

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

W kwestyi tak zwanego czarnego języka.

PODALI

Dr. med. A. Ciągliński i dr. med. O. Hewelke.

Pod nazwą „czarnego języka“ spotykamy w literaturze niemieckiej, angielskiej i francuzkiej (schwarze Zunge, black tongue, langue noire) opisy zmian na powierzchni języka, występujących w postaci czarno zabarwionej plamy, z kąd właśnie nazwa.

Nazwa ta, aczkolwiek uprzytomnia najbardziej rzucającą się w oczy cechę sprawy, nie mówi nic o jej istocie i może też być uważaną za tymczasową tylko, przejściową, dopóki nie zostanie wyjaśnioną właściwa jej natura, podobnie jak się stało z rozmaitemi dawnymi terminami, np. genu album, phlegmasia alba i t. d.

Rozpatrując bowiem podawane tu i owdzie opisy „czarnych języków“ widzimy, że mianem tem oznaczane są sprawy nie zawsze identyczne.

Tak np. M. Dinkler, opisując trzy przypadki zmian błony śluzowej języka, przedstawiające się na oko zupełnie podobnie jako „czarny język“, zmuszonym jest po bliższem zbadaniu do pewnego ich rozróżniczkowania. Wogóle powierzchnia opisywaną jest raz jako gładka, innym razem jako włochata, tak, że nawet niektórzy autorowie dodają do określenia ogólnego „czarny język“ jeszcze przymiotnik „włochaty“ (schwarze gehaarte Zunge). Podobnie w trwaniu zmian a także i pod innymi względami znajdujemy nie małe różnice.

W ogólnym zarysie opisy przypadków „czarnego języka“ można streścić w następujących słowach. Na górnej powierzchni języka daje się zauważyć plama barwy ciemno-brunatnej do czarnej, leżąca bliżej podstawy języka, zwykle przed samem V języka (papillae circumvallatae), o granicach

nie ściśle określonych i rozmaitej wielkości. Plama ta przedstawia się raz gładką, to widać na niej włoski, raz krótkie jak filc, innym razem dłuższe (przeszło 0,5 cent.). Włoski te są mocno przytwierdzone i nie łatwo dają się wyrwać szczypczykami.

Co się tyczy trwania sprawy, to w jednych przypadkach przechodziła ona bez leczenia, sama przez się, albo przy użyciu środków przeciwparazytowych po kilku lub kilkunastu dniach, w innych zaś trwała miesiące i lata nawet (R. Balfour Graham 12 lat), nie poddając się żadnemu leczeniu, nie sprawiając zresztą chorym wogóle żadnych dolegliwości.

Znikanie sprawy idzie od obwodu ku środkowi, z początku ginie zabarwienie, po czym od środkowej bruzdy języka następuje łuszczenie się nabłonka, trwające od kilku dni do 6--8 tygodni (Butlin) i dłużej ($\frac{3}{4}$ roku Rydygier).

Niekiedy plama jaśnieje i łuszczy się, lecz nie znika zupełnie i po pewnym czasie znów występuje wyraźniej. (Przypadek taki mieliśmy sposobność obserwować przed paru laty u pewnego 40-letniego pana, namiętnego pała cza; plama ciemnobrunatnej barwy, wielkości czterogroszniaka niepokoiła go od wielu lat, występując raz mniej, to więcej wydatnie, bez wyraźnych powodów. Przerwa w paleniu, energiczne stosowanie miejscowe salolu i kwasu borowego nie okazały żadnego wpływu).

Etyjologię omawianej sprawy wszyscy autorzy uważają za ciemną. Niektórzy starają się dopatrzeć związku z cierpieniami przewodu pokarmowego (katary żołądka), inni stawiają ją w zależność od palenia, chociaż zdarza się i u nie palących. W jednym z przypadków Dinklera plama czarna włochata wystąpiła po ciężkiej szkarlatynie. Armainquaud przypuszcza zaburzenia naczynio ruchowe. Hutchinson ¹⁾ bardzo podejrzliwie patrzy się na „czarny język“ i przypuszcza tu wprost chęć umyślnego wprowadzenia w błąd lekarza przez chorego. Możliwym jest to u hysteryczek, ale przegląd ogłoszonych przypadków, w których sprawa opisywaną jest zawsze bardzo podobnie, a zwłaszcza ściśle jest lokalizowaną (przed V linguae), dalej często przypadkowe wykrywanie plam u osób cierpiących na inne choroby i wreszcie brak najczęściej skarg ze strony cho-

¹⁾ Cytowani przez Butlina.

rych i wogóle nic nie znaczący stopień przedmiotowych objawów—przemawiają przeciw ryczałtowemu przypuszczeniu Hutchinsona.

Anatomicznie większość autorów uważa omawianą sprawę za przerost nabłonka języka, głównie brodawek nitkowatych (pap. filiformes), z następczem tegoż zrogowaceniem; udział pasorzytów ma być przytem wykluczonym.

I tak Schech znalazł przy mikroskopowem badaniu kawałeczka wyciętego z „czarnego języka“, mieszaninę różnej długości i grubości nitki ciemno-brunatnych i jasno-brunatnych, które składały się ze ściśle koło siebie ułożonych komórek nabłonkowych, posiadających brzegi ząbione i rozgałęziające się. Po dodaniu ługu potasowego zabarwienie stawało się jaśniejszem. Nitki te przy bliższem badaniu okazały się nadzwyczaj powiększonymi, zabarwionymi i zupełnie zrogowaciałymi brodawkami nitkowatymi języka. Między nitkami znajdowano leptothrix, różne ziarenka i łaseczki, które według autora nie miały nic wspólnego z istotą sprawy.

Brosin ¹⁾ nazywa tę sprawę hyperkeratosis — przerostem warstwy powierzchniowej nabłonka z następczem zwyrodnieniem (rogowatem) i atrofiją pojedynczych komórek, przyczem wytwarza się barwnik brunatny.

Wyjaśnienie to przyjmuje i Dinkler dla swego pierwszego przypadku, w którym sprawa na języku rozwinęła się po bardzo ciężkiej szkarlatynie; w chorobie tej, jak wiadomo, język zwykle bywa zmienionym, brodawki włosowate ulegają przerostowi i nadają powierzchni języka szorstkość, wskutek czego i języki takie nazywają „kociemi“. Tu oddzielne nitki (brodawki) dosięgły niezwyklej długości—0,5 cent. Podobnegoż zdania o „czarnym języku“ są Surmont, który sprawę tę nazywa melanotrichie linguale, i Wollerand.

Prof. Rydygier uważa też przerost brodawek językowych za istotę sprawy przy czarnym (włochatym) języku; na przerośniętych zaś brodawkach mogą, jego zdaniem, jako rzecz przypadkowa zagnieźdzać i rozwijać się pasorzyty, dające powierzchni czarne lub brunatne zabarwienie.

Bakteryjologiczne poszukiwania czynione przez niektórych z cytowanych autorów wypadły jak dotąd ujemnie

¹⁾ Cyt. przez Dinklera.

i to niezawodnie wpłynęło na ustalenie się w literaturze zdania, że w omawianej sprawie pasorzyty nie grają żadnej roli, pomimo, iż przypuszczenie takie jest bardzo bliskiem i wielu się też nasuwało, jak to widać zarówno z odnośnych poszukiwań jak i ze stosowania w terapii głównie środków przeciwpasorzytowych.

Dinkler, poddając dłuższej maceracyi w ługu potasowym kilka zrogowaciałych włosków, zdjętych z czarnej plamy na języku, mógł w nich odróżnić wewnętrzną warstwę, składającą się ze zwyrodniałych rogowato komórek, i zewnętrzną, złożoną z gęsto splecionych nitek z laseczników (Bacillenfäden), wypuszczających wyrostki ostro zakończone („na podobieństwo Wurzelbacillus“?); zarodników, ani też jakichkolwiek oznak sporulacyi nie zauważono. Hodowle, robione co prawda już w okresie znikania plamy, wypadły ujemnie.

Roth, badając drobnowidzowo dwa przypadki „czarnego języka“, znalazł bardzo liczne i różne drobnoustroje nie był jednak w stanie wyosobnić czystych hodowli. Roth zaznacza tylko, że nie spotykał wcale czworniaka (sarcina) ani pleśnicy białawej (oidium albicans) i tylko bardzo mało włoskowca policzkowego (leptothrix buccalis).

U innych autorów (Lake, Butlin), wspominających o możliwości udziału pasorzytów, nie znajdujemy żadnych podstawowych danych.

Po przedstawieniu obecnego stanu interesującej nas kwestyi, według dostępnej nam literatury, przystępujemy do opisu przypadku, jakiśmy mieli sposobność widzieć na wiosnę roku bieżącego, a szczególnie wyników przedsięwziętego w nim badania bakteriologicznego, które, sądzimy, nie będą bez znaczenia tak dla samej sprawy „czarnego języka“, jak i ze względów ogólniejszej natury.

W Kwietniu r. b. zgłosiła się do jednego z nas 24-letnia mężatka, skarżąca się na ogólne osłabienie i brak łaknienia. Według opowieści chorej przeszła ona tylko co jakąś ciężką gorączkową chorobę (influenza?), trwającą około 10 dni. Przy badaniu chorej nie znaleziono żadnych zmian i stan jej określony został, jako okres zdrowienia po przebytej gorączce. Odpowiednio do tego zaleciliśmy chorej lekkie środki pobudzające i posilną dyjetę.

W trzy dni później mąż chorej zawiadomił nas, że stan jej ogólnie znacznie się poprawił, że jednak oboje mocno są

zaniepokojeni zjawieniem się na języku czarnego zabarwienia. Przybywszy do chorej, znaleźliśmy, że w samej rzeczy język był jakby pociągnięty szuwaksem. Zabarwienie oprócz końca i brzegów zajmowało całą górną powierzchnię, sięgając ku tyłowi do brodawek pieńkowatych (pap. circumvallatae), które swą czerwonością odbijały od czarnego tła otoczenia.

Język był przytem gładki i wilgotny. Zabarwienie chora zauważyła od 1½ doby. Stan jej ogólny (apetyt) był zupełnie dobry; zmiana zabarwienia oprócz strachu nie powodowała żadnych objawów podmiotowych.

Zeskrobawszy nieco czarnego osadu, schodzącego łatwo, do badania drobnowidzowego, zaleciliśmy chorej częste płókanie ust mocnym roztworem kwasu borowego. Po upływie dwóch dni zabarwienie zniknęło bez śladu.

Już przy pierwszym badaniu drobnowidzowym owego czarnego nalotu mogliśmy wywnioskować, że mamy tu do czynienia z pewnym gatunkiem czarnej pleśni. Widzieliśmy mianowicie na preparatach mikroskopowych, potraktowanych amonijakiem i gliceryną, grube nitki pleśniowe bez zgrubień kolankowych, oraz główki, dość znacznych rozmiarów, obsypane czarnymi zarodnikami. By bliżej określić gatunek znalezionej grzyby, posieliśmy go na chlebie i kartoflu i jedną połowę w ten sposób zaszczerpionych próbówek umieściliśmy w termostacie przy 37°, drugą zaś pozostawiliśmy przy ciepłocie pokojowej, która w owym czasie wahała się między 12—14° R. (Cels. 15—17,5°). Próbówki, umieszczone w termostacie, pozostały jałowemi; na gruntach zaś odżywczych, pozostawionych przy ciepłocie zwyczajnej, w krótkim czasie rozwinęła się czarna pleśń.

Następne badanie robiliśmy przy ciepłocie pokojowej. W termostacie hodowle rozwijały się dobrze jeszcze przy 25°—27° C.

Jako gruntów odżywczych używaliśmy: kartofla gotowanego, papki chlebowej, wreszcie tartych kartofli lub suszonego rozartego chleba, zmieszanych z 5%—10% roztworem żelatyny. Najbujniej rozwijały się badane pleśnie na tem ostatniem podłożu.

Hodowlę prowadziliśmy albo w probówkach lub kolbach, zamkniętych zatyczkami z waty, albo też na rozkrajanych kartoflach, przygotowanych znanym sposobem, podanym przez Koch'a.

Mikroskopowo rozwój hodowli przedstawiał się jak następuje: już drugiego dnia powierzchnia zaszczonego gruntu pokrywała się delikatnym, śnieżnobiałym nalotem, który, szerząc się od miejsca zaszczepienia ku obwodowi gleby, pokrywał ją całą w ciągu dwóch do trzech dni. Trzeciego dnia zwykle na końcach nitek, sterzających swobodnie w górę, można było spostrzegać gołym okiem czarne doskonale okrągłe główki, którym to tworom cała hodowla 5 lub 7 dnia zawdzięczała jednolitą czarną swą barwę.

Badanie drobnowidzowe dokonywanem było:

1) na preparatach rozskubanych ze świeżej hodowli, potraktowanych amonijakiem z gliceryną;

2) na skrawkach z hodowli nalanej fotoksyliną lub parafiną, według metody, podanej przez jednego z nas ¹⁾).

3) wreszcie bardzo pouczające wyniki dawało nam badanie hodowli w stanie żywym, a tem samem absolutnie niezmienionym — uskuteczniame w hodowlach w próbkach, przy pomocy dość znacznych nawet powiększeń.

Ten ostatni sposób badania najlepiej nadawał się do prześledzenia pierwszych okresów rozwoju, poczynając od kielkującego zarodnika, a skończywszy na zupełnie wytworzonej główce.

Jeżeli próbkę, zawierającą młodą hodowlę, najlepiej przygotowaną na mieszaninie chleba z żelatyną, umieścimy na stoliku mikroskopu i rozpatrywać będziemy przy pomocy słabych powiększeń (Zeiss AA. ok. 3), to z łatwością zorientujemy się w całym obrazie hodowli. Odnajdziemy mianowicie miejsca, w których maleńkie, owalne ciała *zarodniki pleśniowe* — leżą zebrane po parę, kilka lub kilkanaście. Zarodniki te albo są owalne — o konturach gładkich i wyraźnych, i leżą zupełnie odosobnione, albo też z każdego takiego zarodnika wyrasta długa bezbarwna, cienka nitka pleśniowa. Pęczek takich nitek pleśniowych — *grzybni* — wychodząc z danej kupki zarodników, rozrasta się na wszystkie strony, szukając dla dalszego swego rozwoju odpowiedniej gleby. Gdy ją znajdzie, rozpoczyna się nowa tego rozwoju faza. Każda z nitek, mianowicie uczepiwszy się w danem miejscu gruntu, zapuszcza weń liczne drobne *ko-*

¹⁾ A. Ciągliński. Przyczynek do nauki o grzybnicach pleśniowych. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. Tom LXXXVI — zeszyt IV i Tom LXXXVII — zeszyt III.

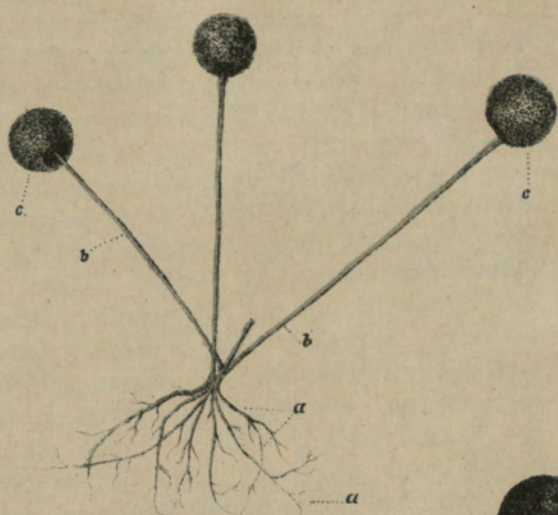


Fig. № 1.



Fig. № 3.



Fig. № 5.



Fig. № 4.

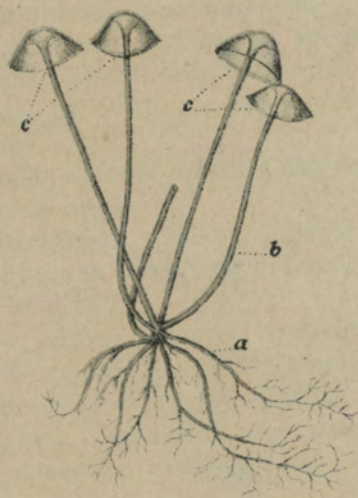


Fig. № 2.



rzonki; w stronę przeciwległą kierunkowi korzonków rozchodzi się pęczek nitek grubszych i dłuższych prostych, tak zw. *owoconośni*, na których końcu widnieją okrągłe główki. Te ostatnie wytwarzają się jako zgrubienie końcowe owoconośni i w stanie dojrzałym przedstawiają się zupełnie czarnymi. Pewien ciemno-szarawy odcień mają badane pod mikroskopem owoconośnie.

Oto co możemy zobaczyć, badając daną hodowlę w próbówce pod mikroskopem przy niewielkich powiększeniach.

Widzimy już z tego pobieżnego opisu, że dany grzyb przedstawia cechy roślin pnących. W rzeczywistości hodowle w przestrzeniach zamkniętych, jak np. w próbkach lub kolbach wyrastają daleko wyżej, dosięgając często zatycki watowej, gdy tymczasem hodowle na kartoflu lub na mieszaninie chleba z żelatyną, rozpostartej na miseczce szklanej, nie wyrastają wyżej jak na 1—2 ctm. Nieraz zdarzało się nam spostrzegać nitkę pleśniową, opuszczającą się prawie przez całą wysokość próbówki i doskonale pomimo to na końcu swem owocującą.

Opisana powyżej zdolność rozwoju tłumaczy nam łatwość, z jaką pleśń ta musi się rozszerzać na znaczne stosunkowo przestrzenie; własność tę winniśmy mieć na uwadze przy rozpatrywaniu znaczenia chorobotwórczego danego gatunku pleśni.

Na preparatach pleśni rozskubanych, a jeszcze lepiej na skrawkach z hodowli byliśmy w stanie dokładniej zbadać budowę główki pleśniowej, jej części składowych oraz te przeróżne fazy, jakim w rozwoju swym i dojrzewaniu części te podlegają.

Dojrzała główka pleśniowa przedstawia kształt doskonale okrągły; składa się ona:

1) Z błonki zewnętrznej, pokrywającej całą masę zarodników, umieszczonych na słupku, w którego dolnej części przyczepia się owa błona.

2) Z zarodników, formy owalnej, wyraźnie podwójnie obrysowanych, które pod mikroskopem w zbitej masie przedstawiają się zupełnie czarnymi, rozpatrywane zaś pojedynczo mają odcień szarawy. Zarodniki te ze wszystkich stron pokrywają trzecią składową część główki — tak zwany słupek.

Słupek—columella, przedstawia bezpośrednio zakończenie owoconośni; w młodych hodowlach kształt słupka jest

cylindryczny, na wolnym końcu zaokrąglony; wymiar jego podłużny jest 2 — 3 razy większy, niż wymiar poprzeczny; w miarę rozwoju i dojrzewania danej kępki pleśniowej stosunek obu tych wymiarów zmienia się w ten sposób, że w końcu wymiar poprzeczny znacznie nad wymiarem podłużnym przeważa, a kształt słupka staje się podobnym do odcinka kuli.

Na tę formę słupka należy zwrócić szczególniejszą uwagę; w pewnej (późniejszej) fazie rozwoju omawianego gatunku pleśni, gdy główki już okwitły, przy badaniu drobnowidzowem możemy nie znaleźć nic więcej, prócz oderwanych owoconośni, z taką mianowicie formą słupka, przypominającą otwartą parasolkę.

Opisane powyżej zmiany w formie słupka pozostają zapewne w pewnym związku ze sprawą pęknięcia błonki zewnętrznej i uwalniania z niej dojrzałych już zarodników.

Jak to z powyższego opisu łatwo wywnioskować, mieliśmy do czynienia z gatunkiem pleśni zwanej pleśniakiem—mucor, morfologicznie zbliżonej do pleśniaka korzeniówkowego—mucor rhizopodiformis, różniącego się jednak od tego ostatniego barwą dojrzałych hodowli, formą zarodników, zarówno jak i niższym stopniem temperatury, koniecznym do rozwoju grzyba.

Dla uzupełnienia wyżej wymienionych cech, pozostawało określić tylko, czy badany przez nas pleśniak winien być zaliczony do rzędu pleśni chorobotwórczych, czy też nieszkodliwych? Pytanie to, rzecz prosta, mogło być tylko rozstrzygnięte na drodze doświadczalnej. Zwierzęciem najbardziej nadającym się do podobnego rodzaju prób, jak to wykazały między innymi prace Lichtheim'a, Huekel'a, jest królik. Z tego to względu i nasze doświadczenie wykonaliśmy na króliku, któremu wprowadziliśmy do żyły sztywnej prawej 3 cen. sześć. wyjałowionej wody destylowanej, zawierającej zarodniki danego grzyba, w przybliżeniu w stosunku 5,000,000 na 1 cent. sześć. Wynik doświadczenia był ujemny. Królik zdrow pozostał i żyje do dziś dnia. Do rzędu cech, odróżniających nasz grzyb od pleśniaka korzeniówkowego, zyskaliśmy nową—nieszkodliwość (*niechorobotwórczość*) jego dla organizmu królika.

Zestawiając zatem cechy morfologiczne i fizjologiczne naszego grzyba z takimiż opisanymi w literaturze, dochodzimy do przekonania, że mamy do czynienia z nową od-

mianą pleśniaka niechorobotwórczego, dotąd nie opisaną, którą, ze względu na barwę dojrzałych hodowli, proponujemy nazwać *pleśniakiem czarnym* — *mucor niger*.

Podany wyżej wynik badania bakteriologicznego wykazuje udział pasorzytów w powstaniu czarnego zabarwienia języka w naszym przypadku, jako niewątpliwy. Jak wspomnieliśmy w przeglądzie literatury przedmiotu, wynik ten nie zgadza się ze zdaniem większości autorów, chociaż z drugiej strony nie można go uważać za niespodziewany wobec przypuszczeń i poszukiwań (wprawdzie z ujemnym rezultatem), w tym kierunku przez niektórych badaczy czynionych. Wobec tego przychodzimy do wniosku, któryśmy już zaznaczyli na początku, że istnieją „czarne języki“ różnego pochodzenia, mianowicie formy przewlekłe, rozwijające się na podstawie zmian odżywczych w nabłonku języka (przerost z następczem zwyrodnieniem, warunkującym zabarwienie), oraz postaci ostre, w których czarne zabarwienie zależy od obecności czarnej pleśni, bez dostrzegalnych dla gołego oka zmian w nabłonku.

Mając na względzie powyższy charakter sprawy w naszym przypadku dla odróżnienia go i jemu podobnych od pierwszej kategorii (*hyperkeratosis linguae*, *melanotrichie*) proponujemy dlań nazwę *grzybnicy pleśniakowej czarnej języka* — *mycosis linguae mucorina nigra seu nigrities mucorina linguae*.

Wprawdzie uogólnienie to robimy na podstawie jednego tylko przypadku, ale upoważnia nas do tego niewątpliwy dodatni wynik badania. Być może, że przypadek opisany przez R. Lake, w którym autor znajdował okrągławe zarodniki, zaliczyć należy do tej samej kategorii, brak jednakże przeprowadzenia hodowli nie pozwala orzec nic stanowczego w tym względzie.

Wobec znanych uporczywych i ciężkich przypadków różnych grzybnicy pleśniakowych w ustroju ludzkim (*pharyngo*,- *broncho*,- *pneumo*,- *otomycosis*) nasuwa się pytanie, od czego zależy łagodny i szybki przebieg czarnej grzybnicy językowej, jak to widać z naszego przypadku? Po części tłumaczy to nam umiejscowienie się sprawy na organie tak łatwym do oczyszczania, jak język. Dalej, te właściwości rozwoju grzybka, dzięki którym rosnąć on może tylko przy ciepłocie niższej od temperatury ciała, a zatem w częściach których ciepłota czasowo niższą jest od nor-

malnej, jak to w naszym przypadku miało miejsce u mocno osłabionej rekonwalescentki, oddychającej ciągle otwartymi ustami. Być może, że sam powrót do zdrowia, sprowadzający żywsze krążenie, a ztąd i normalne stosunki ciepłoty, oraz oddychanie z zamkniętymi ustami—wytworzyłyby warunki wiodące do zagłady grzyba.

Z powyższych też zapewne względów omawiana pleśń nie jest niebezpieczną dla głębiej położonych narządów, oraz warstw tkanek, nie łatwo ulegających obniżeniu ciepłoty.

LITERATURA.

1) J. A. Masters: Black Tongue British Med. Jour. 1891 p. 1043. 2) J. Anderson Smith: Black Tongue Brit. Med. Jour. 1891. 3) R. Lake: Black Tongue Brit. Med. Jour. 1891 p. 946. 4) Balfour-Graham: Black Tongue Brit. Med. Jour. 1887. Jan. 5) J. R. Stocker: Black Tongue Brit. Med. Jour. 1886 Octob. 6) Surmont: La langue noire Gaz. des hopit. 7) Wollerand: Sur la langue noire papillaire — Virchow's et Hirsch's Jahresbericht XXV. 8) Schech Ph: Die schwarze Zunge. Münchener Med. Woch. r. 1887. H. u. V. Jahresber. XX. 9) M. Dinkler: Ein Beitrag zur Pathologie der sog. schwarzen Haarzunge und eine ihr verwandten Form der Zungenschleimhaut Erkrankungen Virchow's Archiv. 118. 10) Prof. L. Rydygier: Beitrag zu selteneren Erkrankungen der Zunge: Archiv. f. kl. Chirurgie. T. 42. 11) H. T. Butlin: Krankheiten der Zunge tłumaczenie niemieckie 1887. 12) Roth: Über haarförmige Bildungen an der Zunge. Wien. Med. Presse 1887. 26, 27.

O b j a ś n i e n i e r y s u n k ó w.

1. Kępka pleśniaka czarnego, wyhodowana na chlebie z żelatyną, z dojrzałymi główkami, zawierającymi zarodniki;

a) korzonki, zagłębiające się w podłoże;

b) owoconośnie;

c) dojrzałe główki z zarodnikami czarnymi, pokrywającymi prawie w zupełności słupki.

Rysunek robiony z hodowli żywej w próbówce.

2. Kępka tegoż pleśniaka z okwitłymi główkami; zarodniki opadły, słupki przyjęły formę grzyba lub utworzonego parasola;

a) i b) jak wyżej;

c) słupki;

Preparat pochodzi ze starej hodowli na kartoflu, zachowany w glicerynie z amonijakiem.

3) Kawałek owoconośni ze słupkiem z hodowli młodej.

4) Słupek z hodowli przejrzałej.

5) Dojrzała główka z czarnymi zarodnikami.

Przyczynek do kwestyi zbiorowego zatrucia tlenkiem węgla.

PODAŁ

Dr. Józef Zawadzki.

Ordynator klin. uniw.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. warsz. d. 17 Maja 1892 r.).

Napozór zdawałoby się, iż kwestyja zatrucia tlenkiem węgla w zupełności zbadaną została; zarówno rozpoznanie, jak i leczenie, jak wreszcie i objaśnienie mechanizmu zatrucia, dzięki pracom ostatnich dwóch dziesiątków lat, niemal wyczerpująco zostały opracowane. Toż samo powiedzieć można o kazuistyce sądowo-lekarskiej, szczególnie u nas, gdzie tego rodzaju śmierć wypadkowa w ciągu każdego zimy jest nader częstym zjawiskiem.

Każdy z łaskawych czytelników w praktyce swej niejednokrotnie miał do czynienia z zatruciem tlenkiem węgla, uważam więc za nieodpowiednie rozbieranie na tem miejscu obfitego piśmiennictwa, dotyczącego omawianego przedmiotu, a tem mniej podawanie symptomatologii i terapii zatrucia.

O ile jednak zatrucie pojedynczych osób prawie nigdy nie nastęrcza wątpliwości, o tyle kwestyja zatruc zbiorowych kilku osób na raz za rozstrzygniętą w wielu razach nie może być uważaną.

Jeżeli pod tym względem zechcemy uważnie przejrzeć odnośne piśmiennictwo, zauważymy wiele sprzeczności.

Weźmy choćby kwestyję odporności bezwzględnej na działanie tlenku węgla. Poważny bardzo toksykolog Seidel stanowczo wyklucza możliwość istnienia ustroju, na który tlenek węgla nie wywierałby wpływu, między innymi z całą stanowczością w swej toksykologii twierdzi, iż nie rozumie jak można mówić o odporności pojedynczych osobników na działanie tlenku węgla. Zebrane dotąd fakty niczem nie usprawiedliwiają tego twierdzenia, które w sprawach o morderstwo mogłoby być nader niebezpiecznym, a dla morderców nader wygodnym. „(Wie man schlechtweg von einer Immunität einzelner Individuen gegen Kohlenoxyd reden kan ist uns unverständlich. Das vorliegende Material berechtigt nicht im Mindesten zu dieser Annahme, deren Statuirung bei der Frage nach Mord recht gefährlich d-h für den Mörder bequem werden könnte“). I rzeczywi-

ście w dowodach jego przeciwników nigdy nie znajdujemy pewnych wskazówek, aby tlenek węgla nie wywarł choćby przelotnych objawów zatrucia u kogokolwiek bądź. To też wobec poważnych wątpliwości w tym względzie ostrożność, którą Seidel tak wymownie zaleca, zawsze winna być brana pod uwagę.

Jeżeli jednak absolutną odporność odrzucić musimy, natomiast wiele faktów przemawia za istnieniem indywidualnej wrażliwości: jedni łatwiej, inni trudniej podlegają zatruciu, koniec końców jednak nawet najmniej wrażliwi uleść muszą działaniu tego trującego gazu, dla tego też i tu chętniej pisałbym się na zdanie Seidel'a, iż indywidualność wtedy tylko może być brana pod uwagę, skoro inne czynniki zewnętrzne dadzą się wykluczyć; mniej więcej tak samo wypowiada się Hoffman, choć Liman i prof. Feigel radziby większy nacisk na znaczenie wrażliwości indywidualnej położyć.

Jak widzimy z powyższego, na punkt tak zasadniczy, jak istnienie odporności i znaczenie wrażliwości osobniczej, zgody między autorami nie ma, i w innych punktach również niejednokrotnie spotykamy rażąco sprzeczne poglądy.

Niejednokrotnie w jednym pomieszczeniu kilka osób ulega zatruciu i również często rodzi się kwestyja, kto z znajdujących się w pomieszczeniu wcześniej uległ działaniu, jakie ku temu były powody i t. p. Otóż przy ocenie tych pytań zwracać należy przedewszystkiem uwagę na fakty następujące: (pomijamy tu wrażliwość indywidualną, która wtedy mieć może znaczenie, kiedy inne czynniki wykluczyć zdołamy).

I. *Ilość tlenku węgla*, jaką oddzielne osobniki, znajdujące się razem, wdechają przez czas działania gazu. Co do tego punktu, wiadomo z doświadczeń nad zwierzętami i ludźmi, iż przy wdechaniu większej ilości gazu zatrucie następuje szybciej i odwrotnie, nigdy jednak nie jesteśmy w możności określić ilości gazu, jaką dany osobnik wprowadził do ustroju. Gdybyśmy nawet określili odsetkę tlenku węgla w powietrzu pomieszczenia i wtedy jeszcze trudnoby znaleźć odpowiedź na dane pytanie. Wszak ilość powietrza, wdechanego przez pojedyncze osobniki jest rozmaita, zależną od pojemności płuc, wieku, płci i t. p., wszak powietrze badamy już po fakcie zatrucia, a od tego czasu wie-

le zmian zajęć w niem mogło, dzięki naturalnej wentylacji, dyfuzji i t. p., wreszcie, co ważniejsza, nigdy nie wiemy, jaki skład posiadało powietrze przed wywiązywaniem się tlenku węgla.

Drugie pytanie, jakie nasuwa się przy tego rodzaju kwestyjach, dotyczy *czasu działania tlenku węgla*; samo się przez się rozumie, iż czas odgrywa tu rolę nie małą i długotrwałe działanie tlenku węgla musi spowodzić w ustroju większe zaburzenia, niż krótkotrwałe. Ma to swoje znaczenie w kwestyjach sądowo-lekarskich. Człowiek np., który obudził się raptem ze snu w początkowych okresach zatrucia może wstać z postania, dojść do drzwi, okna, przyległego pokoju i t. p.; naturalnie, czas działania trucizny będzie wtedy znacznie krótszy, a tem samem i siła zatrucia mniejszą.

Większy atoli nacisk położyć należy na *wpływ warunków miejscowych* w każdym pojedynczym przypadku. Jeżeli kiedy, to przedewszystkiem przy zatruciu tlenkiem węgla grają one rolę wybitną i lekarz, który na nie należytej nie zwróci uwagi, dojść może niejednokrotnie do najfałszywszych wniosków. Powoływanie się na odporność ustroju, być może, niejednokrotnie miało za przyczynę lekceważenie owych warunków, rzadko się bowiem spotyka dokładne opisy pomieszczenia, gdzie zatrucie miało miejsce.

W każdym pomieszczeniu przekonać się możemy, iż tlenek węgla rozprzestrzenia się nierównomiernie, prawa dyfuzji, jak słusznie zaznacza Seidel, nie mogą mieć tego znaczenia, jakie im zwykle przypisujemy. Doświadczenia nad dyfuzją gazów dokonywane były w warunkach idealnych przy wykluczeniu innych czynników: w przestrzeniach zamkniętych, zabezpieczonych od prądów powietrza, czego, naturalnie, w izbach naszych nie mamy i mieć nie możemy. Dla tego też z wielką ostrożnością należy brać pod uwagę badania Taylora, Orfilli, Leblanca i in., którzy twierdzą, iż po wygaśnięciu ogniska gaz równomiernie rozprzestrzenia się w pomieszczeniu. Gdyby tak było, czemby objaśnić notorycznie znane fakty, iż osoby, śpiące bliżej źródła wytwarzania się tlenku węgla ulegają cięższemu zatruciu, niż śpiące przy oknie, drzwiach i t. p., jak to miało miejsce w przypadku Limana, gdzie osoby śpiące przy piecu śmierć skutkiem zatrucia poniosły, podczas, gdy śpiące przy oknie ocalały. Toż samo podaje prof. Feigel, mianowicie, w jego

sposprzeżeniu najwięcej ofiar padło z tych, którzy spali przy ścianie, przez którą gaz świetlny przenikał.

Bliskość drzwi, okien wpływa na zatrutych dodatnio z tego względu, iż mają do rozporządzenia znacznie większy dopływ świeżego powietrza, niż śpiący dalej.

Niezależnie od tego zwracać należy uwagę na wysokość, na jakiej śpią zatruci, choć tym względem wielu nowszych autorów nie przypisuje zbyt wielkiej wagi. A chociaż są znane przypadki zatrucia tlenkiem węgla na wolnym powietrzu (Orfila, Hoffman, Jakobs i inni), a równocześnie istnieją fakty, iż śmiertelne nieraz zatrucie występowało przy zbitych szybach, źle opatrzonych drzwiach i oknach, słowem wtedy, gdy nic, zda się, nie utrudniało dostępu świeżego z zewnątrz powietrza, sądzę jednak, że i wentylacyi, jak również kierunkowi najżywszego prądu powietrza przypisać należy rolę wybitną w niektórych przypadkach.

Przekonywają mnie o tem dwa przypadki, spostrzegane przezemnie, które poniżej podaję.

23 Grudnia r. z. o godz. 8-ej rano zostałem wezwany do chorej G. (żony stróża z sąsiedniego domu) z powodu jakoby nagłego a silnego jej zasłabnięcia. W pokoju na dole w oficynie podłużnej znalazłem chorą bez ruchu na łóżku. Tętno napięte, mocne, 100 na minutę, oddech utrudniony, powierzchowny, 80 na minutę. Zabarwienie skóry prawidłowe, odżywianie dobre, uczucie bólu i dotyku znacznie osłabione, po obu stronach ciała uczucie ciepła zachowane, odruchy ścięgniste zniesione, bezwład ogólny, odruch źrenicowy na światło zniesiony, źrenice nieznacznie, lecz równomiernie rozszerzone. Działalność serca wzmożona, tony czyste, wymiary prawidłowe. W płucach zmian żadnych. Brzuch nieco wzdęty. Szczękościsk, dający się jednak choć z trudnością przezyciężyć. Chora nieprzytomna, na pytania nie odpowiada.

W pokoju dał się czuć swąd nieznaczny. Od męża dowiedziałem się, iż poprzedniego dnia chora o północy, czując się zupełnie dobrze, udała się na spoczynek wraz z 7-mio-letnim synem; mąż spał gdzieindziej. Około godz. 7 ej zrana, zdziwiony późnem jej wstawaniem, udał się do pokoju, mimo jednak silnego stukania nie mógł jej ani dziecka obudzić, otworzył tedy drzwi z pomocą ślusarza. Dziecko obudziło się natychmiast, skarżyło się tylko na ból i ciężar w głowie, kilkakrotnie wymiotowało i po wypro-

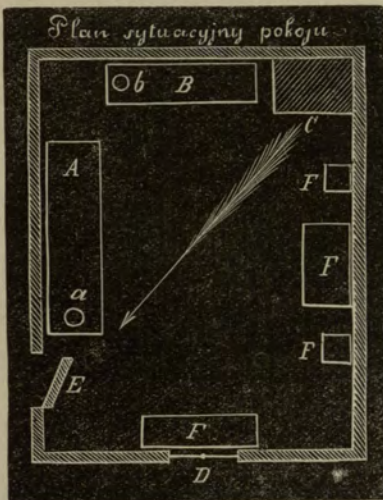
wadzeniu na świeże powietrze tak dalece przyszło do siebie, że w godzinę potem, prócz nieco opieszałego odruchu żrenicowego nic nieprawidłowego u niego nie znalazłem. W wymiocinach zarówno dziecka jak i matki (u tej ostatniej wystąpiły później), prócz żółci nic nie wykryłem.

Najprawdopodobniwszem zdawało mi się, iż mam do czynienia z zatruciem tlenkiem węgla, upewniło mnie w tem przekonaniu badanie krwi sposobem Hoppe-Seylera z próbą sodową. W tym celu do odwłóknionych naprędce 5 cm. sz. krwi, otrzymanych przez przystawienie za uszami pija-wek dodałem równą objętość stężonego roztworu wodanu sodu i po kilkuminutowem wstrząsaniu próbówki na dnie otrzymałem wyraźny osad czerwony, podczas, gdy, jak wiadomo krew zwykła w tych warunkach staje się brunatną i galaretowatą.

Po zastosowaniu zwykłych w tym razie środków chora w ciągu dnia zupełnie przysła do przytomności, a po kilku dniach bez żadnych powikłań wyzdrowiała.

W danym razie uderzył mnie odrazu fakt, czemu w tych samych warunkach śpiące dziecko uległo zatruciu w tak słabym stopniu, podczas, gdy matka dość ciężkiemu uległa zatruciu.

Rozglądając się po pomieszczeniu, znalazłem wyjaśnienie niebawem.



- A. łóżko matki, *a* położenie głowy matki.
- B. łóżko dziecka, *b* położenie głowy dziecka.
- C. Piec z paleniskiem, zwróconem ku pokojowi.
- D. Okno, wychodzące na podwórze.
- E. Drzwi, wychodzące do sieni.
- F. Meble.

Była to izba dość obszerna, położona na dole oficyny podłużnej, oświetlona oknem, wychodzącem na podwórze.

Długość jej wynosiła 9 stóp, szerokość 8. W pokoju sprzętów było niewiele. Tuż przy drzwiach stało łóżko matki, zwrócone częścią główną do drzwi, pod kątem prostym doń tej samej wysokości łóżko dziecka, które głowę zwrócone miało do ściany przeciwległej do pieca. W kącie stał piec bez hermetycznego zamknięcia. Obok z krzesła, stół, pod oknem komoda. Okno opatrzone było szczelnie, drzwi nie szczelnie przylegały do ram i wychodziły do sieni, nieopodal drzwi wchodowych, Nawet po otworzeniu drzwi ciepłota w pokoju była 13° R., niewątpliwie przed tem była znacznie wyższą. Ciepłota zewnętrzna była wtedy 0° (gołeńdź).

Przy uważnem rozpatrzeniu się w powyższym planie sytuacyjnym, rozwiązanie pytania, czemu dziecko uległo znacznie słabszym, niż matka objawom zatrucia, nasunęło się samo przez się. Piec był źródłem nie tylko wytwarzania tlenu węgla, ale i ciepła, drzwi natomiast i okna najzimniejszą były częścią mieszkania. Wiadomo, iż wentylacja naturalna odbywa się w kierunku od najbardziej ogrzanej części pokoju ku najbardziej oziębionej, ztąd też prąd powietrza w danym razie szedł od pieca ku drzwiom i oknu, ku drzwiom prawdopodobnie silniejszy, gdyż mniej szczelnie były opatrzone. Zważywszy na różnicę ciepłoty zewnętrznej i wewnętrznej, należy przypuścić, iż prąd ten był dość silny i szybki.

Prąd więc ogrzanego i zmieszanego z tlenkiem węgla powietrza szedł głównie w kierunku oznaczonym strzałką, a właśnie na drodze swej spotykał głowę chorej P., matki, która tym sposobem była ciągle prawie w atmosferze najbardziej nasyconej tlenkiem węgla. Tymczasem dziecko prąd minął prawie zupełnie i tylko nieznaczna ilość przez dyffuzję zmieszanego z powietrzem gazu mogła się dostać do jego ustroju, prawdopodobnie też u niego zatrucie wystąpiło znacznie później, niż u matki.

Ponieważ prąd świeżego powietrza napływał ode drzwi, a więc i matka względnie do czasu, przez jaki pozostawała w pokoju, stosunkowo słabemu uległa zatruciu.

Powyższe objaśnienie zdaje się najprawdopodobniejszym. Widzieliśmy z powyższego, jak małą rolę przypisywać należy indywidualnej odporności, i w danym przypadku nie grała ona żadnej roli, inaczej bowiem dziecko musiałoby uleść silniejszemu zatruciu, gdyż, jak wiadomo,

dzieci wogóle wskutek szybszych oddechów i małej objętości krwi łatwiej ulegają zatruciu, niż starsi, wysokość łóżek była jednakowa i to więc nie wpływało na korzyść dziecka, a tem mniej jeszcze bliskość pieca, co, jak wiadomo, zawsze sprowadza silniejsze zatrucie, pod tym względem matka, śpiąca blisko źle opatrzonych drzwi, zdawało się być w lepszym położeniu. Widzimy zatem, iż jedynie możliwym objaśnieniem faktu może być podane powyżej, mianowicie kierunek prądu powietrza przy wentylacji naturalnej.

Drugi zupełnie analogiczny przypadek obserwowałem w Marcu 1890 r.

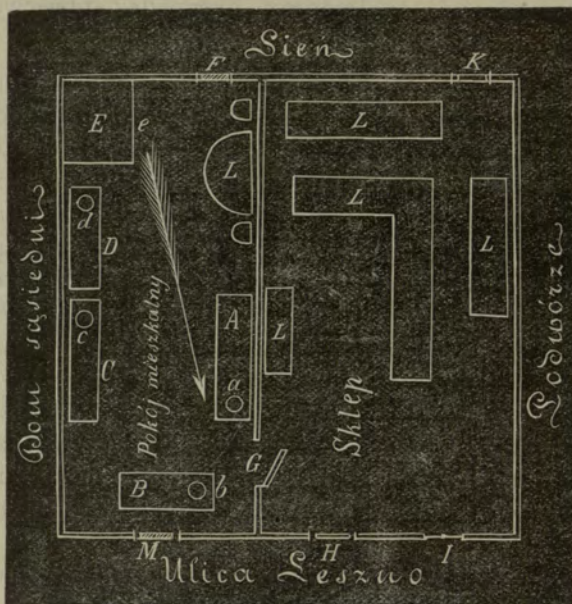
W nocy około 1 $\frac{1}{2}$ stróż nocny, przechodząc obok sklepiku w domu, gdzie mieszkałem, usłyszał jakieś nieokreślone chrapanie i jęki. Zaniepokojony, podejrzewając jakąś zbrodnię, z pomocą miejscowego stróża odbił drzwi i zastał w pokoju, przylegającym do sklepu całą rodzinę właściciela nieprzytomną i, jak można było sądzić z czadu, zagorzałą. Z względu na łatwość udało mu się otrzeźwić syna i ojca, córka i matka leżały jak martwe. Zostałem natychmiast wezwany i zaledwo po długotrwałem stosowaniu sztucznego oddechania udało mi się zatrute otrzeźwić. U obu zatrutych tętno było mocno napięte, źrenice nie oddziaływały na światło, czucie skórne zniesione, bezwład zupełny, oddech u córki (18 lat) słaby, utrudniony, u matki nader powierzchowny od czasu do czasu o typie Cheyne-Stockes'a. Córka przyszła do przytomności po upływie 4—5 godzin, a już po 2 godzinach pewność uratowania była prawie zupełna. Matka zupełnie przed tem zdrowa, 50-letnia kobieta, zaledwo po 2-godzinnem stosowaniu sztucznego oddechania zaczęła sama oddychać prawidłowo, a przypłaciła zatrucie kilkotygodniowemi nader ciężkiemi objawami następczemi: bóle głowy, parestezyje w kończynach, niedowład kończyn dolnych i t. p.

Od syna i ojca, którzy, prócz wymiotów i zawrotów głowy innych objawów w czasie, kiedy przyszedłem, nie mieli, dowiedziałem się, iż cała rodzina udała się na spoczynek około 11 $\frac{1}{2}$ w nocy, napaliwszy uprzednio w piecu, przeznaczonym do drzewa, węglami. Na razie żadnego śwędu nie czuli, syn obudził się pierwszy na stukanie stróża, ale dalej, niż do progu pokoju dojść nie mógł i upadł,

otrzeźwiał, kiedy owionęło go świeże powietrze, ojciec za-
ledwo po wyniesieniu na ulicę przyszedł do przytomności.

I wtedy już uderzyło mnie, że przy jednakowych na-
pozór warunkach, syn i ojciec ulegli nader nieznacznemu
zatruciu, córka i matka silniejszemu, fakt tłómaczyłem so-
bie na razie mniejszą odpornością kobiet na działanie tlen-
ku węgla, zdjąłem jednak plan sytuacyjny pomieszczenia
i, rozważając dany przypadek, dojść musiałem do zupełnie
innego wniosku.

Oto rozmieszczenie zatrutych.



- A. Łóżko matki, *a* położenie głowy matki.
- B. Sofa, na której spała córka, *b* głowa córki.
- C. Łóżko ojca i *c* głowa ojca.
- D. Tapczan syna i *d* położenie jego głowy.
- E. Piec, *e* drzwiczki pieca.
- F. K. Drzwi prowadzące do sieni, drzwi F
zupełnie zabite.
- G. Drzwi prowadzące do sklepu.
- H. Drzwi prowadzące na ulicę ze sklepu.
- I. Okno frontowe.
- L. Meble: stoły, szafy sklepowe etc.
- M. Drzwi frontowe zabite zupełnie.

Ze sklepu wchodziło się wprost niedaleko drzwi wcho-
dowych z boku do pokoju, przerobionego z sąsiedniego skle-
pu, pozbawionego zupełnie okna, a dwoje drzwi, które

z sieni i od ulicy prowadziły do tej izdebki były zabite mocno deskami i słomą dla ciepła. Pod temi drzwiami spała córka 18-letnia panna, przy sąsiedniej ścianie spał ojciec i syn, oraz stał piec z kuchenką, niedaleko pieca drzwi, starrannie zabite. Przy ścianie, przylegającej do sklepu obok drzwi spała matka. Pokój miał około 9 stóp długości i 6 szerokości. Prócz łóżek było nieco mebli (stół, krzesła).

I w tym więc razie mamy zatrucie silne osób śpiących przy drzwiach a słabe śpiących przy piecu. Jeżeli zwrócimy uwagę, że drzwi F i M były szczelnie zabite, natomiast drzwi G otwarte i prowadziły wprost do znacznie obszerniejszego sklepu i tu również przypuścić musimy, iż najżywszy prąd wentylacyjny powietrza szedł od pieca ku drzwiom G, w kierunku, oznaczonym strzałką i tu więc tak samo matka i córka były w atmosferze najbardziej nasyczonej tlenkiem węgla, natomiast syn i ojciec po za prądem wentylacyjnym, oddechali czystsze powietrze, z domieszką tlenku węgla tylko taką, jaka dojsć do nich mogła przez dyfuzję.

Z powyższych dwóch przypadków wynika:

1) W każdym pojedynczym przypadku zatrucia zbiorowego tlenkiem węgla, winniśmy zwracać baczną uwagę na rozmieszczenie osób i plan pomieszczenia.

2) Obok czasu przebywania w przestrzeni, napełnionej tlenkiem węgla, bliskości otworów zewnętrznych i t. p., zwracać winniśmy uwagę na prąd najżywszej wentylacji naturalnej.

3) Pod żadnym pozorem w ekspertyzach sądowych lekarz sądowy bez planu sytuacyjnego nie powinien orzekać, iż zawsze osoby śpiące bliżej źródła wytwarzania tlenku węgla ulegają silniejszemu zatruciu, niż osoby śpiące obok drzwi i okien, ale w każdym pojedynczym przypadku winien dokładnie zbadać warunki pomieszczenia.

4) Zgodnie z twierdzeniem Seidel'a indywidualna wrażliwość, prawdopodobnie, stosunkowo małą odgrywa rolę.

LITERATURA.

Seidel. w Handbuch der Gerichtlichen Medicin. *Maschk'i*, t. II, 1882 r., rozdział *Vergiftungen mit Arsen, Blei etc.*, str. 339—363. *Handbuch der Intoxicationen*, Boehm, Naunyn i Bock w Handbuch d. Spec. Path. u. Ther. Ziemsena, 1880, str. 158—172, *Hofmann*. Lehrbuch der Gericht. Med., str. 671.

Liman. Handbuch d. gericklich. Med., II, str. 587. *Dr. Longin Feigel. Otrucie gazem tlenku węgla*, Lwów, 1878. *Blumenstock. Uwagi sądowo-lekarskie o zaszczadzeniu*, Kraków, 1872. *M. Orfilla. Traité de Toxicologie*, II, Paryż, 1852 r.

K A Z U I S T Y K A.

Wpływ obustronnego zapalenia tryprowego przyjądrzy na płodność mężczyzn.

NAPISANÉ

Wł. Kopytowski.

Kwestyja płodności mężczyzn po przebytem dwustronnem zapaleniu przyjądrzy wskutek trypra wielokrotnie była poruszana w literaturze. Niektórzy autorowie jak Kollet, Terillon, Godard, Gosselin, Liégeois, Sängér przypisywali prawie zawsze chorym, dotkniętym tem cierpieniem, bezpowrotną utratę możności zapłodnienia, inni znowu jak Hardy, Alfr. Fournier, Lener, Jullien, Leopold Cospér utrzymują, że azoospermija jest tylko przemijającą, i że funkcyja rozrodcza po pewnym przeciągu czasu nazad powraca.

Na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego paryzkiego temat ten na nowo został poruszony w dniu 23 Kwietnia tegoż roku przez Baltzer'a i Souplet'a; wyżej wspomnieni autorowie przedstawili 46 badań nasienia mężczyzn, po dwustronnem zapaleniu przyjądrzy i doszli do przekonania, że w świeżych przypadkach, po obustronnem zapaleniu przyjądrzy, w nasieniu brak zupełny nitek nasiennych; po pewnym jednak czasie można zauważyć ich powrót. Jeden jednak z cytowanych autorów przytoczył ze swej prywatnej praktyki dwóch chorych, u których wielokrotne badanie nasienia po upływie 4 względnie 6 lat od czasu zapalenia przyjądrzy zawsze wykazywało brak spermatoidów.

Przed trzema miesiącami miałem możność obserwować przypadek następujący: Zgłosił się do mnie po poradę człowiek około 32 lat mieć mogący, żonaty od lat sześciu, skarżąc się na osłabienie płciowe, które wystąpiło już od jakich lat dwóch i wyrażało się słabem napięciem członka podczas spółkowania i przedwczesnem wytryskiem nasienia. Chory dzieci nigdy nie miał, pomimo tego, że stosunki płciowe w pierwszych latach małżeństwa były prawidłowe; żona nigdy nie roniła, a badana kilkakrotnie przez akuszerów uznana została za zupełnie zdrową. Przy tem chory nadmienił, że w młodocianym wieku przez długi czas oddawał się onanizmowi, a gdy zaczął mieć stosunki płciowe, nabawił się wkrótce trypra z komplikacją obustronnego zapalenia przyjądrzy. Poważniejszych chorób nie przechodził nigdy.

Chory dobrze odżywiany, z prostego stanu, dość inteligentny, izraelita, przy ogólnem badaniu, oprócz słabo wyrażonej neurastenii nie przedstawia żadnych zбочeń chorobowych. Części płciowe normalnej wielkości, dość wiotkie, chłodne. W obu jądrach, prawidłowej

wielkości, wyczuć można znaczne zgrubienie przyjądrzy — do grubości ołówka, bolesne przy silniejszym ucisku. Gruczoł krokowy normalnej wielkości, bezbolesny przy ucisku. Kanał moczowy zwykłej pojemności, nadezwały w części krokowej. Po przemyciu przedniej części uretry wodą przekroploną, która okazała się zupełnie czystą, pierwsza porcja moczu zawiera znaczną ilość śluzu i nitek, druga część moczu zupełnie prawidłowa.

Rozpoznanie: Neurasthenia, Impotentia nervosa irritativa; urethritis posterior chronica, scleroepididymitis bilateralis.

Chory był pod moją obserwacją w ciągu dziesięciu tygodni. Oprócz ogólnego leczenia hydropatyją, żelazem i bromkiem potasu przeprowadzoną została jednocześnie miejscowa kuracja zglębnikami, przemywaniami i wkraplaniami do części krokowej cewki. Na zgrubiałe przyjądrza stosowany był masaż maścią ichtyolową i polecone kompresy rozgrzewające. Zaleconą była zupełna powściągliwość płciowa.

Po dwu miesięcznym leczeniu nastąpiła znaczna poprawa — moczą się oczyścił, erekcyjne zaczęły występować silniej, a chory domagał się pozwolenia stosunków płciowych. W tym czasie miał przepisany kwas fosforny z nieznaczną domieszką strychniny (Acid. hypophosphorici medicinal. 15,0, Strychnini nitrici 0,03—2 razy dziennie rano i po obiedzie po 15 kropli w kieliszku ocukrzonyj wody).

Pierwsze stosunki płciowe poszły nadspodziewanie dobrze, a korzystając z tego, prosiłem chorego o dostarczenie mi swego nasienia dla zbadania. Nasienie to miałem możność zbadać w niespełna 7 godzin po ejakulacji; płyn w ilości około półtora centymetra sześciennego przedstawiał się pod postacią w części ściętego lekko białka kurzego, właściwego zapachu kwiatu kasztanu, rozartego między palcami (podobny zapach zauważyć się daje, jeżeli roztworem lapisu pozwalamy sobie palce); pod drobnowidzem, oprócz nielicznych komórek nabłonkowych, wielkiej ilości kryształów pod postacią igiełek, rozetek i t. d. (kryształy Rötcher'a fosforany), *w płynie tym pomimo troskliwego badania kilkunastu preparatów nitek nasiennych odkryć nie było można. Tak więc do wyżej podanego rozpoznania dodać należy Azospermia e epididymite bilateralis.*

Od przebycia zapalenia przyjądrzy upłynęło od 8—10 lat—czy więc możemy brak nitek nasiennych uważać za zmianę czasową? wątpię o tem bardzo. Chory więcej się do mnie nie zgłosił, nie mogłem więc po raz wtóry dokonać badania nasienia.

W dniu napisania tej notatki, zasięgał mej porady człowiek młody, żonaty od lat kilku, dzietny, z powodu owróżdzenia na napletku. Przy zbadaniu części płciowych znalazłem znaczne zgrubienia obu przyjądrzy. Chory mi zakomunikował, że będąc kawalerem i służąc w wojsku nabawił się trypra z obustronnem zapaleniem przyjądrzy; zapalenie w lewym przyjądrzu było z 3-ma nawrotami. W rok niespełna po przebyciu tryprze ożenił się—a w dziesięć miesięcy po ślubie przyszło na świat pierwsze dziecko.

Dwa te przypadki z zupełni różnorodnem zejściem najlepiej nam wskazują, że rokowanie przy obustronnem zapaleniu przyjądrzy quoad potentiam foecundandi, powinno być ogólnem, choć w większości przypadków jest pomyślnem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby nerwowe.

242. F. RAYMOND. Etyjologija wiaǳu rdzenia. (*Etiologie du tabes dorsal. Progrès Médic. nr. 24, 1892.*)

Co do przyczyn wiaǳu rdzenia dziś jeszcze istnieją tylko przypuszczenia.

Wpływy usposabiające:

Wiek dojrzały między 30 a 45 rokiem życia. Wyjątkowo u dzieci i po 50-m roku życia.

Płeć: Przeważnie chorują mężczyźni, znacznie rzadziej kobiety i to szczególnie klas niższych.

Dziedziczność: Dla wiaǳu rdzenia nie wykrywa się dziedziczności homologicznej (na 275 przypadków Erb'a 2 razy). Lecz podług zapatrywan Charcota, jest on skutkiem dziedzicznej skazy neuropatycznej przodków, u których wykrywa się inne choroby ośrodków nerwowych. Raymond zaznacza jako przyczynę usposabiającą niedorozwój wrodzony rdzenia u tabetyków.

Przyczyny przypadkowe: Tu należą: *wpływ zimna i wilgoci, zmęczenie fizyczne, nadużycia płciowe, oraz przymiot.* Hypoteza wpływu przyczynowego zmęczenia fizycznego w połączeniu z działaniem zimna i wilgoci wielu ma zwolenników w Niemczech z powodu, że po wojnach 1866 i 1870 — 71 r. spostrzegano wiele przypadków wiaǳu w armii.

Co do nadużycie płciowych, trzeba wykluczyć naprzód nadużycia jako następstwo podrażnień płciowych w początkowych okresach wiaǳu; potem przypisuje autor szczególniej szkodliwy wpływ spółkowania w pozycji stojącej. Uraz ma podrzędne znaczenie.

Największą uwagę, jako przyczyna wiaǳu rdzenia, zwraca na siebie w ostatniem dziesięcioleciu.

Przymiot: Pod tym względem panują 3 opinie:

1) Wiaǳ rdzenia ma być trzeciorzędnym objawem przymiotu (Fournier, Erb).

2) Przymiot przygotowuje tylko grunt do rozwoju wiaǳu.

3) Przymiot z wiaǳem rdzenia nie ma żadnego przyczynowego związku.

Zwolennicy przymiotowego pochodzenia wiaǳu powołują się na statystyki, wykazujące procentowo istnienie przymiotu w anamnezie tabetyków. Cyfry jednak statystyczne same przez się kwestyi nie rozstrzygają, są bowiem bardzo różne u różnych autorów.

Fournier podaje np. 91 syfilityków na 100 tabetyków, Erb 89%, Quingquand nawet 100%. Tymczasem Remak notuje tylko 21%, Fischer 15%, Westphal 14%, a Meyer 7—11%. Fournier statystykę swoją oparł na 400 przypadkach wiaǳu. Erb na 369, z których 300 chorych z praktyki prywatnej, 50 ze szpitalnej, oraz 19 tabetycznych kobiet.

Na 300 chorych prywatnych:

a) Miało przymiot uprzednio 267=89⁰/₀; z tych wrzód pierwotny 77=25,7⁰/₀; wtórne objawy przymiotu 190=63,3⁰/₀.

b) Nie miało przymiotu 33 chorych=11⁰/₀ (z tych blenorrh. 24).

Na 50 chorych szpitalnych:

a) Miało uprzednio przymiot 38=76⁰/₀; z tych wrzód pierwotny 12 ch.=24⁰/₀; objawy wtórne 26=52⁰/₀.

b) Nie miało przymiotu 12 ch.=24⁰/₀.

Na 19 kobiet tabetycznych:

a) Miało niewątpliwy przymiot 9=47,4⁰/₀.

b) Miało przypuszczalnie przymiot 8=42,1⁰/₀.

c) Nie miało przymiotu 2 ch.=10,5⁰/₀.

Spostrzeżenie na kobietach mają wyjątkowe dla teorii znaczenie, z powodu, że wiad rdzenia u kobiet jest rzadki. Otóż Minor z Moskwy z 8 kobiet tabetycznych u 7 wykrył przymiot. Chore były żydówki, w rasie zaś tej, mimo usposobienia do chorób nerwowych, wiad rdzenia trafia się rzadko, a również i przymiot. Strümpell zwraca też uwagę, że wiad rdzenia zdarza się przeważnie u kobiet z klas pracujących, które też częściej podlegają przymiotowemu zarażeniu. Tenże autor opublikował przypadek wiadu u 13 letniej dziewczynki, cierpiącej na przymiot dziedziczny, a Elliot Square w Lutym b. r. analogiczny przypadek u dziewczynki 9-cio letniej. Erb podaje 3 przykłady małżeństw, w których nastąpiło zarażenie żony przez męża, a po upływie pewnego czasu u obojga małżonków rozwinął się wiad rdzenia.

Toż samo widział Raymond.

Wreszcie na poparcie teorii, przytacza Erb przypadki wiadu w wieku niezwykłym. I tak: u mężczyzny 67 letniego rozwija się tabes, u tegoż zarażenie przymiotem w 59 roku. I odwrotnie tabes u 22 letniego chorego, zarażenie przymiotem w 19¹/₂ r. życia.

Statystyka porównawcza, mająca na celu wykrycie częstości przymiotu w anamnezie innego rodzaju chorych dokonana na 5,500 osobnikach, wykazała:

Chorych, którzy nie przechodzili przymiotu 77,5⁰/₀.

Chorych, którzy przechodzili przymiot 22,5⁰/₀ (z tych wrzód pierwotny 10,4⁰/₀, objawy wtórne 12,1⁰/₀).

Wypływa więc z porównania statystyk, jako wynik pewny, niestosunkowa częstość przymiotu w anamnezie chorych na wiad rdzenia.

Erb sporządził jeszcze statystykę porównawczą przymiotu oraz innych domniemanych przyczyn w anamnezie tabetyków. Okazuje się z niej:

Sam przymiot 77 ch = 27⁰/₀

Bez przymiotu:

Przymiot +

wpływy zim-

na i fatygi . 39 ch.=13,5⁰/₀

P. + wpływ

zimna . . 32 ch.=12⁰/₀

Wpływy zim-

na i fatygi . 2 ch.= 0,7⁰/₀

Wpływy zimna 4 ch.= 1,4⁰/₀

Samo usposo-

P. + usposobienie neuropatyczne	31 ch. = 11%	bienie neuropatyczne	2 ch. = 0,7%
P. + nadużycia płciow.	27 ch. = 9,6%	Same nadużycia płciowe	3 ch. = 1%
P. + przynajmniej 3 z wymienionych ch	11 ch. = 4%	3 lub więcej z wymien. przyczyn	4 ch. = 1,4%
P + uraz	5 ch. = 1,7%	Uraz	1 ch. = 0,3%
		Bez przyczyny wiadomej	15 ch. = 5,4%

Inne choroby infekcyjne nie zdają się mieć wpływu przyczynowego na rozwój władu.

W ostatecznym wniosku: Przymiot nie jest niezbędnym do rozwoju władu, dowodem tabetycy, którzy jako tacy zarażali się po raz pierwszy przymiotem, lecz jest dowiedzionem, że znakomita większość chorych na wład rdzenia rekrutuje się z takich, którzy podlegli zarażeniu przymiotem.

Rzeczniowski.

243. ERB. **Przymiot i wład rdzenia.** (*Syphilis und Tabes. Berl. Klin. Woch., nr. 23, 1892.*)

Jest to odpowiedź autora na krytykę przymiotowej teorii władu w odczycie Leydena.

Erb broni znaczenia statystyki w medycynie, zwłaszcza w kwestyjach, które ani na drodze doświadczenia, ani anatomii patologicznej rozstrzygnięte być nie mogą. Niezgodność cyfr statystycznych u różnych badaczy tłumaczy złem badaniem, lub na zbyt małej liczbie spostrzeżeń opartą. Toż samo zarzuciłby się dało i klinicznym spostrzeżeniom i doświadczalnym badaniom.

Jego własne dane statystyczne mają dlań już same przez się znaczenie dowodu przyczynowego związku, jeśli w 90% tabetyków poprzedza przymiot, o którym wiemy, że często w następstwach wywołuje cierpienia układu nerwowego, a gdy w innych chorobach u tejże ludności znajdujemy zaledwie około 20% syfilityków. Nie znamy wprawdzie sposobu, w jaki przymiot wywołac może wład, a z tem upada i zarzut nieskuteczności swoistego leczenia władu. Zanadto wiele na sekcyjnym stole pojawia się przypadków przymiotu mózgu i rdzenia, pomimo leczenia wcieraniami i jodkiem potasu, aby powoływać na dowód przeciw przymiotowemu pochodzeniu władu nieskuteczność swoistego leczenia. Można by co najwyżej zapytać, dla czego nie pomaga ono nic lub tak mało właśnie w tej chorobie. Patologiczna anatomija dziś jeszcze z pewnością rozstrzygnąć nie jest w stanie, jakie anatomiczne zmiany późniejsze są przymiotowego, a jakie nieprzymiotowego pochodzenia? Musi jej pomagać klinika. Powoływać się na świadectwo samej anatomii patologicznej dziś jest przedczesnem.

Autor wnosi, że:

1) Ponieważ jest niewątpliwem, że w ogromnej większości przypadków władu poprzedzało zarażenie przymiotowe i bez

porównania częściej, niż w innych chorobach u tejże ludności, to w logicznym następstwie wnioskować można, że

2) między wiałem rdzenia a uprzednim przymiotem musi istnieć związek przyczynowy.

Czy ten związek należy pojmować w znaczeniu, że wiał rdzenia jest trzeciorzędnym objawem przymiotu, lub że jest on chorobą następującą przymiotu, czy też wreszcie, że jest on następującą indyferentną chorobą, do której usposobił tylko przebyty przymiot, to ma stanowić przedmiot dalszych poszukiwań naukowych.

Rzeczniowski.

244. Dr. HERMAN SCHLESINGER. **Przewlekła płasawica dziedziczna.** (*Zeitschrift für Klinische Medicin. T. XX. Zeszyt 1 i 2 1892*).

Pierwszy przypadek tej nieznaney do niedawna w Europie choroby był badany i opisany przez Huntington'a z Ameryki i następnie streszczony w roku 1872 przez Nothnagel'a i Kusmaula w archiwum Virchow'a. Choroba ta ma się zjawiać dopiero w późniejszym wieku, jest trudną do wyleczenia i wywołuje zaburzenia psychiczne, które prowadzą do zupełnego ogłupienia. Przechodzi ona z pokolenia na pokolenie, dotykając zarówno mężczyzn, jak i kobiety.

W ostatnich latach zwrócili na nią uwagę lekarze niemieccy, francuzcy i angielscy, chociaż doświadczenie przez nich nabyte, różni się cokolwiek od zdania amerykańskiego lekarza. Autor powyższego artykułu badał 3 przypadki tej choroby i zaznacza przedewszystkiem, że nie jest ona identyczną ze zwykłą płasawicą. Zasadniczą jej różnicę stanowi pojawianie się w późniejszym wieku, mniej więcej w 3-m lub 4-m dziesiątku lat życia. Objaw ten nie jest jednak stałym we wszystkich spostrzeganych przypadkach, gdyż rozmaici lekarze, podobnie jak i autor, widzieli przypadki tej formy płasawicy u zupełnie młodych osobników, między 10 — 14 rokiem życia, pochodzących z rodzin obarczonych dziedzicznie płasawicą. Najpóźniejszy nawet wiek nie może się w takich rodzinach uważać za zupełnie wolny od powyższej choroby. Mężczyźni częściej są dotknięci tą formą, a więc zupełnie odwrotnie, niż przy zwykłej płasawicy.

Co do objawów ze sfery ruchowej i uczuciowej, to postać przewlekła, dziedziczna nie wiele się różni od zwykłej; zaznaczyć tylko wypada, że odruchy są tutaj znacznie wzmożone i że drżenia przy ruchach celowych mogą być siłą woli do pewnego stopnia hamowane.

Najcharakterystycznymi są zmiany w sferze psychicznej. Cechują się one stopniowem osłabieniem działalności umysłowej, które przejawia się z początku w postaci zubożenia względem otaczającego świata, niewytłomaczoną zmiennością humoru, brakiem pamięci, nieporządkiem, z czasem zaś prowadzi do zdziecinnienia i zupełnego ogłupienia. Świadomość zostaje jednak długi czas zachowaną.

Rokowanie jest niepomysłne, a o leczeniu tyle tylko moż-

na powiedzieć, że najdłużej stosowany arszenik pozostaje zupełnie bez skutku.

Jako przyczyny powstawania notowano wzruszenia* (prze-strach, radość), przebyty poród, gościec stawowy, zapalenie wsierdzia. Czasami znów choroba rozwijała się bez widocznej przyczyny, niepostrzeżenie. Zazwyczaj dziedziczność bywa spostrzegana w prostej linii, z rodziców na dzieci; czasami tylko w rodzinie, dotkniętej płasawicą, daje się zauważyć u jednego pokolenia inne cierpienia nerwowe, jak: epilepsyja lub hysteryja; w wyjątkowych tylko przypadkach jedno pokolenie z całego szczebu rodowego ominiętem zostaje.

Zmiany anatomiczne, jakie rozmaici autorowie spostrzegali, były różne. Nothnagel umiejscowia siedlisko choroby we wzgórkach wzrokowych i przylegającej części capsulae internae. Meynert objaśnia płasawicę podrażnieniem nuclei caudati i lenticularis. Charcot podziela zdanie Nothnagel'a. Nowsi badacze znajdowali zmiany w korze i w oponach mózgowych.

Z chorób, któreby mogły przedstawiać pewne trudności przy rozpoznaniu różniczkowem, należy mieć na uwadze maładie des ties i obustronną atetozę.

Dr. J. Salbergowa.

II. Medycyna wewnętrzna.

245. KIRMINN i ROCZARD. **O niedrożności kiszek, wywołanej kamieniami żółciowemi.** (*Archives générales de médecine Février, Mars, 1892*).

Zamknięcie światła kiszek wskutek kamieni żółciowych spotyka się najczęściej u kobiet w późnym wieku. Zazwyczaj w wywiadach u podobnych chorych znajdujemy zaburzenia w organach trawiennych, bóle w okolicy żołądka lub wątroby, dyspepsyje, zaparcie stolca, żółtaczka natomiast i kolka wątrobowa należy do niesłychanie rzadkich objawów poprzedzających.

Kamienie żółciowe najczęściej zatrzymują się w cienkich kiszkach (Babiński i Orda znajdowali je w odbytnicy). Według obserwacji autorów, tylko w wyjątkowych przypadkach dostają się one do кишки drogą naturalną i bardzo rzadko na stole sekcyjnym lub operacyjnym znajdowano rozszerzenie kanału żółciowego bez anormalnej komunikacji z kiszka. Najczęściej istnieje komunikacja między pęcherzykiem żółciowym, a dwunastnicą (Wissing), daleko rzadziej pomieniony pęcherzyk łączy się z poprzecznicą (Courroisier). Zależnie od rozmiarów kamieni i procesu zablźnienia, przetoka między pęcherzykiem żółciowym a kiszka może być rozmaitej objętości. Powyższe dane anatomopatologiczne wysławiają niektóre objawy kliniczne, jako to: brak żółtaczki, kolki wątrobowej i in. Campenon utrzymuje, że często bardzo tworzą się między sąsiednimi kanałami zrosty, które warunkują owe bóle w pra-

wym boku, lub wskutek rozerwania stają się przyczyną zapalenia otrzewnej.

Niezależnie od rozmaitej wielkości kamieni żółciowych (od orzecha laskowego do kurzego jajka), nigdy nie można ustanowić stałego stosunku pomiędzy ich rozmiarami a przebiegiem choroby. Przedewszystkiem należy mieć na uwadze skurcz, któremu podlegają kiszki pod wpływem ciała obcego. Powtórnie, kamień, z trudnością przeciskający się przez kiszki, popycha przed sobą fałdy błony śluzowej, tworząc tym sposobem rodzaj walka, który obrzmiały i przekrwiony przyczynia się tembardziej do zwężenia światła kiszki (Babiński, Cerrard, Merklen).

Prócz zaparcia stolca, wymiotów kałowych, wzdęcia brzucha i innych, bynajmniej niecharakterystycznych objawów dla opisywanego cierpienia, nader rzadko w jamie brzusznej dają się wyczuwać małe twarde guzy, pokryte ciastowatą masą (Czureicher, Dessauer i in.). Przebieg choroby częściej bywa przewlekłym, aniżeli ostrym, niepodobna jednak ustanowić związku pomiędzy długotrwałością choroby, a jej zejściem; ważną rolę w tym przypadku odgrywa wiek i odporność chorego, stopień zaparcia i różne komplikacje, jako to: zapalenie otrzewnej lub dyjaryje już po przejściu kamienia (Neill, Legros, Clark).

Rokowanie najczęściej jest niepomyślnem, gdyż w większości przypadków na trzech chorych umiera dwóch.

Rozpoznawanie o tyle jest trudnem, o ile chodzi o wykrycie przyczyny zaparcia. W podobnych przypadkach należy mieć na uwadze przedewszystkiem zaparcia chroniczne lub wywołane wpochwieniem kiszek, oraz zwężeniem ich światła, już to guzowatego, już bliznowatego pochodzenia. Na korzyść wpochwienia przemawia wiek młody chorego, umiejscowienie przeszkody w grubych kiszkiach (Lichtenstein), oraz częste bardzo śluzowo-krwawe wypróżnienia. Zwężenie światła kiszek wyróżnia się powolniejszym przebiegiem i brakiem przerw w objawach, wreszcie szczegółami anamnezy (sprawy zapalne przewodu pokarmowego, charłactwo, obecność guza i in.).

O leczeniu operacyjnem niedrożności kiszek, zależnej od kamieni żółciowych, wtedy tylko winna być mowa, gdy zastosowanie wszelkich środków, ułatwiających przejście kamienia, nie odniosło pożądanego skutku. Wyliczając praktykowane dotąd środki terapeutyczne, autorowie powstają przeciwko stosowaniu leków czyszczących, które, wywołując wymioty, zwiększają napady bólu, skurczów kiszkiowych i mogą spowodować zapalenie otrzewnej przez rozerwanie wzrostów otrzewnowych. Zalecają autorowie spokój bezwzględny, dyjetę, lyanie lodu i środki przeciwskurczowe, jak makowiec i belladona. Lewatywy głębokie działają daleko skuteczniej, niż przemywanie żołądka, tak gorąco polecane przez Rosenthala. Masaż brzucha uważać należy za środek niepewny, a nawet niebezpieczny jako mogący łatwo spowodować przedziurawienie otrzewnej. Najskuteczniejszym ze środków, jakimi medycyna rozporządza,

(jest elektryczność w formie prądów stałych lub przerywanych (Boudel, Larat).

Leczenie chirurgiczne polega na otworzeniu jamy brzusznej i usunięciu przyczyny niedrożności. Ostatnia ta manipulacja skuteczną być może, już to za pomocą przepchnięcia kamienia aż za zastawkę Bauchin'a, bez uszkodzenia ścianki kiszki, już to za pomocą przecięcia takowej (enterotomia) z następczem wyluszczeniem kamienia i założeniem szwu kiszkowego (Campanon). Thiriar proponuje rezekcyję kiszki, Lawson Tait zaś — kruszenie kamienia przez otwór w ściance — najzupełniej, według autorów, zbyteczne. Przepychanie kamienia do grubej kiszki możliwem jest tylko w razie bliskiego sąsiedztwa tej ostatniej i przy zupełnej nienaruszalności ścianek. Rezultaty, dokonanych laparotomij, bynajmniej nie są zarażające. Autorowie na 25 przypadków niedrożności, notują 20 zejść śmiertelnych po leparotomii, wogóle przeto zapatrują się na interwencyję chirurga jako na ostateczne malum necessarium, po wyczerpaniu wszelkich innych środków leczniczych.

M. Waskiewicz.

246. Prof. dr. F. MARTIUS (Rostock). **Ilościowe oznaczenie kwasu solnego w zawartości żołądka.** (*Die quantitative Salzsäurebestimmung des Mageninhaltens — Verhandl. d. VI Congr. f. in. Med. 1892*).

Autor ogłasza wyniki badań treści żołądkowej przy pomocy metody własnej i J. Lüttke ¹⁾, a różniącej się niewiele od ogłoszonej przez Mizerskiego i Nenckiego i Wintera. Na zasadzie badań rozmaitych zawartości (które będą przytoczone w całości oddzielnej monografii, mającej się ukazać w Stuttgardzie), autor dochodzi do następujących wniosków, mających praktyczne znaczenie. Przedewszystkiem okazało się, iż tak zw. okres przedwstępny trawienia, w którym miał się wydziełać tylko kwas mleczny, nie istnieje. Tylko wtedy znajdujemy kwas mleczny w zawartości żołądka podczas pierwszej godziny trawienia, kiedy wprowadzimy go wraz z pokarmami np. z mięsem. Już po 5 minutach od chwili przyjęcia pokarmów można wykazać ilościowo obecność kwasu solnego, a jeżeli wraz z pokarmami nie dostały się do żołądka kwasy (co jest prawie że niemożliwe *przyp. spraw.*), oznaczyć go można przez określenie ogólnej kwaśności. Dzieje się to przy każdym pożywieniu, szczególnie zaś przy próbnem śniadaniu (Ewald'a). Kwas solny wolny, wydzielony przez gruczołki żołądka bezpośrednio in statu nascenti łączy się z białkami pokarmu i dzięki temu, mimo ciągłego zwiększania się kwaśności ogólnej treści, nie może być ujawniony za pomocą odczynników barwnikowych. Chwila, kiedy kwas solny pozostaje w stanie wolnym, zależy między innymi od ilości wprowadzonych pokarmów (a niewątpliwie i od jakości *przyp. spraw.*). Co się tyczy kwasów organicznych, to tylko w stanach chorobowych mamy większe ich ilości, szcze-

¹⁾ D. m. W. Nr. 40, 1891 r.

gólniej przy rzadszem i wogóle dłuższem pozostawianiu treści w żołądka. Wartość ich może być bardzo wysoka, ale nigdy w pierwszych godzinach trawienia, lecz znacznie później po przyjęciu pokarmów.

Wreszcie autor zastrzega się, przeciw zdaniu, które niedawno wypowiedziane było przez Hayem'a w jego *Chimisme stomacale*, iż kwas solny nie jest produktem błony śluzowej żołądka, przeciwnie twierdzi on z całą stanowczością, iż domyśły te nie mają podstaw i że kwas solny wydziela się z gruczołków żołądka.

J. Zawadzki.

247. CARL v. NOORDEN. **Przyczynek do patologii duszniczej oskrzelowej.** (*Zeitschrift f. Klin. Med. T. XX, Z. 1 i 2*).

Chemiczne i drobnowidzowe własności płwociny, które w ostatnich czasach spostrzegano przy astmie, skłoniły autora do dodania jeszcze niektórych nowych wskazówek do jej rozpoznania.

Przypadek opisany dotyczył 19-o letniej chorej, która od 13-go roku życia miewała silne napady duszniczy. Na uwagę zasługuje tutaj własność płwociny, która, oprócz charakterystycznych dla astmy włókien Curschmann'a, kryształów Charcot-Leyden'a, obfitej ilości komórek eozynofilowych, zawierała nieznane dotąd komórki z brunatnym i żółtym barwnikiem, które przez działanie kwasu solnego i cyjanku żelaza na niebiesko się barwiły, co dowodzi, iż komórki owe zawierają żelazo, a barwnik tu uważa autor za indentyczny z hemosyde-ryną Neumann'a, odkrytą niedawno w Wagnerowskich t. zw. *Herzfelherzellen*.

Najczulszym odczynnikiem na hemosyde-rynę jest siarek amonu, który łatwiej przenika w lepka i ciąglą płwocinę, aniżeli kwas solny i cyjanek żelaza. Wszystkie powyższe odczyny mogą przemawiać tylko za hemosyde-ryną, pochodzącą z barwnika krwi, gdyż nie ma żadnych danych, ażeby przypuszczać, że barwnik jest pyłkiem, który przypadkowo do płuc się dostaje (*Siderosis*).

Po stwierdzeniu obecności barwnika zachodzi pytanie, w jakiego rodzaju komórkach się znajduje. Już przy wadach serca kwestyja ta poruszoną została, mianowicie, czy w nabłonku pęcherzyków płucnych, czy w białych ciałkach krwi, czy też w obydwóch elementach.

Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi, autor posługiwał się zasadą barwienia i postępował według następującej metody: Kropelkę płwociny, zawierającą komórkę barwnikową, rozcierał na szkiełku przykrywkowem, suszył, ogrzewał i barwił sposobem Erlich'a (kwaśna fuksyna, zielen metylowy, mieszanina oranżu), opłukiwał i na bardzo krótko kładł w mieszaninę kwasu solnego i cyjanku żelaza; następnie znów opłukiwał, suszył i badał w balsamie kanadyjskim. Sposób powyższy nie jest jeszcze dokładnym, gdyż kwas solny niszczy preparaty; roztwór powinien mieć pewne oznaczone stężenie (co dotychczas nie jest jeszcze ściśle określone), ażeby się udało spostrzedz niebiesko zabarwioną ziarnistość.

Wyniki tych badań są następujące:

1) połowa preparatu była wypełnioną zabarwionymi komórkami, które zawierały neutrofilową ziarnistość, t. j. były to leukocyty:

2) mniejszą część stanowiła eozynofilowa ziarnistość; komórki eozynofilowe były bez barwnika;

3) reszta komórek nie zawierała żadnej ziarnistości; były to prawdopodobnie komórki nabłonkowe, gdyż nie było żadnych danych, by przyjąć je za limfocyty (ciałka ropne).

Badając płwocinę (tą samą metodą) chorych z zastoinowemi płucami, znalazł autor w barwnikowych komórkach także neutrofilową ziarnistość, co wskazywało, że miał do czynienia z leukocytami, a Sommerbrodt za pęcherzykowy nabłonek przyjmuje, nazywając go nawet brunatnym pęcherzykowym nabłonkiem. W płwocinie chorych z wadą sercową znajdował autor również obfitą ilość eozynofilowych komórek; następnie jeszcze w płwocinie przy przewlekłej marskiej nerce i krwawym zawale było mnóstwo eozynofilowych komórek, obok komórek barwnikowych.

Sposób ugrupowania komórek barwnikowych bywa rozmaity; po większej części leżą one grudkami i nie stoją w żadnym związku z włóknami Curschmanowskiemi, czasami tylko znajdują się wewnątrz ich. Ilość ich jest nie zawsze jednakową; niekiedy jest tak wielką, że cała płwocina przybiera kolor brunatny i po dodaniu odpowiedniego odczynnika barwi się niebiesko, co gołem okiem zauważyć się daje. Z ilości komórek barwnikowych nie wiele można sądzić o samych napadach astmy, bo w czasie, kiedy ich ilość była bardzo ograniczoną, napady nie stawały się rzadszemi, ani też nie traciły na sile. Oprócz opisanego powyżej przypadku, autor badał płwocinę jeszcze 6 astmatyków; w dwóch przypadkach znajdował komórki barwnikowe podczas silnych napadów; w dwóch w 4 tygodnie po napadzie; w dwóch tylko przypadkach nie znajdował ich wcale, z czego wnosi, że nie są one koniecznym warunkiem astmy, ale często przy niej spotykać się dają.

Powstawanie owych komórek autor przypisuje małym wylewom krwi, wskutek mechanicznego rozdęcia pęcherzyków płucnych; krwotoki te mają miejsce w głębi płuc, na co wskazuje obecność barwnika w nabłonku pęcherzyków płucnych, w leukocytach, a szczególnie w cieniutkich spiralach, wskutek długiego pozostawania krwi w miąższu płucnym, czy też w najdrobniejszych rozgałęzieniach oskrzelowych następuje rozkład hemoglobiny. Dłuższe pozostawanie krwi w tych częściach objaśnia się trudnem wydechaniem astmatyków. A że ilość tlenu w płucach jest dostateczną, więc łatwiej z haemoglobiny tworzy się hemosideryna, aniżeli nie zawierająca żelaza, hemotoidyna.

Przyjmując powyższe objaśnienie, staje się łatwo zrozumiałem, że barwnik ten nie występuje stale i nie w jednakowej ilości w rozmaitych przypadkach, gdyż krwotoki mogą nie przy każdym napadzie występować, a przytem raz mogą być

prędzej, drugi raz wolniej z płuc wydalone, co na tworzenie się barwnika wpływa. Dla uzupełnienia symptomatologii dusznicy zwraca autor uwagę jeszcze na dwa objawy, które rzadko bywają uwzględnione, chociaż dosyć często się spotykają. W pierwszym opisanym przez autora przypadku, chora w dzieciństwie miała wysypkę formy ekzematycznej. Na dowód częstotliwości tego objawu podaje autor 10 takich przypadków, które widział w przeciągu trzech tygodni. Zaznaczyć głównie wypada, że powikłanie wysypki ma znaczenie etyologiczne, gdyż występuje tylko w przypadkach, które w pierwszym dziesiątku lat bywają nabyte.

Ostatnią wskazówką autora jest stosunek eozynofilowych komórek do krwi. Wiadomo, że Fr. Müller i Gabryszewski znaleźli ilość ich zwiększoną przy astmie, a Leyden opisał dwa przypadki, które tego nie stwierdzają. Otóż autor na zasadzie 5-u przypadków, w których ilość komórek eozynofilowych, w stosunku do białych ciałek krwi, była wszędzie różną, czyni to zależnem od odstępów czasu pomiędzy napadami. I tak, bezpośrednio przed napadem ilość ich jest znaczną, a podczas dłuższej przerwy liczba ich zmniejsza się bardzo; jeżeli napady następują szybko jeden po drugim, natenczas w końcu takiej seryi napadów, daje się ich obfitość zauważyć. Matematycznie stosunek ten mniej więcej tak się przedstawia: po wielokrotnych napadach 1:3; w miarę uspokojenia się napadów 1:12 i dochodzi do 1:32. Ma się rozumieć, że i z tych cyfr autor nie wyprowadza żadnego prawa, ze względu na ogromne wahania w rozmaitych przypadkach, a nawet u jednego chorego. Znaczne wahania były spostrzegane w dwóch przypadkach rekonwalescencji po błednicy, gdzie w kilka minut po zażyciu kamfory, ilość eozynowych komórek znacznie się zmniejszyła. Przed użyciem kamfory stosunek do białych ciałek krwi przedstawiał się jak 1:30, a po kamforze 1:11. Wpływ kamfory nie daje się rozciągnąć na wszystkie badane dotąd przypadki. Chora, przez autora opisana, nie przyjmowała żadnych lotnych olejków; z tego względu przypadek ten zasługuje na dalsze i dokładniejsze badanie.

Dr. J. Salbergowa.

248. E. SCHMIEGELOW. **Intubacja krtani przy zwężeniach ostrych i przewlekłych.** (*Monatschr. J. Ohrenheil. kl. nr. 1—5, 1892*).

Autor podaje wyniki intubacji w 12 przypadkach, z których w 4-ch zwężenie powstało ostro (dławiec), w 8-u zaś — przewlekłe. Z pomiędzy 4-ch chorych pierwszej kategorii (dzieci w wieku 9 i 13 miesięcy, 3 i 8 lat), zmarło 3, niezależnie jednak od samej intubacji: w jednym przypadku śmierć nastąpiła skutkiem porażenia serca w 51 godzin po wprowadzeniu rurki; w drugim sprawa błonicowa przeszła na płuca i spowodowała śmierć w 17 godzin po operacji; w 3-ch wreszcie przyczyną śmierci było zapalenie płuc, które wystąpiło najazutrz, a skończyło się w 60 godzin po intubacji.

Przypadki zwężeń przewlekłych były następujące:

1) Zupełne zamknięcie światła krtani skutkiem wytworze-

nia się przepony, po nader wysokiem przecięciu krtani (cięcie przeprowadzono przez dolną część membr. hyreohyoidene i górną część chrząstki tarczowej). Po przecięciu przepony, wprowadzano przez miesiąc kolce cynowe Schötter'a, a następnie rurki O'Dwyer'a, które chory nosił przez 11 miesięcy. Poprawa była znaczna, chłopiec oddychał swobodnie i mógł nawet chodzić do szkoły. Zdecydowano się na usunięcie rurki. W 3 godziny jednak potem wystąpiły wymioty, które spowodowały śmierć skutkiem zaduszenia, z powodu dostania się mas wymiotowych do zwężonej krtani.

2) Zwężenie z powodu granulacyj po nad raną po przecięciu tchawicy i bliznowatego ściągnięcia dolnej części krtani. Intubacja przez rok, stopniowa poprawa. W miesiąc po usunięciu rurki oddech swobodny, stan ogólny zadawalniający.

3) Kobieta 33-letnia przez lat 15 nosiła rurkę tchawicową, z powodu rozlanego przerostu błony śluzowej krtani. Po częściowem usunięciu rozrostów, rurkę wyjęto i zastosowano intubację. Chora czuła się niezłe, chociaż od czasu do czasu miewała napady duszności. W 3 tygodnie po założeniu rurki duszność raptem się zwiększyła i nastąpiła śmierć zanim zdążono przeciąć tchawicę. Badanie pośmiertne wykazało, że przyczyną śmierci było zaduszenie, skutkiem zatkania rurki gęstym ciągnącym śluzem, jaki chora w obfitej ilości wykrztuszała. Z powodu tego przypadku zwraca S. uwagę, iż nie należy lekceważyć nawet przemijających i krótkotrwałych napadów duszności, lecz rurkę trzeba usunąć i założyć po należytem oczyszczeniu. Prócz tego baczycie należy, aby ścianki kanału rurki były gładkie, wszelkie bowiem nierówności sprzyjają zatrzymywaniu się wydzieliny i zwężaniu się światła rurki.

4) Skutkiem krupu krtani robiono tracheotomię; w okresie zdrowienia, po każdym wyjęciu rurki tchawicowej, występowała silna duszność. Po miesiącu zastosowano intubację, która dała wynik bardzo pomyślny; w 14 dni bowiem, gdy kaniulę z krtani usunięto, chory oddychał swobodnie.

5) Intubacje z tegoż samego, co i powyżej, powodu, lecz z zejściem śmiertelnem; tutaj jednak założono kaniulę dopiero w 7 miesięcy po przecięciu tchawicy. Chory miewał silne napady kaszlu; podczas jednego z takich napadów kaniula (w 5 tygodni po założeniu) wypadła i chory zadusił się. Sekcyi nie robiono; palcem jednak, wprowadzonym do krtani, można było wyczuć liczne granulacje, które po wypadnięciu kaniuli, zatkaną światło krtani.

6) W 3 tygodnie po przecięciu tchawicy, założono kaniulę; i tu również były granulacje w około rany tchawicy i w krtani, lecz gdy po 12 dniach kaniula przy kaszlu wypadła, oddech był całkiem wolny.

7) Zwężenie tchawicy skutkiem zgrubienia przedniej ściany po tracheotomii, wykonanej przed 18 laty. Rurki nie nosi; duszność miewa. Kaniule zakładano ambulatoryjnie na kilka minut. Chory pozostaje jeszcze w kuracji.

8) Aphonia spastica—dwukrotna intubacja nie przyniosła żadnej korzyści.

Co się tycze wogóle wskazań do intubacji, to S. jest zdania, iż należy ją stosować:

1) W ostrych niebłonnicowych zwężeniach krtani, zależnych od obrzęku błony śluzowej (gruźlica, przymiot, róża).

2) Przy błonicy wówczas, jeżeli duszność grozi śmiercią i na przygotowania do przecięcia tchawicy nie ma już czasu.

3) Jeżeli otoczenie chorego na błonice nie zgadza się na tracheotomię.

4) Przy ostrych zwężeniach, zależnych od porażenia mięśni rozwieraczy, lub skurczu zwieraczy krtani.

5) Jeżeli zwężenie zależy od ciała obcego i na przecięcie tchawicy nie ma czasu; w tym razie zakładać należy grubszą rurkę.

6) Przy ostrych zwężeniach tchawicy, spowodowanych ostrem zapaleniem gruczołu tarczowego, lub tych, jakie występują niekiedy podczas operacji nowotworów, zrośniętych z tchawicą.

7) Przy przewlekłych zwężeniach krtani i górnej części tchawicy.

Można natomiast stosować intubację:

8) Przy każdym ostrem zwężeniu krtani pochodzenia dyfterytycznego.

W. Szumlański.

249. Dr. GARNAULT, **Mięsienie drgawkowe i elektryczne błon śluzowych nosa, gardzieli i krtani.** (Le massage vibratoire et électrique des muqueuses du nez, du pharynx et du larynx). *La Semaine Médicale*, nr. 45, 1892.

Charcot, oceniając wpływ leczniczy drgań mechanicznych na niektóre choroby nerwowe (Kronika Lek. Nr. 9 r. b.), stroiny teoretycznej tej metody nie poruszył. Według Descourtis'a, drgania działają wielostronnie, regulując krwiobieg, wykonując rodzaj mięsienia na zakończenia nerwowe i t. d. Objasnienie to, aczkolwiek niedostateczne, wiele wszakże prawdy w sobie zawiera.

Pierwszy ściśle naukowy badacz mięsienia drgawkowego, szwed Arvid Kellgren, dzieli je na: 1) mięsienie trepidacyjne (trepidatoire, shaking, Erschütterung) i 2) mięsienie wibracyjne, „drgawkowe“ (vibratoire) właściwe, i podaje wskazania, technikę i ocenę obu metod. Atoli zastosowaniem ich do błon śluzowych zajął się Michel Braun, który w roku 1890 ogłosił dobre wyniki, otrzymane w kilku setkach przypadków, szczególnie w nerwicach odruchowych (astma i migrena), nerwobólach, katarach nosogardzielowych i ozenie. Inni badacze (około 11 prac), a wraz z nimi i autor, potwierdzają zdanie Brauna, przeważnie w tych samych, co i on przypadkach, przyczem jeden z nich, Herzfeld, sądzi, że dodatni wpływ penzlowania przy katarach krtaniowych więcej działaniu mechanicznemu przypisać należy.

Autor kierował się pracami Brauna i Laker'a. Technika mięsienia nadzwyczajnej wymaga pracy i doświadczenia. Jako

instrumenty służą zgłębniki z szerokimi końcami, dla gardzieli—zgięty pod końcem prostym, dla krtani—zwykły krtaniowy; końce owinięte watą, tęgości brzuśca palca. Jeżeli w drogach nosowych są przeszkody, tamujące dostęp np. przerośty, zbroczenia i t. p., trzeba je uprzednio usunąć za pomocą operacyi. Lekarz siada nawprost chorego. Pole masażu kokainizuje 10% roztworem. Rozpoczyna się mięsienie od nosa i stopniowo poddaje się mięsieniu każdą część w ciągu 1—3 sekund; następnie część nosową gardzieli, strop, okolice trąb, tylne części muszli, tylną powierzchnię podniebienia miękkiego, tylną ścianę gardzieli, dalej — regio arytenoidea, sinus pyriformis, chordae, poczem pars oralis, łuki i w końcu przednią powierzchnię podniebienia miękkiego, gdzie wrażliwość jest zwykle największa i drgania najboleśniejsze. Drgania wykonywa się przedramieniem, zgiętem w łokciu; fale drgawkowe winny być nadzwyczaj małe, drgania same porywcze, regularne i jednokowej siły; dłoń położona na mięśniach ramienia operującej ręki winna ledwie odczuwać ich skurcze. Są to warunki ważne i dla tego technika jest tak trudną.

Autor zastosował do metody tej elektryczność—prąd stały (4—7 milliamp.) i przerywany, stawiając szeroką obojętną elektrodę na karku, a czynną tworząc ze zgłębnika, pokrytego materiałem izolującym i pokrywając lanoliną watę, zmoczoną uprzednio w wodzie słonej.

Metoda ta daje, jak twierdzi autor, wyborne wyniki w przypadkach astmy odruchowej przy przeroście błony śluzowej lub bez niego. Z początku otrzymuje się zwykle nasilenie objawów chorobowych, powiększenie wypływu i t. d., ale ostatecznie—niezawodne polepszenie, tak że stały brak dodatnich wyników, tylko nieumiejętnemu zastosowaniu metody przypisać należy. Wogóle, mięsienie nie powinno wywoływać zniszczenia, owrzodzenia, ani krwawienia, z wyjątkiem, gdy błona śluzowa sama znacznie jest owrzodzona. Owrzodzenia krtani, nawet gruźliczego pochodzenia, wyrosłe adenoidalne, katary trąb Eustachiusza, rhinitis purulenta i ozena leczą się bardzo dobrze, przyczem w dwóch ostatnich przypadkach używa się lanoliny z 1% roztworem sublimatu. W przypadkach ostrych odczyn pierwotny jest silniejszy, ale skutki również doniosłe, jak i w powyższych.

Na czem właściwie polega działanie mięsienia drgawkowego—na to dokładniej mogłyby odpowiedzieć tylko prace doświadczalne, do czego najlepiej elektryczność nadawać się zdaje. Wogóle powiedzieć można, że mięsienie drgawkowe zmniejsza ból, wzmacnia mięśnie i zapobiega rozwojowi stwardnień łącznotkankowych, reguluje czynność nerwów naczynioruchowych i wydzielniczych, działa wprost na mięśnie naczyń i na gruczoły. Połączenie mięsienia drgawkowego z elektrycznością wiele ma słusznych podstaw, a może i więcej od dobrze znanego i zwykle używanego faradomasażu, gdyż błony śluzowe lepszymi są przewodnikami prądu, niż skóra. Bądź co bądź, mięsienie drgawkowe leczy wiele form chorobowych, dotychczas

za nieuleczalne uważanych, i więcej ma w tych przypadkach racyi bytu, niż nadużywane nieraz irrygacje, przypalania, pudry i t. p. Jeżeli dotychczas metoda ta zbyt mało się jeszcze upowszechniła, przypisać to należy dość trudnej technice, którą wszakże stopniową wprawą i cierpliwością nabyć można.

J. Luxenburg.

III. Ginekologija.

250. P. J. KÖTSCHAU. **O zastosowaniu ichtyolu w chorobach kobiet.** (*Zur Ichtyolbehandlung in der Frauenheilkunde. Sammlung Klin. Vorträge, ur. 35, r. 1891.*)

Od czasu, gdy Unna wprowadził do praktyki ichtyol, spostrzeżenia licznych autorów wykazały, że środek powyższy, przy zewnętrznym i wewnętrznym zastosowaniu, działa skutecznie w rozmaitych cierpieniach (gościec, dna, stłuczenia, nadwichnięcia, róża, wyprzenia u ssawców). Według Nussbauma, przeciwzapalne i kojące działanie ichtyolu zależy od jego wpływu zwężającego na rozszerzone naczynia włosowate. W ostatnich czasach Fessler dowiódł, że ichtyol posiada również własności przeciwnie.

W chorobach kobiecych zapalnego pochodzenia, pierwszy K. W. Freund polecił użycie ichtyolu. Poprzednio już autor stosował go wielokrotnie z pomyślnym skutkiem. Wystąpienie Freunda zachęciło autora do metodycznego użycia, oraz pobudziło wielu gynecologów do wypróbowania powyższego środka. Próby wypadły po większej części pomyślnie, nie można jednak zaprzeczyć, że dały się również słyszeć głosy nieprzychylne.

Wyniki pierwszych prób autora (ogłoszone poprzednio) były następujące: najskuteczniejszym okazał się ichtyol przy nieżycie trzonu macicy, gdyż wyleczenie osiągnięto we wszystkich przypadkach; przy nieżycie szyi, przy cierpieniach przydatków macicznych i zapaleniu przymacicznym w znacznej większości przypadków, otrzymano poprawę lub wyleczenie zupełne; żadnego skutku nie okazał ichtyol przy prostym zapaleniu mięszu macicy.

Sposób zastosowania ichtyolu bywa rozmaitym: od strony pochwy, odbytnicy (świeczki), powłok brzusznych (wcieranie maści) i przez podawanie wewnętrzne. Najwięcej stosuje się tampony z waty, zmoczane w roztworze glicerynowym ichtyolu (10⁰/o), które przykłada się do miejsc, uległych zapaleniu; można też pędzlować te ostatnie czystym ichtyolem lub roztworem glicerynowym. Przy nieżycie trzonu macicy, autor zaleca wycieranie jej jamy za pomocą sondy Playfair'a, owiniętej watą lub gładkiej pałeczki drewnianej, które macza się w ichtyolu.

Przy pierwszych swych próbach, autor, oprócz ichtyolu, stosował inne zabiegi (uprzednie skrobanie przy nieżycie macicy, kąpiele nasiadowe i okłady przy wysiękach), z tego wzglę-

du czyniono mu zarzuty, że podobne doświadczenia nie są przekonywające. To też w nowej seryi swych doświadczeń starał się wyłącznie stosować ichtyjol.

W praktyce ambulatoryjnej autor polecał chorym wprowadzenie do pochwy tamponów,znaczanych w glicerynowym roztworze ichtyjolu, podczas gdy sam 2—3 razy tygodniowo wykonywał smarowanie, pędzlowanie lub wycieranie czystym ichtyjolem. Po usunięciu tamponu, chore przepłókiwały pochwę letnią wodą lub też podczas wizyty sam autor oczyszczał pochwę suchą watą. W 8 u przypadkach ostrego lub podostrawego niezytu szyi po 4—5, względnie 6—8 pędzlowaniach nastąpiło wyleczenie niezytu i jednocześnie znikły nadzarca. Przy niezycie przewlekłym poprawa następowała powoli, czasami zaś wcale nie można było usunąć obrzmienia błony śluzowej. W tych razach, gdy niezyt trwał bardzo długo i był połączony z wywinięciem ust macicznych, ichtyjol okazał się zgoła bezskutecznym.

Przy niezycie trzonu macicy (endometritis interstitialis) w 27-u przypadkach otrzymano wyleczenie po 4 — 6 wycieraniach. Przy postaci gruczołowej i grzybowatej (end. glandularis, end. fungosa) działanie ichtyjolu było przejściowem, nieznacznem, musiano więc uciec się do skrobania. Na 48 przypadków przewlekłego zapalenia przydatków macicznych (oophoritis, salpingitis, powrozki i mniejsze wysięki około maciczne), 42 razy otrzymano wyleczenie. W 18-u przypadkach zaczęto leczenie wyłącznie ichtyjolem (pędzlowanie sklepień pochwy czystym ichtyjolem 2—3 razy tygodniowo), następnie dołączano okłady i kąpiele, które stanowczo przyspieszały wyleczenie. Lecz i w tych razach, gdzie wyłącznie stosowano ichtyjol, otrzymano również wyleczenie, jakkolwiek po dłuższym przeciągu czasu. W kilku przypadkach dla kontroli stosowano wyłącznie okłady i kąpiele; czas trwania leczenia był znacznie dłuższy, nadto musiano zwalczać bóle za pomocą rozmaitych środków kojących. Przy prostem zapaleniu mięszu macicy (metritis), ichtyjol okazał się zgoła bezskutecznym; w przypadkach powikłanych przewlekłym zapaleniem błony śluzowej, po kilkakrotnem wytarciu jamy macicznej, następowała, nie ulegająca wątpliwości, inwolucja macicy; bóle skurczowe, które przy endometritis interstitialis, niepowikłanem przez zapalenie mięszu, były nieznaczne i ustępowały szybko, w przypadkach niezytu, połączonego z zapaleniem mięszu macicy, były mocniejsze i trwały zwykle po kilka godzin. Z 7-u przypadków znaczniejszych wysięków w otrzewnej miednicowej, 4 razy otrzymano wyleczenie przy wyłącznem użyciu ichtyjolu, w 3-ch zaś, które bezwątpienia były pochodzenia trypowego, nie osiągnięto żadnego skutku. Wogóle autor zauważył, że przy świeżych postaciach cierpienia (wyjąwszy okres gorączkowy) ichtyjol działa skuteczniej, niż przy postaciach zadawnionych, które wymagają pewnej wytrwałości. W tych razach, gdzie sprawa wysiękowa była umiejscowioną więcej po za macicą, autor stosował świeczki do odbytnicy (0,1 ichtyjolu), które wywieraył

działanie kojące. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem niepowikłanego niezytu macicy, autor przepisywał chorym pigułki keratynowe lub dragées (względnie kapsułki) z ichtyolem, przy użyciu których łaknienie i ogólny stan chorych szybko się poprawiał. W wewnętrznym użyciu ichtyolu autor upatruje największą jego wartość. W celu uniknięcia odbijania i gnieceń w dolku pigułki należy przyjmować przy napełnionym żołądku w mleku lub czekoladzie.

Przy wysiękach przymacicznych autor robił wstrzykiwania ichtyolowe bezpośrednio do wysięku od strony pochwy za pomocą szprycy Thierscha lub Zuera, zawierającej 5 cm. sześciennych (na raz $\frac{1}{2}$ —1 szprycy ichtyoli et aq. destillatae aa.). Wstrzykiwanie powtarzano co 2—3 dni. Podobne wstrzykiwania są, zdaniem autora, zupełnie bezpieczne; nie wywołują odczynu; wessanie wysięków następują nadzwyczaj szybko: po 5—6 wstrzykiwaniach wysięki znikają, bóle szybko ustępują, zwłaszcza pod wpływem okładów Priessnitz'a. W ten sposób autor wyleczył 18 chorych.

W celu zniesienia przykrego zapachu ichtyolu używano kumaryny, która jednak sprawia bóle głowy i szybko się ulatnia. Autor poleca dodawanie ol. citrionellae lub ol. eucalypti citriodoraе w ilości 5 $\frac{1}{10}$.

Pracę swą autor kończy słowami, że ichtyol stanowi środek, który niezawodnie i szybko sprowadza wyleczenie wielu cierpień kobiecych, lecz bynajmniej nie powinien i nie może być uważany za panaceum we wszystkich chorobach, właściwych kobietom.

A. Karczewski.

251. Prof. LEOPOLD i dr. GOLDBERG **W sprawie zapobiegania gorączce połogowej.** (*Deutsche Med. Wochen. Nr. 13, rok 1892*).

Drogą poszukiwań klinicznych prof. Leopold od lat sześciu dąży do wyświeetlenia różnorodnych przyczyn zakażenia połogowego i próbuje rozmaitych sposobów postępowania przy porodzie. Jako kierownik zakładu naukowego stara się o wyrobienie takich zasad traktowania porodu prawidłowego i patologicznego, któreby dały możność lekarzom i akuszerkom w ich przyszłej, samodzielnej praktyce najprościej, oraz najpewniej uniknąć zakażenia połogowego i jednocześnie zgadzałyby się z odnośnymi rozporządzeniami rządowemi. W myśl ostatnich, akuszerki w Saksonii mają prawo dawać pomoc jejdyn e tylko przy porodach prawidłowych; wobec jakichkolwiek nieprawidłowości obowiązane są wzywać pomocy lekarza; przy porodach prawidłowych przepłókiwanie pochwy jest akuszerkom wzbronione; za to najusilniej jest im zalecane zewnętrzne oczyszczanie rodzących i dezynfekowanie rąk własnych.

Jeżeli powyższe przepisy prawne są ściśle spełniane, należałoby się spodziewać, że ani ręce badających, ani też zewnętrzne narządy płciowe rodzących nie mogą być źródłem zakażenia. A więc przyczyny zdarzających się zakażeń połogowych należy szukać w podejrzanej wydzielinie dróg porodowych, która podczas badania przedostaje się do macicy. Ztąd

wniosek, iż wydzielinę tę należy usuwać lub czynić ją nieszkodliwą za pomocą przeciwgnilnych przepłókiwań pochwy, stosowanych przy każdym porodzie.

Lecz wniosek ten nie zgadza się z wynikami doświadczenia klinicznego. Od początku roku 1886 do Kwietnia 1889 prof. Leopold stosował przepłókiwania pochwy (sublimatem 1:4000) u wszystkich rodzących, które były badane wewnątrznie. Od Kwietnia 1889 roku do końca 1891 przepłókiwań pochwy nie robiono ani u niebadanych, ani też u badanych wewnątrznie. Rezultat zaniechania przepłókiwań pochwy był następujący: ilość połówów, przebiegających bez gorączki, zwiększyła się z 80,78% na 91,58, ilość połówów nieprawidłowych odpowiednio spadła, ilość śmiertelnych zakażeń, nabytych w zakładzie, pozostała prawie bez zmiany (około 0,2%).

Pomimo najsurowszego przestrzegania przepisów przeciwgnilnych przy wykonywaniu badania wewnętrznego, prof. Leopold przekonał się, że badane wewnątrznie mają mniej pomyślnę pologi, niż nie badane wewnątrznie. Niebezpieczeństwo badania wewnętrznego może zależeć jedynie od podejrzanej wydzieliny dróg porodowych. Ponieważ doświadczenie kliniczne uczy, że usuwanie tej wydzieliny za pomocą przeciwgnilnych przepłókiwań pochwy jest raczej szkodliwym, niż pożytecznym, a zatem jedynie drogą ograniczenia badania wewnętrznego możemy osiągnąć lepsze wyniki. Z każdym rokiem prof. Leopold przekonywa się coraz więcej, że badanie zewnętrzne przy pewnej wprawie i sumiennem wykonywaniu prawie zawsze daje dokładne pojęcie o całym przebiegu porodu. Ograniczenie więc badania wewnętrznego jest zupełnie usprawiedliwionem: częstokroć jest ono zupełnie zbytecznym, czasami dostatecznie jest raz je wykonać w ciągu całego trwania porodu, głównie w celu skontrolowania wyników, otrzymanych przy badaniu zewnętrznem. Naturalnie w zakładzie naukowym nie można zupełnie wykluczyć badania wewnętrznego rodzących, gdyż lekarze i akuszerki muszą zdobyć należytą wprawę w tem badaniu. Lecz mając na względzie powyżej wyłożone zasady, prof. Leopold przy nauczaniu kładzie główny nacisk na ćwiczenia w badaniu zewnętrznem. W ograniczeniu badania wewnętrznego autor upatruje główną przyczynę osiągnięcia lepszych wyników i mniema, że rozpowszechnienie badania zewnętrznego należy uważać za wybitny i nieodzowny środek przeciwko przenoszeniu zakażenia połogowego.

Po wyłożeniu powyższych zasad, autorowie podają sprawozdanie z ostatniego roku, z którego wybieram najgłówniejsze dane.

W roku 1891 w zakładzie drezdeńskim było 1487 porodów. W 216 przypadkach (14,52%) wykonano rozmaite operacje. 91,66% położnic nigdy nie miało ciepłoty wyższej nad 38°. W 124 przypadkach (8,38%) połóg był nieprawidłowym. Podniesienie ciepłoty zauważono u 113 (7,6%) położnic, z pośród których u 37 (2,48%) miało miejsce zakażenie połogowe, które u 6 (0,4) zakończyło się śmiercią. Z tych 37-u przypad-

ków zakażenie nastąpiło w zakładzie 21 razy (1,41%) i u 3-ch położnic (0,2%) zakończyło się śmiercią.

Postępowanie przy porodzie polegało na najsurowszem przestrzeganiu przepisów przeciwnilnych odnośnie do rąk badających i narządów płciowych zewnętrznych rodzących; pochwę resp. macicę przepłókiwano jedynie w przypadkach nieprawidłowych i operacyjnych; we wszystkich prawidłowych przypadkach przepłókiwań pochwy nie wykonywano zupełnie.

W celu uwydatnienia szkodliwości przepłókiwań pochwy przy porodach prawidłowych, autorowie zestawiają dane z dwóch okresów; okazuje się, że w okresie przepłókiwań pochwy w badanych wewnętrznie zakażenie połogowe nastąpiło u 1,26% (śmiertelność 0,2%); w okresie zaniechania przepłókiwań 0,88% (śmiertelność 0,15%). Niebadane wewnętrznie i nieprzepłókiwane dały zaledwie 0,65% zakażeń połogowych z 0,07% śmiertelności.

W końcu do swej pracy autorowie załączają wyniki poszukiwań Döderlein'a. Zbadawszy 195 ciężarnych, Döderlein u 108 (55,3%) znalazł wydzielinę prawidłową, u 87 (44,6%) — chorobową. Z tych ostatnich u 40,5% Döderlein stwierdził obecność takich zarodków chorobotwórczych, które nie są w stanie wywołać zakażenia połogowego. Zaledwie u 4,1% ciężarnych znalazł zarodki, mogące wywołać zakażenie połogowe (w czwartej części przypadków powyższe zarodki były w stanie osłabienia).

A więc zaledwie u 3%, zbadanych przez Döderleina ciężarnych kobiet, istniała możliwość samozakażenia. Naturalnie, iż nie wszystkie kobiety, posiadające streptokotki w pochwie, ulegają zakażeniu połogowemu, gdyż stoją temu na przeszkodzie niepomyślne warunki wchłaniania. A priori należy przypuścić, że pewna część tych kobiet unika zakażenia przy porodzie, a zatem procent ulegających zakażeniu powinien być niższym od 3.

Rzeczywiście, w klinice prof. Leopolda procent ten wynosił w roku 1890 — 1,18%, w roku zaś 1891 — 1,61. Widzimy więc, iż dane kliniczne zgadzają się z wynikami poszukiwań doświadczalnych.

A. Karzewski.

333. H. LUCZNY. *Pathologie und Therapie der frischen weiblichen Gonorrhoe.* (Berlin, 1891).

Autor w rozprawie doktorskiej podaje opis 47 przypadków świeżej rzerzączki u kobiet, obserwowanych dokładnie i ściśle w poliklinice berlińskiej Wintera. Podług autora okres wylęgowy waha się między 2 a 8 dniem, przeciętnie potrzeba 4 dni; szybciej występują objawy im młodszy osobnik podlega zarazie i im świeższą jest działająca infekcyjna; przyspieszają okres wylegania: wkrótce następująca regularność, poronienie i czas popołogowy. Pomiędzy 47 przypadkami zajęte były przez rzerzączkę następujące organy: cewka moczowa 44, pochwa 12, gruczoły Bartolin'a 17, pochwa 19, szyjka macicy 34, kiszka stolcowa 2 razy; oprócz tego u 5 chorych zauważył on condylomata acuminata. We wszystkich przypadkach

autor znajdował gonokokki. Pomimo swej uporczywości i skłonności do recydywy, rzerzączka u kobiet przy możliwie wczesnem, energicznem i regularnem leczeniu, daje pomyślne rokowanie. Leczenie było następujące: przy metritis codzienne szprycowanie ex zinco-sulfocarbolicco (1:100); przy vulvitis codzienne dokładne obmywania sublimatem (1:1000 lub 1:500); przy colpitis z początku tampony, zmoczone w roztworze jodu w glicerynie, później dezynfekujące przestrzykiwanie pochwy. Przy cervialitis et endometritis po zastosowaniu chlorku cynku, widział autor ciągle złe rezultaty, a nawet bardzo nieprzyjemne poboczne objawy, jako to: kolki, dwa razy zwężenie kanału i raz parametritis. Był bardzo Luczny zadowolniony ze stosowania szprycowań z sublimatu (1:5000 do 1:500), gdzie koncentracycja roztworu, ilość płynu do przestrzykiwania i częstość przestrzykiwań są zależne od ruchu i od ogólnego stanu chorej. U dorosłych od dwóch na tydzień do codziennych wstrzykiwań roztworu 1:3000 — 1:500 (1 litr); u dzieci od 1:5000 — 1:2500 (1/4 litra).

Stanisław Kurtz.

253. S. FLATTE. Zapalenie płuc podczas ciąży. (*La pneumonie pendant la grossesse, Paris, 1892*).

Autor na zasadzie 239 przypadków, w tej liczbie 5 przez siebie zebranych, przychodzi do następujących wniosków:

Ciąża ani usposabia, ani zabezpiecza od zapalenia płuc; tak samo nie wpływa na częstość choroby i okres ciąży; ostatnia za to znacznie pogarsza rokowanie: odsetka śmiertelności w zapaleniu płuc u dorosłych waha się zwykle między 10 i 15, u ciężarnych zaś dochołzi do 31,4.

Przerwanie ciąży przy zapaleniu płuc następuje częściej, niż w połowie przypadków, bo w 55,4%.

Rokowanie w zapaleniu płuc jest tem gorsze, im późniejszy mamy okres ciąży, w pierwszych 6 miesiącach śmiertelność wynosi 23,4%, w ostatnich 3-ch 36,9%; tak samo im późniejszy okres ciąży, tem częściej ostatnia przerywa się. Poronienie lub przedwczesny poród pogarszają rokowanie, dla tego sztuczne przerwanie ciąży w zapaleniu płuc jest przeciwwskazanem, i trzeba koniecznie unikać wszelkiej interwencji, któraby mogła wywołać skurcze macicy. Poród trzeba wstrzymać, jeżeli zaś wstrzymanie nie jest możebnem, to skrócić jego przebieg.

Znaczne podniesienia temperatury trzeba zwalczać.

Roterozen.

Wiadomości pomniejsze.

254. Petit poleca przy porażeniu gruźlicą pęcherza następujące wstrzykiwania:

Rp. Jodoformii	20,0
Glicerini	10,0
Aquae dest.	6,0
Gmi tragac.	0.25. M. D. S.

Żyzczkę od kawy powyższej mieszaniny rozprowadza się 150,0 wody

cieplej z dodaniem 10 kropli Tinct. Opii i wstrzykuje do pęcherza. Po 2-ch minutach wypuszcza się połowę płynu wstrzykniętego, następnie wyjmuje kateter, pozostawiając drugą połowę o ile można jaknajdłużej. Wstrzykiwania te, nie wywołujące ani bólów, ani parcia, powtarzać należy dwa razy tygodniowo. (La Sem. Méd., nr. 4, 1892 r.).

J. W.

255. **Wyjalawianie cewników i świeczek elastycznych.** Lanelogue wpadł na pomysł przechowywać cewniki elastyczne w atmosferze przesyconej rtęcią, do czego używał stosownie przygotowanej flaneli; doświadczenia wykazały, że w ten sposób przechowane instrumenta pozostały jałowemi, powierzchnia ich zupełnie gładką, a światło niezmiennem. Lecz aseptyczne instrumenta łatwo się zarażają, przez posmarowanie zwykłemi tłuszczami, użytymi dla ułatwienia ich wprowadzenie w części płciowe, a dodatek kwasu karbolowego lub nawet sublimatu do tłuszczów, słabo czyni płyny te antyseptycznemi. Lanelogue na ich miejsce proponuje oliwę z rtęcią metaliczną, warstwa której znajduje się w naczyniu z aseptyczną oliwą. Pary rtęci, jak to dowiódł Roger, przechodzą wodę, oliwę, alkohol i nalewki, również przenikają z łatwością i gazę opatrunkową. Warstwa oliwy z nad rtęci pozostaje antyseptyczną, a doświadczenia, zmierzające do zarażenia jej bakteryjami chorobotwórczemi, pozostały płonnemi. Doświadczenia kliniczne również wskazują na korzyść z użycia w podobny sposób przechowywanych instrumentów i przygotowanej oliwy, albowiem chorzy, którym wprowadzano w podobny sposób przechowywane instrumenty, nigdy nie mieli z tego powodu podniesionej ciepłoty wskutek miejscowej infekcji, ani najmniejszego podrażnienia cewki. (Le bulletin médical Med. Neuigk. für prak. Aerzte, nr. 40, r. 1892).

W. Kop.

256. **Wrodzona stulejka (phimosi) i nerwowe zaburzenia u dzieci.**

Często spotykana u dzieci stulejka prowadzi za sobą zbiorowisko wydzieliny w woreczku napletka, która, rozkładając się, oprócz miejscowego podrażnienia, jako to: swędzenie, pryszczycza, zapalenie żołędzi i t. d. może, jak to obserwował prof. Denucé, wywołać nerwowe zaburzenia wskutek odruchu. Zaburzenia mają rozliczne objawy kliniczne: bezwład mięśni, drgawki, wstrzymanie rozwoju umysłowego, silne rozdrażnienie. Usunięcie cierpienia znosi wyżej wskazane zaburzenia, wskutek czego autor stawia stulejkę w bezpośredniej zależności od zaburzeń nerwowych. (Annales de la Policlinique de Bordeaux). W. K.

257. Gad i Marinesco, sprawdzając na 65 zwierzętach doświadczenia Flourens'a, Gierke, Misławskiego i Holm'a, tycząc się **ośrodka oddechowego**, doszli do wniosku, że nie można go umiejscowiać w okolicy dokładnie określonej, że jestto zbiór komórek nerwowych, znajdujących się w substancji siatkowej z obu stron korzonków n. hypoglossi. Zniszczenie okolic, dawniej jako ośrodków oddechowych podawanych, nie pociągało za sobą zniesienia oddechu, drażnienie zaś wyżej opisanego miejsca wywołuje zmiany w rytmie oddechowym, a zwolna dokonane zniszczenie—zupełne ustanie oddechania. Idące od ośrodka tego włókna przebiegają w przednim pęczku podstawowym i nie krzyżują się. (La S. M. 47, 1892 r.).

J. L.

258. **Phlegmasia alba dolens i róża.** Ogólnie przyjęto, że wszelkie postaci zakażenia poporodowego zależą od jednego i tegoż samego parazyta—streptoc. erysipielatis; do tych też form należy i phlegmasia

alba dolens. Dr. Richardière przytacza przypadek, który zdanie to świetnie potwierdza. Młoda kobieta zaczyna gorączkować 12-go dnia po porodzie, wkrótce ukazują się objawy phlegmasiae a. d. Dziecko, przez matkę karmione, w zupełności usunięte od niej zostaje. Aliści w 20 dni po pojawieniu się gorączki u matki: stwierdzono u dziecka, dotychczas zupełnie zdrowego, różę na biodrze, która gwałtownie rozszerzać się zaczęła; 6-go dnia dziecko zmarło. Szczegółowe badanie okoliczności, towarzyszących chorobie, wykazało, że bandaże dla dziecka leżały w miejscu, gdzie zwykle składano użyte opatrunki matki; w ten sposób, lekkie nawet ukłucie dziecka szpilką przy opatrywaniu mogło spowodzić zakażenie. (La S. M. 44, 1892). *J. L.*

259. Dr. Lerefait z Rouen widział bardzo dobre wyniki przy **stosowaniu kreozotu w krztuscu**. We wszystkich prawie przypadkach, o ile nie były one powikłane przez zapalenie drobnych oskrzeli (bronchitis capillaris) lub też przez zapalenie płuc kataralne, spostrzegał autor po kreozocie stopniowe zmniejszanie się częstości, oraz natężenia napadów. Krztusiec, leczony w ten sposób, trwał przeciętnie od 5 dni do 6 tygodni, zależnie od przypadku. Kreozot też wstrzymywał wymioty, w czasie napadu skuteczniej od innych środków. Radzi go autor podawać w roztworze 0,5 na 100,0 łyżeczkami od kawy. Dawka zależna jest od wieku dziecka. Najmniejsza dawka, jaką autor stosował, wynosiła 3 łyżeczki dziennie u sześciotygodniowego dziecka. (W. M. P.)

H. Kuch.

260. Dr. Philipp z Berlina mówił na ostatnim kongresie chirurgicznym w Berlinie o **usypianiu za pomocą pentalu**. Spostrzeżenia swoje oparł na przeszło 200 przypadkach; w żadnym przypadku nie zauważył ubocznego działania tego nowego środka, jak to ma miejsce przy użyciu chloroformu. Największa zużyta dawka pentalu wynosiła 180 cm. Światło nie rozkłada tego preparatu. Narkoza prawie we wszystkich przypadkach występuje bez pobudzenia. Oddech bywa spokojny i głęboki, tętno nie słabnie. Z odsunięciem maski znika jednocześnie wszelkie działanie pentalu.

W dyskusji Schede (Hamburg) wskazuje na przypadek śmierci wskutek narkozy pentalem, ogłoszony przez Lurlt'a, sam zaś niejednokrotnie widział ciężkie przypadłości ze strony płuc i serca, wskutek czego radzi nie uważać pentalu za tak niewinny środek. (W. M. P. 40).

H. Kuch.

261. Prof. Rumpf podaje **spostrzeżenia swoje nad leczeniem cholerycznych** podczas obecnej epidemii hamburskiej. Spostrzeżenia swoje oparł on na mniej więcej 3,000 przypadkach. Salol, kreolina, kreozot, kwas solny i mleczny pozostały bez wpływu. Enterokliza z taniny, którą początkowo larga manu stosowano, również prędko musiała być zarzuconą, jako bezskuteczna; to samo da się powiedzieć o wstrzykiwaniach podskórnych salolu i eteru. Natomiast kalomel stosowano z dobrym wynikiem zarówno w zwykłej biegunce cholerycznej, jako też i w pierwszych okresach intoksykacji. Kalomel podawano z początku w większych dawkach po 0,3, potem w mniejszych po 0,02 — 0,05 co 2 godziny. Wymioty uśmierzano kilku kroplami roztworu kokainy 1:100. Ciepłe kąpiele, podobnie jak kalomel, wywierały wpływ dodatni. Bóle w dołku, oraz bolesne kurcze mięśni uśmierzano małymi dawkami morfiny, podskórnie stosowanemi. W stadium algidum stosowano

wstrzykiwania podskórne roztworu soli kuchennej, które jednak mniej okazały się skutecznymi od wstrzykiwań w żyły. (D. M. Weh. 39).

H. Kuch.

262. P. Guttman opisuje **przypadek zatrucia antypiryna**, przypominający swym przebiegiem okres zamartwicy cholery tak dalece, że chory przeniesiony został do obserwacyjnego baraku. Ciężota 34,5, zapasć, sinica, wymioty, kurcze w łydkach, tętno niewyczuwalne. Prawidłowy stolec usunął podejrzenie cholery. W dalszej obserwacji wystąpiła: wysypka pryszczkowata na piersiach i brzuchu, podwójne i wywrotne widzenie, szum w uszach. Chory ten zażył naraz 1 grm. antypiryny z powodu bólu głowy i niebawem doznał zawrotu i zaburzeń wzrokowych; pomimo to zażywał jeszcze i następnych dni po 2 grm. (wszystkiego 10 grm.). Przy użyciu środków pobudzających stan normalny powrócił w zupełności. (Ther. Monabt. 10; W. Presse 44). H.

263. Dr. Lazarus, asystent Guttmana, przeprowadził szereg doświadczeń na zwierzętach nad **autitoksycznym działaniem surowicy krwi osób, które przeszły cholereę**. Otóż okazało się, że szczepienia takiej surowicy są w stanie wywołać u zwierząt odporność na sztucznie wywołaną chorobę, ale przedsięwzięte w okresie rozwiniętej choroby okazują się bezsilnym; mają więc znaczenie profilaktyczne, lecz nie lecznicze. (Berl. Kl. W. 43, 49). H.

264. Kral przy cholercie w okresie zaduszania radzi **energiczne wprowadzanie tlenu do krwi** i za najodpowiedniejszy sposób w tym celu uważa wlewanie do żył wody utlenionej. (A. W. med. Z. 35, 92).

265. Finny zaleca **bromek morfiny** w zamian używanych obecnie preparatów makowca. Środek ten ma podobno działać również dobrze, nie sprawia przytem przykrych ubocznych następstw właściwych znanym związkom makowca (Sem. Med. 92, 49).

Drugi zjazd międzynarodowy dermatologów i syfilidologów w Wiedniu.

PODAŁ

J. Sieszpowski.

Widmo szerzącej się po świecie epidemii przykuło do miejsca wielu znanych na polu naukowem specjalistów, a jednak zjazd liczył przeszło 200 członków. Francya nielicznie była reprezentowaną: Besnier'a wstrzymała śmierć córki, Fournier, pomimo zapowiedzi, nie przyjechał. 5 go Września otworzył kongres prof. Kaposi serdecznem przemówieniem, życząc, by każdy z członków mógł sobie powiedzieć: „omne tulit punctum qui miscuit utile dulci“. W wyborze Wiednia, jako miejsca obecnego zebrania, upatruje Kaposi hołd dla geniuszu Ferdynanda Hebry, twórcy szkoły dermatologicznej wiedeńskiej. Następnie przemówił rektor prof. Ludwik w imieniu uniwersytetu, prof. Neuman — w imieniu towarzystwa dermatologicznego wiedeńskiego, dr. Stenzl w imieniu miasta. Obrany na honorowego prezesa kongresu, prof. Hardy odczytał: „Coup d'oeil sur l'état actuel de la dermatologie“. Prelegent zastrzeżę, że

nie przedstawi historii dermatologii, lecz zaznaczy jej postępy w latach ostatnich. Jakkolwiek dermatologija jest niedawną specyjalnością lekarską, jednak już w ubiegłym stuleciu ułożyli pierwsze podstawy tej nauki sławni, jednocześnie żyjący lekarze—Plenck w Wiedniu, a we Francyi Lorri, którego „*Dermobis cutaneis*“ w r. 1787 wyszło. Pierwszy z nich, Plenck, uwzględniał wyłącznie zewnętrzne cechy chorób w ich miejscowych stosunkach, podczas gdy drugi, Lorri, podzielił choroby skóry na dwie duże grupy: jedną, obejmującą choroby, pochodzące z przyczyny wewnętrznych, a druga, mniej liczną, obejmującą miejscowe cierpienia. Poglądy te prawie bez zmiany panują do chwili obecnej w szkole wiedeńskiej i paryzkiej. Ogniskiem tej ostatniej stał się Hôpital St. Louis w Paryżu, gdzie Alibert, Gibert, Cazennave i Devergie głosili swe odczyty; prawdziwymi twórcami współczesnej dermatologii są jednak Erasmus Wilson w Londynie, Ferdynand Hebra w Wiedniu i Bazin w Paryżu. Najgodniejszym zaznaczenia należy uważać dokładność w opisie typów chorobowych. Wprawdzie pilne badania tych typów doprowadziły do ich podziału, a pewne stany chorobowe, dotychczas uważane jako pewne odmiany, uznane zostały za odrębne całości. Tak pojęcie lichen zostało zupełnie zmodyfikowane: utrzymano go zaledwie dla kilku gatunków chorobowych, np. *lichen simplex* Vidala, *lichen planus* Er. Wilsona, *lichen ruber* Hebry; inne zaś formy za lichen uważane, nazwane zostały jako *eczema urticaria*, *prurigo*, *keratosis*. Ta sama różnica zachodzi z *impetigo* i *pityriasis*: pierwsza przestała być odrębną chorobą, druga dołączoną została do *eczema* i *seborrhoea*. *Pemphigus* pod wpływem Durin'ga i szkoły francuzkiej obecnie inaczej jest proponowany, niż tego chce szkoła wiedeńska, która *dermatitis herpetiformis* uważa za odmianę *pemphigus*. Ważne prace przedsięwzięto nad *sycosis*: obok *trichophitiasis parasitaria*, odróżniono samostatne cierpienia gruczolów włosy-łojowych, bądź to wprost charakteru zapalnego, bądź spowodowane przez zwykle pasorzyty (*cocci*) ropne. Pod nazwą *folliculitis* i *perifolliculitis* opisano ważne odmiany *sycosis pilaris* Bazin'a i *adenotrichiasis prelegenta*. Z pośród nowych typów należy wyróżnić *Actinomicosis*, *scleroderma pigmentosum* Kaposi, *hydradenoma*, *erythema vacciniiforme* dzieci i *malleus*. Najnowszemi zdobyczami jest głębsze zbadanie *dermatitis exfoliativa*, badania nad *mykosis fungoides*, *lupus disseminatus* Kaposi, *dysidrosis*, opisana przez prelegenta, jako odmiana *eczemy*, *keratodermiae*, odłączona od prawdziwej *ichthyosis*, zmiany sekrecyi łojowej, choroba Morvan'a. Obok cierpienia przez Morvan'a opisanego, Hardy wspomina o odmianie *sclerodermiae* Weir Mitchell'a, charakterystykę której stanowią: suchość, twardość i zanik skóry. Zależnemi od zaburzeń czynnościowych lub organicznych układu nerwowego są: *sclerodermia*, *herpes zoster*, *vitiigo*, *pseudo-area* Celsi i być może *proriasis*. Badania bakteryjologiczne zwiększyły ilość chorób pasorzytnicznych: *lupu*, *lepra*, *malleus* i pewne formy *erythemy*, *imupetigo* i *ecthymy*. W le-

czeniu wewnętrzny sposób jego mało zmieniony i we Francji odgrywa ważną rolę; przeciwnie zewnętrzny sposób obejmuje ogromną ilość nowych sposobów, z pomiędzy których należy wyróżnić chirurgiczny: scarifikacje przez Balmana Squire'a przy acne zalecane, znalazły obszerniejsze zastosowanie w rękach Vidal'a, Besnier'a i Brocq'a. Wyskrobywanie łyżką Volkmann'a, elektroliza, przyżegania ogniem, galvano-punktowe należą do środków tegoż rzędu. Z pomiędzy nowych środków miejscowych, wspomnieć należy: jodoform, jodol, dermatol, rezorcyna, salol, kwas pyrogallusowy, salicyłowy etc.

Po entuzyjastycznie przyjętem przemówieniu prof. Hardy'ego, zaczęto odczyty i rozprawy; z tych jednak zamierzam dać sprawozdanie o tyle tylko, o ile mogą zainteresować szersze koło czytelników „Kroniki“.

Arning. *O obecnym stanie trądu w Europie.* W zachodniej połowie Europy liczba przypadków trądu osiąga 3000: Norwegia i Hiszpania po 1,200, Portugalia 300, Sycylia, Francya, Włochy północne i Irlandya po 100; Malta 70; do tej liczby należy dodać około 300 przypadków, zaciągniętych ze stałych ognisk do większych miast. Od lat dziesięciu w Niemczech zdarzają się endemiczne przypadki trądu formy guzowatej (lepra tuberosa), podczas gdy forma nerwowa przeważnie panuje w dawnych swych ogniskach. Tylko odosobnienie może zabezpieczyć od szerzenia się zarazy.

Zeferino Falcao. *Trąd w Portugalii.* W Portugalii trędowaci żyją wśród zdrowych bez wszelkiego odosobnienia i na równi ze zdrowymi zajmują się wszelkim fachem i handlem. Ilość mężczyzn znacznie przeważa nad ilością kobiet: na 772 przypadki trądu obserwowano 501 u mężczyzn. Choroba występuje przeważnie w 12—20 roku życia. Wszystkie 772 przypadki obserwowano u blondynów. Przyczyna sprzyjająca—zaziębienie. Forma guzowata najczęstsza.

Kalendern. *O trądzie na półwyspie Bałkańskim.* Obserwacje przekonywają, iż trąd szerzy się wskutek zarażenia się, lecz nie można jeszcze orzec, czy zaraza przechodzi bezpośrednio od człowieka do człowieka, czy też pośrednio. Jako główne dane przy różniczkowem rozpoznaniu lepry i syringomyelia prelegent podaje: zniesienie czucia dotykowego, zanik i niedowład mięśni powierzchownych twarzy; obecność plam na ciele; zupełne lub częściowe wypadnięcie włosów, zmiany paznokci, zgrubienie nerwów gruzowate, samorodny zanik członków palców — objawy, występujące przy prądzie stale, przy syringomyelia—nigdy. W przypadkach zanikowych autor posługuje się badaniem bakteryjologicznem: stosuje przyszczydło i na 3 lub 4 dzień, gdy wystąpi ropienie, robi poszukiwania laseczników. Z dobrym skutkiem autor używa przy leczeniu oleju skalnego 1 — 1,25 grm. w kapsułkach od 4 — 6 dziennie; zewnętrznie maść z tegoż oleju 1:10 lub 1:20.

Neumann. *O nowych ogniskach trądu w Europie.* W 1890 roku prelegent, delegowany do Bośni, znalazł dziewięć przy-

padków trądu guzowatego, występującego przeważnie na twarzy; dziedziczność odgrywa ważną rolę w szerzeniu się trądu.

Köbner cytuje dwa przypadki, przeczące zaraźliwości trądu. W jednym przypadku silny mężczyzna, długi czas zajmujący się fotografią w Pernambuco, zachorował na trąd już po powrocie jakoby wprzódce po uszkodzeniu cewki moczowej przez katetyzacyję. Drugi przypadek dotyczy ojca rodziny, który zawsze był w najbliższych stosunkach z otoczeniem, nikt się jednak odeń nie zaraził. Leczył prelegent chorych kreozotem: błonę śluzową nosa przyżegał chlorkiem cynku.

Neumann. *O przymiocie późnym.* Najgłówniejszą przyczyną przymiotu trzeciorzędnego należy uważać niedostateczne leczenie w początkach choroby. Tego rodzaju cierpienia, jak: gruźlica, malaryja, szkorbut, alkoholizm, choroba Bright'a w znacznej mierze sprzyjają wybuchowi objawów trzeciorzędnych. Za przerzut (metastatis) trzeciorzędnego przymiotu uważać nie można; w większości przypadków ma się do czynienia z pozostałościami wysięków, które pod wpływem bądź to przytoczonych przyczyn, bądź to innych proliferują. Na przymiot trzeciorzędny przypada 6,82% wszystkich przypadków przymiotu. Najczęściej zjawia się w trzecim roku choroby na skórze, błonach śluzowych i kościach. Badanie krwi wykazało też same rezultaty, jak w okresie drugorzędnym: zmniejszona ilość hemoglobiny i czerwonych krążków krwi, natomiast zwiększenie ilości białych.

Romniceano. *O rozmaitych postaciach przymiotu u dzieci, spostrzeganych w szpitalu dzieciennym w Bukareszcie od 1874 do 1892 roku.* Przymiot u dzieci najczęściej występuje siódmego dnia po urodzeniu; wogóle zaś pomiędzy 1-m i 5-m miesiącem. Z małemi wyjątkami najwcześniejszym objawem bywa sapa, najczęstszym zaś łepięże płaskie, owrzodzenia, rozpadliny w okolicy kąta ust i otworów nosowych, do rzadszych—pryszczycy przymiotowa, przeważnie w połączeniu z danemi objawami, ropnie u dzieci charłacznych. Z pośród 27 obserwowanych przypadków, przeważna ilość przypadła na objawy drugorzędne; trzeciorzędne—należą do rzadkości. Kilaki i porażenia kości prelegent obserwował u dzieci bardzo rzadko; natomiast widział niekiedy różyczkę w połączeniu z zapaleniem stawów, zwłaszcza łokciowego, biodrowego i ramieniowego. Przy leczeniu prelegent używał szaruchy 2 grm. dziennie, 8—16 wieierań; jednocześnie i matka, karmiąca piersią swe dziecko, była poddawana specyficznjej kuracyi. Slinotoku nawet przy bardzo dużych dawkach, 8—12 grm. dziennie, autor nie widział, iniekcyy podskórnych nie używał, głyż takowe sprawiają nader dotkliwy ból, wywołują ropnie, a kuracyi nie przyspieszają. Tu zacytował prelegent fakt z własnej praktyki, do jakiego stopnia dzieci wrażliwe są na ból: przecięto dziecku ropy bez uspiania, poczem śmierć nastąpiła w kilka chwil. Plastrów prelegent nie zaleca, wbrew Neisserowi, gdyż takowe silnie drażnią skórę.

Mraček. *O przymiocie serca.* Zmiany, obserwowane przy

przymiocie serca, spowodowane są bezpośrednio przez przymiot lub też następczo. Do zmian pierwszego gatunku należą: zapalenie specyficzne, t. j. myocarditis fibro-sclerotica i kilaki; po większej części obie formy spotykają się jednocześnie i przeważnie w lewej komórce. Kilaki najczęściej dają się spotykać przy sekcji w mięszu serca. Myocarditis fibrosa znajduje siedlisko nie tylko w tkance, otaczającej najmniejsze naczynia, lecz i duże tętnice (ar. coronariae), co wywołuje znaczne zaburzenia odżywcze i czynnościowe. Przy zmianach następczych, nowotworząca się tkanka kilakowa rozrasta się kosztem muskulatury serca, która częściowo ulega zanikowi, częściowo zaś zmianom wstecznym.

A u b e r t. *O wchłanianiu się tłuszczów przez skórę.* Należy odróżniać przenikanie przez nasiąkanie powolne i przenikanie przez tarcie. Oba te sposoby użycia tłuszczów wymagają odmiennych przymiotów: pierwsze—płynności, drugie—lepkości. Dla przeniknięcia przez nasiąkanie potrzeba 2 do 5 godzin. Sadło, szpik, gliceryna (prelegent chce zaliczyć glicerynę do tłuszczów J. S.), lój przenikają pręcej, niż wazelina; najopieszalszym jest przenikanie lanoliny. Rozmaite olejki (rącznikowy, słodkich migdałów) pod względem przenikania są prawie analogiczne z sadłem.

O ile lanolina w maściach zwyczajnych posiada najwolniejsze, o tyle we wcieraniach przedstawia najszybsze przenikanie. Własność tę najprawdopodobniej zawdzięcza cholestearynie, mieszając bowiem cholestearynę z olejem rącznikowym, otrzymamy ciało tłuste, jednolite, bardzo podobne w swych własnościach do lanoliny. Obok lepkości, ważną rolę odgrywa przy absorbcyi łatwość mieszania się — co autor nazwał miscibilité: im energiczniejszą jest ta ostatnia, tem ciało łatwiej przenika.

N e i s s e r. *Podstawy leczenia rzerzączki.* Jedyną przyczyną rzerzączki są zawsze gonokokki. Czy to w przypadkach ostrych, czy w podostrych lub przewlekłych, rozpoznanie cierpienia i jego umiejscowienia możebnem jest li tylko za pomocą badania bakteryjologicznego wydzielin błony śluzowej; mikroskopowe badanie, zwłaszcza u kobiet, nie ma żadnego znaczenia; kultury używane są tylko w wyjątkowych razach. Niebezpieczeństwo cierpienia polega na tem:

1) że jad tryprowy i procesy patologiczne przezeń wywołane, nie pozostają umiejscowionemi w częściach błony śluzowej pierwotnie zajętej, lecz, że

a) u mężczyzn cewka tylna, trudno dostępna do kuracyi, a ztąd powrozek nasienny i przyjądrze (azoospermia) mogą być porażone, jako też mogą wystąpić powikłania ze strony gruczołu krokowego, pęcherza i t. d.;

b) u kobiety przyjąc mogą udział: macica, jajowody, jajniki i otrzewna;

2) że jad tryprowy, w fazach późniejszych, zajmuje głębokie pokłady nabłonka.

Wskutek tego szerzenia się po powierzchni i w głęb', jad może utrzymać się przez miesiące i lata w miejscach trudno lub zupełnie niedostępnych, to jest może się wytworzyć przewlekłe źródło infekcyi. W okresie początkowym choroby, gdy proces zajmuje tylko powierzchowne warstwy nabłonka, leczenie nie przedstawia trudności i może być wykonanem przez samego chorego. Przy leczeniu trypra winno się mieć

na uwadze, zapobieganie szerzeniu się procesu z przedniej części cewki do tylnej i przekształcaniu się ostrej formy na przewlekłą. Leczenie więc winno być rozpoczęte jak najwcześniej po zarażeniu się chorego. Środków należy używać tylko takich, które posiadają następujące warunki: zabijają gonokoki, jak najmniej powiększają stan zapalny i nie uszkadzają błony śluzowej. Warunkom tym najwięcej odpowiadają: lapis 1:4000 — 1:2000, ichtyol 1:100, sublimat 1:30000 — 1:20000. Środki ściągające nie są skuteczne, a wprost do niebezpiecznych należy zaliczyć: stężone przyżegające i mechaniczne rękoczyzny (endoskopia, wprowadzanie świeczek i t. p.).

Za najlepszą metodę leczenia uważać należy częste irygacje cewki, by o ile można najlepiej zmyć wszystkie części błony śluzowej, zwykle pofalowanej.

Mężczyzna z pożytkiem może zastąpić irygacje przez częste iniekcje, dokładnie robione dużą szpryczką. Leczenie wewnętrzne uważać należy za bezowocne; natomiast środki higieniczne i dyjetetyczne, jako też prawdopodobne miejscowe z wielką korzyścią mogą być stosowane.

We wszystkich przypadkach podostrych należy badać, czy tylna część cewki moczowej nie jest zajęta i czy wydzielina nie zawiera gonokoków wtedy tylko, jeśli zachodzi potrzeba, przedsięwziąć miejscowe leczenie tylnej części cewki. Leczenie powinno być długie, jakkolwiek polepszenie niekiedy daje się zauważyć bardzo prędko. Przed rozpoczęciem leczenia tak zwanego „trypra przewlekłego”, należy się przede wszystkim przekonać, czy się rzeczywiście ma do czynienia z infekcją tryprową. Jeśli badanie wykryje obecność drobnoustrojów w wydzielinie przedniej części cewki lub tylnej, należy usilować zwalczyć je za pomocą irygacji lub instylacji Guyon'a. Głębsze zmiany błony śluzowej, zwłaszcza ograniczone, dają się usunąć za pomocą sond, endoskopii, rozszerzania, masażu, kauteryzacji i t. d. Leczenie trypra u kobiet musi być wciąż kontrolowane badaniami mikroskopowymi, a rozpocząć leczenie ostrego trypra cewki i szyjki macicznej należy jak najprędzej, by zapobiedz szerzeniu się procesu. Leczenie trypra odbytnicy zasługuje na większą uwagę, niż to robiono do chwili obecnej, gdyż infekcja tryprowa odbytnicy bywa punktem wyjścia jej przewlekłych owrzodzeń.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

SCHIMMELBUSCH. **Przewodnik aseptycznego leczenia ran**, przegląd L. Guranowskiego. Warszawa 1892 r.

Główna zasada leczenia ran od czasów pierwszego wystąpienia Lister'a do obecnej chwili, można powiedzieć, nie zmieniła się wcale. Zasadę tę można streścić w sposób następujący: wszystko, co tylko z raną styczność mieć może, jest nieczyste, zakażone, aby więc od tych szkodliwych wpływów ranę uchronić, odpowiednie przedmioty należy poddać uprzedniej dezynfekcyi. Jeżeli ta podstawowa zasada nie uległa od owej chwili zmianie, to za to zmieniły się bardzo poglądy

na *posoby*, jakimi przychodzące z raną w styczność przedmioty dezynfekować skutecznie możemy. Dawniej wielką wiarę pokładano w skuteczność środków chemicznych; zdawało się, że dość jest ręce obmyć lub ranę opłukać roztworem karbolu lub sublimatu, aby zabić wszelkie znajdujące się na nich zaraki. Najpierwsze podręczniki antyseptyki nie kładą nawet wielkiego nacisku na użyciu szczotki i mydła przy umyciu rąk przed operacją. Zanurzenie na chwilę przed operacją materiałów opatrunkowych rąk lub narzędzi do płynu antyseptycznego, zdawało się kompletnie już je dezynfekować. Wiara w karbol tak była silną, że wyobrażano sobie iż od samego zapachu karbolu, bakteryje giną, jak tego dowodem szerokie użycie piasku karbolowego do dezynfekcyi podczas ostatniej epidemii cholery. Z biegiem czasu przekonano się jednak, że te chemiczne środki wcale nie są tak pewne. Ścisłe badania bakteryjologiczne wykazały, że choć środki chemiczne w odpowiedniej koncentracji przy pewnych warunkach są w stanie zabić wegetatywne formy ustrojów chorobotwórczych, to jednak zarodniki wielu z nich są w stanie nawet bardzo długo przetrzymać zgubne ich działanie. Jeżeli zaś w dodatku jeszcze dronoustroje będą miały ochronę w postaci tłuszczu, brudu lub też ścinającej się od zastosowanych antyseptyków otoczki z białka, które to warunki zawsze w praktyce powinniśmy mieć na widoku, to wtedy z góry już przewidzieć można wielką problematyczność zabójczego działania chemicznych antyseptyków. Zamiast zatem liczyć na zabicie drobnoustrojów przez roztwory antyseptyczne, lepiej i pewniej usuwać je mechanicznie, gdzie się da, za pomocą szczotki, mydła, wytarcia, co zaś do materiałów opatrunkowych i narzędzi, to badania bakteryjologiczne wykazały, że za pomocą wysokiej temperatury w postaci przegrzanego powietrza, wrzątku lub pary, daleko pewniej możemy je wyjałowić, niż wszelkimi znanymi chemikalijami. Co do źródeł, zjakąd może pochodzić zakażenie, również znacznie poglądy nasze się zmieniły. Gdy dawniej *powietrze* najwięcej w tym sensie obwiniano, dziś baczeniejszą zwracamy pod tym względem uwagę na ręce, narzędzia i materiały opatrunkowe. W wyszłym niedawno w tłumaczeniu kol. Guranowskiego dziełku Schimmelbuscha pod tyt. „Przewodnik aseptycznego leczenia ran”, znajdzie czytelnik zarówno historyczny przebieg rozwoju tej kwestyi, jak również wszechstronne i najszczególowsze wskazówki, jak przy obecnym stanie nauki postępować winniśmy przy operacjach, zarówno co do przygotowania chorego, jak i narzędzi i materiałów opatrunkowych. Wskazówki te są oparte na ścisłych badaniach bakteryjologicznych, a co do swej praktyczności i dzielności poparte są bogatym doświadczeniem z kliniki Bergmana. Książka ta, powiedziec możemy, jest streszczeniem ostatnich wyników bakteryjologii, zastosowanej w praktyce chirurgicznej. Nietylko jednak dla chirurga przedstawia ona interes, można ją nazwać poniekąd również dobrym podręcznikiem dezynfekcyi wogóle, ze względu na krytyczne zestawienie różnych sposobów wyjaławiania. Z tego względu jest ta książka cennym nabytkiem dla każdego lekarza, choćby w gorącym czasie dzisiejszej walki z epidemią cholery. W dodatku książka łatwo się czyta, a w tłumaczeniu kol. Guranowskiego cech tych nie straciła wcale. Są, co prawda, pewne usterki językowe, np. lodowce nazywa kol. G. lodnikami, a otręby otrę-

biami; usterek³ tych jest bardzo niewiele i wartości dziełka w niczem nie ujmują. Wysłała ta książeczka nakładem Medycyny, a kosztuje rs. 1.
Dzierżawski.

List otwarty do Redakcyi „Kroniki Lekarskiej“¹⁾

Kilka uwag z powodu artykułu Herynga. „Przerost migdałków, warunki powstawania i leczenia na drodze operacyjnej.” Gaz. Lekar. Nr. 41—43, 1892 r.

Ponieważ z powodów osobistych byłem zmuszony odstąpić od zamiaru umieszczenia w „Gazecie Lekarskiej” listu tego, przeto upraszam Sz. Redakcyję o zamieszczenie go w szpaltach „Kroniki Lekarskiej”.

W artykule kol. Herynga znajduje się następujący ustęp: „od tej chwili mylny ten pogląd (mowa tu o możliwości zranienia art. carotis int. przy wycinaniu migdałka), bałamucający lekarzy, przeszedł do wszystkich podręczników chirurgii i pomimo anatomicznych poszukiwań.... *pojawił się także w rozprawce Sędziaka, który widocznie pracy Zuckerkandl'a nie czytał, pomimo, że ją w podanej literaturze cytował*” (sic!).

Ustęp ten, którego stronę etyczną pozostawiam ocenie bezstronnego czytelnika, stał się punktem wyjścia do skreslenia niniejszych uwag.

Prawda—Zuckerkandl (Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1888, str. 214) mówi—że zranienie art. car. int. przy wycięciu migdała jest niemożliwym, *lecz wtedy tylko, gdy się cięcie prowadzi w kierunku strzałkowym.* Jednak nie zaprzeczy mi kol. H., że znane są w literaturze przypadki (Portal'a, Allan-Burns'a, Beclard'a, Hahn'a, cyt. w Eulenburga Real-Encyclopedie, tom 13. str. 566, oraz 4 przypadki Velpeau, cyt. u Mackenzi'ego, str. 95, 1880), w których tętnica ta została zranioną. Nie chcę tu bynajmniej twierdzić, że Zuckerkandl się myli, lecz utrzymuję razem z nim, Linhart'em i innymi, że zdarzyć się to może *przy nieprawidłowo wykonanej operacji* (str. 22).

Twierdzeniem tem nikogo w błąd nie wprowadziłem, gdyż, przyznając rację badaniom O. Zuckerkandl'a, zastrzegłem, że zranienie carotis int. jest możliwym przy złem prowadzeniu cięcia.

Pracy Zuckerkandl'a w mojej broszurce nie cytowałem, lecz cytowałem referat (str. 13), zarzut więc kol. H. jest co najmniej niesłuszny, że nie użyję tu właściwego wyrazu.

Kol. H. zalicza mnie do ludzi, bałamucających czytelników, prawdopodobnie więc sam od tego zarzutu czuje się wolnym i na tej podstawie, „z całą uprzejmością“, piętnuje innych. By go wyprowadzić z tak miłego złudzenia, poświęcam tych kilka słów rozbirowi jego pracy, w której, jak sam się zaraz przekona, panują sprzeczności i błędy, wskazujące na nieznamość kardynalnych podstaw teorii.

Zacznę chyba od anatomii normalnej:

Kol. H., opisując budowę migdałków, mówi, że migdałki na po-

¹⁾ Umieszczamy powyższy list otwarty, jako pochodzący od stałego członka naszej redakcyi, któremu gościnności w łamach naszego pisma odmówić nie możemy.
(Przyp. Red.)

wierzchni posiadają otwory i zagłębienia, „które komunikują z jamkami, lub kanałami, nieraz z rozgałęzieniami“. No, niech teraz, na podstawie tego określenia, wyrobi sobie czytelnik jasne i prawdziwe pojęcie o stanie rzeczy...

Zdaje się, każdy tak to zrozumie, iż w migdałkach znajdują się jamy, lub kanały, nieraz „rozgałęzienia“ (czego?), z którymi komunikują otwory i zagłębienia, znajdujące się na powierzchni. Tymczasem tak nie jest, gdyż w migdałkach znajdują się tylko „rozgałęziające się zagłębienia“.

Dalej, podług kol. H., miąższ migdałków składa się: „z tkanki adenoidalnej i skąpych gruczołów śluzowych“, które „mają budowę gronkową, położone są zwykle w głębi, przewody ich otwierają się albo w kryptach, albo na powierzchni“.

W miąższu migdałków nigdy gruczołów śluzowych nie bywa i nigdy przewody ich nie otwierają się do krypt.

„Schleimdrüsen kommen in der Mandel nicht vor“ — czytamy u Schech'a na str. 89, w jego podręczniku dla chorób gardła z r. 1890. Prawdopodobnie kol. H. nieraz badał mikroskopowo wycięte migdały. Widział on nieraz na swych preparatach gruczoły śluzowe i na podstawie swych badań (innych autorów nie przytacza) wygłasza swą opinię. Lecz wielka szkoda, że kol. Heryng patrzy bezkrytycznie, a może nieco pobieżnie na swe preparaty. Gdyby się staranniej im przyjrzał, zobaczyłby, że te gruczoły nigdy nie leżą pośród tkanki adenoidalnej, lecz są otoczone tkanką łączną i że przewody nigdy nie otwierają się do krypt, lecz na powierzchnię.

Zobaczyłby jeszcze jedną interesującą rzecz, że te gruczoły leżą zawsze u obwodu skrawka i zaraz obok powierzchni odciętej. W samym zaś migdale gruczołów śluzowych nie ma, lecz jest ich wielka ilość zaraz obok w błonie śluzowej, pokrywającej łuki. Przy wycinaniu często nie jesteśmy w stanie wyciąć samego migdału, a wycinamy zarazem części błony śluzowej łuków, a więc i gruczoły, które potem widzimy pod mikroskopem.

Ale nie koniec jeszcze z anatomiją.

Autor, opisując mięśnie migdałków, mówi (za Luschką), że organy te posiadają dwa specjalne mięśnie, które przy skurczach mięśni gardzieli również się kurczą i wysuwają migdał ku środkowi, ciągnąc go nieco ku dołowi i zwracając tylną jego powierzchnię do przodowi. Jednym słowem migdał jest wysunięty „jak kulisy“. Bardzo jest więc logicznem, że ten migdał przy takim wysunięciu bywa rozciągany; ciągną go własne mięśnie ku dołowi i ku przodowi.

Tymczasem na tej samej stronie autor mówi, że w tych samych warunkach (przy skurczu mięśni gardzieli) migdał kurczy się i wydzielina z krypt wydobywa się na zewnątrz. Co wywołuje kurczenie się migdałka, autor nie tłumaczy. Jak pogodzić, jak zrozumieć te sprzeczności, co zrobi z niemi czytelnik, który niema być w błąd wprowadzonym — pytanie to niech rozstrzygnie sam autor.

Najciekawszym z całej pracy jest dział fizjologiczny, a biedny czytelnik, odczytawszy go, z pewnością nie będzie miał najmniejszego pojęcia, jak sprawa ta stoi.

Kol. H. przypisuje migdałkom jedną tylko czynność, powtarzając za Stöhrem i uważa ją za bardzo ważną dla organizmu. Mianowicie,

utrzymuje, że pośredniczą one migracyi leukocytów, które, wyszedłszy, zamieniają się na ciała śluzowe. Jeżeli to jest tak ważnym faktem, to dla czego kol. H. nie postarał się wytłomaczyć, jakie są przyczyny tej emigracyi, jaki jej cel i jakie następstwa?

Mówi, że z nich tworzą się ciała śluzowe, ale jakim cel tych ciałek śluzowych? Prawdopodobnie nie zechce on powtarzać za dawnymi autorami, że potrzebne są one do trawienia. Dla czego kol. H. na tę samą kwestyję nie chciał spojrzeć z innej strony; dla czego nie przypuszcza, że te leukocyty, które wychodzą, są już produktem użytym w organizmie, że te ciała śluzowe są produktem pośmiertnym ciałek limfatycznych.

Prawdopodobnie, mówi kol. H., niszczą one bakteryje w jamie ustnej. Czyż to jest możliwe! Jeżeli w organizmie koło najmniejszego ogniska zapalnego zbierają się całe miliony leukocytów, to cóż znaczy ta mała garstka wobec milionów bakteryj, gnieżdżących się w jamie ustnej!

Zaraz w następnym zdaniu, autor mówi, że przy pyo-pneumothorax wędrowka leukocytów zupełnie ustaje. Czyż przy pyo-pneumothorax ilość bakteryj w jamie ustnej zmniejsza się! Szkoda, że to ostatnie zdanie nie nasunęło kol. H. innej myśli, że nie wpadł on na pomysł, że migdały stanowią część całego organizmu, że nie wspominał o przypuszczalnej krwiotwórczej działalności migdałków—o związku ich z niektórymi cierpieniami konstytucyjonalnemi (rachitis) — o wielu, wielu wielu zresztą teoryjach, mających również pewną racyję bytu.

Żeby chociaż ta hipoteza, którą kol. H. tak na pierwszy plan wysunął, była zreferowaną tak, jak ją autorzy podali, ale i to mu się nawet nie udało.

Podając emigracyję leukocytów, jako czynność ochronną organizmu, miano przecież na widoku niszczenie bakteryj, które dostały się do krypt, ale nie bakteryj całej jamy ustnej.

Kończąc z istotą samej hipotezy, której hołduje kol. H., muszę przytoczyć dosłownie, jak pojmuje autor jej mechanizm. „Wdrażają one (leukocyty) pomiędzy komórki nabłonka, niszcząc go nawet, gdyż powstają w nim otwory dość duże, aby ułatwić mikrobowi dostęp do tkanki“.

A zatem, leukocyty, które wychodzą z tkanek, by walczyć z pasorzycami, niszczą nabłonek, by ułatwić mikrobowi dostęp do tkanki. Ależ to po prostu na żart zakrawa. Sądzę, że nawet tym mikrobowi nie przychodzi równie szczęśliwa myśl!

Kto zresztą kiedykolwiek widział, że nabłonek zostaje tu zniszczonym przez emigracyję leukocytów—nie wiem.

Na zakończenie działu fizjologii, autor mówi słów parę o wydzielinie migdałków i odrazu przechodzi do zmian, obserwowanych w wydzielinie przy powierzchownem niezbytym zapaleniu. Zupełnie nie mógłbym dopatrzeć się jakiegoś logicznego związku, gdyby autor nie był użył terminu łacińskiego: powierzchowne niezżytowe zapalenie nazywa on tonsillitis lacunaris superficialis. Zastrzedz sobie muszę, że podobnego terminu dziś nie rozumiemy. Rozróżniamy tonsillitis 1) superficialis, 2) lacunaris, 3) parenchymatosa.

Prawdopodobnie więc jest to pomyłka w terminologii łacińskiej,

ponieważ zaś ma to być powierzchowne zapalenie, a zatem tonsillitis superficialis.

Dla czego przy tonsillitis superficialis wydzielina „z półprzezroczystej, ciągnącej się, staje się gęstą, białą, czasem do twarogu podobną“ – nie rozumiem. Dalej powtarzając zdanie Valentin'a (autor nie cytuje, gdzie można znaleźć tę pracę), kol. H. w wydzielinie krypt znajduje między innymi „nabłonek rzędkowy, pochodzący z przewodów“. Dowiedzonym faktem jest, że do krypt migdałów nie otwierają się przewody gruczołów śluzowych. Rzędkowy więc nabłonek, który tam widziano, mógłby pochodzić jedynie ze ściany krypty. Dotychczas jednak nikt nie widział, by krypty migdałów były wysłane nabłonkiem rzędkowym. A nawet nikt nie widział go w gruczołach śluzowych, otwierających się obok migdała.

Idźmy dalej. Kol. H. tłumaczy, dla czego zawartość krypty przy zwięźeniu jej ujścia gęstnieje. Ponieważ, mówi autor, traci ona wodę. Ale dla czego? Jeżeliby do krypty ze zwięzonym ujściem otwierały się gruczoły śluzowe, jak tego sobie życzy autor, to zawartość nie powinna by tracić wody, a przeciwnie powinna się rozrzedzać. Jeżeli zaś nie ma ona gruczołu śluzowego, to przepędzanie leukocytów przez ściany nie ustaje, a z niem razem przesiąkanie surowicy. Zkąd więc ta utrata wody? Czyż to nie byłoby jaśniej i prościej tłumaczyć dany fakt wzmogionem łuszczeniem się nabłonka, zależnem od chronicznej sprawy zapalnej, jak to wszyscy robią, a nie stawiać jakieś przypuszczenia, które krytyki nie mogą wytrzymać. Przechodzi wreszcie autor do anatomii patologicznej, ograniczając się na kilku słowach, lecz i z niemi nie zupełnie mogę się zgodzić, tembardziej, że parę wierszy dalej autor sam sobie przeczy. Odróżnia kol. H. dwie postaci przerostu: 1) przerost tkanki adenoidalnej i follikulów i 2) przerost tkanki łącznej.

Ale zaraz dalej mówi, że istotę całej sprawy stanowi przerost tkanki gruczołowej, a przerost tkanki łącznej zjawia się następnie, jako rezultat zaniku tkanki adenoidalnej.

Najzupełniej słusznie, lecz po co tu gmatwać, po co wprowadzać jakieś podziały, kiedy sprawa jest tu jedna i zupełnie prosta.

Na zakończenie wspomnieć muszę, że „folliculi“ dziś wszyscy nazywają guzikami limfatycznymi „Lymphknötchen“, a nie torebkami.

Tyle co do teorytycznej części danej kwestyi.

Wypadałoby obecnie rozpatrzyć krytycznie i część kliniczną, która również nie jest zupełnie wolną od zarzutów, że jednak powiększyłoby to znakomicie i tak, zbyt już jak na list otwarty, obszernej repliki, zaniechałem tego obecnie.

Powtórzę tu tylko, że niesłusznie zarzuca kol. H. innym balamucenie czytelnika, jeżeli, jak to widzimy z powyższego, sam nierównie więcej do tego się przyczynia.

Jan Sędziak.

Kronika miesięczna.

— Cholera w Warszawie.

Od czasu wyjścia ostatniego numeru „Kroniki“ aż do ukazania się obecnego, było w Warszawie ogółem 48 przypadków cholery, pochodzących z rozmaitych ulic. Na niektórych (Miedziana, plac Zamkowy

Zającza) zdarzyło się po 3 przypadki, na innych po jednym. Dziennie zapadało osób 1 — 3. Od 5-u dni nie ma już w mieście ani jednego przypadku cholery. Można więc powiedzieć, że epidemii cholery nie było w Warszawie, były zaś właściwie tylko sporadyczne przypadki. Wszystkiego bowiem razem w ciągu całego czasu trwania cholery w mieście było zachorowań na nią 144, co w stosunku do półmilionowej ludności stanowi odsetkę prawie żadną. W chwili obecnej oddziały choleryczne na Pradze i w szpitalu żydowskim zamknięto; pozostał tylko czasowo oddział choleryczny przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Nadzór ściślejszy przez lekarzy rewirowych został również w ciągu ostatnich dni zniesiony. Z pomiędzy wyliczonej liczby przypadków cholery, badałem bakteriologicznie zawsze każdy pochodzący z niezajętych dotąd ulic, a w razie, gdy ich na pewnej ulicy było więcej, badałem ich po kilka. W ten sposób, oprócz z góry 40-u przypadków podejrzanych o cholere, w których dalszy przebieg kliniczny lub sekcja zaprzeczyły cholere, zgodnie z wynikami ujemnymi poprzedniego badania bakteriologicznego, badałem przypadków cholery 54 i we wszystkich znalazłem przecinki Koch'a. Ilość ich w stosunku do innych pasorzytów, określana tylko w przybliżeniu z ilości kolonij na płytkach żelatynowych, wahała się znacznie, nie stała jednak w żadnym uchwycić się dającym związku z przebiegiem klinicznym cholery. W kilku przypadkach, których przebieg kliniczny był tak nietypowy, że dopiero badanie bakteriologiczne pozwoliło na postawienie rozpoznania cholery, znalazłem przecinków bardzo dużo, w innych typowych czasami niewiele. Wogóle, biorąc stosunek procentowy kolonij przecinków cholerycznych do innych pasorzytów, przedstawiał się tak: W pięciu przypadkach ilość ich była nieznaczna, w 8-u stanowiła około 10⁰/₀ innych pasorzytów, w 5-u około 20⁰/₀, w 10-u około 30⁰/₀, w 2-ch około 40⁰/₀, w pięciu około 50⁰/₀, w 6-u około 60⁰/₀, w 4-ch około 70⁰/₀, w 6-u około 90⁰/₀, a w trzech były ich czyste hodowle, to jest 100⁰/₀.

W. Janowski.

— Cholera wygasa stopniowo w całej Europie, z wyjątkiem jednak Szwajcaryi, Danii, Szwecyi, Norwegii, Włoch, Turcyi, Grecyi, Bulgaryi i półwyspu Iberyjskiego dotknęła wszystkie Państwa. Jedynie jednak tylko w Rosyi była epidemiczną. W Królestwie tylko Lublin, Łęczna, Lubartów, Międzyrzec, Opatów można uważać za miasta, gdzie szerzyła się epidemija. W Niemczech, prócz Hamburga, gdzie była najsilniejsza epidemija na Zachodzie nigdzie nie dało się zauważyć rozprzestrzenienia się cholery; w Berlinie, Altonie i innych miastach zdarzały się tylko sporadyczne przypadki. Toż samo rzecz można o krajach Austryjackich, prócz Pesztu, gdzie była dość znaczna epidemija. W Belgii i Holandyi notowano również przypadki przeważnie sporadyczne, we Francyi szerzyła się epidemija w Paryżu i Hawrze, sporadyczne przypadki były w Marsylii. W Anglii stwierdzono kilkanaście przypadków, do rozwoju epidemii jednak nie przyszło, również jak i w Serbii. Ilość ofiar cholery oceniają w r. b. na 200,000 ludzi. W Ameryce właściwie nie było żadnego przypadku, zapadło tylko kilkudziesięciu wychodźców przybyłych z Europy, których natychmiast izolowano.

— Dawniejsze spostrzeżenia co do *mucha*, jako roznosiciela cholery, potwierdził w czasie ostatniej epidemii w Hamburgu Simonds,

prosektor szpitala powszechnego. W muchach, które były w prosektoryjum i siadały na kiszkach zmarłych na cholere, znajdował znaczną liczbę przecinków Koch'a, a jak się przekonał z bezpośrednich doświadczeń nawet po $1\frac{1}{2}$ godzinie na ciele much można było wykazać grzybek cholery. Z tego względu przestrzega autor przed wystawianiem na wolne powietrze zarówno przedmiotów zakażonych, jak i pokarmów, na których muchy mogą zaszczepiać zarazę. (D. M. W. 41).

— W roku 1870 zużyto w postaci napojów we Francji 585,000 hektolitrow spirtusu, czyli 1,46 litr na jednego mieszkańca. Obecnie roczna konsumpcja dochodzi 1,669,184 hektolitrow, co wynosi 4,40 litra na głowę. Ogromny wzrost alkoholizmu we Francji, obok zwiększenia się bezpośrednio ilości zużywanych napojów wysokowych, warunkuje się jeszcze tem, że obecnie produkowany wyskok jest znacznie gorszym i przeto więcej trującym, niż dawniejsze wyroby. (Union. 122).

— Dr. Aviragnet (124), repatrując statystykę szczepień antycholerycznych Ferrana, zbieraną na miejscu przez dra Shakespeare'a, przychodzi do wniosku, że dawały one jednak wyniki dodatnie. Procent zachorowań na cholere pomiędzy szczepionymi (w prowincji Walencji) 1,267, pomiędzy nieszczepionymi 7,825. Procent śmierci u nieszczepionych był 3,512, u szczepionych 0,341. Ogólna śmiertelność z cholery była w tym czasie 25 $\frac{9}{10}$ %. Cyfry te wykazują, że osoby szczepione sześć razy rzadziej zapadały na cholere, niż nieszczepione, a zapadłszy na cholere, ulegały jej w dziewięć razy mniejszym stopniu, niż nieszczepione. Sądźmy, że niemałej wagi dla kwestyi szczepień antycholerycznych byłoby rozwiązanie kwestyi, czy ta sama osoba może w ciągu jednej epidemii cholery podlegz jej dwukrotnie.

Fakty takie, podawane przez dawniejszych spostrzegaczy, gdyby zostały ściśle skonstatowane, przemawiałyby przeciw wytwarzaniu się naturalnej odporności, jak to ma miejsce po przebyciu ospy, odry, i stanowiłby ważny argument przeciw teorii szczepień, która z pracowni patologicznych zaczyna się wychylać w dziedzinę praktyki. Jak wiemy, w Lublinie były notowane przypadki nawrotów cholery w czasie obecnej epidemii (patrz Kron. Lek. str. 681).

— Dzienniki niemieckie z okazji cholery agituja silnie w kwestyi palenia zwłok. Wprowadzenie kremacyi zwłok osób zmarłych na cholere może jedynie zapobiedz zarażeniu grantu przez laseczники cholery. Jak się zdaje, nie ma jednak dotąd dowodów, aby cmentarze stały się gdziekolwiek ogniskiem cholery.

— Rada zdrowia Stanu New-York wprowadziła już palenie obowiązkowe zwłok osób zmarłych na cholere podczas kwarantanny.

— W projekcie nowego prawa, odnoszącego się do epidemii w państwie Niemieckiem (Reichsseuchegesetz), opracowanego przez specjalną komisję, uwzględnione zostały i interesa lekarzy. Mianowicie państwo ma się opiekować rodzinami pozostałymi po lekarzach uległych epidemii. Podobnie i lekarze, którzy w czasie walki z epidemiją pozabawieni zostali możności zarobkowania, mają prawo do odszkodowania ze strony państwa. Jakaśmy donosili uprzednio, poczucie takiego zobowiązania się społeczeństwa względem lekarzy, poświęcających na jego usługi podczas epidemii swe życie i ryzykujących losy swych rodzin,

uwypdatniło się w bardzo szlachetny sposób w niektórych ziemstwach Cesarstwa.

— Dr. Pfuhl z Bérlina ogłasza na podstawie swych obecnych badań w Nr. 39 Deutsch. med. Woch., że mleko wapienne zabija w godzinę dopiero wtedy wszystkie laseczniki choleryczne w świeżych wypróżnieniach się znajdujące, jeżeli po waniu tego środka dezynfekcyjnego do wypróżnień dokładnie mieszaninę tę skłócimy.

— Niejaki A. E. Badaire, publicysta, wypił w obecności d-ra Galliard i kilku internów 5 c. sz. wypróżnień cholerycznych, w których roilo się od przecinkowców Kocha; na 4 tygodnie przedtem p. B. poddał się dwukrotnie szczepieniu d-ra Haffkina. Dotąd stan jego zdrowia jest zadawalniający. (Progr. Med. 43).

— Sir James Crichton Bronnes utrzymuje, że słabe użębie, cechujące obecną generacyję, zależy od rozpowszechniania się chleba białego, pozbawionego pierwiastków otrębowych--łuski—mianowicie fluoru. (Lyon Med. 42).

— Dnia 20 Października prof. Verneuil miał swą ostatnią pożegnalną prelekcycję w wielkim amfiteatrze wydziału lekarskiego.

— W Danii wybuchło bezrobocie lekarzy. Lekarze gmiinni nie mogący wyżyć ze szczupłych pensyj, jakie otrzymują, postanowili przerwac swą służbę. Skarżą się oni na przeciążenie robotą przy niewystarczającym na proste utrzymanie wynagrodzeniu. Piśmo lekarskie, wychodzące w Kopenhadze, doradza lekarzom wytrwałość w postanowieniu i dopominanie się podwyższenia zapłaty za wizyty ze strony administracyi.

— Na miejsce ustępującego prof. Manasseina mianowany został na katedrę patologii i terapii szczegółowej w Akademii Med. w Petersburgu dr. N. Sokolow, prywatdocent i lekarz główny szpitala barakowego.

— Dr. Mehlhausen, naczelny lekarz szpitala Charité w Berlinie, ustąpił z powodu nadwątlonego zdrowia z zajmowanej od r. 1873 posady. Dr. M. postawił szpital „Charite”, będący uprzednio w wielkiem zaniedbaniu, w rzędzie instytucyj, odpowiadających pod każdym względem wymaganiom nauki. Działalność naukowa Mehlhausena skupia się głównie w redakcyi wydawnictwa „Charité-Annalen”, które jemu zawdzięcza swój wysoki naukowy poziom i popularność w świecie lekarskim. Wakującą posadę obejmuje dr. Schap, lekarz ks. Alberta.

— Prof. W. Waldeyer obchodził dnia 13 października jubileusz swej 25-o letniej działalności profesorskiej — początkowo we Wrocławiu, następnie w Strasburgu, ostatnio, od 1883 roku, w Berlinie.

— Dr. Włodzimirz Łukaszewicz, rodak nasz, b. asystent kliniki chorób skórnych przy uniwersytecie wiedeńskim, powołany został na katedrę chorób skórnych i wenerycznych do Innsbrucku, jako profesor nadzwyczajny.

— Prof. H. Kuehnt z Jena powołany został na katedrę okulistyki do Królewca.

— Dr. W. Macewca został mianowany profesorem chirurgii w Głogowie.

— W tłumaczeniu niemieckiem Krzywickiego wyszły w Królewcu 2 rozprawy prof. Chałubińskiego o cholery: „Ueber die Cholera asiatica v. pract. Standpunkte” i „Ueber die Behandlg. währ. d. Cholera”.

— Pod redakcją prof. J. Gad zaczął wychodzić słownik nauk pomocniczych medycyny, p. n.: „Real-lexicon der Medicinischen pro-pedeutik”. Dotąd wyszedł 1 zeszyt.

— Od Października zaczęło wychodzić w Odessie nowe pismo lekarskie w języku ruskim pod tytułem: „Južno-russkaja Medicinskaja gazeta”. W skład redakcyi wchodzi d-rzy: Korsz, Moczutkowski, Pogrebiński, Stroganow, Finkelsztein. „Gazeta” jest organem Towarzystwa lekarzy odeskich, wychodzi co tydzień i zajmować się będzie wszystkimi gałęziami medycyny.

— W przemyśle środków opatrunkowych zdarzają się też zafałszowania. Mianowicie w celu nadania gazie jodoformowej pozoru silniejszego nasycenia jodoformem, niż to jest w samej rzeczy zabarwiają gazę kwasem pikrynowym. To nieobojętne zafałszowanie łatwem jest do wykrycia przy zanurzeniu gazy w wodzie. Od jodoformowej prawdziwej woda się nie zabarwi od domieszki kw. pikrynowego przyjmie żółte zabarwienie.

— Dr. Dixon badając pył, wytrzepany z ogonów sukien damskich, znalazł w nim laseczniki grzyźlicze, oraz inne pasorzyty.

— Dr. Jungfleisch i Finet wykazali, że przy wyrabianiu filcu i filcowych kapeluszy bardzo łatwo mogą mieć miejsce zatrucia rtęcią, ponieważ używany w tej fabrykacji azotan rtęci wchodzi w nierozpuszczalne połączenie z keratyną włosów, a zatem i w części pozostaje w materyjale. Autorzy z jednego kapelusza otrzymali około pół grama rtęci. (Wr. 62, 2024. Bull. méd.).

— Pomędzy lekarzami w Ameryce Północnej bardzo często zdarza się samobójstwo. W pierwszych 12 dniach Stycznia roku bieżącego pozbawiło się życia siedmiu lekarzy. (Lyon Med. 43).

— Pod nazwą „Haphephobie” opisali Weill i Lannois pewną formę zboczenia psychicznego, której ulegający nie pozwalają odruchowo dotknąć się np. lekarzowi swych części płciowych. Są to przeważnie mężczyźni z jakąś nieznaną wadą rozwojową tych organów. Diday, który obserwował podobne osoby, mówi, że wobec kobiet nie odczuwają oni tego dziwnego strachu lub wstydu. (Lyon, 43).

— Dr. Lambotta (Belgija) w dwóch przypadkach cholery wykonał otwarcie jamy brzusznej i po przecięciu ściany kiszki przemył je roztworem sublimatu (1:8000), poczem wlał do kiszki odwar mięty, herbaty wraz z wodą. Jak dotąd twórca tej metody leczniczej zadowolony był ze swych wyników, wymioty bowiem ustały, wypróżnienia nie tak były częste, puls nieco się poprawił, chorzy ogrzeli się i w końcu... obaj umarli. (D. M. W. 92, 40).

— Prof. Libreich wydał „Podręcznik do zachowywania oszczędności przy wypisywaniu lekarstw”, książeczka ta nader ważna dla lekarzy, praktykujących wśród klasy biednej.

— Przeciwnikom szczepienia ospy ochronnej gazeta „The Medical Presse” (92, VIII—24), podaje do wiadomości, że w roku 1891 w całej armii angielskiej nie było ani jednego przypadku ospy naturalnej, podczas, gdy przed wprowadzeniem obowiązkowego wtórnego szczepienia epidemii ospy wśród armii zdarzały się dość często.

— Kol. Mieczysław Goldbaum zawiadamia nas, iż został sprawozdawcą dwutygodnika „Neurologisches Centralblatt” z prac polskich

i uprasza za naszym pośrednictwem autorów o nadsyłanie prac z dziedziny chorób nerwowych pod jego adresem (Maryjańska 9).

Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu PAŹDZIERNIKU 1892 r.

- 1) *Dr. med. Przewoski.* Sprawozdanie z wycieczki do Lublina i okolic etc. (G. L. 40).
- 2) *E. Biernacki.* Cholera w Lublinie. (G. L. 40)
- 3) *O. Bujwid.* Woda warszawska wobec grożącej epidemii cholery, oraz woda studzienna. (G. L. 40).
- 4) *W. Janowski.* Badanie bakteryjologiczne pierwszych dwóch przypadków cholery w Warszawie. (G. L. 40).
- 5) *Dr. T. Heryng.* Przerost migdałków, warunki powstawania i leczenie na drodze operacyjnej (G. L. 41, 42, 43).
- 6) *Z. Mierzyński.* O oznaczaniu kwasu solnego w zawartości żołądka. (G. L. 42).
- 7) *Z. Kramsztyk.* Pryszczak na łącznicy skutkiem wewnętrznego użycia jodu. (G. L. 42).
- 8) *H. Higier.* Kilka słów o jąkanii hysterycznym (Gaz. Lek. 39).
- 9) *St. Kamiński.* Początki histeryi u dziecka. (Gaz. Lek. 31—39).
- 10) *Dr. med. Wolberg.* Przyczynek klin. do etjologii i trwania okr. wylegania się nieżyt. zapalenia migdałków u dzieci. (G. Lek. 43).
- 11) *Z. Mierzyński.* O leczeniu cholery. (G. L. 43),
- 12) *W. Biegański.* Mięsak limfatyczny uogólniony. (Now. Lek. 10).
- 13) *A. Niedźwiecki.* Czy cholera stanowi oddzielną jednostkę chorobową. (N. L. 10).
- 14) *J. Sędziak.* Przyczynek do kwestyi t. zw. „Croupu“ nosa. (N. L. 10).
- 15) *Fr. Wlazłowski.* O doszczętnej operacji ropnia opłucnej i o potrzebie rozszerzenia wskazań do radykalnej operacji na uporczywe wysięki surowicze. (N. L. 11).
- 16) *M. K. Kozłowski.* Antypyryna w okulistyce. (Now. Lek. 10).
- 17) *J. Trzciniński.* Przypadek nawykowego zaparcia stolca z objawem nerwowym. (N. L. 10).
- 18) *Fr. Wlazłowski.* Leczenie wyprzenia sublimatem. (Now. Lek. 10).
- 19) *J. Szwajcer.* Pierwszy przypadek cholery azyjatyckiej w Warszawie. (Med. 41, 42).
- 20) *St. Rybicki.* Szpital św. Stanisława w Skierniewicach. (Med. 38, 41, 43).
- 21) *Ehrlich.* Przyczynek do leczenia cholery. (Med. 42).
- 22) *T. Heryng.* Gruźlica błony śluzowej nosa. (Med. 33, 38, 42, 43 i 44).

23) *L. Knaster*. Wartość lecznicza *Syzygium Jambolanum* w cukrzycy. (Med. 39).

24) *B. R. Gepner* (syn). Szczepczyki Knappa do wyciskania ziarn jaglicowych. (Med. 43).

25) *A. Karczewski*. O wlewaniach roztworu soli przy cholercze. (Med. 44).

26) *A. Rosner*. Włókniaki i ciąża. (Prz. Lek. 39, 40).

27) *Prof. Halban*. Dzieciobójstwo popełnione na dziecku słubnem. (Przeg. 38, 40).

28) *E. Rosenblatt*. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci (niesk.)

29) *Prof. Schnütter*. Zaniedbanie ze strony nieuprawnionej położnej. (P. Lek. 36).

30) *Dr. F. Sroczyński*. O oślepieniu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek. (P. L. 43).

31) *J. Bogdanik*. O martwinie fosforowej. (P. L. 42, 43).

32) *Prof. Cybulski*. Mleko wapienne jako środek dezynfekcyjny. (P. L. 43) (niesk.)

33) *M. Piątkowski*. O działaniu leczniczem benzoesolu w moczówce cukrowej. (P. L. 44) (niesk.)

34) *J. Sędziak*. Niezwykły przypadek: *Sarcoma multiplica cutis et lympho - Sarcoma tonsillae destrata*. (G. L. 44).

35) *M. Wołkowicz*. O wartości leczniczej soli ołowiu w biegunce cholerycznej. (G. L. 44).

1) Dr. med. E. Przewoński. **Sprawozdanie z wycieczki do Lublina i okolic**. Sprawozdanie obejmuje opis cholery, szerzącej się w lubelskiem pod względem klinicznym, anatomopatologicznym, bakteriologicznym i epidemiologicznym. Przy opisie przebiegu klinicznego, autor zaznacza krótkość lub nawet brak okresu biegunki wstępnej, oraz ciężkość i gwałtowność okresu odczynowego. Przebieg w początkach epidemii miał być gwałtowniejszy, niż w dalszym ciągu. Stosunkowo często zapadali starzy i dzieci. Ze zmian, napotkanych przy oględzinach pośmiertnych, autor zwraca szczególną uwagę na obecność (u 2-ch trupów sekowanych) na błonach surowiczych płynu bardzo lepkiego i nadającego ogromną śliskość ich powierzchności, a także na brak zawartości płynnej serwatkowej w kiszkiach. Tylko w jednym przypadku autor znalazł niewiele (50 ctm. sz.) płynu ryżowatego w średniej części jej unum, w górnej części ilei i nad *valvuta Bauhin'a*. Na zasadzie obrazu anatomopatologicznego i na zasadzie osobistego doświadczenia, autor wyklucza w materyjale badanych cholere swojską i zatrucie, oraz uważa znalezione zmiany za właściwe cholercze azyjatyckiej. Zdanie to potwierdziło badanie bakteriologiczne, które wykazało obecność *lasecznika* (*coma bacillus*) Koch'a w zawartości kiszkowej. W końcu autor mówi o cholercze pod względem epidemiologicznym, zastanawiając się nad wiadomościami o zawleczeniu epidemii z Rostowa i nad warunkami miejscowymi, które mogły sprzyjać jej szybkiemu szerzeniu się w Biskupicach. *B. P.*

2) Edmund Biernacki. **Cholera w Lublinie**. Obszerne to sprawozdanie obejmuje najpierw fakty, przemawiające za przeniesieniem cholery z Biskupic do Lublina, dalej opis dzielnicy, zwanej „na żydach”,

gdzie epidemia najbardziej się srożyła, następnie wiadomość o przebiegu tej ostatniej w więzieniu i szpitalach lubelskich, działalność władz lekarskich, oraz stacyj sanitarnych i wreszcie zabiegi lecznicze ordynatorów szpitalnych. Według autora, epidemia w Lublinie należy do bardzo silnych, gnieździła się ona na ulicach, najwięcej pozostawiających do życzenia pod względem czystości i higieny. *B. P.*

3) Bujwid. **Woda warszawska wobec grożącej epidemii cholery.**

Autor na wstępie zaznacza, iż częstokroć woda zanieczyszcza się nie u źródła, a w samym mieszkaniu chorego i za przykład podaje Biskupice. Autor twierdzi stanowczo, iż filtrowana woda wiślana może być używana za napój, gdyż w osadniku i na filtrach pozbywa się znacznej ilości bakteryj, a bakteryj chorobotwórczych dotąd w niej nie znalazł. Co się tyczy miejscowości, gdzie nie ma wody rzecznej filtrowanej, autor radzi używać t. zw. studni abisyńskich, gdyż woda wzięta z głębokości mniejszej nawet niż 26 stóp nie zawiera bakteryj. *J. Z.*

5) Heryng. **Przerost migdałków, warunki powstawania i leczenie na drodze operacyjnej.** Przerost migdałków, którego istotną przyczyną są sprawy zapalne, występuje zazwyczaj w dwóch formach: albo w postaci okrągłych guzów, albo też płaskich tworów owalnych. Pod względem anatomo-patologicznym odróżniamy: przerost tkanki adenoidalnej i folikulów, albo też przerost tkanki łącznej; zazwyczaj jednak obiedwie te formy występują łącznie. Główną część rozprawki stanowi operacyjne leczenie przerostu migdałków, za pomocą noża, tonsillotomu lub pętli galwanokaustycznej. Autor rozpatruje kolejno każdą z tych metod, podaje dla każdej odpowiednie wskazania i praktyczne wskazówki, nader cenne dla przystępującego do operacji. Opisując stosunki anatomiczne migdałków, autor zwraca uwagę na mylny pogląd co do możliwości zranienia przy operacji art. carotidis int., która, jak dowiódł Linkart, znajduje się w tylnej części spatii pharyngo-maxillaris i tym sposobem przy wycinaniu migdałka uszkodzoną być nie może. *W. Sz.*

6) Z. Mierzyński. **O oznaczeniu kwasu solnego w zawartości żołądka.** Autor, krytykując inne metody, zaleca następujący wzór badania treści żołądkowej: I. *Badanie jakościowe:* 1) oznaczenie odczynu, 2) oznaczenie HCl z pomocą metylvioletu, 3) próba Uffelmana, 4) próba biuretowa. II. *Badanie ilościowe:* 1) Ogólna kwasność—wskaźnik fenoltaleina, 2) oznaczenie HCl metodą Seemana—wskaźnik metylo-range, 3) kwasów tłuszczowych i fosforanów. Różnica między kwasnością ogólną, a sumą kwasności fosforanów, kwasu solnego, kw. lotnych jest ilością $C_3H_6O_3$. *J. Z.*

7) Z. Kramsztyk. **Przyszyk na łącznicy skutkiem wewnętrznego użycia jodu.** Autor opisuje pojawienie się u trzydziestokilkolletniego człowieka przyszyka na łącznicy w ciągu kuracji jodowej. Przyszyk był nieco odmienny od zwykłych, typowych i znikł w dwa dni po odstawieniu jodu. Autor sądzi, że to jod właśnie wywołał przyszyk, a utwierdzają go w tem przekonaniu dawniej już przez niego obserwowane podobne przypadki. *J. Steinhars.*

8) Higier. **Kilka słów o jakanium histerycznem.** 21-letnia chora przed 10-u latami cierpiała przez pół roku na uporczywe wymioty, które wystąpiły po tyfusie, a po drugim tyfusie ustały; miała też raz atak histeryczny.

U chorej tej po cholerynie i przestraczu wystąpiła paraplegija

i chwilowy mutismus. Przy badaniu, prócz ovarialgii, nie znaleziono innych stygmatów, a zamiast niemoty skonstatowano zmiany tonacyi i artykulacyi mowy, polegające na przeciąganiu zgłosek i zacinaniu się na spółgłoskach. Chorą hypnotyzowano jednorazowo. Sen nie głęboki. W hypnozie transpot porażenia z dolnych kończyn na górne. Prawdopodobnie w hypnozie, choć o tem nie wspomniano, porażenie górnych kończyn minęło. Po obudzeniu chora mogła chodzić, mowa bez zmiany, pomogła faradyzacja krtani. W dalszym przebiegu znowu uporczywe wymioty. Po 3½ miesiącach hemianaestezya sensitivo-sensorialis, zwięźenie pola widzenia, hemispasmus facialis lewostronny, hemispasmus lingualis prawostronny; jąkanie występowało w 5—10 minutowych napadach. Rozpoznanie jąkania, jako historyczne, opiera autor na nagłym powstaniu w późniejszym wieku, na występowaniu napadami w dalszym przebiegu, na towarzyszących innych objawach histeryi. Zasluguje na podniestienie opinija, wyrażona przez autora z okazji stosunku wymiotów do tyfusu w danym przypadku, że w histeryi też sama przyczyna może raz wywoływać, drugi raz usuwać objaw choroby, a także zanotowanie przez autora zjawiska transportu w hypnozie, zapewne nie pod wpływem sugestyi, ani autosugestyi. *Rz.*

9) S Kamieński. **Początki histeryi u dziecka.** Uważając badanie objawów psychicznych u histeryków w codziennych warunkach ich życia za nader ważne dla symptomatologii histeryi, autor podaje obszerną historję choroby 10-letniego chłopca histerycznego, którego obserwował przez lat kilka. W opisie swym autor uwzględnia, jak wychowanie dziecka, tak i jego stan fizyczny i psychiczny. Przystępując do rozbioru cielesnych i umysłowych właściwości swego pacjenta, K. przytacza opisy i kazuistykę tego rodzaju zaburzeń, spostrzeganych przez innych autorów (Duvoisin, Walter, Sliffe, Henoch, Charcot, Richet, Prichard, Tucsek). Dalej rozpatruje krytycznie rozmaite teoryje, usiłujące wyjaśnić przyczyny objawów histerycznych (Möbiusa, Benedikta, Oppenheima, Ribota), nie pomijając zdań Briquet'a, Assenpelda, Jaccoud'a i innych. Sam autor upatruje przyczyny histeryi w wadliwym rozwoju woli, spowodowanym niedokładnością i niepełnością wyobrażeń. Z tego powodu zaznacza możność badania i leczenia tej choroby w jej zarodkach, t. j. w dzieciństwie. Leczenie polegać winno przeważnie na wychowaniu, skierowanem do rozwinięcia u dziecka silnej woli. W końcu autor mówi o stosownym wyborze przedmiotów wykładu (język ojczysty, nauki klasyczne i matematyka) dla dzieci histerycznych i nie aprobeuje tak zw. ogródków Froeblovskich, gdyż, zdaniem jego, u takich dzieci nauka powinna być traktowana seryjo. Kończąc obszerny ten artykuł uwagi o hydroterapii, jako środka psychicznym, oraz o gimnastyce i odosobnieniu przy leczeniu histeryi. *B. P.*

10) L. Wolberg. **Przyczynek kliniczny do etjologii i trwania okresu wylegania się nieżytowego zapalenia migdałków (angina follicularis) u dzieci.** Na podstawie spostrzeżenia, dotyczącego trojga dzieci jednej rodziny, w których omawiane cierpienie występowało kolejno po kilkudniowej przerwie, autor wyprowadza wnioski, że: 1) Angina follicularis jest cierpieniem niewątpliwie zaraźliwym od osoby i 2) Trwanie okresu wylegania wynosi 3—4 dni. Z tego powodu radzi W. odosabniać dzieci zdrowe od chorych. *W. Sz.*

11) Z. Mierzyński. **O leczeniu cholery.** Autor podaje plan leczenia, stosowany przez się w Chełmskiem w czasie obecnej epidemii: kalmel 0,5—0,6, 2—3 wlewań wody gorącej do kiszek, ogrzewanie butelkami, mięsienie brzucha płacami, zmoczeniem w wodzie gorącej, picie płynów gorących; przy wypróżnieniach ryżowych enteroclysm, przeciw wymiotom morfina, w st. alg. hypodermoclysm, alkohol i płyny gorące. J. Z.

12) Wł. Biegański. **Mięsak limfatyczny uogólniony i stosunek jego do wrzeczkiej białaczki.** Autor opisuje przypadek mięsaka limfatycznego u pewnego 18-letniego studniarza. Dawał on za życia stępienie około mostku, pewne objawy ucisku górnych pni żylnych, przerzutowe gruczoly pod pachą, oraz objawy ucisku na żyłę główną dolną, oraz wrotną. Po 4-tygodniowym leżeniu chorego w szpitalu nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała nowotwór, obrastający główne pnie naczyń, oskrzela i przelyk, wypełniający całe śródpiersie. Gruczoly szyjowe, pachowe, a jeszcze bardziej pozaotrzewnowe i kreskowe bardzo znacznie powiększone. Autor sądzi, że przypadek jego dla braku niedokrwistości (stwierzonego dwukrotnem ścisłem badaniem krwi), nie wspólnego z pseudoleukemią nie ma. Jest to po prostu mięsak limfatyczny tem różniący się od innych, że się uogólnił. W. J.

13) A. Niedzwiedzki. **Czy cholera stanowi oddzielną jednostkę chorobową?** Autor uważa cholere za ukrytą epidemiczną śmiertelną malaryję i leczy ją chininą i poleca tę ostatnią, jako środek zapobiegawczy przeciwko cholere. W. J.

14) Sędziak. **Przyczynę do kwestyi t. zw. krupu nosa (rhinitis crouposa s. fibrinosa).** Jako potwierdzenie swego poglądu, wypowiedzianego dawniej, że tak zw. croup nosa jest postacią chorobową samodzielną — sui generis — nie mającą nic wspólnego z dyfterytem nosa, przytacza autor drugi przypadek tego rzadkiego cierpienia. Pani G. 21 lat, żona urzędnika, skarży się na katar i zatkanie w nosie, trwające od dni kilku. Chora opowiada, że początek choroby datuje się od zdrapania przez nią krosteczki w prawej dziurce nosa, poczem wystąpił katar i zatkanie w prawej połowie nosa, jako też krótkotrwałe, jednak dość silne objawy ogólne (ciepłota 38,6° C.). Przy badaniu znaleziono: stan bezgorączkowy, gruczoly chłonne szyjowe nie zajęte. Nos obrzmiały, prawa połowa zupełnie niedrożna, całkowicie wypełniona błonami rzekome, po usunięciu których błona śluzowa okazała się mało zmienioną (bez owrzodzeń). Zalecono: tampony z balsamu peruwiańskiego i masę z rezorcyny. Sprawa cała trwała około 2 tygodni, przyczem błony codziennie świeże, acz coraz mniej wyraźnie się wytwarzały, przy stanie stale bezgorączkowym. W moczu nie było białka. Tym sposobem cały obraz kliniczny przemawiał za krupem nosa. Powyższe rozpoznanie potwierdzono badaniem bakteryjologicznem, zaszczerpienie całej błonki z nosa, królikowi pod skórę, nie wywołało absolutnie żadnych objawów błonicy; badanie drobnowidzowe błon również nie wykryło obecności swoistych dla dyfterytu drobnoustrojów (baccillus Klebs-Loeffler'a).

Autoreferat.

15) Fr. Wlazłowski. **O doszczętej operacji ropnia płucnej etc.** Autor operował 12 przypadków ropnia płucnej; z tych 9 ze skutkiem zupełnie pomyślnym, chociaż, jak widać z podanego opisu niektórych, były one ciężkie. Jest zdania, że operację tę powinni wykonywać

wszyscy praktyczni lekarze, gdyż jest ona prosta, a często życie choremu ratuje. Radzi robić cięcie skórne szerokie, a wypilowywać żebro nie niżej 5-go. Inne szczegóły są znane. Zdaniem autora należy wykonywać tę samą operację przy wielkich wysiękach surowicznych, nieulegających szybkiemu wchłanianiu. Tą bowiem drogą można będzie uniknąć rozmaitych kosztownych, a nieskutecznych podróży, oraz stosowania wielu zbytecznych, a również niedziałających leków. *W. J.*

16) M. Kozłowski. **Antipyryna w okulistyce.** Autor podaje w krótkości wynik stosowania antipyryny w chorobach oczów. Wnioski jego są następujące: Środek ten działa bardzo dobrze przy zapaleniu ropiastem worka łzowego i przy zamgleniu naczyń w rogówki. Używać należy 10^o/_o — 15^o/_o-ego roztworu, gdyż słabsze działają zbyt powolnie, a silniejsze sprawiają silny ból. Przy zapaleniu jaglicowym spojówki, autor wyciska jagielki, a następnie przemywa spojówkę sublimatem i antipyryną, gdyż to daje mu najlepsze wyniki. Przy zapaleniu twardówki i plamach na rogówce, nie ma ona szczególnego znaczenia. Nadto widział autor raz jeden zdumiewające jej działanie przy wrzodzie pelzającym rogówki, który po czterech tygodniach stosowanie 15^o/_o-ego roztworu wodnego, znikł bez najmniejszego śladu. *W. J.*

17) J. Trzcziński. **Przypadek nawykowego zaparcia stolca z objawem nerwowym.** U rocznego dziecka, cierpiącego na zaparcie stolca, od kilku miesięcy rozwinął się skurcz m. ksobnych (m. adductores) na obydwóch nóżkach, dzięki czemu, krzyżowało je ono przy siedzeniu i leżeniu. Żadnych zmian w mięśniach przedudzia lub stopy nie było: nie było wreszcie ich osłabienia, ani spastycznego kurczenia, ani żadnych innych objawów, które pozwalałyby przypuścić jakieś cierpienie organiczne (par. infant, par. cerebrospinalis, hydrocephalus chronicus). Że zaś opisany skurcz występował, ile razy zaparcie trwało czas dłuższy, a po usunięciu go, choćby czasowem, ustępował, przypuścił więc autor odrazu, że może to być objaw odruchowy, zależny od ucisku, wywieranego na odpowiednie nerwy (nn. obturatorii) przez zebrany w kiszce prostej kał. Jakoż rzeczywiście usunięcie zaparcia na czas dłuższy (3 miesiące) usunęło też wspomniany objaw zupełnie. *W. J.*

18) Fr. Wlazłowski. **Leczenie wyprzenia sublimatem.** Autor radzi w przypadkach, w których inne leczenie wyprzenia (pryszczycy) okazuje się nieskutecznem zastosować okłady z 1^o/_{oo} sublimatu. Po kilku dniach następuje zupełne wyleczenie, jeżeli okłady przyłożyć choć 3—4 razy dziennie. *W. J.*

19) J. Szwańcer. **Pierwszy przypadek cholery azjatyckiej w Warszawie.** Wyrobница K. G., zamieszkała na Solcu, pierwsza w Warszawie zachorowała na cholere. Etiologia choroby jest tu niejasną, chora wprawdzie piła wodę wprost z Wisły, ale czyniło to i wiele innych osób, które nie zachorowały. Autor podaje b. szczegółowy opis przebiegu klinicznego i badania zwłok—obraz ten był typowym dla cholery azjatyckiej. W końcu autor przytacza środki zapobiegawcze, jakie przedsięwzięto w Szpitalu Zapasowym z powodu tego przypadku. *H.*

20) St. Rybicki. **Szpital św. Stanisława w Sklerniewicach.** Autor podaje historję powstania szpitala, oraz wykazuje potrzebę jego rozszerzenia i wskazuje sposoby po temu. *J. Z.*

21) Ehrlich. **Przyczynek do leczenia cholery.** Autor, opierając się na własnem doświadczeniu podczas minionych epidemij (w latach 47,

48, 52, 52, 66, 68, 72 i 73), nabytem przy leczeniu cholery, stara się zadość uczynić głównemu, według siebie, wskazaniu — usunięciu nagromadzonego w organizmie jadu i dodatkowemu — usunięciu zaburzeń chorobowych przez owo zatrucie wywołanych. W tym celu podaje ipekakuanę co kwadrans, dopóki nie nastąpią wymioty żółciowe, potem co pół godziny olej rycinowy, dopóki nie nastąpią stolce łąjnistę. Podaje przytem znaczną ilość zimnej wody, czystej lub z jakimkolwiek kwasem, wodę ciepłą z naparem, kwaśne mleko, a dla opróżnienia kiszek lawatywy z wody ciepłej lub naparów aromatycznych. W stadium algidum autor stosuje zawijania w mokre zimne prześcieradła, wycierania niemicałego ciała i następne zawijanie w ciepłe kołdry. Chory tak zawinięty pozostaje przez godzinę, dostaje co kwadrans po pół szklanki zimnej wody, zimnego ponczu, lub zamrożonego szampana, lodów, kwaśnego mleka, póki nie zacznie się pocić na całym ciele; jeśli po godzinie potów nie było, to zawijanie powtarza się. W stadium asphycticum — wycieranie kawałem lodu tułowia z przodu i z tyłu przez 5—10 minut, póki się skóra nie zacznie czerwienić. Po doprowadzeniu chorego do okresu odczynowego, autor stara się o usunięcie zaburzeń ustroju przez zatrucia wywołane; podaje olej rycinowy, emulsyje z niego, a potem colombo, bismut, plumbum acet. Chory leży w łóżku, za pożywienie dostaje kleik, mleko zsiadłe, rosół z kwaszonych ogórków, potem rosół z żółtkiem, kaszki, polewki i t. d. Prócz tego przy kurczach autor podskórnie stosuje morfinę i w celu usunięcia zapaści eter i kamfore również podskórnie.

K. W. S.

22) Heryng. **Gruźlica błony śluzowej nosa.** Na zasadzie 10 własnych przypadków, podaje autor etylogiję, symptomatologiję i terapię tego rzadkiego cierpienia (dotąd znanych w literaturze około 90 przypadków). Odnośnie do etylogii, zwraca autor uwagę na bezpośrednie przenoszenie zarazka gruźliczego na błonę śluzową nosa, za pomocą palców i chustek od nosa. Poczem następuje szczegółowy opis spostrzeganých przypadków. Przy rozpoznawaniu różniczkowem zwraca autor uwagę na ważność badania drobnowidzowego np. bakteryjologicznego wydzieliny, lub produktów owrzodzeń. W połowie (5) przypadków autora były znalezione laseczniki gruźlicze. W ogóle trzy sprawy należy tu mieć głównie na uwadze: przymiot, wilk i chroniczny wyprysk u dzieci skrofalicznych. Przebieg cierpienia długotrwały. Rokowanie wątpliwe. Przy owrzodzeniach gruźliczych wtórnych najskuteczniejszą okazała się ostra łyżeczka i kwas mleczny.

J. S.

23) L. Knaster. **Wartość lecznicza syzygium jambolanum w cukrzycy.**

Syzygium jambolanum niejednokrotnie stosowane bywało przez lekarzy angielskich i amerykańskich, przeważnie jednak z wynikiem ujemnym. Autor badał własności lecznicze tego nowego środka na jednym przypadku cukrzycy, pomimo jednak ogromnych dawek, jakie stosował (45,0 pro die), stan chorej nietylko że nie uległ poprawie, lecz nawet się pogorszył.

H. K.

24) B. R. Gepner (syn). **Szczypezyki Knappa do wyciskania ziarna jaglicowych.** Autor opisuje nowe szczypezyki, zbudowane przez Knappa, służące do wyciskania jagielek i na podstawie własnego doświadczenia poleca je szczególnie w tych przypadkach jaglicy, kiedy fałdy przejściowe gęsto są usiane torebkami jaglicowemi.

J. Steinhaus.

26) A. Rosner. **Włókniaki macicy i ciąży.** Autor poprzedza opis przypadku spostrzeganego w klinice prof. Madurowicza ogólnymi uwagami o niepomyślnym wpływie włókniaków macicy na przebieg ciąży, porodu i porodu, oraz omawia wskazania do wdania się czynnego i zabiegi stosowane w tych rżach. Najmniej odpowiednim jest, zdaniem autora, poronienie sztuczne, najdoskonalszą zaś metodą jest usunięcie guza z zachowaniem macicy; ostatni sposób jednak może mieć zastosowanie tylko przy włókniakach podsurowicznych, szypułkowych; w innych zaś przypadkach zmuszeni jesteśmy uciekać się do amputacji nadpochwowej macicy ciężarnej.

W przypadku, spostrzeganym i operowanym przez autora, przy badaniu chorej zastosowano sondowanie macicy; rozpoznanie wahało się pomiędzy guzem jajnika a włókniakiem macicy. Zdecydowano usunięcie guza przez laparotomię. Dopiero w czasie operacji zjawilo się podejrzenie co do ciąży. Guz wyłuszczone, zachowując macicę. Ósmego dnia po operacji podniesienie ciepłoty, dziewiątego — poronienie. W porodu spostrzegano nieznaczne krwawienie, upławy cuchnące i mały ropień w tkance przymacicznej. Wyzdrowienie.

Autor zaznacza trudności rozpoznawcze, napotykanne w przypadkach włókniaków, powikłanych ciążą i przytacza cały szereg autorów, którzy popełnili podobne omyłki. W końcu swej pracy zastanawia się nad kwestyją, co w jego przypadku stało się powodem poronienia. Wyłączając z pewnych względów sondowanie macicy i uraz operacyjny, twierdzi, że przyczyną poronienia było zadrażnienie otrzewnej, wywołane przez naciąganie zlepow w okolicy rany macicy; naciąganie zaś było następstwem powiększania się macicy ciężarnej. A. K.

27) Halban. **Dzieciobójstwo popełnione na dziecku ślubnem.**

W sprawie o przypuszczalne dzieciobójstwo obducenci, po wykonaniu sekyi, orzekli, że dziecko urodziło się żywym i zostało uduszone. Znaczący natomiast, przywołani do rozprawy sądowej, uważali, wobec znacznego posuniętego rozkładu zwłok, wynik sekyi za niedostateczny do takiego orzeczenia i byli zdania, że dziecie przyszło na świat nieżywe. W celu rozstrzygnięcia tych sprzeczności, zwrócono się do wydziału lekarskiego, którego orzeczenie wypadło zgodnie ze zdaniem znawców. Autor przypomina tu słusznie zasadę: in dubiis mitius i wykazuje wszystkie braki w orzeczeniu obducentów. W. Sz.

29) Ignacy Schaitter. **Zaniedbanie ze strony nieuprawnionej położnej.** Autor opisuje przypadek śmierci noworodka, spowodowanej przez krwotok z naczyń pępowiny. Z powodu domniemanego dzieciobójstwa, przypadek powyższy stał się powodem dochodzenia sądowego. Pomimo bałamutnej opinii, wydanej przez lekarzy, którzy na żądanie władzy wykonali ekshumację i sekcję zwłok, stwierdzonem zostało, że kobieta, obsługująca położnicę, źle podwiązała pępowinę, skutkiem czego nastąpiła śmierć noworodka z krwotoku. Daje to pohop autorowi do wypowiedzenia kilku uwag o brakach w wykształceniu akuserek. A. K.

30) F. Sroczyński. **O oślepieniu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek.** Wobec sprzecznych poglądów na kwestyję, czy zewnętrzny ucisk na gałkę oczną (np. długotrwały kurcz powiek) bez udziału innych szkodliwych wpływów może wywołać oślepienie, autor ogłasza dwa przypadki z własnej praktyki, na podstawie których dochodzi do wniosków następujących: 1) Ucisk zewnętrzny nagle wzrastający,

doszedłszy do pewnego stopnia, może sprowadzić nagłą ślepotę. 2) Ślepotę ta przebiega wśród objawów podobnych do jaskry i kończy się zanikiem tarczy, a nawet nekrozą siatkówki, skutkiem zaciśnięcia naczyń siatkówkowych.

J. Steinhilber.

31) Dr. Józef Bogdanik. **0 martwinie fosforowej.** Autor zaczyna swą pracę od krótkiego rysu historycznego, z którego dowiadujemy się, że pierwszy Lorinser z Wiednia w 1838 r. opisał to cierpienie, jako samoistną chorobę, a Geist w Norymberdze pracami swemi przyczynił się do zaprowadzenia odpowiednich ostrożności w fabrykach zapalek; tak, że już w 1868 roku Thiersch wyraził przypuszczenie, że martwina fosforowa, jako choroba, wnet do historii zaliczać się będzie. I rzeczywiście, wzmianki o tej chorobie stały się rzadkością w literaturze. To też autor niezmiernie był zdziwiony, gdy w przeciągu jednego tylko roku (1891) z jednej fabryki zapalek w Bielsku aż 7-u chorych tego rodzaju zobaczył, z których 4-ch sam operował. Przytoczywszy dość szczegółowo historje tych przypadków, autor zastanawia się nad kwestyją: 1) powstawania i 2) szerzenia się tej choroby. Co do 1-go zgadza się ze zdaniem, iż bezpośrednie zetknięcie się pary fosforowej ze schorzałą, a przynajmniej obnażoną szczęką (przeważnie dolną, gdyż w niej najpierw pruchnica zębów się przejawia) wywołuje martwinę (jak to Wegner stwierdził doświadczeniem na zwierzętach). Co do szerzenia się sprawy, jedni twierdzą, iż sprawa zaczyna się zawsze jako zapalenie okostnej (ostre lub przewlekłe). Drudzy przyjmują pierwotną martwinę kości. Autor na IV Zjeździe polskich chirurgów przedstawił preparaty szczęki dolnej, potwierdzające jedno i drugie zdanie. Następnie autor wynosi metodę całkowitego wyluszczenia szczęki dolnej, po nad jej częściową rezekecyję przy tem cierpieniu na zasadzie, że: 1) unika się poddawania chorego dwukrotnej operacyi, gdyż po częściowej rezekecyi prawie zawsze następuje recydywa; 2) życie i mowa po częściowej rezekecyi o wiele więcej są upośledzone, niż po wyluszczeniu całej szczęki; 3) zniekształtnienie twarzy, po wyluszczeniu całej żuchwy, jest znacznie mniejsze. Kończąc swą pracę autor kilku słowami o środkach zapobiegawczych tej groźnej chorobie zawodowej i wnioskiem, by zwrócono uwagę władz, iż tylko najsurowsze przestrzeżenie przepisów powstrzymać może powstawanie martwiny fosforowej.

J. Witkowski.

34) Sędziak. **Niezwykły przypadek „sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae“.** P. lat 48, gospodarz wiejski, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus, skarżąc się na guz w gardle, jako też i liczne guziki na skórze. Choroba trwa od pół roku; pierwszym objawem był guzik na łydce lewej, poczem na skórze, przeważnie górnej połowy ciała, zaczęły się zjawiać liczne ciemne guziki, w końcu zaś w gardle. Guziki na skórze coraz się zwiększały, a guz w gardle ostatecznie uniemożliwiał choremu przyjmowanie pokarmów, oraz oddechanie. Przymiotu nie miał. Przy badaniu znaleziono niezliczone mnóstwo ciemno zabarwionych mniejszych i większych (do orzecha włoskiego) guzików na skórze górnych kończyn i tułowia, oraz guz (wielkości pomarańczy) na lewej łydce. W gardle prawy migdał wielkości jaja kurzego wypełnia całe isthmus faucium. Guz w gardle wyjęto całkowicie, prawie bez krwawienia, pętlą galwanokaustyczną. Pod drobnowidzem zbadany okazał się lympho-sarcomatem. Jeden z guzików skórnych okazał się „sarcoma globo et parvicellulare. W ciągu 7-o tygodniowego

pobytu chorego w szpitalu, gdzie przyjmował tylko arsenik do wewnątrz, guzy na skórze zaczęły się stopniowo, lecz wyraźnie zmniejszać, tak, że przy wypisaniu na własne żądanie (chory czuł się zupełnie zdrow) skonstatowano, że guz na goleni zmniejszył się przynajmniej do $\frac{1}{3}$ poprzedniej objętości, niektóre zaś guziki na skórze zupełnie poznikwały, zostawiając po sobie sine zabarwienie skóry. Jest to więc niezwykle interesujący (4-ty w literaturze) przypadek pomysłnego działania arseniku na mięsaki skóry resp. lymphosarcomata. *Autoreferat.*

35) M. Wołkowicz. **0 wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej.** Spostrzeżenia autora dotyczą 200 przypadków, nie sprawdzonych wprawdzie bakteryjologicznie, ale pochodzących z okolicy, w której panowała cholera. Pierwsza dawka u dorosłych wynosiła 1—2,0, następnie co 3 godziny po 1,0, tak, że na dobę chory wyżywał do 8,0—10,0 grm. Dzieciom dawano co 3—4 godziny tyle decigram. ile lat miały. Biegunka przy takim leczeniu (prócz tego dyjeta, leżenie w łóżku etc.) trwała przeciętnie dwa dni; ubocznego działania salolu autor nie widział. *H.*

Odpowiedź od Redakcyi.

— Szanownemu koledze *F. Arnsteinowi w Kutnie:*

Ogólny prawny przymus do szczepienia ospy ani w Cesarstwie, ani w Królestwie nie istnieje. Rząd tylko popiera i zachęca do rozpowszechniania ochronnego szczepienia, wymagając go zaś jedynie od rekrutów i wstępujących do zakładów naukowych (wakcynacja i re-wakcynacja). Przepis zakazujący zaprzestania ochronnych szczepień podczas epidemii ospy nie istnieje. Przeciwnie, w Warszawie właśnie w tym czasie odbywa się wzmocnione szczepienie ospy, popierane odpowiednimi ogłoszeniami i odezwami do ludności. Kwestyja nieprzyjmowania się szczepianki, złej limfy, weszłaby, w naszych warunkach, na drażliwe tory osobistych interesów, nie będziemy jej więc poruszali. Zgadzaemy się w zupełności z Szanownym Kolegą, że nader ważna kwestyja szczepienia ospy wymaga gruntownej reformy i my też osobiście jesteśmy za przymusem ogólnym. Prywatna inicjatywa mogłaby tu do pewnego stopnia uprzedzić postanowienia rządowe, gdyby np. fabryki wymagały od swych robotników i t. p. (oraz ich rodzin) świadectw, że mieli szczepioną ospę, ewent. zmuszały do re-wakcynacji, co wobec małych kosztów (i braku u nas „Impfgegnerów“) dałoby się łatwo przeprowadzić.

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. med. H. Ruppert. O pochodzeniu żółciowej marskości wątroby. Odb. z Pam. W. T. L., 1892.

Medicinskij Sbornik Warszawskiego Ujazdowskiego Wojennago Hospitálu. God piatyj.

J. Szwajcer. Pierwszy przypadek cholery azyjatyckiej w Warszawie. Odb. z Medycyny.

A. Boettiger. Trional als Hypnoticum. Odb. z Berl. kl. Wochenschr.

N. Warman. Habituelle Molengraviditat etc. Odb. z Centr. f. Gynäkologie.

Dr. H. Gugl & Dr. A. Stichel. Neuropathologische Studien. Stuttgart, 1892.

Prof. L. Kleinwächter. Einige Worte über d. Verwendung d. Arsens in d. gynäkolog. Praxis. Odb. z „Frauenarzt“.

Rocznik Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego za rok 1891.

St. Kamiński. Początki histeryi u dziecka. Odb. z Gaz. Lek.

Od Administracyi.

Szanownym prenumeratorom zaległym w prenumeracie uprzejmie przypominamy o wczesnem uregulowaniu rachunków.

— Do bieżącego numeru „Kroniki” do artykułu D-rów A. Ciąglińskiego i O. Hewelke dołącza się tablicę litografowaną.

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

Doktor A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—22

PRAWDZIWY ŁUG MACICZNY z Kreuznach

z Wielkoksiażących Salin Hesseńskich oraz kąpeli Theodorshalle i Karlshalle (od lat dawnych znany jako Saliny Kreuznach'skle) przez nas tylko jako sól kąpielowa w handel puszczony, a cieszący się wielkiem rozpowszechnieniem przez swą łatwą rozpuszczalność i silne składniki solne. Dowodem prawdziwości towaru jest umieszczenie orła urzędowego (austrijackiego) na etykietach opakowania. Wyłącznym przedstawicielem na Rosyję, Turcyję, Grecyję, Wschód i Państwa Bałkańskie jest dom:

HENRYK MATTONI w FRANCENSBADZIE i WIEDNIU.

Theodorshalle (Gmina Bad Kreuznach) we Wrześniu 1892 Poczta Münster a St. Wielkoksiaż. Hesseński Urząd Salinowy Theodorshalle. (8887) 3-1

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 16 Listopada.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.