttmana: prof. Dr. A. Eulenburg i Dr. Jul. Schwalbe.

— Pod redakcją Weyla zaczął wychodzić w Jena podręcznik higieny p. n. Handbuch der Hygiene) Podręcznik wychodzi zeszytami zawierającymi każdy całość oddzielną. Dotąd wyszły Finkelburga: Gechichtliche Entwicklung d. Organisation der öffentl. Gesundheitspflege in den Kulturstaaten, Munka: Einzelernährung u. Massenernährung, Wehmera: Leichenwesen einschliße der Feuer bestattung i Wehmera: Abdeckereiwesen.

---

## PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Grudniu 1893 r.

---

1. *J. Prus.* O stosunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu. (Prz. Lek. 48—52).

2) *W. Biegański.* Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem. (Prz. Lek. 47, 48).



3) *W. Kolberger*. O omamach i złudzeniach. (Prz. Lek. 43, 47, 48).

4) *T. Bąkowski*. Rzadki przypadek obrzęku śluzakowego. (Prz. Lek. 50).

5) *E. Kozierowski*. O pobocznych zastosowaniach aspiratora Jaworskiego. (Prz. Lek. 51).

6) *L. Rutkowski*. Przypadek nacieku na czole po zażyciu jodku potasu. (Prz. Lek. 54).

7) *A. Sokołowski*. Przyczynek do kazuistyki i dyagnostyki tętniaków aorty. (Gaz. Lek. 46).

8) *E. Simanowska*. O soku żołądkowym i pepsynie u psów. (Gaz. Lek. 48—69).

9) *K. Chelchowski*. W sprawie rozpoznawania ropnia pod-przeponowego. (Gaz. Lek. 48).

10) *Prof. M. Nencki i Dr. N. Sieber*. O składzie chemicznym dziegciu sosnowego. (Gaz. Lek. 46, 47, 50, 51, 52).

11) *Z. Monsiorski*. O stosowaniu piżma w cholercze. (Gaz. Lek. 50).

12) *B. W. Sawicki*. Dwa przypadki stopy końskiej, spowodowanej zapaleniem żył. (Gaz. Lek. 49. Patrz sprawozdanie ze zjazdu chirurgów, Kronika Z. XI r. z.).

13) *K. Noiszewski*. Dwa przypadki ran postrzałowych oczodołu. (Gaz. Lek. 59).

14) *J. Józefowicz*. Obustronne obrzmienie jąder i przyjędzy w przebiegu grypy. (Gaz. Lek. 50).

15) *Zweigbaum*. Conglutinatio labiorum minorum vulvae. (Gaz. Lek. 50).

16) *W. Matlakowski*. Pięć przypadków wycięcia kiszki z natchmiastowem, doraźnem jej zeszcyciem. (G. L. 51).

17) *Dmochowski i W. Janowski*. Dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych, wyw. przez bal. coli com. (G. L. 51, 52). Patrz przegląd bibliograficzny.

18) *J. Grundzach*. O wskazaniach do pyloroplastyki, pylorotomii i gastroenterostomii. (Med. 48, 49).

19) *F. Arnstein*. O dysharmonii między siłą tętna a siłą uderzenia serca w stanach chorobowych u histeryczek. (Med. 48).

20) *T. Heiman*. O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej. (Med. 49—52). Niesk.

21) *M. Sadowski*. Kilka słów o powstawaniu tętniaków wogóle z dodaniem opisu dwóch przypadków tętniaka aorty. (Med. 50, 51, 52).

22) *J. Rogowicz*. O leczeniu gruźlicy otrzewny za pomocą laparotomii (Med. 50, 51).

---

1. Dr. J. Prus. O stosunku choroby Morvana do syringomyelii i do trądu. „Będę uważać cel niniejszej rozprawy za dopięty, jeżeli praca

ta zwróci uwagę szerszych kół lekarskich na przedmiot ten ze wszechmiar godny śledzenia"—temi słowami kończy autor nader ciekawą swoją pracę. W krótkich słowach przebiega autor historję rozwoju nauki o chorobie Morvana, o stosunku jej do syryngomyelii, i nader szczegółowo opisuje wypadek przez się obserwowany. Przypadek ten dotyczył 46-letniej izraelitki ze Zborowa. Choroba przed 8 laty zaczęła się zanikiem mięśni barkowych, następnie zaczęły się tworzyć rany na nogach, które pociągnęły zniekształcenie palcy nóg. Później zaczęła chora stopniowo tracić czucie w rękach, doznawała często pieczenia i bólów w kończynach górnych, bólów w karku ze zeszytwnieniem lub obezwładnieniem przemijającym mięśni karkowych. Autor odróżnia obserwowane cierpienie od scleroderma i innych cierpień czysto układu nerwowego i ustanawia rozpoznanie choroby Morvana, które według niego jest odmianą tylko syryngomyelii. Nie ogranicza się kol. Prus na wyżej powiedzianem i stara się możliwie szczegółowo rozejrzeć się w literaturze najnowszej, w której, dzięki pracy Zambaco-Paszy, powstało przypuszczenie, że trąd, a przynajmniej t. zw. lepra anaesthetica mutilans, jest niczem innym, jak tą samą syryngomyelią. Przeprowadzone przez autora badania krwi utwierdziły go w przekonaniu, że u żydówki ze Zborowa, miał do czynienia z trądem. Praca bardzo ciekawa, napisana zwięźle i przystępnie, powinna zachęcić niejednego do dalszych badań w tym kierunku.

K. R.

2. W. Biegański. Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem. Spostrzeżenia opierają się na 12 przypadkach zapalenia płuc, 3 gruźlicy, 3 tyfusu brzuszego, 6 zapalenia opłucny, i 1 ostrego zapalenia oskrzeli. W 10 przypadkach zapalenia płuc, zakończonych pomyślnie, leukocytoza była wyraźna i stała. Podczas przesilenia odrazu zmniejszała się, przy „lysis“ ustępowała powoli. W dwóch przypadkach z zejściem śmiertelnem leukocytozy nie było. Barwione preparaty ze krwi wykazały, że z pomiędzy czterech gatunków białych ciałek, jakie autor wyróżniał w badaniu: wielojądrowe, jednojądrowe, jednojądrowe małe i eozynofilowe—powiększała się liczba pierwszych, a stosownie zmniejszała się liczba pozostałych; eozynofilowych nie znajdowano wcale. Po spadku ciepłoty ilość wielojądrowych komórek spada, a pozostająca odpowiednio wzrasta. Zwiększa się również wtedy i ilość płytek Bizzozera. Eozynofilowe także zwiększają się w liczbie. Prawidłowy procentowy stosunek ciałek wraca do normy na 3—4 dzień po spadku ciepłoty. W 2 przypadkach śmiertelnych zauważył autor „leukopenię“ t. j. zmniejszenie ogólnej ilości białych ciałek krwi.

Z innych chorób badanych dla porównania widział autor w tyfusie leukopenię. W gruźlicy raz stosunek był prawidłowy (nie wielkie zmiany), w innym przypadku z gorączką i zmianami w kiszkiach była leukocytoza; w surowiczem zapaleniu opłucny stosunki były prawidłowe, w ropnem była leukocytoza. W zapaleniu ostrem oskrzeli nie znaleziono odstępstw od normy.



Na podstawie tych danych, autor przyznaje leukocytozie znaczenie rozpoznawcze (zapalenie płuc czy tyfus?), a zwłaszcza znaczenie prognostyczne przy zapaleniu płuc.

W końcu autor przebiega stronę teoretyczną kwestyi, proponowane hipotezy: Virchowa, Limbeck'a, Schulz'a (patrz Kr. Lek. 1893) Löwitt'a—niewystarczające zresztą do wyjaśnienia wszystkich zjawisk leukocytozy. *O. H.*

3. Władysław Kolberger. *O omamach i złudzeniach.* W obszernej pracy swej podjął się autor zbyt ciężkiego zadania krytycznego rozpatrzenia wszystkich teoryj, za pomocą których różni autorowie tłumaczą sobie powstawanie omamów i złudzeń. Zaczyna autor od poglądów Esquirol'a, Hagen'a i innych, którzy radzą ściśle odróżniać omamy od złudzeń, i przechodzi do przytoczenia tych hipotez, jakie obecnie panują w kwestyi siedliska powstawania zбочeń zmysłowych. Zwolennicy teoryi obwodowej powstawania omamów, zwolennicy teoryi Meynert'a—teoryi umiejscawiającej powstawanie zбочeń zmysłowych w ośrodkach podkorowych wyznawcy t. z. teoryi duchowej bezwzględnej, jak również teoryi duchowej względnej i wreszcie wyznawcy teoryi mieszanej, przedstawicielem której, według kol. K., jest Kahlbaum, znajdują w pracy autora to dłuższe, to krótsze wzmianki. Sam autor nie wypowiada się jasno za którąkolwiek z tych teoryj, nęci go bowiem zbyt śmiała nauka Meynert'a, obserwacja zaś uczy, że i ośrodki zmysłowe korowe grają wybitną rolę przy powstawaniu omamów i złudzeń. Autor jest zwolennikiem tych poglądów, według których ścisłej granicy między złudzeniami i omamami przeprowadzić się nie da. W bardzo pobieżnej wzmiance dotyka t. zw. wrzekomych omamów i dłużej się zastanawia na sennych i półsennych obrazach. Oryginalną myśl wypowiada kol. K. o znaczeniu powidoków dodatnich i ujemnych przy tworzeniu się omamów i złudzeń. Zebranie dosyć licznej literatury odnośnej lecz bez uwzględnienia nowszych poglądów i zestawienie takowej, w nieco rozwalym porządku, odbiera cokolwiek uroku bądź co bądź ciekawej pracy kol. K. *K. R.*

4. Dr. Bąkowski Teofil. *Rzadki przypadek obrzęku śluzakowego (myxoedema).* U 14-letniego chorego obrzęk śluzakowy ograniczony do twarzy (od 4-go roku życia), brak go na tułowi i kończynach. Brak gruczolu tarczowego. Przygnębienie oraz niedorozwój inteligencji, ciepłota niższa od prawidłowej. Kyphosis dolnych kręgów grzbietowych (od 18 mies. życia). obojczyk krótki, klatka piersiowa także, brzuch wielki, ślinianki, wątroba i śledziona powiększone. Chory zmarł na wysięk w jamie brzusznej i niedomogę serca. Autor stara się wykluczyć krzywicę i kretynizm endemiczny (może to być kretynizm sporadyczny śluzakowy w lekkiej postaci, oraz charłactwo zimnicze—*przyyp. ref.*) *Rz.*

5. E. Kozierowski. *O pobocznych zastosowaniach aspiratorów Jaworskiego.* Autor, drogą na pozor nieznacznych zmian w łączeniu 2 flaszek aspiratora Jaworskiego, drenami czyni ten sam przyrząd przydatnym do 2 różnych celów: 1) do wprowadzania powietrza do żo-

ładka lub kiszki, przez co ułatwia sobie nieraz rozpoznanie, i 2) do przyspieszenia przesączania cieczy gęstych, jak na przykład treść żołądka i t. p.

*K. R.*

6. L. Rutkowski. **Przypadek nacieku na czole, po zażyciu jodku potasu.** Autor, powołując się na niedawno ogłoszoną pracę Szadka o naciekach przy używaniu jodu, opisuje wypadek przymiotu, w którym zastosował jodek potasu. Pacjent, po zażyciu pierwszej dawki dostał gorączki, bólów w kościach i stawach, stwardnienia przyjądrzy i nacieku na czole. Naciek okrągłej formy sinozabarwionej, wklęsły po środku. Według autora, naciek, a także sprawa w przyjądrzach, podobna do lekkiego zajęcia rzerzączkowego, zależne były od zatrucia organizmu potasu jodkiem.

*K. R.*

7. Sokołowski A. **Przyczynek do kazuistyki i dyagnostyki tętniaków aorty.** Często bardzo jedynym przejawem rozwijającego się tętniaka aorty bywają długotrwałe nerwobóle krzyżowo-lędźwiowe przy zajęciu aorty brzusznej, lub międzyżebrowe przy umiejscowieniu choroby w jej części piersiowej. Niejednokrotnie również uporczywe napady duszności, naśladującej w zupełności dusznicę oskrzelową, są tylko następstwem tętniaka, usadowionego na tylniej ścianie łuku aorty.

Tym właśnie, skrycie przebiegającym postaciom tętniaków, poświęcił autor swą pracę. Znajdzie tam czytelnik wiele cennych wskazówek rozpoznawczych, opartych na 3-ch przytoczonych przez autora przypadkach i stwierdzonych badaniami pośmiertnymi.

*K. W.*

8. E. Simanowska. **O soku żołądkowym i pepsynie u psów.** Autorka badała u psów sok zebrany z przetoki po drażnieniu pokarmowym gardzieli i przełyku i poddawała go rozbirowi chemicznemu, strącając między innymi pepsynę przez oziębianie i za pomocą stężonego roztworu siarczanu-amonu. Odsyłając czytelnika po szczegóły ciekawej tej pracy do oryginału, zaznaczę na tem miejscu, iż według rozbioru S., pepsyna jest ciałem białkowym, strącanem przez ogrzewanie i zawierającym chlor. Cyfr podawać nie będę, natomiast zaznaczyć muszę wpływ wydzielania się znacznych ilości soku na moc. Mocz w doświadczeniach S. był alkaliczny, ilość zmniejszona, zawiera dużo węglanu sodu. Ilość sodu i potasu zwiększa się, jak również ilość kw. moczowego. Co się tyczy sodu, ilość jego zwiększa się niepomiarowo, należy więc przypuszczać, iż chlorek sodu w gruczołach żołądkowych rozkłada się na kwas solny i sól gryzący, który w postaci węglanu wydziela się z moczem.

*J. Z.*

9. K. Chełchowski. **W sprawie rozpoznawania ropnia podprzeponowego.** W dwóch przypadkach ropnia podprzeponowego (jeden sprawdzony przez sekcję), zauważył autor, że szpryczka Pravaza, wkłóta do ropnia przez dolne międzyżebra, podczas wdechu podnosiła się, a opuszczała podczas wydechu. Oczywiście, igła musiała odbywać ekskursyje w kierunku odwrotnym. Ruchy te zależą od ruchów przepony, przez której brzeg musiała przejść igła, dostając się do ropnia pod przeponą. Jeżeli igła znajduje się nad przeponą, ruchy jej, zależne od ruchów oddechowych żeber, mają kierunek od-



wrotny do wyżej opisanego. Zjawisko to (widziane uprzednio przez Fürbringera) stanowić może ważną wskazówkę rozpoznawczą, gdy chodzi o pytanie, czy dany zbiornik ropy leży nad, czy pod przeponą.

O. H.

10. Nencki M. i Sieber N. O składzie chemicznym dziegiu sosnowego i jego własnościach dezynfekcyjnych. Autorzy bardzo szczegółowo rozpatrują własności fizyczne i skład chemiczny zarówno jakościowy, jak i ilościowy dziegiu sosnowego, oraz wpływ jego i pojedynczych części składowych na rozmaite bakteryje chorobotwórcze. Rzecz sama zasługuje na przestudyjowanie w oryginale, do streszczenia na tem miejscu nie nadaje się.

J. Z.

11. Monsiorski Zygmunt. O stosowaniu piżma w cholercze. Autor wypróbował działanie piżma w cholercze podczas tegorocznej epidemii w Radzyminie. Środek ten stosował w 10-u przypadkach ciężkich; 3 z nich zakończyły się śmiertelnie wskutek powikłań, reszta wyzdrowiała. Wydatnym skutkiem działania piżma prócz pobudzenia jest ustąpienie wymiotów. Podawać należy dawki duże. Ujemną stroną tej terapii jest uporczywa czkawka po podaniu piżma, oraz bardzo wysoka cena tego środka.

13. Noiszewski K. Dwa przypadki ran postrzałowych oczodołu. Autor przytacza dwa przypadki ran oczodołu. Pierwszy z nich dotyczy 18-letniego chłopca, któremu kula rewolwerowa przeszła przez lewe nozdrze i wewnętrzny kąt oka w kierunku pionowym do czaszki. Wziernik odkrywał całkowite oderwanie siatkówki. Przebieg sprawy chorobowej trwał dni dziesięć wśród podniesionej ciepłoty 39,7 i utraty przytomności, poczem nastąpił okres zdrowienia. Do wydobycia kuli za pomocą rękoćzynu chirurgicznego autor nie przystępował. W lat trzy potem, pomieniony chory był badany przez N.; prócz oderwania siatkówki, żadnych innych objawów o obecności kuli świadczących nie spostrzeżono.

Natomiast drugi przypadek, wobec umiejętnego rozpoznania objawów znieczulenia na czole i ścisłego określenia miejsca, w którym utkwiała kula, przedstawia się nader ciekawie. Tym razem kula po przebieciu kości górnoszczękowej, uderzyła o dolny brzeg wyrostka kości klinowej i, rozplątana przezeń, obróciła się na nim, jak na osi, grzęznąc następnie w otworze nerwu wzrokowego, raniąc przytem nerw czołowy (gałąź oczna nerwu trójdzielnego). Jakkolwiek, pomimo braku bezpośredniego uszkodzenia gałki ocznej, chory był zdecydowany na usunięcie oka ze względu na silny ból głowy i oczodołu, i towarzyszącą tym objawom bezsenność, to jednak N., po przeprowadzeniu ścisłego rozpoznania, postanowił jedynie wydobyć kulę, nie usuwając jednocześnie gałki ocznej. W tym celu, po uprzednim zachloroformowaniu chorego, przeprowadzonym zostało cięcie równoległe do łuku brwiowego. Posuwając się w kierunku pomiędzy górną ścianką, a gałką, N. natrafił na dziwnie rozplątaną kulę rewolwerową, którą wreszcie wyciągnął. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy; gałka oka prawego została zachowaną (w jakim stanie? ref.).

W. G.

14. Józefowicz J. Obustronne obrzmienie jąder i przyjędzy w przebiegu influenzy. Autor spostrzegł przypadki obustronnego obrzmienia jąder i przyjędzy w przebiegu influenzy u młodego człowieka. Pacjent ten przebywał przed 6-iu laty rzerzającą bez powikłań ze strony jąder; od tego czasu żadnych objawów trypra nie było. Obrzmienie jąder w przebiegu influenzy porównywa autor z obrzmieniem części rodnych w epidemicznem zapaleniu gruczołu przyusznego. *H. K.*

15. Z weigbaum. Conglutinatio labiorum minorum vulvae. Autor opisuje dwa przypadki zarośnięcia małych warg sromnych. Dotyczyły one dziewczynek w wieku lat 2 i  $2\frac{1}{2}$ . Wywiady wykazały, że dzieci przyszły z tem zбочeniem na świat. Autor rozdzielił zrosty przez odciąganie warg większych. *H. K.*

18. Grundzach. O wskazaniach do pylorotomii i gastroenterostomii. Jako pierwsze wskazanie, podaje autor rozszerzenie żołądka wszelkiego rodzaju, pierwotne mianowicie tam, gdzie cierpienie trwa długie lata i odzwianie chorego zaczyna upadać. W tych razach radzi stosować operację Bircher'a i gastroenterostomię. Wtórne rozszerzenie żołądka, daje wskazanie najważniejsze do operacyjnego leczenia i w tych razach z operacją zwlekać nie trzeba. Toż samo rzecz można o guzach odzwianika i krzywizny wielkiej. Niekiedy wskazanie stanowi wrzód okrągły, wreszcie sokotok uporeczywy oraz kombinacja tegoż z wrzodem żołądka, wreszcie jako o wskazaniu do operacyjnego leczenia mówi autor o przepuklinach żołądkowych. Na zakończenie podaje kilka danych ze statystyki. *J. Z.*

19. F. Arnstein. O dysharmonii między siłą tętna, a siłą uderzenia serca w stanach chorobowych u histeryczek. U trzydziestoletniej chorej na dur wysypkowy 8 i 9-go dnia choroby—przy ciepłocie  $38^{\circ}$  R. znaleziono kończyny chłodne, prostracyję (tętno niewyczuwalne, zatrzymanie moczu, zęby ściśnięte), podczas gdy tony serca były silne i prawidłowe, 80 na minutę. Wobec tego autor przypuszcza kurczowy stan naczyń pochodzenia histerycznego. W miejsce leków pobudzających zaczęto stosować chloral i waleryjanę. Po kilku dniach stan poprawił się i tętno stało się wyczuwalnem. W drugim przypadku u chorej, otrutej sublimatem, znaleziono podobnie objawy zapaści, brak tętna przy głośnych tonach serca. I tu przebieg sprawy potwierdził przypuszczenie skurczu naczyń natury histerycznej. *H.*

21. Sadowski M. Kilka słów o powstawaniu tętniaków w ogóle z dodaniem opisu 2-ch przypadków tętniaka aorty. Kwestyja powstawania tętniaków, mimo licznych prac w tym kierunku, nie jest jeszcze dostatecznie wyświełtłona.

Dwa spostrzegane przez autora przypadki tętniaka aorty, typowe pod względem klinicznym, różniły się wielce ze strony anatomicznej.

Szukając przeto teorii, któraby w obu opisanych przypadkach mogła wyjaśnić istotną przyczynę powstania tętniaka, autor podaje w streszczeniu wszystkie istniejące obecnie w tej kwestyi poglądy, opatrując je swemi uwagami krytycznemi.



Ostatecznie skłania się ku teorii Thoma. Według niej tętniaki, zjawiające się w stwardnieniu naczyń nigdy nie są następstwem rozwiniętej już sprawy miażdżycowej, lecz powstają w pierwszym jej okresie, wskutek istniejącej wówczas wązkości ścianek naczyń. *K. W.*

22. *J Rogowicz.* Kilka słów o leczeniu gruźlicy otrzewny za pomocą laparotomii. Za punkt wyjścia służy autorowi przypadek gruźlicy otrzewny, operowany przezeń w warszawskim zakładzie ginekologicznym, a dotyczący 22-letniej dziewczyny, która wkrótce po spadnięciu ze znacznej wysokości zaczęła doznawać bólów w brzuchu, schudła, zaczęła gorączkować, a objętość brzucha tak się powiększyła, że nie mogła formalnie oddychać i dopiero po wypuszczeniu 12 litrów płynu zaczęła powoli przychodzić do siebie. Wkrótce jednak płyn zaczął się na nowo zbierać, co skłoniło R. do wykonania laparotomii, do której przystąpił w przekonaniu, że ma do czynienia z torbielą jajnika. Przy operacji B. torbieli nie znalazł, za to otrzewna była usiana maleńkimi guziczkami, które pod mikroskopem okazały się typowymi gruzełkami, i zawierała około 3 litrów płynu. W pół roku po dokonaniu operacji B. dowiedział się, że chora jego cieszy się doskonałym zdrowiem.

Zestawiając wyniki dokonanych dotąd 313 operacyj R. oblicza, że śmiertelność przy tych sposobach leczenia wynosiła 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a w 34<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przypadków nastąpiło trwałe wyleczenie. Tak pomyślnego rezultatu nie może dać, zdaniem autora, żadne leczenie wewnętrzne i dla tego też R. radzi robić operację we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem tych, w których stwierdzono wielokomorowy ropny wysięk, rozległe zrosty i głęboko sięgające serowate rozmięczenia, oraz tych przypadków, w których prócz otrzewny i inne organy są dotknięte daleko posuniętą sprawą gruźliczą.

Wyleczenie po laparotomii tłumaczy sobie autor silnem podrażnieniem otrzewny w czasie operacji. *W. D.*

---

## NEKROLOGIJA.

---

— Zmarł prof. Paweł *Diday*, znany syfilidolog, jeden z założycieli i kierowników pisma „Lyon Médical“.

— Prof. *E. Quinquaud*, członek akademii medycznej, gł. redaktor dziennika „Médicine scientifique“; zajmował się chemią lekarską i patologią ogólną.

— *Maurycy Madurowicz*, prof. położnictwa i chorób kobiecych na wszechnicy Jagiellońskiej, urodzony w r. 1831 w Kołomyi. Gimnazjum ukończył we Lwowie, na uniwersytet uczęszczał w Krakowie i Wiedniu. Po 6-letnim pobycie, jako asystent, w klinice prof. C. Brauna, gdzie pracowitością i zdolnościami zwracał na siebie ogólną uwagę, w r. 1862 został powołany do Krakowa, na katedrę położnictwa i chorób kobiecych. Na tem stanowisku dwukrotnie był dzie-

kanem wydziału lekarskiego i w r. 1880/1 rektorem uniwersytetu. Od r. 1889 był członkiem i prezesem Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie. Szereg prac z zakresu swej specjalności (nagłówki znajdzie czytelnik w Słowniku lekarzy polskich), drukował w pismach wiedeńskich i Przeglądzie Krakowskim. Przedwcześnie zgasły ś. p. Madurowicz, odznaczał się gruntowną wiedzą i przez wielu uczonych niemieckich uważany był za najdzielniejszego operatora położniczego. Jako profesor, lekarz i człowiek, spełniający ciężące na Nim obowiązki z całym poświęceniem i sumiennością, pozostawił po sobie szczerzy żal w sercach licznych swoich uczniów i społeczeństwa, czego dowodem służyć mógł uroczysty obrzęd pogrzebowy w dniu 15 Stycznia. *W. S.*

## ❧ Ogłoszenia. ❧

# Kąpiele borowinowe w domu.



Jedyny

naturalny sposób  
zastąpienia

Kąpieli mineralnych  
borowinowych

w domu i o każdej  
porze roku.

**Mattoniego Sól borowinowa**

(suchy wyciąg)

w skrzynkach po 1 kłgr.

**Mattoniego Ług borowinowy**

(płynny wyciąg)

w butelkach po 2 kłgr.

## HENRYK MATTONI

Francensbad, Wiedeń, Konstłbad, Budapeszt.