

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

○ ZAPARCIU STOLCA

oraz o t. z. Chorobie Glénard'a.

Napisał

Dr. Józef Zawadzki

Ordyn. klin. terap.

I.

Zaparcie stolca jest jednym z tak powszednich cierpień, tak często spotykanych w praktyce codziennej, że dziwić się należy iż tak mało, stosunkowo, poświęca się mu uwagi w piśmiennictwie, szczególnie w czasach ostatnich. Przeglądając literaturę tego przedmiotu, nie znajdujemy w tym kierunku nowych prac kapitalnych, a tylko gdzieś tam umieszczone krótkie wzmianki lub broszury. W naszym piśmiennictwie np. spotykamy się właściwie z jedną pracą oryginalną T. Dunina p. n. „O habitualnem zaparciu stolca“, które jednostronnie przedstawia kwestyję i nie wyczerpuje jej zupełnie, oraz z pracą Rosenbuscha. „O nawykowem zaparciu żywota“, a przecie piśmiennictwo nasze jest pod względem chorób narządów trawienia bogate. Niewątpliwie, przyczyną tego było zwrócenie uwagi autorów i czytelników w inną stronę, mianowicie, w kierunku badań chorób żołądka. I tu również materiały jest dość jednostronny, głównie bowiem dotyczył metod oznaczania kwasu solnego, co do widocznych nie doprowadziło do wyników, a jako bezpośrednie następstwo, wywołało zaniedbanie najważniejszych kwestyj klinicznych, zabierając im miejsce w pismach i w umysłach autorów. Leżały też sprawy te odłogiem, a jeśli do jakich cierpień zastosować się to da w całości, to do cierpień kiszki w ogóle, a zaparcia stolca w szczególności.

Pragnąc choć w części lukę tę w piśmiennictwie zapełnić, postaram się w krótkim tym rysie klinicznym przypomnieć czytelnikowi dane o tem cierpieniu, uwzględniając prace klinicystów francuzkich, mało znane u nas, a jeszcze mniej oceniane, oraz dopełnić je faktami, z własnych poczerpniętymi spostrzeżeń.

Nim przejdę do strony klinicznej danej kwestyj pozwolę sobie przypomnieć niektóre fakty z anatomii i fizjologii, które mi w następstwie będą potrzebne.

Trzewia brzuszne są, jak wiadomo, zamknięte w rodzaju pudła, posiadającego dwie tylko ściany stałe: tylnią, utworzoną przez dolną część klatki piersiowej, kręgosłup, kość krzyżową i boczne ściany miednicy oraz mocne mięśnie lędźwiowe i dolną—miednicę wraz z więzami i mięśniami t. z. dna miednicy, dość silnymi i tylko u kobiet ulegającymi zmianom. Boczne ściany przednia i górna są miękkie, złożone z cienkich pokładów mięśni, powięzi i skóry, nader podatnej do rozszerzeń. Tym sposobem trzewia brzuszne w gorszem są położeniu co do statyki, niż inne narządy, umieszczone, jak płuca, serce i mózg, w twardych kostnych jamach, gdzie mają zapewnione stałe oparcia. Z tego wynika, że żadne z trzewiów nie jest tak podatne do zmiany w położeniu jak trzewia brzuszne, ztąd również wyradza się trudność rozpoznawania pozycyi rozmaitych narządów brzusznych *in vivo*.

Samo się przez się rozumie, iż prócz tych ścian, które granice dla trzewiów brzusznych stanowią, muszą być inne sposoby utrzymania w danem położeniu oddzielnych narządów. Rolę tę spełniają zdwojenia otrzewny — więzadła. Już z powodu swej budowy nie mogą one być zbyt silne, tembardziej, że narządy, które na nich wiszą, niekiedy mogą dosięgać dość znacznej wagi. To też łatwo więzy te ulegają rozciąganiu lub skróceniu, powodując tem samem zmiany w położeniu trzewiów brzusznych. Z pomiędzy więzów rozróżniamy dwie grupy: jedną, która ma za zadanie przytwierdzać trzewia do ścian brzucha górnej i tylnej, drugą, łączącą z sobą oddzielne narządy brzuszne. Do pierwszej grupy należą więzy wątroby (okrągły, wieszadłowy, wieńcowy), krezka kiszek cienkich i krezki kątnicy i zagięcia esowatego oraz tkanka łączna po za nerkami, kiszka grubą i dwunastnicą, do drugich sieć małą, wiąz wątrobowo-dwunastnicowy, wątrobowo-okrężnicowy, śledziono-okrężnicowy, wątrobowo-nerkowy i nerkowo-dwunastnicowy, wreszcie krezkę poprzeczną i wiąz żo-

ładkowo-śledzionowy. Dzięki tym więzom jak również naczyniom i nerwom trzewia brzuszne układają się w ten sposób, że część górną brzucha zajmują: wątroba, żołądek, śledziona i trzustka, środkową poprzecznicą, część kiszek cienkich i nerki, dolną kątnica, część wstępująca i zstępująca kiszki grubej, zagięcie esowate, odbytnica, kiszki cienkie oraz narządy moczopłciowe. Po otwarciu brzucha widzimy tylko górną połowę, dolną zakrywa w zupełności sieć wielka; nerki, dwunastnica i trzustka leżą po za kiszkami i widoczne są dopiero po ich usunięciu.

Taką mniej więcej topografię trzewiów na trupach znalazł His, utrwalając trzewia w ich przyżyciowym położeniu przez zastrzykiwanie do żył substancyj stwardzających (kwas chromowy).

Zmiany w położeniu trzewiów za życia są znaczne i wahania w dużych odzywają się granicach dzięki ruchom robaczkowym kiszek i żołądka.

Żołądek np., jak wiadomo, prócz ruchów robaczkowych posiada przy napełnianiu ruchy dwojakie: 1) obraca się około osi sagitalnej, t. j. dno żołądka przesuwa się ku stronie prawej i dołowi, czyli opisuje łuk z góry na dół i z prawej ku lewej stronie, 2) około osi poziomej i poprzecznej przez co krzywizna wielka przesuwa się ku górze i przodowi. Ruchy te, zbadane na zwierzętach, starałem się odtworzyć na trupach przy nawpół otwartej ściance brzucha i opisałem je w mej pracy „O wymiotach nerwowych“. Dotąd jeden tylko Leshaft z Petersburga nie przyjmuje ruchów około osi poprzecznej, inni autorzy o ruchu tym nie wątpią. Samo się przez się rozumie, że ruchy powyższe wpływać muszą również na położenie złączonych z żołądkiem narządów jak poprzecznicą, śledziona, a w części i wątroba. Pomijając już jednak ruchy żołądka, wiemy że rozdęcie gazem kiszek grubych powoduje również zmiany w położeniu kiszek i innych trzewiów, spychając jedne ku dołowi, inne wypychając do klatki piersiowej. Obok tego wiemy z fizjologii, że kiszki cienkie prócz postępującego ruchu robaczkowego, dzięki skurczom mięśni podłużnych posiadają wahadłowe ruchy w rozmaitych kierunkach. A na tem jeszcze nie koniec, boć wiemy że wypełnienie pęcherza lub macicy (ciąża) w stanach fizjologicznych również zmienia położenie kiszek. Dość chyba i tych przykładów, aby czytelnik wytworzył sobie pojęcie o rozmiarach ruchów i zmian położenia, jakie odzywają się w warunkach fizjologicznych w jamie brzusz-

nej oraz o tem, iż położenie po śmierci daje nam tylko przybliżone pojęcie o położeniu i stosunku wzajemnym trzewiów za życia. Cóż tedy mówić o stanach chorobowych.

Wiemy, iż cierpienia odległych trzewiów jak np. płuc i serca skutkiem tego, że dolną ich ścianę stanowi przepona (górną ścianą jamy brzusznej), skutkiem spraw zapalnych (pleuritis, pericarditis) lub guzów zarówno w płucach jak i śródpiersiu mogą spychać trzewia brzuszne ku dołowi; toż samo czynią sprawy, umiejscowione w górnej części brzucha, że wspomnę choć o ropniu podprzeponowym, inne sprawy mogą natomiast powodować podniesienie trzewiów in toto lub pojedynczych narządów. Dodajmy zrosty otrzewny, powstałe skutkiem ograniczonych spraw zapalnych tej błony, przyczepione do różnych narządów, a zauważone jeszcze w 5-dziesiątku b. stulecia przez Virchowa i po nim na licznych stwierdzone materyjałe, dodajmy, że zrosty te mogą ściągać ku dołowi lub przeciwnie podnosić ku górze rozmaite narządy, zwróćmy uwagę na podatność i często zwiotczenie ściany brzusznej—a wytworzyć sobie będziemy mogli pojęcie jak często i w jakich rozmiarach mogą następować zmiany w położeniu i wzajemnym stosunku rozmaitych narządów, znajdujących się w jamie brzusznej. Wyliczyłem kilka tylko przykładów, a spraw chorobowych w tych i sąsiednich narządach jest przecie znacznie więcej. Wobec tego badanie i określanie granic pojedynczych narządów jamy brzusznej częstokroć napotyka na znaczne przeszkody i jest bardzo trudne, co usprawiedliwia może fakt, iż i klinika tych narządów nie dosięgła jeszcze wyników takich jak innych jam ciała; że jednak badania w tym kierunku nie ustają i są dziś w pełni rozwoju, tuszyć sobie można, że i tu prędzej czy później będziemy umieli oryjentować się tak choćby, jak dziś w innych jamach.

Powyżej wspomniałem, że na statykę trzewiów brzusznych ścianki brzuszne wywierają wpływ znaczny. Jak wpływa górna ściana—przepona—łatwo zrozumieć można z fizjologii jej ruchów, ale też stan bocznych i przedniej ściany nie jest obojętny dla kiszek. O przepuklinach pisać nie będę, nie wchodzi to bowiem w zakres pracy niniejszej, natomiast wspomnieć muszę o zwiotczeniu ścianki brzusznej, co na statykę kiszek wpływ znaczny wywiera. Zwiotczenie ścianek dosięga niekiedy takich rozmiarów, że formuje się w dolnej części brzucha rodzaj worka. Trzewia, tracąc oparcie, osuwają się ku przodowi i dołowi, dzięki rozluźnieniu wię-

zów. Jedne więzy, jak zobaczymy poniżej, uważane są za silniejsze, inne za słabsze, to też zazwyczaj nie znajdujemy równomiernego opadnięcia i zwińnięcia pojedynczych narządów, ale rozmaite. Jeszcze bardziej stosunki te oddalają się od normalnego typu, jeśli, jak to bywa u kobiet, i dolna ścianka brzucha—dno miednicy małej ulegnie zwiotczeniu, tworzą się wtedy jakby dwie jamy przednia i tylna, wypełnione trzewiami, które zmieniły swoje położenie. To też nieraz w tych razach trudno zoryjentować się w położeniu kiszek nawet na stole sekcyjnym, tembardziej, że częstokroć współcześnie istnieją zrosty i zmiany, wywołane przez spray zapalne w narządach płciowych kobiecych.

Zwiotczenie ścian brzusznych wpływa zresztą bezpośrednio na ruchy niektórych odcinków kiszek, jak np. dolnej części kiszki grubej, co powoduje zmiany w oddawaniu stolca. Godną pod tym względem jest przypomnienia na tem miejscu teoria O'Beirne. Uczony ten zapatruje się na dolny odcinek kiszki grubej jako na zbiornik kału; kał zbiera się głównie w zagięciu esowatym, a coraz bardziej wypełniając tę część kiszki, powoduje wystąpienie jej po za granice miednicy małej, dzięki temu kiszka tworzy niejako kąt z odbytnicą i opiera się na niej. Skoro ciężar kału dosięgnie już pewnego maximum, drażni odbytnicę i wywołuje z jednej strony napięcie ścianki brzusznej, z drugiej ruchy postępujące w odbytnicy i z pomocą tych dwóch momentów kał zostaje wydalony na zewnątrz. Teoryja ta sprawdzić się daje, według autora, w ten sposób, iż w przerwach między dwiema defekacyjami odbytnica jest pusta. Bywa tak, ale nie zawsze, niejednokrotnie bowiem można wyczuć obecność kału w odbycie u kobiet, badając je przez pochwę. Przeczyłoby to teorię powyższej, którą, mimo to, przyjąć w ogólnych zarysach należy, gdyż przypadki, o których mowa, zjawiają się zazwyczaj w stanach chorobowych skutkiem zastoju kału, o czem poniżej. W każdym razie udział tłoczni brzusznej w oddawaniu kału jest znaczny, a zwiotczenie mięśni brzucha, a więc i osłabienie ich siły powodować może opóźnienie w fizjologicznej tej czynności; więcej powiem, nawet oddawanie stolca w pozycji zmniejszającej napięcie tłoczni jak np. w pozycji stojącej lub przy siedzeniu na wysokich sedesach może już wpływać ujemnie na oddawanie kału. Aby skończyć z mechanizmem oddawania kału muszę zaznaczyć pogląd Nothnagela, który przypuszcza, że wogóle dolna część

kiszki grubej posiada ruchy tylko automatyczne, odbywające się w pewnych odstępach czasu, po za tem jest w zupełnem prawie spokoju. Opór dla kału stanowią 3 zwieracze, napięte tonicznie i dopiero w czasie ruchów robaczkowych ustępujące pod ciśnieniem kału.

Tyle uwag o fizjologii narządów trawienia, potrzebnych nam, jak zobaczymy, do zrozumienia zmian, z którymi zapoznamy się poniżej.

II.

Jak wiadomo, człowiek w ciągu 24 godzin wydalą normalnie 120—180 grm. kału, składającego się z 75⁰/₀ wody i 25⁰/₀ suchej substancji. Dla wydalenia tej ilości wystarcza zazwyczaj jednorazowe wypróżnienie, niejednokrotnie jednak 2—3 wypróżnień na dobę nie należy uważać za objaw chorobowy, jeśli brak współcześnie innych zaburzeń. Z drugiej znów strony nie widzę żadnej przyczyny zaliczać do grupy objawów chorobowych i tych przypadków, kiedy stolec występuje co 2, 3 lub więcej dni, jeśli trwa to od dzieciństwa i dany osobnik z tego powodu nie odczuwa żadnych dolegliwości. Przekonanie, że wypróżnienie musi być co 24 godziny, niestety, jest dość rozpowszechnione i niejednokrotnie zdarzało mi się widzieć prawdziwie chorych skutkiem starań chorego, a nieraz i lekarza o „uregulowanie stolca“.

Chory, który przejął się tem przekonaniem, iż stolec musi być u niego codziennie, niezaniebda stosować wszelkich dostępnych mu środków w celu zwalczania mniemanego zaparcia, wywołując, naturalnie, zmiany w kiszki tego rodzaju, iż sprowadzą mu niewątpliwie stałe zaparcie stolca w następstwie wraz ze wszystkimi objawami, które poznamy poniżej.

Świeżo obserwowałem na klinice chorego, który z powodu zwykłej dyspepsy w ciągu niespełna dni 4 dostał 4 uncje oleju rącznikowego, 2 łyżki stołowe soli gorzkiej, prócz poprzednio przyjętych pigułek bernadyńskich i proszku lukrecyjowego; wszystko to jeszcze nie wystarczało mu, więc przyjął 3 proszki kalomelu po 5 grm. i znowu dawkę oleju. Skutek był taki, że, jako naturalne następstwo takiego leczenia, wystąpiło zaparcie stolca i chory z tego powodu czuł się tak nieszczęśliwym, że błagał o nowy środek czyszczący. Silne podrażnienie kiszki wywołało w tym razie tak silny stan spastyczny kiszki, że lauwatywy nie działały zupełnie.

Po długich perswazyjach dopiero chory zgodził się na zaniechanie dalszych środków czyszczących, a skoro wytłomaczyłem mu, że i bez tych środków w swoim czasie wypróżnienia mieć będzie, uspokoił się i wszelkie objawy ustąpiły; nie skarżył się już na bóle głowy, ciężar w brzuchu, gniecienie w dołku i następnego dnia zaraz miał doskonały apetyt, mimo że stolec sam przez się nastąpił dopiero po 9 dniach¹⁾. Takich przykładów mógłbym zaczerpnąć dużo z praktyki, a zapewne i każdy z czytelników znajdzie je w swojej pamięci, dla tego też zwalczać należy szeroko wśród publiczności rozgałęzione mniemanie o konieczności codziennych wypróżnień.

Czemu nikt człowieka o 50 uderzeniach tętna na minutę nie nazwie chorym, lub czemu C. 36^o, tak często spostrzegana stale u pojedynczych osobników, nie jest uważana za stan chorobowy. Ile organizmów — tyle różnych właściwości, wahania w t. z. normie są zawsze znaczne, a wszelkie bezwzględne wciąż spostrzeganych faktów w utarte formuły dowodzi nieumiejętnego stosowania nabytych wiadomości. Słusznie też powstał 3 lata temu kol. Dunin przeciw środkom czyszczącym largamanu u nas stosowanym. Niewątpliwie w całym szeregu przypadków zaparcie stolca ma za przyczynę nadużycia, popełniane w tym kierunku. Od wczesnego dzieciństwa olej rącznikowy i rzewień są w powszechnem użyciu, a niekiedy codzienną strawą. Zaczyna się to zwykle jeszcze w okresie niemowlęctwa; dziecko, dzięki nieodpowiedniemu pokarmowi zaczyna mięwać stolce więcej zbite, jeśli przypadkiem jeszcze zacznie wtedy krzyczeć, niewątpliwie, za radą doświadczonych matek podadzą mu początkowo proszek troisty, później olej rącznikowy, że zaś po chwilowem rozwolnieniu, wobec ciągle trwającej przyczyny — nieodpowiedniego pożywienia lub wprost dla tego że automatyczne ruchy kiszki grubych z natury już są u dziecka tak urządzone, że działają rzadziej — „zaparcie“ stale się powtarza, olejek w ciągłym jest użyciu. Wiadomo wszakże, że wkrótce środki te działać przestają a tymczasem organizm, zmęczony ciągłym drażnieniem kiszki środkami czyszczącymi sam przez się nie zdobywa się na stolec co-

¹⁾ Nawiasem wspomnę, że po kalomelu chory nie miał wypróżnień i że tym sposobem kalomel bez żadnej szkody pozostał u chorego przez dni 10.

dzienne, zwracają się wtedy do środków drastycznych aloesu, kruszyny, liści lub strączków senesowych, z kolei i te działać przestają, ale są na zawołanie wody czyszczące. Dopiero po przejściu tych wszystkich gradacyj dany osobnik, rzeczywiście, staje się chorym; ciągle podrażnienie kiszek coraz to nowemi środkami czyszczącemi sprowadza atoniję oraz niezbyt wraz z całym szeregiem objawów, wymagających leczenia. Tego rodzaju chorzy wkrótce przychodzą do przekonania, że znaczna ilość pokarmów im szkodzi, zaczynają więc mniej i nie wszystko jadać, dołączając nowy moment usposabiający do zaparcia stolca. Chorych takich widziałem bardzo wielu, w odpowiednich przypadkach, nie pytając się chorego, można naszkicować cały przebieg choroby, a szczególnie często spotkać można tę postać u młodych osobników, co dowodzi, iż metoda ciągłego czyszczenia szerokie jeszcze teraz znajduje zastosowanie.

Niekiedy zaparcie stolca, dzięki środkom czyszczącym, rozpoczyna się inaczej. Skutkiem chorób zakaźnych, przebiegających z wysoką ciepłotą, następuje opóźnianie w wydalaniu kału, chwilowa atonija kiszek, która przechodzi po zupełnym powrocie chorego do zdrowia bez śladu, przyczyny bowiem wywołujące to ogólne zwiótczenie tkanek w ciągu zasadniczej choroby, są to rozmaite zmiany wsteczne przez nią wywołane w mięśniach i trzewiach. Jeżeli chory i jego otoczenie cierpliwie przeczekają ten okres, jeśli szczególnie lekarz ordynujący zdaje sobie sprawę dokładnie z tego, choremu na przyszłość nie grozi żadne niebezpieczeństwo, jeśli jednak ma się inaczej, chory w celu pobudzenia stolca bierze środki czyszczące, które jeszcze bardziej osłabiają siłę motoryczną kiszek po chwilowem wzmożeniu i w następstwie sprowadzają stałe, trudno wyleczalne zaparcie stolca. Takich chorych spostrzegać można często po durze brzuszny, a w czasach ostatnich po cholery, zresztą niekiedy po zwykłych niestrawnościach, jeśli chorzy nie ograniczają się na jednorazowo przyjętym środku czyszczącym.

Dla tego też środków czyszczących wystrzegać się w okresie rekonwalescencji należy i chorych przestrzegać przed nimi, środki te bowiem w tych razach są nader szkodliwe i sprowadzać mogą stałe zmiany w kiszki, trudno zazwyczaj wyleczalne. Prawda, że niekiedy trudno się oprzeć nagabywaniom chorych, zmartwionych zazwyczaj opóźnieniem wypróżnień, ale też właś-

nie wtedy należy kwestyję odpowiednio przedstawić i starać się wywieść ich z błędu.

W r. z. obserwowałem przypadek następujący: Chory 60-letni mężczyzna, zdrów przed tem zupełnie, po przebyciu zapalenia płuc włóknikowego, powikłanego zapaleniem opłucny zaczął mieć stolce opóźnione (zwykle przed tem stolce zjawiały się codziennie), z początku, dopóki jadł nie wiele, nie zwracało to jego uwagi, wkrótce jednak zaczął niepokoić się swym stanem i prosić lekarza o zapisanie mu środka „regulującego stolec“, podano mu wino rabarbarowe, które nie odniosło pożądanego skutku, chory więc zaczął się leczyć na swoją rękę pigułkami Morissona, stolce, naturalnie, początkowo zjawiały się, współcześnie jednak rozwinęły się uporczywe wzdęcia, odbijania, pełność w brzuchu, przelewania, a stolce były zawsze papkowate nawet w te dni, kiedy chory nie brał pigułek. Po miesiącu chory zwrócił się do mnie, a wtedy badając stolce, znalazłem w nich znaczną ilość śluzu zbitego, pokrywającego kał, oraz objawy śluzowego nieżytu żołądka. Jednem słowem miałem do czynienia z rozwinętym już przewlekłym nieżytem żołądka i kiszek, który niewątpliwie sztucznie został sprowadzony. Po kilkunastodniowej dycie mlecznej, ławatywach codziennych i mięsieniu brzucha udało mi się usunąć powyższe objawy.

Powyżej wspomniałem, że przesadna dyjeta u chorych tego rodzaju zazwyczaj sprawę pogarsza, rzecz to na zasadzie danych z fizjologii zrozumiała zupełnie. Pożywienie człowieka składa się winno z pokarmów mieszanych, wyłączenie jednego tylko zawsze wywołuje zatrzymanie stolca. Pożywienie wyłącznie lub przeważnie mięsno-białkowe, spotykane w miastach u zamożniejszej ludności daje zbyt mało substancyj, drażniących przewod pokarmowy, i zbyt małą objętościowo ilość kału, ztąd u tego rodzaju osobników ruchy robaczkowe kiszek odbywają się opieszale, powodując skłonność do zaparcia stolca; również i pożywienie wyłącznie roślinne lub przeważnie roślinne może spowodować skłonności do zaparcia stolca, gdyż, jak to słusznie zauważył Leichtenstern, skutkiem zbyt częstego i silnego podrażnienia kiszek występuje pewien rodzaj zmęczenia lub wyczerpania ośrodków ruchowych, objawiający się zaparciem stolca. Skoro zmienimy pożywienie, obie kategoryje chorych pozbędą się swych dolegliwości.

Nie potrzeba chyba nadmieniac, że wogóle małe ilości pożywienia sprzyjają zaparciu stolca, widzimy to codziennie, a szczególnie w takich cierpieniach jak zwężenie przełyku lub oddzwiernika, kiedy ilość treści, dostającej się do kiszki jest nader nieznaczna. Zresztą i mała ilość napojów resp. wody czyli t. z. suche pożywienie sprzyja również opóźnieniu w wydalaniu kału. Ustrój, jak wiadomo, zużywa pewną stałą ilość wody, a ilość ta, jak się przekonać można z doświadczeń nad głodzeniem zwierząt, jest omal stała, rozumie się, że brakującą ilość czerpie z narządów pokarmowych, coraz bardziej wysuszając treść kiszki. Wyszchnięcie kału utrudnia, naturalnie, przejście przez kanał pokarmowy i powoduje stolce opieszale. Jeśli współcześnie wzmagają się ilości wydalanego przez płuca i skórę wody, wtedy wysychanie jest jeszcze większe, a więc i wypróżnienia rzadsze. Podobne stosunki obserwować możemy przy stosowaniu metody napotnej lub w chorobach, gdzie obfite poty są częstym objawem, jak zimnica, gościec stawowy ostry, suchoty płucne. Wogóle we wszystkich chorobach, przebiegających z wysoką ciepłotą, moment ten posiada pewne znaczenie, obok, naturalnie, toksyn, działających hamująco na mięśnie gładkie i wysokiej ciepłoty, która sama przez się jest również czynnikiem hamującym.

Obok przyczyn, płynących z rodzaju pożywienia, nadużycia środków czyszczących i braku wody, zaparcie stolca może być wywołane przez cały szereg innych przyczyn zewnętrznych. Wspomnę tu o niektórych.

Nieregularny tryb życia, niewątpliwie, przyczynia się bardzo do powstawania przewlekłego zaparcia stolca. Każdy z nas wie z doświadczenia, że osobnik, który w domu w warunkach prawidłowych zawsze miewa wypróżnienia codzienne, w podróży zazwyczaj cierpi na uporczywe zaparcie stolca, które w następstwie stać się może punktem wyjścia do stałego zaparcia przy innych sprzyjających warunkach, znałem takich, którzy z chwilą kiedy nie mogli wypróżnić się dostatecznie w godzinach, w których zwykli oddawać stolce, cierpieli na zaparcie, a jeśli powtarzało się to często, zaczęli miewać coraz mniej prawidłowe wypróżnienia.

Jako przyczynę podają również życie siedzące i brak ruchu. Że jednak sam brak ruchu nie może wywołać zaparcia o tem łatwo się przekonać, obserwując chorych choćby przy forso-

wnem odżywianiu, oraz chorych chirurgicznych, zmuszonych czas dłuższy pozostawać w pozycji leżącej. U takich chorych, zostających bez żadnego ruchu, stolce częstokroć są zupełnie prawidłowe, zresztą spotykamy często zaparcie u osobników, par excellence zostających w ciągłym ruchu, jak robotnicy, posłańcy, ajenci handlowi, służący etc.. Szukać tedy należy innych przyczyn w siedzącym trybie życia, które powodują zaparcia. Przyczyną taką jest często u nich spotykany zastój w układzie żyły wrotnej, a ztąd powstałe guzy krwawnicowe; zaparcie stolca w tych razach objaśniamy gorszym odżywianiem mięśni i nerwów kiszki skutkiem zastoju żylnego, a ztąd i powolniejszymi ich ruchy. Że tak rzecz się ma, dość obserwować chorych z marskością wątroby bez żółtaczki oraz chorych z przerostem wątroby.

W rzędzie przyczyn zewnętrznych postawiłbym i wrażenia deprymujące, które mogą drogą ośrodków w mózgu hamować ruchy kiszki. Tem objaśnić należy wiele przypadków zaparcia stolca u chorych na zadumę, hypochondryków oraz neurasteników z odcieniem melancholicznym.

Z chorób ustrojowych ogólna otyłość usposabia do zaparcia stolca, odgrywają tu rolę skłonność do życia siedzącego, co jak mówiliśmy wyżej powoduje zastój oraz odkładanie znacznej ilości tłuszczu w kiszki. Badając trupy takich chorych, widzimy nieraz olbrzymi rozwój tkanki tłuszczowej w sieci, około kiszki, krezki etc. Takie obciążenie przewodu pokarmowego musi powodować zwolnienie ruchów i złe odżywianie kiszki, a wszystkie te momenty prowadzą do zaparcia stolca. Nie idzie zatem, aby wszyscy otyli mieli zaparcie stolca, w każdym razie otyłość usposabia do niego. Pod tym względem najbardziej fakty ciekawe spotykamy u kobiet po latach 30, które kilkakrotnie rodziły.

Z innych chorób ustrojowych wszelkie stany bezkrwistości zarówno ostrej jak i przewlekłej skutkiem upadku odżywiania nerwów i mięśni kiszki powodują zaparcia, z drugiej znowu strony nie należy zapominać, że niektórzy jako przyczynę t. z. anemiae perniciosae podają zanik błony śluzowej żołądka i kiszki. Zresztą wspomnieć należy zdanie Bungego, że blednica, jako jedną z przyczyn, ma złe trawienie.

O chorobach mózgowia i rdzenia oraz o innych, gdzie zaparcie stolca jest objawem podrzędnym, wspominać nie będę, nadmienię tylko, że w niektórych otruciach jak przetworami makowca,

ołowiem, srebrem, cynkiem etc. spotykamy zaparcia stolca, które w tych razach tłómaczą się za pomocą bezpośredniego wpływu na układ nerwowy.

Nadmieniłem już wyżej, że pod zaparciem stolca nie pojmuję opóźnienia w wydalaniu kału, wiemy bowiem, że może ono być jeszcze stanem fizjologicznym, ale mianem tem należy oznaczać wtedy opóźnienie w wydalaniu kału, jeśli towarzyszy mu cały szereg objawów, o których mówić będę poniżej i jeśli stan ten został nabyty, a nie stanowi właściwości danego ustroju.

Określiwszy w ten sposób pojęcie o zaparciu stolca przejdziemy do rozpatrzenia chorób kiszek ze zmianami anatomicznymi, które powodują zaparcie stolca.

III.

Z chorób kiszek na anatomicznych polegających zmianach jedną z najczęstszych przyczyn zaparcia stolca jest nieżyt przewlekły. Jak wiemy ostra postać tej choroby objawia się przeciwnie rozwolnieniami i to bez względu na to jaka część kiszek będzie zajęta. Zależnie od umiejscowienia mieć będziemy różne umiejscowienie bólu oraz rozmaite drugorzędne objawy jak częste wydymania, większą ilość śluzu w kale (colitis), mocniejsze zabarwienie żółcią kału (jejunitis), żółtaczkę (duodenitis) i t. p. W każdej jednak z tych postaci mamy rozwolnienie jako objaw wspólny. Wprost przeciwnie dzieje się, jeśli cierpienie przyjmuje cechy przewlekłego, wtedy zaparcie stolca jest objawem o tyle częstym, o ile jest niem rozwolnienie w ostrej postaci, a chociaż w enteritis chronica miewają miejsce i rozwolnienia, to pochodzą one zazwyczaj bądź od błędów dyjetetycznych resp. podrażnień kiszek (jak np. obostrzenie kataru przewlekłego nosa czyni go na czas pewien podobnym do ostrego nieżytu), bądź też od przyczyn specjalnych, o czem niżej. Ponieważ nie zawsze cały przewód pokarmowy ulega cierpieniu, a jednakowoż zaparcie stolca i przy częściowem zajęciu kiszek istnieje, ztąd rozmaici autorzy za główną przyczynę zaparcia uważają bądź nieżyt kiszki cienkiej, bądź kiszki grubej.

Leichtenstern główny nacisk kładzie na nieżyt kiszki cienkiej, która według niego podlega zmianom następującym: bło-

na śluzowa obrzmała, częścią rozrosła, błona mięsna częściowo zanikła, na powierzchni błony śluzowej śluz oraz złuszczone nabłonek. Dzięki temu siła mięśniowa kiszki zmniejszona, a co za tem idzie ruchy robaczkowe postępujące są słabsze; poruszanie miazgi pokarmowej jest nadzwyczaj powolne, a skutkiem tego traci ona więcej wody, niż zazwyczaj i staje się suchszą, co jeszcze bardziej utrudnia przesuwanie się jej w kiszkiach. Zbita zawartość kiszki cienkiej w niewielkich ilościach dostaje się do okrężnicy, skutkiem czego ta ostatnia pozbawiona jest normalnej swojej zawartości; nadto wyschnięcie kału utrudnia sprawy fermentacyjne, odbywające się normalnie w okrężnicy i pobudzające jej ruchy robaczkowe i znów powstaje nowa przyczyna do zatrzymywania się kału w ustroju, a skutkiem małego napełnienia kiszki grubej i do stopniowego jej zwężenia. Tą drogą L. objaśnia stolce bobkowate, często zdarzające się w zaparciu stolca. Dla podtrzymania swej teorii L. powołuje się na objaw, obserwowany przez się u osób z wiotkimi ściankami brzuszniemi, mianowicie na wyczuwanie kiszki grubej w postaci sznurka z paciorkami (zbitym kałem bobkowatym).

Takie są poglądy L. na zaparcie stolca w niezycie kiszki, widzimy z tego, że kiszce grubej tylko rola bierna przypada w udziale. Nieżyt kiszki cienkiej komplikuje często nieżyt przewlekły żołądka, co do objawów nieżytku kiszki dodaje jeszcze takie objawy, jak nudności, odbijania, bóle. Według L. stan tego rodzaju jest bezpośrednią przyczyną neurastenii, na to ostatnie jednak zdanie nikt się chyba nie zgodzi, gdyż zanadto przypomina sentencje post hoc ergo propter hoc. Neurastenija jest zupełnie odrębną postacią chorobową, w żadnej zależności z nieżytem kiszki nie stoi. Nie idzie zatem, aby, jak chcą niektórzy ona miała być przyczyną zaparcia, gdyż widzimy wielu neurasteników bez zaparcia stolca, jak również wielu chorych z zaparciem stolca nie cierpi wcale na neurastenię. Bardzo często zdarza się zaparcie stolca w przebiegu neurastenii i, rzeczwiście, objawy niektóre ustępują pod wpływem środków, skierowanych przeciw neurastenii, ale tylko te, które od właściwej neurastenii zależą, inne pozostają i wymagają zawsze odpowiedniego leczenia. To też jest zadaniem lekarza umieć wyodrębnić objawy neurasteniczne od objawów cierpienia kiszki.

Z powyższego widzieliśmy, iż jako przyczynę i punkt wyjścia zaparcia stolca Lichtenstern uważa nieżyt kiszki cienkiej,

innego zdania jest Nothnagel, Ewald, Rosenheim i inni (właściwie pogląd ten należy do Nothnagela). Nothnagel kwestyi zachowania się wypróżnień w nieżycie kiszki poświęcił pracę oddzielną p. n. *Verhältniss der Stuhlentleerungen beim chronischen Katarrh.* (Z. für klin. med. VII). Rozróżnia on następujące rodzaje wypróżnień w nieżycie: 1) stałe zaparcie stolca, 2) zaparcie stolca z peryjodycznymi rozwolnieniami, 3) codzienne wypróżnienie o cechach właściwych, 4) rozwolnienia, 5) rozwolnienia po jedzeniu i 6) rozwolnienia nocne.

Najważniejszą jest dla nas pierwsza grupa, według Nothnagela bowiem zaparcie stolca jest normalnem następstwem nieżyty. Autor ten ma tę wyższość nad Leichtensternem, że swoje wnioski opiera na badaniach sekcyjnych, które wykazały zmiany nieżytowe w kiszce grubej, podczas gdy zaledwo nieznaczna część kiszki cienkiej bywa zajęta. Jako następstwo zmian w okrężnicy występuje zaparcie stolca, które zależy w części od zaniku błony śluzowej i mięśniowej, co autor za pomocą pomiarów w niewielu przypadkach stwierdził na trupach, w części od zбоczeń w automatyzmie kiszki grubych, wywołanych przez długotrwały nieżyt. Zbożenia te pochodzą od upośledzonego odżywiania nerwów kiszki. Brak danych histologicznych nie pozwala dotąd jeszcze na stanowcze w tym kierunku twierdzenia, mimo to jednak Nothnagel, na zasadzie obserwacji klinicznej, gorąco przy tem zdaniu obstaje. Według Nothnagela zatem działalność automatyczna kiszki grubych ulega zmianie pod wpływem zaburzeń w ich nerwach, wywołanych przez nieżyt przewlekły, współcześnie jednak istnieje zmieniona pobudliwość na wpływy drażniące. Zaznaczyć wypada, że ruchy kiszki grubych są wogóle powolne skutkiem tego, że odpowiednie zwoje nerwowe posiadają w tym kierunku mniejszą energję, niż zwoje kiszki cienkich, w dolnych odcinkach kiszki grubiej ruchy te wmagają się co czas pewien i wywołują defekacyę.

W wielu przypadkach nieżyty kiszki grubych zaparcie nie jest stałym objawem, ale od czasu do czasu zostaje przerwane przez okres rozwolnień. Zmiany te odbywają się peryjodycznie co czas jakiś i na tę peryjodyczność Nothnagel główny nacisk kładzie, objaśniając ją w sposób następujący: w okresie zaparcia stolca natężenie siły perystaltycznej jest słabe, ztąd działalność nerwów bardzo nieznaczna i siła ich utajona, co czas pewien

utajona ta siła wyładowuje się, i na zewnątrz objawia się rozwołnieniem. Stolce są wolne i zazwyczaj towarzyszą im bóle. O innych rodzajach wypróżnień w nieżycie kiszek nie będę nadmieniać, nie obchodzą nas one bowiem w tej chwili, przytoczę tylko tablicę Nothnagela, która dostatecznie teorię jego wyświecić zdoła.

1. Zaparcie stolca stałe, b. rzadko wypróżnienia codzienne występuje w przewlekłym nieżycie wyłącznie kiszek grubych.

2. Zaparcie stolca występuje niekiedy również w nieżycie kiszek cienkich.

3. Rozwołnienie może występować stałe w jednoczesnem zajęciu kiszek cienkich i grubych.

4. W nieżycie kiszek grubych po okresie zaparcia może występować okres rozwołnień, okresy są równomierne lub nierównomierne.

Z powyższego widzimy, iż zaparcie stolca może być spowodowane zarówno nieżytem кишки grubej jak i cienkiej, częściej występuje pierwsza przyczyna, zdaje się jednak, że podział taki w większości przypadków jest sztuczny i nie przedstawia korzyści pod względem klinicznym. Dotąd nie posiadamy prócz badania kału środków, które pozwoliłyby nam zbadać umiejscowienie nieżyty w kiszkiach, a i te dane które posiadamy nie są zbyt przekonywające. Według badań Nothnagela wydzielanie się śluzu bez kału przemawia za nieżytem odbytnicy lub zagięcia esowatego, toż samo powiedzieć należy o przypadkach, kiedy wypróżnienia pokryte są całkowicie śluzem, choć z drugiej strony są przypadki wybitnego nieżyty dolnego odcinka kiszki grubej, kiedy śluz nie wydziela się wcale. Znalezienie w kale śluzu, widzialnego makroskopowo, przemawia zawsze za nieżytem okrężnicy, niekiedy jednak śluz może być bardzo rozdrobniony. Jeżeli w wypróżnieniach makroskopowo nie znajdujemy śluzu, a przy pomocy mikroskopu odkrywamy w wypróżnieniach liczne hyalinowe ciała, zmieszane z kałem zbitym lub papkowatym, twierdzić możemy, że sprawa zapalna ma miejsce w górnych odcinkach kiszek. Obok tego zaznaczyć należy, że częstokroć w nieżycie kiszek cienkich kał zawiera jeszcze znacznie większą ilość nierozłożonego barwniku żółciowego, zabarwionego żółcią nabłonka, wreszcie włókna mięsne i większą, niż normalnie ilość tłuszczu, czego nie bywa jeśli nieżyt zajmuje tylko okrężnicę. Inne metody rozpo-

znawcze jak opukiwanie, wysłuchiwanie i t. p. nie dają nam pożądaných danych dla różniczkowego rozpoznania, subiektywne zaś objawy są tak zmienne, że na nich oprzeć się nie można.

Niekiedy zaparcie stolca zostaje wywołane skutkiem niedostatecznego opróżniania się odbytnicy i stany te wyraźnie odgraniczać trzeba od zaparcia, powstałego na drodze nieżyty kiszek. Ten rodzaj zaparcia często występuje u cierpiących na guzy krwawnicowe w odbycie, pęknięcia błony śluzowej u starców i u kobiet, które kilkakrotnie rodziły skutkiem osłabienia tłoczni brzusznej, przyczyniać się też do tego może oddawanie kału w niedogodnej pozycji. U chorych tego rodzaju formowanie i przesuwanie kału odbywa się zupełnie prawidłowo aż do zagięcia esowatego, dopiero w ampula recti kał zbiera się, gdyż czy to skutkiem bolesności w oddawaniu bywa umyślnie zatrzymywany, czy też nie może być wydalony skutkiem osłabienia tłoczni brzusznej. W obu wypadkach ampula wypełnia się coraz więcej kałem, rozszerza się, a przez to siła mięśniowa słabnie. Takie zbieranie się kału może dawać niekiedy objawy zamknięcia światła kiszek. Skutkiem środków czyszczących lub skutkiem drażnienia błony śluzowej produktami rozkładu kału wzmagają się ruchy robaczkowe kiszek grubych nie mogące jednak przewyciężyć przeszkody w postaci dużych ilości zbitego kału, występują wtedy mdłości, wymioty, niekiedy zapaść i t. p. objawy niedrożności. Badanie szczegółowe per rectum pozwala wtedy odkryć przyczynę i usunąć kał mechanicznie. Dunin w wspomnianej powyżej pracy opisuje podobny przypadek.

Nie będę tu wspominał, że także zmiany wywołać mogą zarówno guzy w samej kiszce odchodowej, jak i jej sąsiedztwie, zwiężając światło odbytnicy i utrudniając oddawanie kału. Do najczęstszych przyczyn w tym razie zaliczyć należy tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy oraz sprawy zapalne w jamie Douglasa.

Chcąc dać pełny przegląd przyczyn zaparcia stolca, zależnych od cierpień kiszek, musiałbym rozpatrzyć zwiężenia kiszek, niedrożność ostrą i przewlekłą oraz guzy, wreszcie kamienie kiszkowe i żółciowe, które również mechaniczne mogą powodować zaparcia. Zajęło by to mi jednak zbyt wiele miejsca, powyższe zmiany bowiem wymagają szerszego opracowania, ograniczę się

więc na zaznaczeniu ich tylko, a teraz przejdę do rozpatrzenia zaparcia w przebiegu chorób żołądka.

IV.

Zaparcie stolca w przebiegu cierpienia żołądka jest nader częstym objawem, towarzyszącym rozmaitym zmianom w tym narządzie, dziwić się temu nie można, wobec tego, że żołądek łączy się bezpośrednio z kiszkami i posiada jednakowe unerwienie i budowę, ztąd sprawy chorobowe przechodzić mogą bezpośrednio z żołądka na kiszki lub też nawet produkty chorobowe żołądka wywoływać mogą zmiany w kiszkach. Aby czytelnikowi ułatwić oryentowanie się w tym objawie w rozmaitych chorobach żołądka w krótkości zaznaczę zachowanie się wypróżnień w poszczególnych cierpieniach tego narządu.

W nieżyty przewlekłym żołądka (gastritis mucosa, glandularis, atrophica) w początkach choroby wypróżnienia zazwyczaj są prawidłowe, w miarę rozwoju i postępu choroby występują zaparcia stolca, częstokroć naprzemian z rozwolnieniami, niekiedy zauważyć można peryjodyczność Nothnagela, częściej rozwolnienia zależą od błędów dyjetetycznych. W każdym razie stale występujące zaparcia przemawiać się zdają za jednoczesnem cierpieniem kiszki, co w przebiegu nieżyty przewlekłego żołądka jest nawet stałym objawem.

W atonii żołądka czyli t. z. rozszerzeniu czasowem, cierpieniu bardzo u nas częstem, zaparcie stolca jest prawidłowem niemal, a występowanie w tym razie rozwolnień przypisujemy podrażnieniu błony śluzowej kiszki grubych przez zbitą i długo zalegający kał, co wywołuje zwiększone wydzielanie śluzu i wzmożone ruchy robaczkowe. Często występujące w tem cierpieniu guzy hemoroidalne pogarszają jeszcze sprawę, gdyż do zaparcia dołącza się jeszcze ból przy oddawaniu stolca, zmieszanego ze śluzem i krwią, niekiedy powstawanie śluzu zależy od chronicznego nieżyty odbytnicy. Chorzy, cierpiący na atonię żołądka, nie mają zazwyczaj zupełnego zadowolenia po wypróżnieniu, czują jeszcze potrzebę dalszych wypróżnień, co rzadko im się udaje. Nie jest to parestezyja, badając bowiem ich odbyty, rzeczywiście, znajdujemy kał zbitą, co dowodzi, iż spólcześnie istnieje niedomoga recti et colonis; zresztą inne objawy jak kolki, wzdęcia, przelewania, wiatry dowodzą tego również.

W rozszerzeniu stałem żołądka stolce również są zaparte, a za przyczynę uważać należy pozostawanie znacznej ilości płynów w żołądku. Wypróżnienia są zazwyczaj suche, zbite, twarde i nawet po ławatywach lub środkach czyszczących wychodzą w postaci papki, w której wyraźnie jednak można rozróżnić suche kawałki kału, rozpulchnione nieco po brzegach wodą i związane śluzem. Skutkiem nieprawidłowych fermentacyj i gnicia w żołądku oraz przechodzenia do kiszek nienormalnej tej miazgi formują się w kiszkiach, gdzie sprawy te dalej idą, duże ilości gazów, które rozciągają ścianki kiszek i powodują bolesne wzdęcia, tym ostatnim stale towarzyszy uczucie pełności, kolki, częste napieranie na stolec, zazwyczaj bezskuteczne, oraz uporczywe bóle głowy. Stan taki trwa w ciągu całej choroby, rzadko bardzo występują rozwolnienia, wywołane ostrem podrażnieniem żołądka i kiszek. Uczucie pełności w brzuchu i wzdęcia powodują chorych takich do częstego użycia środków czyszczących, co zazwyczaj sprawę jeszcze pogarsza. Niektórzy autorzy wystąpienie w mechanicznym cierpieniu stolców prawidłowych uważają za objaw korzystnie rokujący o zasadniczej sprawie.

We wrzodzie okrągłym żołądka jak również w sokotoku, stałym i t. z. hyperaciditas digestiva zaparcie stolca jest również prawidłem, a jest ono w tych chorobach niekiedy tak silne, że bez środków czyszczących lub ławatyw stolca zazwyczaj nie bywa. Rzadko w tym razie widzimy zaparcia naprzemian z biegunką, a rozwolnienia dłuższe występują przy obfitych krwawieniach, osobliwie we wrzodzie, rozszerzającym się na dwunastnicę. W przypadku wrzodu, opisanym przed rokiem przezemnie, stolce były stale zaparte, po wystąpieniu krwotoku aż do śmierci były rozwolnienia.

Za to w raku żołądka zaparcie stolca nie jest równie częstym objawem, Müller np. w 33⁰/₀ wszystkich przypadków widział rozwolnienia, zależne od rozpadania się nowotworu i podrażnienia kiszek produktami jego rozpadu, w pozostałych stolce były prawidłowe lub występowało zaparcie. Ewald widział stolce prawidłowe w raku żołądka zaledwo w 4⁰/₀—5⁰/₀ przypadków, Tripier na zasadzie 28 spostrzeżeń zaznacza, iż w połowie przypadków miał rozwolnienie, chociaż rak nie podległ rozpadowi, rozwolnienia te występowały pod koniec życia w zależności od ogólnego upadku odżywiania. W każdym razie zaparcie stolca

w raku nie jest dominującym objawem, przeciwnie, również często spotykamy stolce prawidłowe lub rozvolnienia, zależnie od okresu raka. W przypadku operowanym, który ogłosiłem wraz z kol. Solmanem, stolce były zawsze prawidłowe, dopiero później pod koniec życia przy regeneracji wystąpiły rozvolnienia wraz z krwawieniem i krwawymi wymiotami.

Zaparcie stolca notowałem wogóle w swoich przypadkach wtedy, gdy rak umiejscawiał się u oddźwiernika i powodował rozszerzenie żołądka, zresztą i wtedy nie były one objawem stałym, a przemijającym.

Zaparcie stolca w nerwicach żołądka jest nader częstym objawem, mówić wszelako o stałości objawu dla danej choroby nie można, gdyż objawy te są wogóle w nerwicach, zmienne.

Z kolei należałoby wspomnieć o zaparciach stolca w przebiegu chorób wątroby, szczególnie zaś w przebiegu żółtaczki, że jednak nie są one tam objawem dominującym i że powszechnie objaw ten w tych stanach jest znany, zaznaczę je tylko, a przejdę do opisu choroby Glénarda, która jest jedną z przyczyn częstych zaparcia stolca.

D. c. n.

O świerzbie¹⁾.

Przez

Dr. Stanisława Markusfelda.

Pobudką do opracowania przedmiotu na pozór tak znanego, nieciekawego i powszedniego, jakim jest świerzba, było duże praktyczne znaczenie, jakiego cierpienie to z powodu swojej częstotliwości i zaraźliwości nabiera. Ze świerzbą albowiem lekarz ciągle się spotyka, zarówno w dużym mieście, jak i po wsiach: w dużym mieście lekarze szpitalni, fabryczni lub praktykujący na krańcach, jakże często ją widują i muszą wcześniej rozpoznać, aby na czas przedsięwziąć przeciwko szerzeniu się jej odpowiednie środki ochronne! Dla lekarza prowincjonalnego, działającego, przeważnie, wśród ludności ubogiej, żyjącej w brudzie i ciasnocie, świerzba stanowi jedno z najczęściej spotykanych cierpień skóry. A nawet i wielkomiejski lekarz specjalista, nie dermatolog nieraz musi umieć rozpoznać to, wprawdzie niegroźne cierpienie, ale, zawsze, przykre i niepokojące chorego. A chociaż rozpoznanie i leczenie świerzby nie jest trudne, to jednak często bywa ona błędnie rozpoznawana, a jeszcze częściej leczona bez podstaw naukowych lub na podstawach fałszywych, wprost ze szkodą dla chorego. W obec celu praktycznego pracy główny nacisk będzie położony na rozpoznanie i leczenie, kwestyje zaś teoretyczne będą poruszone tylko o ile to okaże się niezbędnem.

Określenie. Jak wiadomo, świerzbą nazywamy zbiór wielopostaciowych zmian chorobowych, spostrzeganych na skórze

1) Nowsi autorowie używają dla „scabies“ najczęściej miana „świerzba“, chociaż i nazwę „świerzb“ dość często się napotyka (np. w słowniku krakowskim, w przekładzie dermatologii Neumann'a, anatomii patologicznej Birsch-Hirschfelda); u Lindego (1859, V str. 524) znajdujemy: „świerzb—świerzbiecie ciała przemijające bez krost; świedzenie.... świerzb, świerzbiączka—choroba, gatunek liszaju—die Krätze.... na suchy świerzb na licu i indziej recepta“.

W słowniku Wileńskim czytamy (str. 1682): „świerzb albo świerzba: 1) świerzbiecie ciała przemijające bez krost, świedzenie t. j. szczypanie po ciele pod skórą, pobudzające do drapania; 2) świerzb albo świerzbiączka—choroba, gatunek liszaju“.

wskutek przebywania w niej świerzbowca; wielopostaciowość (polimorfizm) wysypki i przebywanie w skórze świerzbowca, warunkujące zaraziliwość cierpienia i wywołujące nieznosne świerzbenie stanowią cechy najbardziej charakterystyczne dla świerzby.

Świerzbowiec człowieka²⁾ (*Acarus scabiei*, *Sarcoptes scabiei hominis*), będący wyłączną przyczyną świerzby jest to rozdzielnopłciowy, oddechający powietrzem pajęczek wielkości końca szpilki, a więc, zaledwie dostrzegalny gołym okiem; przy małym powiększeniu podobny on jest do żółwia; przecięciowo, długość jego wynosi 0,35 mm., szerokość 0,23 mm., (Geber³⁾ takie są wymiary samicy; samce są o $\frac{1}{3}$ mniejsze i daleko mniej liczne.

Samica dla złożenia jajek wrzyna się w część rogową naskórka i wykopuje w niej krzywy, mniej lub więcej łukowaty, ślepy kanał—galeryjną. W końcu galeryi (koniec ogonowy—Schwanzende Hebra, éminence acarienne Bazin) znajduje się zawsze sam pasożyt, przeświecający przez warstwę komórek rogowych, jako biały punkcik; drogę powrotną ma samica zamkniętą przez wypniające galeryę jajka i w niej ginie po upływie 2—3 miesięcy.

Samce, po zapłodnieniu samic, żyją 6—8 dni w powierzchniowych zagłębieniach naskórka: z boku lub w sąsiedztwie galeryj albo też u wejścia do niej.

Z jajek po 3—6 dniach wylęgają się gąsienice, opuszczające galeryjną i przebywające razem z samcami koło galeryj. Po 6 (mniej więcej) dniach gąsienice linieją (co trwa 3—4 dni) i prze-

Wybraliśmy miano *świerzba*, jako ogólnie używane i bardziej utarte. Pod *świerzbiączką* albowiem rozumiemy *Prurigo Hebra*, co zaś do miana *świerzb* — *świerzbenie ciała przemijające bez krost* to odpowiada ono zupełnie pojęciu *Pruritus universalis Hebra* (pr. senilis—świerzb starczy; pr. vulvae, ani, świerzb sromu, stolca). *Dermatoneurose*, *Prurit sans Prurigo*, *Neurodermie*, francuskich autorów. Zaś dla *pruritus*, jako objawu mamy *śwędzenie*, *świerzbenie*.

²⁾ Inne rodzaje świerzbowców (*Sarcoptes scabiei communis*, *sarcoptes minor*, *muris*, *caniculi* etc.), występujące jako skórne pasożyty zwierząt b. rzadko tylko przenoszą się na człowieka i wywołują wtedy cierpienie b. lekkie (Leloir), niekiedy tylko cięższe. (Ciekawy przypadek zmian, wywołany przez *Sarcoptes equi* opisał Besnier w *Annales de Dermatol. et de Syphiligraphie* 1892 str. 624).

³⁾ Geber (w *Ziemssen'a Handbuch d. Speciellen Pathol. u Th. Bd. XIV, zweite Hälfte 1884*). *Die parasitären Hautkrankheiten.* str. 349—369.

mieniają się w *poczwarcki*; *poczwarcki* po kilku (4—6) dniach podlegają drugiemu i ostatecznemu linieniu, powstałe ztąd pajęczki po tygodniu dojrzewają płciowo.

Gudden ⁴⁾ znalazł i opisał u świerzbowców *gruczoł śluzowy*, którego wydzielina, jakoby działała drażniąco (chemotaktycznie) na otaczające galeryją komórki.

Ponieważ pasożyt dla zupełnego rozwoju potrzebuje do 4-ch tygodni, zwykle dopiero w 6—8 tygodni po zarażeniu występują bardziej widoczne objawy świerzby.

Umiejscowienie galeryj. Galeryje przedstawiają się w postaci 0,5—3 ctm. długich, mniej lub więcej zakrzywionych, jak gdyby zadrapań naskórka jaką ostrą igłą i są zwykle zabarwione na szaro przez brud, dostający się do nich z zewnątrz. Galeryje zwykle znajdują się w pewnych tylko, stałych miejscach; miejsca te, wyliczone w porządku częstości znajdywania w nich galeryj, są następujące: *fałdy międzypalcowe, boczne powierzchnie palców koło stawów palcowych (falangowych) i na ich zgięciu, przegub napięstko-przedramieniowy*; u mężczyzn: *prącie (żołądź i napletek)*, u kobiet: *brodawki sutkowe i duże wargi sromne; przednia fałda pachowa, dłoń i łokciowy brzeg dłoni* ⁵⁾, *okolica wyrostka łokciowego (olecrani), nadbrzusze, pępek, pośladki szczególnie nad krętarzami wewnętrzna powierzchnia kolan, kostek i wewnętrzny brzeg stopy.*

Na *twarzy i włosistej części głowy*, a także i na *podszewie u dorosłych galeryje nie bywają.*

Wogóle galeryje nie zdarzają się na częściach odkrytych, a wyłącznie na miejscach dobrze przykrytych ubraniem, ze skórą cienką lub większym dopływem krwi, warunkowanym stałym, zwykłym urazem. Tym ostatnim czynnikiem objaśnia się *zawodowe umiejscowienie* (skutkiem stałego, zawodowego urazu) *galeryj na plecach u tragarzy, u szweców na pośladkach nad krętarzami* (skutkiem całodziennego siedzenia), *nad kolanem i na przedniej powierzchni biodra* (pobijają skóry na desce, kładzonej na te miejsca), u *tkaczy na łukach żeber* (przygniatających przy ustawianiu i poprawianiu roboty) i t. p.

⁴⁾ Geber. loc. cit.

⁵⁾ Dühring. Choroby skóry, ruski przekład z fran. Petersburg, 1885.

U *ssawców* nie ma prawidłowego umiejscowienia galeryj, zdarzają się one bowiem *nawet na twarzy i na włosistej części głowy*, albowiem miejsca te zwykle odkryte, a więc chłodniejsze, u *ssawców* bywają ogrzewane piersią podczas karmienia; u *ssawców* często na *podeszwie* znajdujemy galeryje, u starszych dzieci stale na *podeszwowej powierzchni dużego palca stopy*⁵⁾.

Zmiany anatomiczne wywoływane przez świerzbowców. Świerzbowce żyją wśród rogowej warstwy *naskórka* i z niej *czirpią pokarm*; przyczem samce, gąsienice i poczwarki, jako żyjące w bardzo płytkich zagłębieniach *naskórka*, prawie na jego powierzchni nie wywołują w nim zmian znaczniejszych. Zupełnie inaczej dzieje się z samicami. Jak to już było wspomniane, ryją one dla złożenia jajek galeryje w *powierzchnowej i średniej warstwie części rogowej naskórka*⁶⁾⁷⁾⁸⁾. Galeryje te są oddzielone od warstwy *komórek kolczastych* (str. dentatum—Stachelzellen, Rete Malpighii) warstwą *komórek ziarnistych* (Körnerzellen) i warstwą *podstawowych komórek rogowych*. *Komórki rogowe, wyścielające galeryję schną i twardnieją* pod wpływem dostępu do nich powietrza i ucisku wywołanego przez świerzbowca i jego jajka. Jednocześnie przebywające w galeryi pasożyty wytwarzają jakieś bliżej nieznanne ciała chemiczne o własnościach chemotaktycznych, wywołujących *powierzchnowe pryszczycowe zapalenie naskórka*. Mianowicie, ciała te przez warstwę *komórek kolczastych* działają na naczynia części brodawkowej skóry i przytem silniej na surowicę krwi, niż na białe ciała. Skutkiem tego *pod galeryją*, gdzie się wytwarzają wspomniane ciała o własnościach chemotaktycznych, *zwiększa się zawartość szczelin limfatycznych wewnątrz naskórkowych* (śród warstwy *komórek kolczastych*), zarazem *komórki ziarniste i kolczaste w najbliższem sąsiedztwie galeryji z lekka obrzmiewają i pośród nich pojawiają się nieliczne białe ciała*. Następnie, gdy zawartość *szczelin limfatycznych wewnątrz naskórkowych* coraz się zwiększa, wytwa-

⁵⁾ Duhring loc. cit.

⁶⁾ Ludwig T ö r e k. Zur Anatomie der Scabies. Monatshefte für Pract. Dermatol. VIII, 1889 str. 360—366.

⁷⁾ P. U n n a. Die Histopathologie der Hautkrankheiten, 1894 str. 167—171.

⁸⁾ W. D u b r e u i l h. Anatomie pathologique de la gale. Annales de Dermat. et de syphil. 1893 str. 459.

rzają się *drobne pęcherzyki wewnętrzznaskórkowe*, powiększające się w bok i ku dołowi (ku górze przeszkadza im rozszerzać się zbita warstwa podstawowych komórek rogowych), rozsuwając i uciskając komórki kolezaste, które wskutek tego zwężają się i wydłużają. *Zawartość* tych pęcherzyków (jeżeli nie miało miejsca zakażenie z zewnątrz) składa się z *zupełnie przezroczystej limfy*, z mniejszą lub większą *domieszką białych ciutek* i (po dłuższem istnieniu pęcherzyka) *odpadłych*, mniej lub więcej *zmienionych* (napęczniałych, wydłużonych, zwężonych) *komórek naskórka*, tworzących ściankę pęcherzyka. *Nad pęcherzykiem warstwa ziarnista zanika, a podstawowa warstwa rogowa pęcznieje*. Niekiedy *między* opisanymi pęcherzykami *warstwę kolezastej a galeriją* t. j. *śród* warstwy rogowej wytwarzają się drobne pęcherzyki *warstwy rogowej*. Pęcherzyki warstwy kolezastej, powiększając się, unoszą ku górze warstwę rogową wraz z galeriją, w postaci *drobnych przeświecających pęcherzyków — prosówka świerzbową* (miliaire acarienne). *Zmiany części łącznotkankowej skóry (corium) dotyczą tylko jej części brodawkowej (pars papillaris corii)*, jest ona obrzękła, naczynia jej są rozszerzone, stałe komórki tkanki łącznej powiększone i bardziej liczne. Pośród *śród* błonka i komórek łącznotkankowych spotyka się dość często dzielące się jądra.

Skutkiem dostania się do wnętrza tych pęcherzyków z *zewnątrz*⁹⁾ *drobnoustrojów* (drapiący paznokieć narusza ciągłość naskórka i wtłacza je — autoinokuluje) *ropotwórczych* (staphylococ. pyog. aur et alb., morococci—Unna⁷⁾ Leloir) *zawartość* surowicza pęcherzyków przechodzi w ropną i pojawiają się objawy silnego odczynowego zapalenia ze strony otaczającej tkanki (impetigo ecogenes). W ropie tych pryszczycy *stałe* znajdowałem *śród* licznych pasożytów, *mnóstwo komórek eozynofilowych*, *niekiedy po kilkanaście na jednym polu mikroskopowym* (Zeiss $\frac{1}{2,0}$ w postaci dużych okrągłych lub nieco wydłużonych *wielojądrowych* komórek, wypełnionych dużymi eozynofilowemi ziarenkami).

Zmiany chorobowe spostrzegane na skórze. Pośród licznych zmian chorobowych spostrzeganych na skórze przy świerzbie na-

⁹⁾ Leloir. Monatshette für pract. Dermatologie, XIII 1831 str. 12—15.

⁷⁾ Unna. loc cit.

leży odróżniać *zmiany pierwotne*, bezpośrednio zależne od świerzbowca, będące prostym skutkiem jego obecności w skórze i *zmiany wtórne, pośrednie*. *Zmiany pierwotne* opisaliśmy już jako *prosówkę świerzbową*; są to nieliczne, rozrzucone, drobne przeświecające pęcherzyki, z zawartością przezroczystą, siedzące na skórze zdrowej, bez śladu zapalenia odczynowego, w zwykłym umiejscowieniu galeryj, najczęściej na palcach rąk.

Zmiany wtórne, pośrednie zależą od dwóch przyczyn, wzajemnie się podtrzymujących: od *przyczyny czysto mechanicznej—drapania*, do którego chorych zmusza nieznośne świerzbiecie, szczególnie, w nocy, gdy chorzy się pod kołdrą zagrzeją a świerzbowce, ożywione ciepłem, powiększają swoją działalność podkopną i od *samozarażenia* (autoinokulacji). Samozarażenie bywa ułatwione przez drapanie, gdyż drapiący paznogieć narusza całość naskórka i jednocześnie roznosi po całej skórze pierwiastki zarazliwe, których nie brak na powierzchni ciała. Samo *drapanie* wywołuje w podrażnionymuczastku skóry *porażenne rozszerzenie naczyń—rumień (erythema)*, z pewnym, mniej lub więcej znacznym *przesiękiem—pokrzywka (urticaria)*; przy dalszem zaś drażnieniu miejsc już zmienionych proces chorobowy zajmuje *brodawkową część skóry* (pars papillaris corii), szczególnie, w sąsiedztwie torebek włosowych, które, jako nabrzmiewające (dzięki swym elementom mięśniowym) i przez to wystające nad powierzchnię najłatwiej podpadają pod drapiący paznogieć—*grudka, (lichen simplex francuskich autorów, eczema papulatum Hebra)*. Ta wysypka grudkowa występuje najbardziej na miejscach dostępnych dla drapania: *przedramionach, przedniej powierzchni tułowia, poniżej sutek, przedniej i wewnętrznej powierzchni bioder*.

Przy dalszym rozwoju cierpienia skutkiem rozdrapywania prosówki świerzbowej i grudek i jednoczesnego samozakażenia pasożytami ropotwórczymi, morococ'ami i t. d., różnymi drażniącymi ciałami powstaje *pryszczycyca pęcherzykowa i pryszczowa (eczema vesiculosum et pustulosum)*, a miejscami *czyraki*; u *dzieci*, nawet, *ropne zapalenie skóry i tkanki podskórnej (phlegmone)* i *cierpienie naczyń i gruczołów limfatycznych*¹⁰⁾.

¹⁰⁾ W ostatnich latach znaczenie „*podrażnienia zwrotnego*“ (reflektorische Reizang-Kaposi), jako przyczyny pryszczycy zostało silnie zachwiane, jeżeli nie zupełnie zaprzeczone.

Pryszczycyca ta występuje tam, gdzie są galeryje i na miejscach dostępnych dla drapania: na *przedniej powierzchni tułowia poniżej brodawek sutkowych, na organach rodnych, na przedniej i wewnętrznej powierzchni bioder, na łydkach, pośladkach, przedramionach, łokciach, rękach, sutce kobiecej.*

Na *rękach* (szczególniej na palcach i fałdach międzypalcowych) spotykamy zwykle pryszczycze (pustulae).

Na *prąciu i brodawce sutkowej* występują niekiedy dość głębokie nacieczenia, łatwo wrzodziejące i mogące dać powód do zmieszania ich z *szankrami, lepiezami.*

Następnie u ssawców na *twarzy, włosistej części głowy, tylnej powierzchni dłoni i stopy i na podeszwie* przeważa pryszczycyca *pryszczycowa.*

Prócz tego spotykamy *strupy ropne, krwawe i surowiczowłóknikowe i nadżarcia* (zdrapania-excoriationes).

Widzimy więc jak różnolity bywa obraz chorobowy przy świerzbie, jak wielopostaciowe są objawy skórne.

Mamy albowiem (prócz galeryj): 1) *rumień i pokrzywkę* (wliczamy w porządku chronologicznym) 2) *prosówkę świerzbową*, 3) *wysypkę grudkową*, 4) *pryszczycę pęcherzykową i pryszczycową*, 5) *czyraki* 6) różnego rodzaju i wielkości *strupy* i 7) *nadżarcia.*

Dla całości obrazu należy wspomnieć jeszcze o *sztucznych zapaleniach skóry* (dermatitides artificiales), spostrzeganych u osób dotkniętych świerzbą i o bardzo rzadkiej formie, o świerzbie norwęgkiej (scabies norvegica).

Sztuczne zapalenia skóry, wywołane przez wcieranie różnych domowych środków jeszcze przed zasięgnięciem porady u lekarza, przedstawiają się w postaci rozlanych czerwonych plam, gorących na dotyk, bolących, palących, piekących; z miejsc tych naskórek schodzi nieraz całemi warstwami (niekiedy obnażając brodawki i wywołując ciągłe wydzielanie się przezroczystego płynu, np. po wcieraniu nafty). Takie zapalenia skóry spostrzegamy na miejscach najbardziej dostępnych dla silnego wcierania: na *przedniej powierzchni klatki piersiowej ramienia i przedramienia i wewnętrznej bioder*, jeżeli zaś kto drugi chorego naciera, to i na *plecach i pośladkach* (zwykle wcierane bywa ordynarne *szare mydło* z znajdującymi się w niem całemi kawałkami sody), niekiedy widzimy na całym prawie ciele, szczególnie na miejscach z bardziej delikatną skórą (po wannie z kilkoma funtami sody).

Co się zaś tyczy *świerzby norwęgskiej*¹¹⁾ obserwowanej najpierw u trędowatych w Norwegii — ztąd nazwa), to zdarza się ona bardzo rzadko; przy niej na *dłoni, podszewie, łokciu i kolanie* wytwarzają się znaczne zgrubienia naskórka, w których widać liczne, przecinające się wzajemnie galeryje z mnóstwem pasożytów; przyczyną tego ma być długotrwałość cierpienia, ztąd duża ilość *świerzbowców*. (D. c. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

z dziedziny chorób wenerycznych.

Podał

Fr. Giedroyc.

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza.

Nie wchodząc w szczegółowsze rozstrząsanie trzech przytoczonych poniżej przypadków, uważam za stosowne podać je do wiadomości kolegów tylko przez wzgląd na stosunkową ich rzadkość. Ta również okoliczność pozwala mi mówić o nich teraz, t. j. w czasie, kiedy losy samych chorych są jeszcze nie rozstrzygnięte, a zakończenie choroby niewiadome. chorzy bowiem dotąd żyją i leczą się. Dwa pierwsze przypadki miałem sposobność obserwować w szpitalu, trzeci zaś w praktyce prywatnej.

L. Bezwład połowiczny w bardzo wczesnym okresie przymiotu.

Władysław K., bednarz, w wieku lat 36, przybył do szpitala Ś-go Łazarza 4 Grudnia roku zeszłego. Przy badaniu znaleziono: na wewnętrznej powierzchni napletka owrzodzenie, posiadające wszelkie charakterystyczne znamiona pierwotnego wrzodu przymiotowego; gruczoły powiększone, zwłaszcza pachwinowe; na skórze tułowia wysypka plamista (roseola), na twarzy rozrzucone tu i owdzie guziczki (papulae), wreszcie guziczkowe zapalenie paszczy (angina, plaques faucium). Zaraził się przed dwoma miesiącami. Chory pozostawał w szpitalu przez dni 14, w ciągu których oprócz leczenia miejscowego zrobiono dwa głębokie zastrzyknięcia w mięśnie pośladków zawiesiny żółtego tlenka rtęci (0,08 czystego merk.), po czem owrzodzenie zablizniło się całkowicie, pozostawiając stwardnienie, wysypka ustąpiła, tylko na twarzy, na miejscach byłych guziczków, zostały zabarwione plamy. 18 Grudnia chory wypisał się dobrowolnie ze szpitala, przyrzekłszy le-

¹¹⁾ M. Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, 1887.

czyć się dalej w ambulatoryjum. Zaledwie w 4 dni później, t. j. 22 Grudnia, ból głowy, który przedtem był bardzo nieznaczny i nie zwracał na siebie uwagi, stał się do tego stopnia dokuczliwy, że chory nie mógł dłużej pracować w warsztacie i zamierzał wrócić do domu, w drodze wszakże uczył, że traci siły w nogach, widzi przedmioty podwójnie i zaczyna się chwiać; do tego przyłączyły się wymioty. Chorego odprowadzono do domu, gdzie zaraz zasnął. Ku wieczorowi obudził się już nie czując bólu głowy, ani chwiejności w nogach; wstał, wieczerał, chodził; gdy zaś następnie po raz drugi obudził się w nocy, zauważył, że prawą górną i dolną kończyną nie może dowolnie poruszać; równocześnie mowa stała się bełkotaniem zgoła niezrozumiałem dla otaczających osób. 24 Grudnia odwieziono chorego do szpitala Ś-go Ducha, gdzie przy badaniu znaleziono: w kończynach prawej strony ruchy dowolne zniesione, czucie zachowane, odruchy znacznie wzmożone; w lewej dolnej kończynie odruchy również wzmożone, tylko w mniejszym stopniu; źrenice oddziaływają na światło; niedowład n. twarzowego. Obok tego żadnych zmian ani w sercu ani w naczyniach ani nerkach nie wykryto. Leczenie specyficzne (12 zastrzyknięć zawiesiny salicylanu rtęci, jodek potasu). W końcu Marca r. b. chory jeszcze raz przybył do szpitala Ś-go Łazarza w stanie następującym: zdolność ruchów dowolnych w dotkniętych kończynach ograniczona, siła ich mięśni bardzo mała (chory nie może utrzymać łyżki przy jedzeniu, nie może chodzić bez kija), odruchy wzmożone, mowa nie zupełnie wyraźna, nadto chrypka, zależna — jak wykazał laryngoskop — od niedowładu strun głosowych; źrenice oddziaływają na światło doskonale; gruczoły powiększone, stwardnienie na miejscu byłego owrzodzenia pierwotnego mniej wyraźne. Energiczne leczenie rtęcią i jodem stan ten znacznie poprawiło, nie doprowadziło wszakże do zupełnego usunięcia zmian.

Wymienione tu szczegóły opisanego przypadku pozwalają przyznać, że mieliśmy do czynienia z *bezwładem pochodzenia przymiotowego, powstałym w trzecim miesiącu post infectionem, a w pierwszym — drugiego okresu choroby.*

II. Ziarniniaki tęczy (gummata iridis) w bardzo wczesnym okresie przymiotu.

Stanisław Sz., lat 39, oficjalista prywatny, przybył do szpitala Ś-go Łazarza 2 Września r. b. Przy badaniu znaleziono: na wewnętrznej powierzchni napletka na miejscu byłego owrzodzenia nieco twardawą bliznę; gruczoły powiększone umiarkowanie, pachwinowe więcej od innych. Główną uwagę chorego i lekarza zwraca na siebie prawe oko, gdyż światło go razi, lzy sączą się nie nazbyt obficie. Po podniesieniu powiek widzimy: łącznica mocno przekrwiona i obrzękła, w środku rogówki w głębokich jej warstwach szaro białe nacieczenie, w komórce przedniej na-

gromadzona ropa, na tęczy dwa typowe brudno żółte guziki: mniejszy z zewnętrznej strony wielkości soczewicy, większy z wewnętrznej — objętości pół ziarnka grochu. Silny ból przy ucisku na gałkę oczną przez górną powiekę, zdolność widzenia ograniczona do rozpoznawania ruchów ręki na parę stóp. Bóle w okolicy skroniowej tejże strony. Od chorego dowiedzieliśmy się, że uległ infekcyi przed 9 miesiącami, że leczył się pod kierunkiem felczera najpierw wcieraniem szaruchy (24), następnie pigułkami, zawierającymi preparaty rtęci, że wreszcie obecne cierpienie oka trwa od pięciu tygodni. Rozpoznanie irido-cyclitis syphilitica, gummata iridis, hypopion keratitis potwierdził kol. Gepner (syn), który też łaskawie zajął się miejscowem leczeniem oka. Leczenie to obok energicznego ogólnego preparatami rtęci i jodu daje dotychczas wyniki pożądane: dziś, t. j. po dwu tygodniach bóle przeszły, ropa i zewnętrzny mniejszy ziarniniak wessane zupełnie, wewnętrzny zaś zmniejszył się przynajmniej o połowę; chory widzi lepiej.

Zaznaczamy ten przypadek ze względu, że *gunmata iridis* wystąpiły tu w ósmym miesiącu od chwili nabycia przymiotu.

III. Pierwotne owrzodzenie przymiotowe w niezwykłym miejscu.

Bazyli P., lat 34, urzędnik, zgłosił się do mnie w pierwszych dniach Lutego r. b. z objawami ogólnego przymiotu na skórze i błonie śluzowej jamy ustnej. Wysypka pierwsza; chory dotąd specyficznie nie leczony. Rodzaj choroby był rozpoznany dokładnie przez lekarza w miejscu zamieszkania chorego, który przybył do Warszawy właściwie tylko dla sprawdzenia dyagnozy, nie widząc bowiem przedtem u siebie pierwotnego owrzodzenia, nie wierzył, by istniejąca u niego wysypka mogła być przymiotową. Istotnie: pomimo że choroba sama była w bardzo wczesnym okresie, śladów owrzodzenia lub stwardnienia nigdzie nie można było dojrzeć, a chory zapewniał stanowczo, że nie podejrzanego u siebie nie widział.

Przy badaniu palcami skóry na głowie, pokrytej długimi i gęstymi włosami, dla przekonania się, czy nie ma tam strupów lub pryszczów, namacałem wypadkowo stwardnienie ograniczone, wielkości dwu-kopiejkowej monety, leżące na *środkowej linii karku* i przykryte włosami, teraz również przekonałem się, że istotnie, gruczoły szyjowe były najwięcej w porównaniu z innymi powiększone, na co z początku nie zwróciłem uwagi. Rozpytywany chory co do pochodzenia tej już wielce podejrzanej dla mnie blizny niechętnie i z pewnem zażenowaniem wyznał, że w miejsce to ugryzła go przez żarty (bałujaś) kobieta, którą, miał u siebie. Działo się to mniej więcej przed trzema miesiącami, w ostatnich zaś czasach było tu owrzodzenie, które bardzo długo „nie chciało się zagoić“. Czas, pochodzenie i sposób powstania tej blizny pozwoliły mi za-

pewnie chorego, że tu właśnie było pierwotne owrzodzenie; pewność moją w tym względzie potwierdzało bardzo wyraźne i charakterystyczne stwardnienie blizny obok znaczniejszego—względnie do innych—powiększenia najbliżej leżących gruczołów.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Patologija ogólna i medycyna wewnętrzna.

265. Prof. H. BUCHNER. **O odporności i uodpornianiu.** (*Wien. Med. Presse* 37).

Kwestya odporności specyficznej nabytej zrobiła w ostatnich latach znaczny postęp dzięki pracom Behringa i Kitasato. Odporność tę wiązano dotąd z budową organizowaną (z ciałkami krwi), obecnie, przynajmniej dla niektórych przypadków, pewnem jest, że wiąże się ona z obecnością pewnych ciał rozpuszczonych w surowicy krwi, antitoksyn i wraz z niemi przenoszona zostaje z jednego zwierzęcia na drugie.

Pomimo tego wyjaśnienia pojęcia autorów zaciemniała z drugiej strony ta okoliczność, że z coraz to większą pewnością dawały się w surowicy normalnych zwierząt wykazać bakteryobójcze własności, świadczące o wrodzonej uprzedniej obecności również rozpuszczonych bakteryobójczych ciał—aleksyn. I tu organizacya wydawała się zbytęzną. W obu stanach, sztucznej i wrodzonej odporności, widziano analogiję i pewien wewnętrzny, istotny związek.

Pogląd ten okazał się jednak, dzięki pracom lat ostatnich, błędnym. Jasne pojnowanie kwestyi odporności można nabyć tylko, uważając sztuczną i naturalną odporność za dwie rzeczy zupełnie różne, podobnie jak różnemi są antitoksyny i aleksyny.

Tylko mając na oku te różnice i pomnąc, że w rzeczywistości w zakażonem albo ochronnie zaszczeponem zwierzęciu prawie zawsze oba stany istnieją jednocześnie i pomieszane ze sobą, ponieważ żyjący ustrój nie może być bez wszelkiej naturalnej odporności, można stanąć na właściwem stanowisku wobec trudnej kwestyi odporności.

Z nowszych prac, które ostatecznie dowiodły t. zw. naturalnej odporności, pierwsze miejsce zajmują badania Denys'a i Koisin'a. Badacze ci usunęli wszelkie wątpliwości, co do istnienia bakteryobójczych własności surowicy krwi. Wykazali przytem, że stopień tej własności w krążącej krwi normalnego zwierzęcia nie jest tak znacznym jak po nastąpieniu zakażenia. Słabo zrazu

działająca krew psów zakażonych węglikiem szybko nabiera tej własności w daleko wyższym stopniu. Autorowie nazywają to zjawisko „pogotowiem ustroju“ (Schlagfertigkeit); objaśnia ono rażącą dotąd nieraz nieodpowiedniość pomiędzy stopniem naturalnej odporności pewnego gatunku i stopniem bakteryobójczej siły jego normalnej krwi.

Nowe światło na omawiane własności krwi rzuciły i doświadczenia Daremberga; wykazał on mianowicie, że zarówno bakteryobójcza jak i ciałkobójcza (globulicid) siła krwi niknie przy ogrzaniu do 55—60⁰ C. Badania zaś autora (Buchnera) pokazały, że własności te można zniżyć lub potęgować wpływem światła, ciepła, obecności tlenu, jak również, że surowice krwi psiej i króliczej tracą te własności przy wzajemnym zetknięciu się.

Co się tyczy badań nad naturą aleksyn, to ograniczały się one do poznania wpływu, jaki wywiera na nie obecność soli neutralnych. Analogja zachowania się tu tych ciał z odnośnym zachowaniem się enzym, toksalbuminów, czerwonych ciałek krwi i sporów węglikowych, przemawia za białkową naturą aleksynów surowicy.

Co się tyczy pochodzenia aleksynów, to już uprzednio Harkin, Vaughan, A. Kossel wypowiedzieli myśl, że źródłem ich są białe ciała krwi. Badania autora i jego uczniów dowiodły tego najzupełniej. Przez zastrzykiwanie do jamy opłucny psów i królików wyjałowionej zawiesiny kłajstru owsianego udało się otrzymać wysięki, b. obfitujące w ciała białe i wolne od pasorzytów, posiadające bakteryobójcze własności w stopniu wyższym niż surowica tych samych zwierząt. Ten nadmiar siły zależy zapewne od leukocytów, kwestya jednak, czy nie było tu w grze fagocytozy. Pytania tego nie można rozstrzygnąć jedynie przez badania drobnowidzowe, jak to przypuszczał Miecznikoff, ale na drodze doświadczenia, któreby wykluczało fagocytozę, nie szkodać zresztą czynnikom innej natury. Najlepiej udaje się to przez zamrożenie i następne rozgrzewanie wysięku, przyczem leukocyty giną, aleksyny zaś nie ulegają zmianie. Ponieważ zaś okazało się, że zamrożony i rozpuszczony potem wysięk działał również silnie (niekiedy nawet silniej) niż wysięk pierwotny, wynika ztąd, że fagocytoza ma tu znaczenie drugorzędne, a że właściwa bakteryobójcza własność zależy do ciał rozpuszczonych, które same jednak pochodzą z ciałek białych.

Część wysięku, zarówno z prób zamrażanych jak i nie zamrażanych, ogrzewano do 55⁰ C. i badano następnie na bakteryobójcze własności. W tych próbkach pasożyty rozwijały się bez przeszkody. Wykazuje to, że brak pożywienia nie może być uważanym za podstawę bakteryobójczych własności nieogrzewanego wysięku. Ztąd też również wynika, że bakteryobójcze pierwiastki wysięków są również niestalymi (tabil) ciałami jak i aleksyny zwyczajnej krwi i surowicy.

Na podstawie zaznaczonych faktów może się wytworzyć porozumienie z teorią fagocytozy, ponieważ i badania nad bakteryobójczymi własnościami krwi i surowicy doprowadzają ostatecznie do wniosku, że białym ciałkom przypada właśnie rola przenośników ciał bakteryobójczych.

Ogromny materiał spostrzeżeń Miecznikowa i jego uczniów nad sprawami fagocytozy pozostaje przeto nienanaruszonym, a tylko objaśnienie sprawy i pojmowanie związku przyczynowego musi uległ zmianie. Rola ochronna leukocytów nie ulega ograniczeniu. Taka możliwość porozumienia się z teorią fagocytozy wydaje się tem ważniejszą, że teoria ta osnuta na szerokiej podstawie filogenetycznej odrazu obudziła szerokie zainteresowanie i stała się punktem wyjścia poszukiwań nad ochronnymi urządzeniami ustroju.

Wyżej wymienione pojmowanie tej kwestyi może samo przez się wyjaśnić tu niektóre sprzeczności i spostrzeżenia niezgadające się z teorią fagocytozy. I tak przedewszystkiem spostrzeżenie nad sprawą zdrowienia przy zarażeniu gronkowcami, które skłoniły Ribberta do wybudowania teorii „tworzenia się wałów“. Owe otoczki z leukocytów, okalające miejsce infekcyi, mogą i bez spraw fagocytozy przedstawiać urządzenie ochronne przez wytłoczenie przez leukocyty bakteryobójcze ciała. Podobnie i przy cierpieniach zależnych od paciorkowców wyzdrowienie następuje bez fagocytozy. Przy węgliku u szczurów C. Müller nie mógł również wykazać fagocytozy, chociaż ustrój szczura bardzo jest odporny względem tych zarazków. Podobnie Tietin—u małych, pozabawionych śledziony, nie znajdował nigdy fagocytozy ani po, ani w czasie napadu gorączki powrotnej. Według doświadczeń R. Pfeiffera wibryon cholery, wprowadzony do jamy otrzewny uodpornionych morskich świnek, ginie tam bardzo szybko bez zjawisk fagocytozy. Wszystkie te przypadki mogą znaleźć łatwe wytłomaczenie, skoro sprawę „zjadania“ przestaniemy uważać za *conditio sine qua non* bakteryobójczej działalności leukocytów.

Co się tyczy nowych zdobyczy naukowych w kwestyi nabytej albo sztucznej odporności, to po odkryciu przez Behringa i Kitasato możliwości przenoszenia jej zjawilo się wiele prac potwierdzających te fakty. Ehrlich zasłużył się swemi badaniami nad uodpornieniem przeciw jadowitym fytalbumozom, przez wprowadzenie „stopnia“ odporności i przez poszukiwania nad oddziedziczeniem odporności, które doprowadziło do wykrycia, że antitoksyny wydzielają się w mleku. Z praktycznej strony zasługuje na uwagę fakt wykryty przez Behringa, że dla uzdrowienia po nastąpieniu już zarażeniu potrzeba wiele więcej antitoksycznej surowicy, albo też surowicy o znacznie większej antitoksycznej sile. Ostatnie udaje się osiągnąć przez znaczne wzmoczenie odporności w zwierzętach mających dostarczyć surowicy.

Odnosnie natury antitoksyn udało się wykryć ich bezwzględnie swoisty charakter; mianowicie (antitoksyny tężca) ich odporność na czynniki fizyczne: światło, ciepło, nawet gnicie. Przemawia to przeciw przypuszczeniom, iż są to ciała pochodzenia zwierzęcego; prawdopodobniejszem staje się ich pochodzenie ze swoistych komórek pasożytów. Tłumaczyłoby to zarówno ich stałość jak i wyraźnie swoisty charakter.

Przypuszczenie fakie znajduje potwierdzenie w fakcie wykrytym przez Behringa i Knorra (choć dalej przez tych autorów nie uwzględnionym), że buljonowe hodowle tężca po ogrzaniu do 65° C. niekiedy działają wprost antitoksycznie względem zarazka tężcowego, t. j. zupełnie analogicznie jak surowica zwierząt uodpornionych na tężec.

Kwestyonowanym pozostaje jeszcze stosunek antitoksyn do specyficznych jadów bakteryjnych; a to o tyle, że chociaż można przyjmować zgodność składu i wewnętrznej natury jadu dyfterytycznego i dyfterycznych antitoksynów, jadu tężcowego i antitoksynów tężcowych, to jednak bezpośrednie pochodzenie antitoksynów od odpowiednich swoistych jądów pasożytych, przez zmianę bądź wewnątrz bądź zewnątrz ciała, dotąd nie zostało ściśle dowiedzionem.

Co się tyczy sposobu, w jaki antitoksyny przeciwdziałają swoistym toksynom, to Behring i Kitasato sądzą iż ma tu miejsce niszczenie ostatnich przez pierwsze. Przytoczone przez tych autorów na dowód doświadczenie nie jest jednak przekonującym. Przeciwnie, zdaniem Buchnera, przy dłużej trwającym zetknięciu się jadu i antitoksyny nie następuje stopniowe obniżenie działania jadu, jak również, że obojętna na pozór dla myszy mieszanina jadu tężcowego i tężcowych antitoksynów wywoływała jednak u morskich świnek silne tężcowe zatrucie. To pozwala Buchnerowi na przypuszczenie pośredniego przeciwdziałania, przez pośrednictwo żyjącego ustroju. Pogląd ten znajduje potwierdzenie w nowych doświadczeniach Behringa nad „nadwrażliwymi“ zwierzętami. Konie mianowicie, uczynione nadwrażliwymi na małe dawki jadu wskutek leczenia przeciw tężcowego, dają jednocześnie surowicę w wysokim stopniu antitoksyczną; fakt ten nie licuje z bezpośrednim niszczeniem jadu przez antitoksyny.

Wreszcie należy zauważyć, że antitoksyny chronią głównie i przede wszystkim przeciw swoistym toksynom, chociaż zazwyczaj i przeciw żyjącym zarazkom. Brak równoległości w tych zjawiskach zaznaczany w niektórych doświadczeniach (Gamaleja, Char-temesse i Vidal) pochodzi być może ztąd, że do ochrony przeciw żyjącym zarazkom przyczynia się i bakteryobójcza zdolność ciała, ochronę zaś przeciw toksynom dają tylko antitoksyny, a także i ztąd, że w doświadczeniach z toksynami zwykle wchodzi w grę większe ilości jadu, niż w doświadczeniach z żywymi zarazkami.

Z powyższego zdaje się wynikać konieczność ścisłego odróżniania naturalnej odporności od wywołanej sztucznie, specyficznej. Stany te różnią się od siebie przez warunkujące je, z gruntu różne, ciała, jakimi są aleksyny i antitoksyny. Podczas gdy aleksyny działają zabójczo na bakterye i ciała (globulicid) i są nader niestalemi związkami, antitoksyny własności tych nie posiadają, a odznaczają się swą znaczną stałością. Oprócz tego działanie ostatnich jest ściśle swoistem, podczas gdy aleksyny tak specyficznym określonemu w działaniu swem nie są, chociaż ich wpływ na różnego rodzaju pasożyty bynajmniej nie można nazwać jednostajnym. Dalej, aleksyny są wytworami ustroju zwierzęcego, podczas gdy antitoksyny według wszelkiego prawdopodobieństwa należy uważać za produkty specyficznie bakteryjne. Zwierzę zatem uodpornione specyficznym musi zawierać w sobie pewne swoiste ciała pasożyto-pochodzenia i to nie koniecznie w surowicy, ale i w tkankach, niekiedy właśnie wyłącznie w tych ostatnich (co do tego nie można wykazać jakiejś zasadniczej różnicy).

Wobec tego autor proponuje używanie różnych terminów dla oznaczenia tak różnych spraw. Pozostawiając wyraz „immunitis”—uodpornienie—dla stanu odporności swoistego, sztucznie wytworzonego lub nabytego, nazywa stan naturalnej odporności, naturalną zdolnością do oporu (*Widerstandsfähigkeit*, *Resistenzfähigkeit*).

W zwierzęciu uodpornionem (*immunisirt*) oba stany naturalny i sztuczny istnieją jednocześnie, podczas gdy w nieuodpornionem może być tylko naturalna odporność. Oba stany wogóle mogą ulegać spotęgowaniu, zachowując zawsze przytem swój odrębny charakter. Jednak nawet w najwyższym swym stopniu naturalna odporność nie może stać się nigdy specyficznym uodpornieniem, jak i naodwrot.

Do charakterystyki naturalnej odporności należy jeszcze i to, że wchodzi tu w grę, oprócz zdolności bakteryobójczych ustroju, jeszcze i stopień jego wrodzonej wrażliwości na pewne jady pochodzenia pasożyto-pochodzenia. Stopień ten, jak wykazały Vaillard'a doświadczenia nad tężcem u kur, może przedstawiać znaczne wahania. Wnioski:

1) Naturalna zdolność oporu przeciw zarazkom polega na innych zasadniczo warunkach i przyczynach niż sztuczne lub nabyte uodpornienie. Są to stany zasadniczo różne, które z punktu widzenia naukowego powinny być uważane i badane oddzielnie, chociaż w praktyce mogą one zdarzać się jednocześnie u tych samych osobników.

2) Naturalna odporność polega z jednej strony na bakteryobójczym działaniu pewnych rozpuszczonych składników ustroju, t. zw. aleksynów, a z drugiej strony na wrodzonej niewrażliwości tkanek i komórek ciała na pewne bakteryjne jady. Naturalna odporność nie może być drogą krwi przeniesioną na inne ustroje.

3) Ciałka białe pełnią ważną rolę w naturalnych ochronnych urządzeniach ustroju, jednak nie jako fagocyty, a przez wydzielane przez nie ciała rozpuszczalne. Fagocytoza jest zjawiskiem wtórnem.

4) Sztuczne lub nabyte uodpornienie polega na obecności zmienionych, pozbawionych jadu, swoistych wytworów pasożytniczych, t. zw. antitoksynów, we krwi lub tkankach ustroju lub w obu miejscach zarazem. Przez krew (i mleko) antitoksyny i wywołane przez nie uodpornienie może być przenoszonym.

5) Działanie antitoksynów polega nie na bezpośrednim niszczeniu swoistych jadów bakterji przez zetknięcie się z nimi; przechodzi ono do skutku tylko wewnątrz ustroju i tylko przy jego pośrednictwie, przez zmniejszenie swoistej wrażliwości na dany jad żyjących części ustroju, wskutek czego stają się one na wprowadzony jad niewrażliwe i odporne. *O. Hewelke.*

266. ROUX. **Przyczynk do leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi.**
(*La France médicale* 37).

Odkąd Behring i Kitassato ogłosili swoje badania nad własnościami surowicy zwierząt, uodpornionych na tężec i błonicę, kwestya ta coraz więcej zajmuje miejsca w piśmienictwie i wysuwa się coraz bardziej na plan pierwszy.

Autor robił doświadczenia nad działaniem surowicy zwierząt, uodpornionych na błonicę u zwierząt i dzieci już od r. 1891, obecnie ogłasza swoje badania i z góry zaznacza, że jego wyniki są zupełnie zgodne z innemi. Ponieważ powaga Roux'a w kwestiach tego rodzaju jest niepoślednia, streszczamy poniżej jego pracę, odczytaną na tegorocznym kongresie higienistów w Budapeszcie i budzącą zainteresowanie w świecie lekarskim.

Przygotowanie toksyny błonicowej. Lasecznika błonicy hodujemy w buljonie przy dostępie powietrza przy 37° w ciągu kilku miesięcy. Chcąc otrzymać wcześniej toksynę, należy się posiłkować metodą Roux'a i Yersin'a, polegającą na hodowaniu lasecznika w buljonie przy ciągłym dopływie świeżego, sterylizowanego powietrza, za pomocą odpowiednich przyrządów. Przy tej metodzie toksyna jest gotową w ciągu kilku tygodni. Po tym czasie na dnie naczynia widzimy zbiór laseczników starszych, młode pokrywają powierzchnię. Odczyn wtedy jest zasadowy. Hodowlę następnie filtruje się przez filtr Chamberlanda i przechowuje się we flakonach dobrze zamkniętych w świetle i ciepocie zwykłej. Zazwyczaj 0,1 cm. sz. tej toksyny zabija w ciągu 48 godzin świnkę morską wagi 500 grm.

Immunizacyja zwierząt. K. Frankel w tym celu wstrzykiwał świnkom morskim toksynę po ogrzaniu do 70° C. Behring dodawał do toksyny trojchlorek jodu, autor przekłada metodę swoją i Vaillarda, używaną w tężcu, mianowicie dodawanie jodu w celu obniżenia własności trujących; w tym celu dolewa do gotowej już

toksyny $\frac{1}{3}$ część jej objętości płynu Gramma w chwili kiedy ma już nastąpić wstrzyknięcie. Wtedy średni królik wytrzymuje działanie $\frac{1}{2}$ ccm. sz. płynu. Po kilku dniach manipulacja powtarza się i tak postępuje się w ciągu kilku tygodni, zmniejszając w tym czasie ilość dodawanego jodu, tak że po pewnym czasie można dojść do czystej toksyny. Zwierzęta ważyć należy często i przerywać wstrzykiwania skoro tracą na wadze, ponieważ można wywołać nieustannem stosowaniem toksyny uwiąd postępujący, prowadzący do śmierci. Psy dostarczają wybornej surowicy. Barany i kozy są bardzo czule na zarazę dyfterytu. Immunizacja sama sprowadza ten skutek, że antitoksyna dostaje się do mleka. (Ehrlich).

Najłatwiej uodpornić przeciw błonicy konia. Znosi on lepiej niż inne zwierzęta toksynę, niekiedy 2—5 cm. toksyny wywołują w tem zwierzęciu zaledwie lekką przemijającą gorączkę oraz obrzęk lekki miejscowy. Razem z Nocardem już od 1892 roku autor, opierając się na badaniach nad końmi immunizowanemi przeciw tężcowi, doszedł do wniosku, że koń w ogóle i dla błonicy będzie bardzo dobrym zwierzęciem i jego surowica odpowiednią dla zwierząt i ludzi. Surowica uodpornionego konia wchłania się szybko. Otrzymanie surowicy z żył, jest bardzo łatwe, a ilość jej jest za każdym upustem znaczna. Surowicę z krwi otrzymujemy w sposób zwykły. Autor posiada konie, którym upuszczano krew więcej niż 20 razy.

Autor używał do uodporniania koni pociągowych, 6—9 letnich, zdrowych i dobrze żywionych; przed doświadczeniami badano czy nie są dotknięte nosacizną przez zastrzykiwanie malcyny.

W celu uodpornienia wstrzykiwano im pod skórę około łopatki stopniowo zwiększane dawki toksyny, zabijającej 500 grm. świnkę morską w ciągu 48 godzin w ilości 0,1 cent. W ciągu 2-ch miesięcy i 8 dni jeden z koni w ten sposób dostał 800 cm. toksyny, bez żadnych groźniejszych objawów. W dniu upustu krwi (87 dzień doświadczenia), wzmiankowanemu koniowi wstrzyknięto bezkarnie 200 cent. toksyny. Otrzymana surowica posiadała taką siłę, że wstrzyknięcie $\frac{1}{50000}$ części wagi świnki morskiej, na 12 godzin przed wprowadzeniem jej 0,5 cm. toksyny, niweczyło działanie jadu.

Z tych względów koń został wybrany do doświadczeń ostatecznych. Po uodpornieniu podtrzymuje się odporność, wstrzykując mu w dzień upustu 300—500 cm. toksyny i pozwalając odpocząć aż do nowego upustu przez 20 dni, lub też dając mu częste dawki w dalszym ciągu; ten ostatni sposób dał dla tężca i błonicy wynik lepszy, widocznie tkanki wymagają częstych podrażnień dla bezustannej produkcji antitoksyny.

Surowica przeciwbłonkowa. Dodając surowicy do toksyny pozbawiamy tę ostatnią działania, szczególnie jeśli mieszanina

była zrobioną w odpowiednim stosunku. Wstrzykując śwince surowicę, pozwalamy jej bez szkody znieść śmiertelne dawki toksyny. Można również z takim samym skutkiem wstrzykiwać surowicę po zadaniu toksyny; ilość surowicy zależy od ilości wprowadzonej toksyny, wagi zwierzęcia oraz czasu, ztąd surowica posiada zarówno zapobiegawcze jak i lecznicze własności. Własności te zależą od zawartej w surowicy antitoksyny bliżej nam nieznanej.

Zapobiegawcze własności surowicy przemijają szybko i znikają po pewnym czasie, to też dla uzyskania trwałej odporności, należy, jak mówiliśmy, często powtarzać iniekcye.

O działaniu wzajemnem na siebie antitoksyny i toksyny można to tylko powiedzieć, że pierwsza nie niweczy drugiej, ale działa na tkanki ustroju w ten sposób, iż nieczulemi je czyni na działanie toksyny. Pomijam tu dowodzące tego doświadczenia autora, a zaznaczę, że surowica uodpornionego konia daje się dobrze przechowywać w warunkach aseptycznych, wysuszona w próżni po rozcieńczeniu wodą działa podobnie jak świeża, nieco drażni tylko tkanki na miejscu wstrzyknięcia. Autor sądzi jednak, że wysuszanie, lub parowywanie surowicy wobec łatwości jej otrzymania jest zbyt cenne.

Działanie surowicy w błonicy błon śluzowych. Samo się przez się rozumie, że główne znaczenie posiada dla nas wpływ surowicy na dyfteryt błon śluzowych. Otrzymać ten ostatni na drodze doświadczalnej łatwo, obnażając naskórek części płciowych świnki morskiej i szczepiac na tę obnażoną powierzchnię lasecznika Löfflera. Objawy wtedy są te same co u ludzi, obok miejscowych zmian występują ogólne i sprowadzają śmierć zwierzęcia. Wyniki otrzymane w tym kierunku przez Rouxa z surowicą konia są następujące:

Jeżeli surowica wstrzyknięta została przed zakażeniem w ilości 0,0001 wagi świnki morskiej, zwierzęta zawsze wracają do normalnego stanu; jeśli ilość była mniejszą, początkowo szybko następuje zdrowienie, rozwija się jednak charłactwo wkrótce. Takie same wyniki otrzymujemy zastrzykując współcześnie surowicę ze szczepieniem zarazka.

Jeżeli surowicę wstrzykiwać po zakażeniu po upływie np. 12 godzin w ilości 0,001—0,0001 wagi zwierzęcia, wyzdrowienie również długo nie daje czekać na siebie i zmiany miejscowe oraz objawy ogólne szybko znikają.

Lecznicze działanie surowicy krwi na dyfteryt innych błon jest nader ważne, podwójna wszakże wartość ma *działanie na dyfteryt krtani i tchawicy*. Doświadczenia autora w tym kierunku przeprowadzone, dowiodły, iż zwierzęta którym przy tracheotomii szczepiono lasecznika Löfflera do krtani ginęły po 3 dniach śród objawów krupu. I w tym razie szczepieniem surowicą współcześnie, przed i po zakażeniu udawało się ocalić zwierzęta.

W dalszym szeregu doświadczeń autor badał *wpływ szczepień na infekcję mieszaną lrtani lasecznikami Löfflera i paciorkowcami ropnemi*. Zazwyczaj występuje wtedy zajęcie płuc, bronchopneumonia. Przebieg choroby u królika jest nader szybki i surowica wtedy rzadko skutek odnosi, widocznie komórki zmienione przez jad streptotokka nie mogą oddziaływać na stymulacyjne działanie surowicy. Niekiedy wstrzykiwanie surowicy po 6 godzinach od chwili zakażenia, często powtarzane, pozwalały na uratowanie zwierzęcia. Nie daje również w tym razie lepszych wyników, antitoksyna streptokkokowa, otrzymana przez Marchoux, o czem autor przekonał się z odpowiednich doświadczeń.

Na tem kończy przegląd doświadczeń na zwierzętach, a przechodzi do *badania nad błonicą u dzieci*.

Badania nad leczniczem działaniem surowicy u dzieci przeprowadzał autor w szpitalu des Enfants-Malades, gdzie oddano mu do dyspozycyi cały powilon. Badania rozpoczął 1 Lutego r. b. Leczenie miejscowe błonicy pozostałe zwykłe, różnicę stanowiły wstrzykiwania surowicy, czas trwania badań do 24 Lipca r. b. Przeciętna odsetka śmiertelności zwykła była w r. 1890 55,8%, 1891—52. 4%, 1892—47,6%, 1893—48,4% przeciętne zatem 51,71%. Od 1/II 24/VII 1894 r. skutkiem stosowania surowicy na 448 leczonych w ten sposób dzieci zmarło 109 czyli odsetka śmiertelności była 24,5%. Chcąc wykluczyć możliwość, że w danej chwili epidemija w Paryżu była mniej złośliwa, autor porównywa swoje wyniki z wynikami otrzymanymi w szpitalu Trousseau przy zwykłym leczeniu w tym czasie. Otóż z cyfr tych wynika, że śmiertelność w szpitalu Trousseau bynajmniej nie była niższą, niż lat innych, bo doszła do 60% (520 dzieci 316 śmierci). Jeżeli nie brać pod uwagę krupu, a tylko dyfteryt gardzieli, to w latach 1891—1893 śmiertelność wynosił 33,9%, podczas gdy od czasu leczenia surowicą tylko 12%, w tym zaś samym czasie w szpitalu Trousseau 52%. Krup zazwyczaj dawał śmiertelność 75,29%, przy leczeniu surowicą 49% w tym samym czasie w szpitalu Trousseau 86%.

Oto niektóre szczegóły stosowania surowicy u dzieci. Surowica brana była od koni uodpornionych poprzednio, siła przeciw błonicowa surowicy była 50,000 do 100,000 t. j. dawka odpowiadająca 1/50,000 — 1/100,000 wagi świnki morskiej, wstrzyknięta po 12 godzinach jest w możności wyleczyć zakażoną błonicą świnkę morską, a $\frac{1}{10}$ do $\frac{1}{30}$ cem. sz. zmieszane z 1 cm. sz. toksyny znosi działanie tej ostatniej.

Wszystkim dzieciom wstępującym do oddziału wstrzykiwano 20 ctm. sz. takiej surowicy pod skórę biodra. Skoro badanie bakteryjologiczne, nie wykazywało u nich błonicy, ograniczono się na tej dawce, która, jak dowiodło badanie na 128 dzieciach bywa znoszona zupełnie dobrze. Dzieci te pozostają w oddziale dla błonicowych, mimo zapalenia gardzieli

ani razu nie zapadły na błonicę, co według Roux'a służy za dowód zapobiegawczego działania surowicy.

Na miejscu wstrzyknięcia, zwykle bezbolesnego, prawie nigdy nie otrzymujemy odczynu zapalnego, 3 razy zaledwie wytworzyły się ropnie. Po uzyskaniu pewności, że miał autor do czynienia z błonicą właściwą, powtarzał wstrzykiwanie 20 lub 10 cm. sz., co zazwyczaj wystarczało do zupełnego wyleczenia. Za wskazówkę służyła autorowi ciepłota i tętno; jeśli te po wstrzyknięciu poprzedniemu nieulegały obniżeniu, powtarzano injekcję. Średnia waga dziecka wynosiła 11 kgrm., stąd dziecię otrzymywało surowicy 0,001 część wagi. Najwyższa jej ilość zużyta dla jednego dziecka wynosiła 125, najniższa 20 ctm. Niekiedy w czasie zdrowienia występowała wysypka skórna podobna do pokrzywki, przebiegająca bez gorączki i zależna w tym razie od surowicy. Choroby następcze po błonicy gardzieli rzadziej występowały po tem leczeniu, obserwował jednak autor kilka porażeń gardzieli i podniebienia miękiego; przypadek porażenia kończyn dolnych oraz porażenia ogólnego w 3 tygodnie po wyleczeniu zakończono śmiercią.

Przebieg choroby po zastrzykiwaniu był następujący:

Zapalenie gardzieli błonicowe. Czyste zapalenie gardzieli obserwował autor 120 razy, śmiertelnych przypadków 9 (7,5%). Natężenie sprawy było rozmaite i okres choroby różny, ilość wstrzykniętej surowicy 20—85 cm. sz. Stan ogólny dzieci poprawiał się szybko i dzieci wkrótce robiły wrażenie zdrowych, łaknienie wracało szybko, wychudnienie było nieznaczne. Naloty przestają się zwiększać, już po 24 godzinach, a po 2—3 dniach schodzą, w tym samym czasie znika z gardzieli lasecznik błonicowy. Gruczoły chłonne zwykle długo są powiększone, natomiast nigdy nie bywają ciastowate. Ciepłota szybko opada pod wpływem surowicy, w lekkich zapaleniach już nazajutrz, spadek jest zwykle raptowny; jeśli zapalenie jest cięższe, spadek ciepłoty występuje dopiero po 2—3 injekcyach per lysin, autor radzi nie przerywać wstrzykiwań dopóki ciepłota nie opadnie poniżej 38^o/_o. Tętno poniżej 120 uważa autor za objaw dobry, powyżej 140 bywa tylko w ciężkich postaciach; zwolnienie tętna później występuje, niż spadnięcie ciepłoty i częstokroć zachodzą wahania przed ostatecznym ustaleniem. W $\frac{1}{3}$ części przypadków błonicy zaledwie nie było białkomoczu (Martin, Chaillon) u 120 dzieci leczonych surowicą, 54 miało białkomocz dłuższy, 12 przemijający, 54 wcale białkomoczu nie miało. Co się tyczy powikłań to z 8 dzieci z błonicą nosa 2 zmarło, z 8 dzieci dotkniętych współcześnie odrą, zmarło zaledwie 1, z 5 przypadków powikłania szkarlatyną wszystkie dzieci wyzdrowiały. Jeżeli teraz wykluczyć przypadki, późno przybyłe, to śmiertelność przedstawi się jeszcze dla metody korzystniejszej, mianowicie na 113 dzieci 2 śmierci (1.7^o/_o), a i te przypadki objaśnia autor różnemi powikłaniami.

W zapaleniu błonicowym mieszanem kiedy badanie bakteryjologiczne wykazywało prócz l. błonicy inne drobnoustroje w nalotach, sprawa przedstawia się jak następuje: 1) powikłanie małemi kokami 9 przypadków—wszystkie wyleczone, ilość surowicy 20—40—60 cm. sz.; 2) powikłanie gronkowcem ropotwórczym jest cięższe, również jednak z 5 dzieci wszystkie wyzdrowiały, użyto 30—50 cm. sz. surowicy, przebieg choroby był cięższy; 3) powikłanie paciorkowcem uważa autor za najcięższe z 35 przypadków 12 zmarło, długość choroby jest tu większa, ciepłota wysoka i opada powoli, ilość zużytej surowicy 20—75 cm. U zmarłych znaleziono 4 razy zapalenie płuc, 1 raz zapalenie błonicowe oskrzeli, 1 raz obszerne ropienia, 1 raz śmierć nagłą, 1 raz zakażenie ogólne paciorkowcem.

Przejdźmy teraz do błonicy powikłanej *krupem*.

W przypadkach nieoperowanych, dzieci miały naloty bądź z samemi l. błonicy, bądź też z gronkowcami i paciorkowcami z 10 tego rodzaju przypadków, był śmiertelny, zużyto 35 c. sz. surowicy w przeczęciu.

W przypadkach operowanych na 121 przyp. 56 śmierci (46⁰/₀) autor i tu odróżnia przypadki zakażenia czystego od mieszanego. Przypadków krupu z czystą infekcją l. błonicowemi było 49, śmiertelność 15 (30,9⁰/₀). Większość chorych była dotknięta w bardzo znacznym stopniu, a objawy ze strony gardzieli należały zawsze do cięższych. Ilość zużytej surowicy przewyższała 60 cm. a doszła nawet u jednego dziecka do 205 cm., dziecię to walczyło ze śmiercią w ciągu 3-ch tygodni. Laseczniki błonicowe dłużej pozostają w tchawicy niż w gardzieli i nawet po leczeniu przez czas dłuższy znaleźć je tam można. Ciepłota powyżej 39, opada zazwyczaj powolnie, tętno 140, utrzymuje się długo. Liczba oddechów wynosi nieraz 50 na minutę i przypadki te uważa autor za ciężkie (na 11 — 8 śmierci), białkomocz wyraźny. Jako objaw występujący po zastrzykiwaniu surowicy, autor podnosi łatwość wydzielania się błon wrzekomych z krtani w ilości nieraz bardzo znacznej i radzi wczesnie z tego powodu usuwać kaniulkę tracheotomiczną, która stanowi wrota dla zakażeń płucnych. Przypadki śmiertelne w tej grupie zależały od komplikacyj ze strony płuc lub też od silnej infekcyi ogólnej.

Krup powikłany małemi kokami dał na 9 przypadków 1 śmiertelny i to zależny od zapalenia płuc. Długość choroby waha się między 15—18 dniami, a objawy są nieco cięższe, niż w czystym krupie. Ilość surowicy 50 cm. sz. Daleko cięższy przebieg ma krup, powikłany zakażeniem gronkowcowem, z 11 chorych zmarło 7, czyli 63⁰/₀. Wypływa to z tego, że same naloty są rozpułchnione, gruczoły duże, objawy ogólne ciężkie. Ilość surowicy potrzebnej dochodzi do 60 cm. średnio.

Również ciężkie objawy mamy przy współczesnem zakażeniu paciorkowcem, z 52 przypadków 33 było śmiertelnych. Widzimy

tu toż samo co w doświadczeniach powyżej przytoczonych nad zwierzętami. Objawy są zwykle nader ciężkie, a powikłania omal że nie prawidłem, mimo to jednak wyższość i w tych razach leczenia surowicą jest widoczną, kiedy bowiem autor miał 63⁰/₀ śmiertelności, dotąd (Chaillon, Martin) odsetka ta była 80⁰/₀.

Dla porównania, przytoczę teraz dwie tablice, wyjęte z pracy Roux'a, o wynikach stosowania surowicy w zapaleniu gardła i w krupie.

	Przypadków	Śmierci	Odsetka śmiertelności
Zapalenie gardła niepowikłane	120	9	7,5 ⁰ / ₀
Wyłączając z tego 7 dzieci, które pozostawały w szpitalu mniej niż 24 godziny	113	2	1,7 ⁰ / ₀
Krup błonicowy niepowikłany	49	15	30,0 ⁰ / ₀
Wyłączając 4 dzieci zmarłe przed 24-godzinami od zapisania do szpitala	45	11	24,4 ⁰ / ₀
Zapalenia gardła powikłane	49	12	24,2 ⁰ / ₀
Wyłączając 4 dzieci dla przyczyn powyższych	45	8	17,7 ⁰ / ₀
Powikłania małym kokiem	9	0	0
„ gronkowcem	5	0	0
„ paciorkowcem	35	12	34,2 ⁰ / ₀
Wyłączając 4 dzieci dla powyższych przyczyn	31	8	25,8 ⁰ / ₀
Krup powikłany kokiem	9	1	11 ⁰ / ₀
„ „ gronkowcem	11	7	63 ⁰ / ₀
Wyłączając 3 dzieci dla przyczyn powyższych	8	4	50 ⁰ / ₀
Krup powikłany paciorkowcem	52	33	63 ⁰ / ₀
Wyłączając 7 dzieci dla pow. przycz.	47	26	57,7 ⁰ / ₀

W końcu swej pracy Roux tłumaczy dużą śmiertelność powikłaniami ze strony płuc oraz wysypkami. Pierwsze leczył przez wlewanie do tchawicy mentolu rozpuszczonego w oliwie (2—4 cm. sz. 5⁰/₀ mentolu i 1⁰/₀ gwajakolu), co jego zdaniem wielu operowanych uwolniło od zapalenia płuc.

Następnie ze względu, że wiele dzieci zaliczonych do działu zapaleń gardła bez krupu nie operowanych miało objawy zajęcia krtani, które pod wpływem surowicy znikaly, autor zaleca nie spieszyć się z operacją, a wstrzykując surowicę czekać, gdyż jak wykazała statystyka szpitalna, z chwilą wprowadzenia surowicy zmniejszyła się ilość tracheotomij.

Powikłania wysypkami tak częste u dzieci, obserwowanych przez autora, i tak często wywołujące śmierć dziecka, autor przypisuje złym warunkom szpitala i skupieniu dzieci z rozmaitemi

formami zakażeń, że tak jest, dowodzi tego fakt, iż ilość powi-
kłań zmniejszyła się po ścisłej dezynfekcyi.

Leczenie miejscowe polegało na przepłókiwaniu 3 r. dzien-
nie wodą z kw. bornym lub 5⁰/₀ wodą Labaraqu'a, autor sprzeciwił
się stosowaniu karbolu i sublimatu i woli już wodę przegotowaną,
ze względu na możliwość zatrucia. W każdym razie, kończy autor
26⁰/₀ śmiertelności po dyfteryście wobec dawnych 50⁰/₀ jest chyba
dostatecznym postępem, a obniżenia tej odsetki oczekiwać już
chyba tylko należy od polepszenia się warunków zdrowotnych
w szpitalach i przeprowadzenia ścisłej izolacyi.

Józef Zawadzki.

267. Prof. MARTIUS. **O zawartości żołądka czczego i o sokotoku żo-
łądka.** (*D. m. W. Nr. 32, 1894.*)

Według przyjętych dotąd poglądów żołądek naczczo za-
wiera trochę śluzu neutralnego, kwasu solnego nie zawiera wcale,
wydzielanie tego ostatniego występuje z chwilą podrażnienia bło-
ny śluzowej pokarmami lub na drodze mechanicznej wogóle.
Większość lekarzy przyjmuje tę teorię i na jej podstawie wy-
osobniono nową postać chorobową — sokotok żołądkowy, który
między innymi polega na obecności soku żołądkowego in toto
w żołądku czczym. Wiadoma jest również polemika, jaką z tego
powodu przed laty toczył Schreiber, występując przeciw mniema-
niu, że żołądek czczy nie zawiera kwasu solnego, z Riegel'em.
Polemika ta, oparta więcej na dyalektyce, niż faktach, kwestyi
nie rozstrzygnęła, choć większość autorów późniejszych szła za
Riegel'em.

Autor podjął kwestyję na nowo i na faktycznym oparł ją
materyjale. Przedewszystkiem podnosi trudność samego badania.
Boć przedewszystkiem o zdrowych ludzi trudno, a trudniej o ta-
kich, którzy by w zupełnem zdrowiu chcieli poddać się bądź co
bądź przykreemu badaniu. Niezależnie od tego należy zwrócić
uwagę przy badaniu na zarzut jaki zwolennicy braku kwasu sol-
nego w zawartości czczej zawsze gotowi uczynić, że wydobyta
zawartość powstała drogą podrażnienia bezpośredniego lub odru-
chowo skutkiem podrażnienia gardzieli.

Autor jako materyjał obserwacyjny wybrał żołnierzy, prze-
bywających w lazarecie z powodu cierpień głównie chirurgicznych,
zdrowych na żołądek, przez czas powstania pozostających na dyje-
cie szpitalnej i pozbawionych tem samem pokarmów ostrych i draż-
niących oraz napojów wyskokowych. Szybkość wydobywania
treści i zakładania zgłębnika wynosiła kilkanaście sekund, ostatni
pokarm, składający się z kleiku, chorzy przyjmowali przed 13
godzinami. Badań takich autor przeprowadził 16. W przypad-
kach tych zdołał wydobyć większą (30 cm.) lub mniejszą (3
cm.) ilość zawartości, z której jak przypuszcza słusznie część zna-
czna została w żołądku. Zawartość ta posiadała kwasność 10⁰/₀—

40% t. j. 0,4—1,5% HCl. W połowie przypadków była wyższą nad 20%, w połowie drugiej niższą. W pierwszej połowie kwas solny wolny zawsze był obecny, w drugiej zwykle odczyny nie zdołały go wykazać. To ostatnie zależy według autora, od tego, że kwas solny był związany. Za takim przypuszczeniem przemawia obecność w tych razach peptonu i białka. Pochodzenie białka objaśnia autor połykaniem śluzu z jamy ustnej i nosowej, eo zawsze stwierdzić można w żołądku czczym. Stąd autor wnioskuje, że działalność wydzielnicza żołądka jest nieustanna, ciągła, wzrasta się w czasie trawienia, słabnie po za niem, ale nie ustaje ani na chwilę.

Z tego wynika bezpośredni wniosek, że między stanem chorobowym nadmiernego wydzielania na czczo soku żołądkowego i stanem fizjologicznym nie istnieje żadna absolutna jakościowa różnica. Nie są chorobami oddzielnymi nadmierna kwasność i sokotok, ale objawami tylko (t. j. chorobowo zmienioną pod względem ilościowym działalnością) podobnie jak bicie serca nie jest chorobą, ale objawem, jak często tętna i t. p. Wogóle autor powstaje przeciw dzisiejszemu szematyzowaniu chorób żołądka na zasadzie pojedynczych objawów takiego rodzaju jak ilość, jakość soku żołądkowego. Nadmierna kwasność soku pojmowana jako oddzielna choroba wygląda jak ongi „puchlina“. Dziś nikt takiego rozpoznania niestawia, a szuka dla tej „puchliny“ przyczyn czy w wadzie serca, czy w nerkach. Tak samo z chorobami żołądka, dzisiejszy okres przejściowy skończy się wówczas, gdy będziemy mogli dawniej już znane objawy powiązać z objawami, utrzymanymi za pomocą nowych sposobów badania.

Tak np. nadmierną kwasność spotykamy we wrzodzie żołądka, nerwowej niestrawności, napadach tabetycznych i t. p. gastroxynsis Rossbacha jeśli łączy się z migreną tu też za ajduje miejsce. Ważną jest rzeczą określić jak często i w jakich warunkach migrena łączy się z nadmierną kwasnością, a należałoby to stwierdzić i dla innych chorób. Byłoby to zdaniem autora lepiej, a nikt chyba nie odmówi mu słuszności — od wynajdywania nowych chorób przez specjalistów chorób żołądka na zasadzie jednego objawu. Wtedy badalibyśmy tak samo treść żołądka w każdej chorobie jak badamy tętno. Dopiero po zebraniu takiego materiału wnioski i tworzenie nowych postaci chorobowych byłoby właściwe. (Słusznie kładzie M. nacisk na ten punkt, powtarza się tu bowiem stale błąd logiczny. Autorzy badali i znaleźli pewien objaw w szeregu chorych i utworzyli chorobę nową, ale zapomnieli zbadać o ile w danych i klinicznie z innych objawów stwierdzonych formach chorobowych objaw ten powtarza się i jak często, stąd to zamieszanie w nomenklaturze, klasyfikacji i określaniu chorób żołądka, na co zwróciłem uwagę w mojej ocenie 3-ch podręczników r. z. na tem miejscu, dla tego też podział Ewalda najwięcej jest zbliżony do prawdy *przyj. refer.*).

Tak samo jak nadmiernemu wydzielaniu soku tak i sokotokowi stałemu autor odmawia prawa do nazywania się odmienną formę chorobową. Na dowód przytacza 3 przypadki, z których łatwo wysnuć wniosek, że sokotok jest tylko objawem, spółistniejącym w rozmaitych cierpieniach, dobrze klinicznie określonych i zbadanych. Pierwszy przypadek dotyczył chorego z wrzodem żołądka, drugi typowego neurastenika, stąd sokotok nie jest chorobą, ale objawem występującym w niektórych chorobach. Trzeci przypadek bardziej zbliża się do okresowego sokotoku. I tu nie ma oddzielnej choroby, choć określić bezpośrednio przyczyny nie jesteśmy w możności. Jest to taki sam typ nieokreślony jak okresowa tachykardya, którą tymczasem za chorobę *sui generis* uważać można.

W końcu autor nadmienia, że u niektórych chorych z niestrawnością w żołądku czcym znajdował treść obojętną lub alkaliczną, czy należy to uważać za stan chorobowy autor rozstrzygnąć teraz nie może. W każdym razie u 16 żołnierzy zdrowych bez wyjątku kwas solny na czczo był obecny, nie wyklucza to, aby u innych 16 zdrowych nie mogła zawartość być obojętną, ale jako prawidło tego ostatniego nie można uważać.

Józef Zawadzki.

268. K. BOHLAND. **Przepuklina nadbrzuszną i jej następstwa.**
(*Berl. Klin. Wch. Nr. 34.94, 1894.*)

Cierpienie to zasługuje na baczną uwagę, już choćby z tego względu, że nie jest zbyt rzadkie i że w praktyce codziennej niejednokrotnie bywa brane za inne cierpienia żołądkowe: mimo to w podręcznikach zazwyczaj jest zbywane kilku słowy lub zupełnie nawet pomijane milczeniem, choć praca Witzela należne już w patologii nakreśliła mu stanowisko.

Autor, opierając się na 40 własnych spostrzeżeniach, pokrótce opisuje to cierpienie, a ze względów powyżej wyłuszczonych streszczamy tu jego poglądy.

Pod przepukliną nadbrzuszną (*hernia epigastrica*) rozumiemy przepuklinę, występującą na przestrzeni między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem, pomiędzy mięśniami prostymi brzucha, zwykle nieco w bok od środka ciała.

Wielkość przepuchliny waha się od grochu do jabłka, niekiedy występuje kilka na raz przepuklin, zwykle ruchomych, niejednakowej wielkości; leżą one zazwyczaj pośrodku między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem. Zazwyczaj przepukliny nadbrzuszne trudno dają się odprowadzać, a w czasie kaszlu i naprężenia ściany brzusznej występują wyraźniej. Częstość tego cierpienia nie jest tak rzadką, wspomniany powyżej Witzel na 3420 chorych znalazł to cierpienie u 33; głównie spotyka się według autora u mężczyzn, u kobiet rzadko, u dzieci nie spotykał go wcale. Chorzy byli w wieku 17—64 lat, wię-

kszość 25—45 lat, w 4 przypadkach współistniała gruźlica płuc, rak żołądka, bruzdogłowiec i przewlekle zapalenie otrzewny. Współcześnie innych przepuklin autor nie obserwował. Przyczyny powstawania nie są zbyt jasne, dawni autorzy podawali jako przyczynę uraz, potwierdza to poniekąd w nowych czasach Witzel, autor tylko w 3 przypadkach mógł stwierdzić uraz bezpośredni na nadbrzusze. W innych Witzel podaje za przyczynę częste wymioty, w przypadkach autora zaledwo w jednym temu momentowi przypisać można było rolę, zwrócić bowiem należy uwagę że częstość cierpień żołądka, w których występują wymioty współcześnie z ogólnem wyniszczeniem jest stosunkowo znacznie większą, niż omawianego cierpienia. Bacniejszą może uwagę zwrócić by należało na silny kaszel, choć i tę przyczynę zaledwo w 3 przypadkach udało się autorowi wykazać. W ogóle poszukiwanie przyczyn w obec tego, że cierpienie to nie występuje nagle, trudne jest do urzeczywistnienia, chorzy zazwyczaj płaczą się w odpowiedziach, wniosków więc żadnych wyprowadzić nie można.

Co się tyczy objawów, autor wysuwa na plan pierwszy, następujące: we wszystkich obserwowanych przez siebie przypadkach mógł on stwierdzić silny *ból przy ucisku przepukliny*, nawet wtedy, gdy przepuklina sama przez się nie sprawiała choremu wielkich dolegliwości; występowanie *bólu przy nachylaniu się i znikanie w położeniu na plecach* jest drugim, z kolei symptomem, występującym w połowie przypadków; chorzy sami zwracają uwagę, że rano czują się dobrze, dopiero później, osobliwie przy pracy fizycznej odczuwają ból, który ich nie opuszcza aż do chwili zupełnego wypoczynku, niekiedy ból wzmagają się podczas kaszlu. Natężenie bólu było rozmaite, chorzy umiejscawiają go w miejscu przepukliny lub w jamie brzusznej, rzadziej opisują go jako strzelający, przeszywający; ból większy jest w przepuklinach częściowo tylko odprowadzalnych. Nader ważne dla rozpoznania są objawy ze strony żołądka. W 67^o/_o chorzy skarżyli się na *ucisk i bóle w nadpeczu, wzmagające się po przyjęciu pokarmów stałych*, podczas gdy pokarmy płynne znosili bez bólu. Bóle występowały w godzinę po jedzeniu lub później, podobne bóle przed jedzeniem autor widział tylko 3 razy. Często są w tem cierpieniu skargi chorych na *brak łaknienia, odbijania, nudności, rzadko występują wymioty* (12,5^o/_o).

Czynność ruchowa żołądka w 4 zaledwo przypadkach autora była naruszona, za to występowanie *nadmiernej kwasności* mógł autor skonstatować w 22^o/_o swoich przypadków.

Z objawów ogólnych występują często *bóle i zawroty głowy, bicie serca i t. p.* Niekiedy chorzy wyraźnie chudną i uskarżają się na silne osłabienie ogólne, co w połączeniu z bólami nerwowymi utrudnia lub uniemożliwia im nawet zajęcie, stąd musi pochodzić *hypochondryczny* nastrój ducha, obserwowany u nie-

których chorych, którzy najczęściej uważają się za chorych na żołądek. Bywa i inaczej niekiedy, zdarzały się przypadki, w których autor wypadkowo znajdował przepuklinę, nie dającą żadnych objawów.

Powyżej przytoczone miejscowe i ogólne objawy, dawniej notowali już Lücke, König i Witzel, dowodem zaś ich zależności od przepukliny jest znikanie zupełne po operacji, którą autor 7 razy mógł u swych chorych stosować; u jednego tylko chorego po zniknięciu objawów miejscowych pozostał nastrój hypochondryczny. W ogóle można oczekiwać zupełnego wyleczenia tylko w świeżych przypadkach, stare, zadawnione przepukliny dają zbyt wiele ubocznych objawów, zbyt wiele może chorzy leczyć się, by operacja mogła wszystkie objawy usunąć doszczętnie.

Rozpoznanie cierpienia opiera się na następujących danych: bóle w nadbrzuszu osobliwie przy nachylaniu, bóle po jedzeniu. Pamiętać tu należy, iż objawy podobne występują i w innych cierpieniach, jak rak i wrzód żołądka, przewlekły nieżyt tego narządu, nerwobóle, to też należy cierpienia te przy rozpoznaniu mieć zawsze na uwadze. Przepulinę samą łatwo odnajdujemy przy obmacywaniu w postaci jednego lub kilku okrągłych guzków, występujących wyraźnie podczas kaszlu, znikających częściowo lub zupełnie w położeniu poziomem przy lekkim ucisku; łatwo je wziąć za tłuszczaki podsurowicze i odwrotnie, gdyż i te ostatnie dają podobne objawy.

Leczenie nieoperacyjne, szczególnie uregulowanie diety, może ulżyć nieco cierpieniu, wyleczenia oczekiwać można tylko od operacji, gdyż opaski i bandaże skutkiem bólu przy ucisku przepukliny stosować się nie dają. Dotychczasowe sposoby operowania nie są natyle jeszcze udoskonalone, aby ręczyć można iż cierpienie się nie wróci: u 25⁰/₀ operowanych przez Witzel'a po jakimś czasie przepuklina ponowiła się i trzeba było ponawiać operację.

[Niżej podpisany miał możność przed kilku miesiącami obserwować przepuklinę nadbrzuszną, której przyczyną było silne przygniecenie nadpępcza drzewem spadającym. Chory długi przeciąg czasu nie wiedział, czemu przypisać swoje cierpienia, przypadkowo dopiero odkrył przyczynę swoich dolegliwości (ból, nudności, ciężar po jedzeniu, odbijania). W danym przypadku było 3 przepukliny, 2 wielkości orzecha laskowego, jedna wielkości śliwki, pierwsze dwie były umiejscowione na linii środkowej brzucha jedna pod drugą na 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego, trzecia większa była na 2 palce nad pępkiem nieco ku stronie prawej. Chory oddany pod opiekę kol. Solmana na operację zgodzić się nie chciał]. (*Przyp. spraw*).

Józef Zawadzki.

269. LEUBUSCHER i SCHÄFER. **Wpływ nerwu błędnego na wydzielanie kwasu solnego w żołądku.** (*Centrbl. f. inn. Med.* 33, 1894.)

Kwestyja wpływu nerwu błędnego na wydzielanie soku żołądkowego nie stoi jeszcze dotąd na pewnym gruncie. Nowe badania *Pawłowa i Szumowej* nad tą kwestyją, podjęte na psach z przetoką żołądkową i przetoką przelykową, dały następujące wyniki. Przecięcie nerwu błędnego na jednej stronie nie wykazało wybitnego wpływu na wydzielanie soli, ani w ogóle soku żołądkowego, natomiast obustronne zniesienie ciągłości nerwu wpływało na wydzielanie ujemnie; czego nie było przy dwustronnem przecięciu nerwów trzewiowych; podrażnienie lewego odcinka nerwu błędnego wywoływało wydzielanie cieczy trawiącej żołądka. Świeże również badania *Krehla* dowiodły, iż dwustronne przecięcie nerwu błędnego sprowadza rychłą śmierć zwierzęcia skutkiem wyniszczenia, zawartość żołądka jest zawsze cuchnąca, treść nie zawiera HCl a ślady tylko peptonów.

Tym sposobem wpływ nerwu błędnego na wydzielanie soku żołądkowego zdawał się niewątpliwy, autorzy zajęli się kwestyją o ile ma on znaczenia i dla pojedynczych składowych części soku. Doświadczenia robiono na królikach i psach.

Wyniki doświadczeń na królikach były następujące: Drażnienie nerwu błędnego na wydzielanie soku nie wpływa. Przecięcie obu nerwów błędnych na szyi wywołuje u królików rozszerzenie żołądka, zmian wydzielniczych autorzy nie zauważyli.

U psów wyniki podobne: pierwszego dnia po przecięciu obu nerwów błędnych na szyi wydzielanie soku żołądkowego nie uległo zmianie. Następných dni zauważyć można było nierównomierne rozmieszczenie w zawartości żołądka kwasu solnego, co pochodziło od utraty siły motorycznej żołądka. Zwierzęta szybko umierały.

Józef Zawadzki.

270. N. SAWELIEW. **Aceton w chorobach żołądka.** (*Berl. klin. W.* 33, 1804.)

Jaksch w swej pracy o acetonurii w kilkudziesięciu przypadkach znalazł w zawartości żołądka i kiszek aceton, nie rozstrzyga jednak, jakie jest jego pochodzenie. Sprawdzając jego badania *Penzold* ani razu w zawartości żołądka nie mógł znaleźć tego związku. Do innych wyników doszedł *Lorenz*, który w destylacie z zawartości żołądka i kale, a nawet ślinie mógł stwierdzić niejednokrotnie obecność acetonu, niekiedy w dużych ilościach. Ilość acetonu w niektórych chorobach większą była w zawartości żołądka, w innych w kale, nadto *L.* zaznacza, że w cierpieniach żołądka właściwych aceton znajduje się zawsze, w nerwicach stanowi rzadkość. Takie wyniki dla różniczkowej dyjagnostyki dawałyby rzeczywiście fakty nader ważne i, rzecz można, dotąd jedyne, wymagały jednak potwierdzenia. Autor zajął się tą kwestyją

i badał treść żołądka i kał, zarówno zdrowych jak i chorych za pomocą metody lepszej, niż Lorenz, bo wykluczającej możliwość powstawania acetonu w czasie destylacji, mianowicie za pomocą przepuszczania przez plyn, ogrzany tylko do 38°, prądu powietrza. Z doświadczeń jego wynika, że acetonu w żołądku zdrowym ani chorym nie ma wbrew twierdzenia Jakscha i Lorenza. Ten wynik ujemny otrzymał autor zarówno przy stosowaniu swojej metody badania jak i metody używanej przez Lorenza. Dla tego też autor twierdzi, iż badanie zawartości żołądka na aceton jest zbyteczne i nie może dać tych faktów dla dyagnostyki różniczkowej. Jak mu tak szczerze przypisuje Lorenz. Badania autor robił u Senatora w Berlinie.

Józef Zawadzki.

271. VERSTRAETEN. O t. z. „bruit de diable“ w żyłach czczej brzusznej. (*Centralbl. f. inn. Med.* 31, 1894)

Znane jest dokładnie znaczenie szmeru w żyłach szyjowych; o szmerach w innych żyłach, słyszalnych dla naszego ucha jak w żyłach biodrowej, wrotnej lub w żyłach nadbrzusza (Sappey, Davies) istnieją pojedyncze spostrzeżenia.

Autor badał za pomocą stetoskopu dolny brzeg wątroby i przy badaniu tem doszedł do wniosku 1) że nienormalne szmeru sercowe nie przenoszą się przez wątrobę, co jak wiadomo ma miejsce dla tonów, 2) że w cierpieniach żołądka, połączonych z krwotokami często nieco wiewo lub na linii środkowej słychać podmuch tętnicy, co jest złym prognostykiem i wreszcie 3) że w niektórych przypadkach niedokrewności w nadbrzuszu można wysłuchać szmer żylny, „bruit de diable“ zwany.

Tym ostatnim autor się zajmuje w niniejszej pracy. Szmer ten umiejscawia się stale tylko w nadbrzuszu w górnej jego połowie, nieco na prawo $\frac{1}{2}$ —1 cm. od linii środkowej, cechy jego też same, co i szmeru w żyłach szyjowych.

Objaw ten, spotykany przez autora u nerwowych bezkrwistych, wychudłych ludzi, przeważnie kobiet, niekiedy po przewlekłych chorobach żołądka, niestrawności, rozwołnieniach, gruźlicy płuc, nie miał nigdy miejsca u dzieci i starców, jak również w chorobach wątroby (marskość). Badanie dokonywa się z pomocą stetoskopu, który nieco wcisnąć należy w wyżej rzeczonych miejscach. Badanie jest dość utrudnione ze względu na współistniejące tony serca, tętnic, mięśni i oddechowe; sam zresztą szmer jest zmienny niestały i bez przyczyny widocznej nieraz znika. Miejscem wyjścia szmeru jest wejście żyły czczej do wątroby. Ucisk na nią w okolicy pępka niszczy szmer, co dowodzi, iż szmer rzeczywiście w tej żyłce powstaje. Stosunek szmeru w żyłce czczej do szmeru w żyłach szyjowych nie jest tego rodzaju, aby zawsze współistniały one w przypadkach odpowiednich; niejednokrotnie, przy słabem natężeniu jednego, drugi wyrażony jest silnie i odwrotnie. Badanie chorego odbywać się może w każdym położeniu.

niu. Znaczenie kliniczne tego objawu jest dotąd takie, jak i szmeru na szyi, dalsze badania kwestyję tę rozwinąć powinny.

Józef Zawadzki.

272. Prof. Hans MEYER i Prof. Fryderyk MÜLLER. (Marburg). **Tannigen — nowy środek ściągający** (*Deut. Med. Woch. 31 1894*).

Środki lecznicze, mające wywierać działanie na błonę śluzową kiszek cienkich i grubych powinny działać obojętnie na jamę ustną i żołądek, w kiszkiach zaś również tylko stopniowo ulegać wchłanianiu i rozkładowi, aby nietylko górny odcinek przewodu kiszkiowego, lecz i błona śluzowa kiszek grubych na działanie środka była wystawioną.

Środki ściągające, używane w cierpieniach kiszek, bynajmniej nie odpowiadają wyżej postawionym wymaganiom. Ta okoliczność pobudziła prof. Meyer'a do nowych poszukiwań w tym kierunku.

Praca uwieńczona została wynalezieniem, po wielu nieudanych próbach, odpowiedniego środka, któremu wynalazca miano tannigenu nadał. Środek ten jest pochodnym octowego eteru tanniny, przedstawia się pod postacią żółto-szarego proszku, pozbawionego smaku i zapachu, w stanie suchym może być ogrzany do 180° C. bez zmiany składu; w obecności wody już przy 50° zamienia się w masę do miodu podobną. W rozcieńczonych kwasach, w eterze, oraz wodzie zimnej i wrzącej prawie się nie rozpuszcza; natomiast łatwo w zimnym wyskoku, oraz w rozcieńczonych roztworach sody, boraksu, wapna i t. d. Po długotrwałem gotowaniu roztworu zasadowego lub też po długim staniu na zimnie związek ten ulega zmydleniu, rozpadając się na kwas octowy i gallusowy.

Z solami żelaza daje nam reakcję tanniny.

Ze środkiem swym przeprowadził prof. Meyer szereg doświadczeń na królikach i kotach, z których okazało się, że tannigen, podawany w ilości kilku gramów, nie wywiera ujemnego wpływu na żołądek, natomiast zmniejsza wydzielnie w kiszkiach, oraz zgęszcza kał; ściągające działanie tannigenu sięga aż do kiszek grubych. Działanie tego nowego środka jest stopniowe i powolne, nie wywołuje on nigdy działania żrącego. Tannigen można również wstrzykiwać pod skórę lub też do żył po kilka decygramów w boraksowym 5⁰/₀ roztwornie.

Na podstawie tych wyników, które Meyerowi dała, pracownia farmakologiczna zaproponował on dalsze próby z wynalezionym lekiem prof. Müllerowi, który w poliklinice Marburgskiej u licznych chorych z cierpieniami kiszek, wypróbował ten środek. Chorzy prawie bez wyjątku chętnie przyjmowali proszek ten pozbawiony smaku i zapachu; łaknienie oraz funkcje żołądkowe nigdy nie ulegały zaburzeniom, nawet przy kilkutygodniowej kuracji. Co do dawek, to okazało się, że 0,2—0,5 trzy razy dzien-

nie zupełnie wystarczało dla wywołania skutku, jednakże dawki dzienne od 3,0—4,0 mogły być przyjmowane bez szkody. Prof. Müller uważa tannigen za środek zupełnie nieszkodliwy, i wskutek tego radzi ze względu na wygodę podawać go na koniec noża od 3 do 8 razy na dzień.

Tannigen stosowano naprzód w biegunkach przewlekłych rozmaitego pochodzenia, przeważnie jednakże u suchotników. W znakomitej większości przypadków już na drugi dzień po rozpoczęciu kuracyi tannigenem konstatowano zmniejszenie się ilości stolców, oraz większą ich spójność. Do środka tego choroby nie przyzwyczajają się nawet przy bardzo długim stosowaniu.

W ostrych biegunkach okazał się tannigen mniej skutecznym. Środek ten stosowano także pod postacią insulacyi i pędzlowań w cierpieniach krtani i nosa, wyniki jednak ztąd otrzymane nie mogą być przekonywającymi ze względu na niewielką ilość choroby, nad któremi odbywano próby.

H. Kucharzewski.

II. Choroby kobiece.

273. WILHELM SCHRADER. **Dla czego odkażające leczenie w gorączce połogowej nie daje pożądanego skutku?** (*Samm. Klin. Vorträge Nr. 95, 1894.*)

Z rozwojem nauki o drobnoustrojach, jako przyczynie cierpień, medycyna zrobiła wielki postęp tylko w zapobieganiu chorobom, co się zaś tyczy leczenia odkażającego, to w wielu razach przynosi ono więcej szkody, niż korzyści. Statystyczne dane wykazują w czasach przed stosowaniem antyseptyki także sam stosunek śmiertelności z gorączki połogowej, jak i obecnie (8 przyp. śmierci na 1000 porodów).

Pogląd na gorączkę połogową, jako chorobę przyranną wywołaną przez drobnoustroje dał prawo obywatelstwa leczeniu odkażającemu miejscowemu (Lokalbehandlung), którego gorącym zwolennikiem był Fritsch. Nie tylko przepisywaniu środków wewnętrznych, ale i czynne leczenie przestrzykiwaniami przeciwnie z widocznym rezultatem, ponieważ z wypływającą z macicy wodą usuwało się zakaźne, szkodliwe substancje, w wieku mikroflopii napełniało serce lekarza zadowoleniem, postępowanie jego było przyczynowe i podług zasad sztuki.

Cały szereg prac od roku 1878 Küstner'a, Breisky'ego, Crède'go, Chasan'a i innych powoli ostudził zapał do leczenia odkażającego miejscowego gorączki połogowej. Jako przeciwwskazania do przestrzykiwań uważali i uważają dotąd: silniejsza peri i parametritis, peritonitis i ogólne zakażenie, w tych bowiem przy-

padkach nie osiąga się żadnej korzyści, bo choroba nie ogranicza się już na endometrium, tylko nawet pogorszenie sprawy zapalnej.

Przestrzykiwania macicy wypadaloby uważać za dobroczynne, ponieważ w ten sposób powinno by się usuwać przynajmniej jedno źródło gorączki, gdyby nie pewne okoliczności, o których mowa niżej.

Doczesna prawdziwa po ukończonym porodzie w pewnej części pozostaje w jamie macicy, która kurcząc się, tworzy z niej fałdy; w zagłębieniach pomiędzy fałdami doczesnej jak również w jej przestrzeniach międzygruczołowych znajdują się czynniki zakaźne które przestrzykiwaniami usunąć się nie dadzą. Wkrótce po przestrzyknięciu ciepłota podnosi się, jest to dowód, że odkażenie nie udało się w zupełności.

Autor na zasadzie własnych spostrzeżeń przyszedł do przekonania, że każde przestrzyknięcie macicy przy endometritis puerperalis, gdzie sprawa ogranicza się li tylko na endometrium, może doprowadzić do zakażenia ogólnego. Drogi przeprowadzające zakażenie są: żyły i naczynia chłonne. Do żył zakażenie dostaje się przez transfuzję razem z płynem przy przestrzykiwaniu i w następstwie tego zjawia się dreszcz. Jeśli dreszcz ma miejsce pod koniec przestrzykiwania, kiedy wypływa już prawie czysta woda, do krwiobieg u dostaje się mało substancji zakaźnych i dreszcze wkrótce ustają; gorzej jest, jeżeli dreszcz mamy na początku przestrzykiwania, dowodzi to, że dużo rozpadu przeszło do krwiobieg u. Niekiedy ustrój własnymi siłami potrafi obronić się przed niebezpieczeństwem, zwykle zaś zjawia się zakażenie ogólne (septicaemia).

Do naczyń chłonnych zakażenie przedostaje się z powodu dośrodkowego ciśnienia podczas irygacji nawet przy niewielkiej wysokości spadku wody; toksyny oprócz tego mogą się przedostać i drogą endosmozy.

Wzmoczone skurcze macicy, zdaniem autora, wpływają również na wessanie się szkodliwej zawartości. Z fizjologii wiadomo, że w mięśniu podczas czynności limfa przepływa nader żywo, w czasie zaś spokoju pęd limfy równa się prawie zeru; toż samo zachodzi w macicy: podczas skurczu limfa przez naczynia chłonne, już zakażona, wylewa się na obwodzie do wiązadeł szerokich, podczas następczego rozluźnienia mięśni naczynia chłonne znowu wypełniają się zakażoną zawartością; tylko takie, na przemian występujące skurcze i rozluźnienia, współdziałają sprawie wessania.

Na dowód powyższego autor przytacza kilka przypadków np. lochiometra z towarzyszeniem bólów poporodowych sprowadza dużą gorączkę, ze zmianą położenia macicy usuwa się jej zawartość, w następstwie znikają skurcze, a z nią i gorączka. Wyсіki przymaciczne z powodu zakrzepu w naczyniach chłonnych przedstawiają naturalną samoobronę ustroju, przy irygacjach

skurcze macicy wzmagają się, przerywają się naturalne przeszkody w naczyniach chłonnych i zakażenie przenika dalej.

Przestrzykiwania pochwowe zdaniem autora przynoszą również szkodę, woda wnosi zaraźliwe materje do macicy, tutaj spowodza skurcze i ułatwia wessanie, ma to miejsce dopóki kanał szyi jest drożny dla palca nawet przy niewielkiej wysokości spadku wody; z drugiej strony trudność przeprowadzenia aseptyki instrumentów i rąk personelu pomocniczego uzasadnia również odrzucenie tego zabiegu.

Pochwa zawiera pasożyty (Döderlein), utrzymujące odczyn kwaśny w jej wydzielinie, odczyn ten jest zabójczy dla łańcuszkowców, przestrzykiwanie ułatwia istnienie temu bacyllusowi, a więc sprzyja zakażeniu.

Przy przestrzykiwaniu rozszerzamy pochwę i nadpęknięcia jej błony śluzowej, co do zagojenia nadpęknięć nie prowadzi.

Ciągłe przestrzykiwania (Permanentirrigation) i drenowanie macicy należą już do historyj.

Za nierozumne także uważać należy przyżeganie wrzodów pógowych w pochwie i pęknięć międzykrocza; w tym celu chętnie stosują liquor ferri sesquichlorati, środek to nieodpowiedni, po ścięciu białka krwi odkażające jego działanie równa się zeru, już w krótkim czasie przenikliwa woń świadczy o rozkładzie na tych powierzchniach.

Pęknięcia krocza, zeszyte zaraz po porodzie, goją się per primam, jeżeli tylko niecierpliwy lekarz nie rozerwie zespojonego miejsca przez ciągłe kontrolowanie.

Autor oddawna zarzucił przestrzykiwanie w przypadkach zabiegów wewnątrz macicznych u gorączkowym przebiegu porodu, przy endometritis puerperalis, po usunięciu rozpadłych części pozostałego łożyska i t. d. z korzyścią dla chorych. Jeżeli po igrzycyjach bywa wyzdrowienie, to nie z powodu, a pomimo ich stosowania.

Wnioski autora: każde przestrzykiwanie wewnątrzmaciczne prowadzi do uogólnienia sprawy chorobowej, z tego względu jest ono ryzykowną grą z życiem położnicy; toż samo dotyczy przestrzykiwań pochwy chociaż w mniejszym stopniu; przyżeganie wrzodów pógowych przeszkadza prawidłowemu naturalnemu ich gojeniu się, najracjonalniejszy jest zupełny spokój.

Autor zaleca w leczeniu gorączki pógowej zwrot do sposobów naszych ojców—leczenie objawowe—i w tem widzi postępek.

Wład. Staniszewski.

274. A. MARTIN. **Kraurosis vulvae.** (*Samml. Klin. Vertr. Nr. 102, 1894.*)

Literatura tego cierpienia datuje się od niedawna, pisali o niem Breisky, G. D. Ortmann, Hallowel, Bartels, Sānger; autor do opisanych już 33 przypadków kraurosis, dodaje własne 3 nowe

przypadki. Breisky określa kraurosis jako mało spostrzegana formę zaniku skóry sromu kobiecego, wyrażoną przez zmarszczenie górnych warstw skóry, które wywołuje stenosis vestibularis. Na miejscach najmocniej dotkniętych skóra jest biaława i sucha, zaopatrzona niekiedy w gruby, nieco chropawy naskórek, tak wygląda miejsce w bliskości żołądzi lechtaczki, pomiędzy lechtaczką i otworem cewki i w bliskości frenulum warg, podczas kiedy sąsiednie zajęte części skóry są błyszczące i suche, blado-czerwonawoszare, miejscami białawe i z rozszerzonymi gałązkami naczyńnowymi. Gruczoły łojowe po większej części nader skape; pozostałe części zewnętrznych organów płciowych, oprócz zwątlenia i wyniszczenia, znaków innych nie wykazują. Drobnowidzowo zauważyć się daje przemianę wsteczną w górnych warstwach skóry, a szczególnie w brodawkach (papillae), których istota ulega sklerozie, jest martwa, szklista. Brodawki nie jednakowej wielkości, wogóle niskie w rete komórki bez zmiany, ale w niektórych miejscach mianowicie nad brodawkami skóry małej wargi warstwa ta jest bardzo cienka, tak że dosyć gruba warstwa zrogowaciałego naskórka leży prawie na brodawkach. Gruczołów łojowych nie ma, potowych gdzieniegdzie resztki. W głębszych częściach niektórych brodawek nacieczenie drobnokomórkowe. Tak dokładny i prawdziwy opis tego cierpienia dał jeszcze Breisky.

Niedawno Säger określał kraurosis ze świadem jako zapalenie podskórne ze zwyrodnieniem łączno tkankowem nerwów i zakończeń nerwowych w skórze, jeżeli świadu niema, określa tymczasowo jako postępujący podstarzycy i starzycy zanik sromu cum pochydermia et vitiligo. Według Zweifel'a, kraurosis jest dermatitis cum pachydermia. Podobne twierdzenia oparte są na niedostatecznych badaniach drobnowidzowych, autor na zasadzie badań swoich preparatów zrobionych przez E. G. Ortman'a zaznacza, że kraurosis charakteryzuje zanik tkanek, gruczołów, naczyń, nerwów. Jedyłą analogiję może autor przeprowadzić tylko z opisaniami przez Schwimmer'a i Babesins'a idyopatycznymi plaques na błonie śluzowej jamy ustnej i tutaj sprawa zanikowa przechodzi włąb pod naskórek. Co się tyczy pachydermia, to polega ona na przeroście skóry z jej tworami epiteljalnemi i tkanką łączną podskórną, dla kraurosis zaś charakterystycznym jest zmarszczenie (Schrumpfung).

Etiologija kraurosis dotąd jeszcze ciemna. Badania bakteriologiczne dały wynik ujemny; podejrzewano syfilis, jednakże cierpienie syfilityczne daje inny obraz zmian chorobowych, a jako przyczyna kraurosis nie dowiedziony. Breisky i uczniowie jego znajdowali kraurosis u ciężarnych (autor na 8 przypadków nie miał ciężarnej), więc ta właściwie zanikowa sprawa nie jest związana ze starością. Autor zwraca uwagę, że prawie wszystkie jego pacjentki przechodziły mniej lub więcej wyraźne chroniczne

upławy; niektóre można było podejrzewać o gonorrhoea, lecz tego nie dowiedziono; niekiedy było praedispositio scrophuloza, przytem dysmenorrhoea poprzedzała na wiele lat pierwsze ślady kraurosis. W przebiegu sprawa cała może się zatrzymać i może nastąpić poprawa w odżywianiu zajętej przez kraurosis części tkanek, jak miał autor raz jeden możliwość skonstatowania. W ciężkich przypadkach dochodzi do powierzchownych a nawet i głębszych nadpęknięć; w rysach tych zjawiają się zarodniki zakaźne, które nieraz wywołują powstanie owrzodzeń. W jednym przypadku na gruncie kraurosis, autor skonstatował raka w postaci dwóch charakterystycznych owrzodzeń, co do pochodzenia jego nie może dać wyjaśnienia.

Z *objawów* świad nie stale towarzyszy temu cierpieniu; wszystkie chore autora cierpiały na bóle, świad, gryzienie i palenie w pochwie i dolegliwości przy oddawaniu moczu; dalej uczucie naprężenia towarzyszy każdemu poruszeniu, przy parciu na mocz, albo stolec, szczególnie zaś przy coitus uczucie to zmienia się w najstraszniejszy ból; przy nadpęknięciach są stałe bóle, podkopujące ogólny dobry stan. Mikroskopowo zauważamy zanik małych warg i spłaszczenie i bladeść dużych. W późniejszych okresach bierze udział w chorobie lechtaczka z praeputium częściej jednakże chorobliwe zmarszczenie przechodzi po za commissura posterior; wyraźna utrata zabarwienia skóry; na dotyk chore miejsce jest nieznacznie twardsze; cały srom skurczony, wejście do pochwy zwężone; wyraźne pęknięcie i owrzodzenie.

Rokowania przy kraurosis nie można uważać za niepomyślne, chociaż i wyleczenie zupełne nie jest pewnem. *Zabiegi lecznicze* w postaci okładów, zimnych lub ciepłych kąpiel nasiadowych, maści narkotycznych i przypalań mało skutkują; z pośród zabiegów chirurgicznych zaleca autor wycięcie zajętych części skóry z następczem zeszcyciem, zabieg ten jest pewny, nie przedstawia żadnych poważnych trudności, skóra sromu jest ruchoma i brak wyciętych części łatwo się wypełnia przez ściągnięcie zdrowej skóry przy zeszcyciu. Autor wycina wgląd całą tkankę chorobową, krwawienie minimalne, zeszcycwa ketgutem, w razie wycinania około cewki dla kontroli zakłada cewnik. Wyleczenie około dni 10, zwykle prima intentio. Dotąd autor nie widział nawrotu kraurosis po operacji.

Wł. Staniszewski.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

275. Dr. Bernhardt Ornstein (Ateny), zajmując się od dłuższego czasu **badaniem długowieczności w Grecyi**, doszedł do ciekawych wyników. Prócz warunków rasowych, socyjalnych, klimatycznych i gruntowych przyczynę tego objawu widzi w zadziwiającej wstrzemięźliwości i umiarkowaniu osiadłej ludności greckiej. Na 24294 przypadki śmierci w Atenach za przeciąg czasu od 1870 — 1883 r. włącznie przypada na wiek od 80—90 lat—794 przypadki, na wiek od 90—100 lat—279 przypadków, na wiek od 100—110 lat—71 przypadków, od 110—120 lat—23 przypadki, wreszcie od 120—130 lat—2 przypadki. Autor zauważył, że z każdym rokiem ilość długowiecznych jednostek uszczupla się: tak np. w roku 1885-tym osobników, mających więcej niż 85 lat, zmarło 1108, podczas gdy w okresie od 1887—1894 roku notowano takich zejsć 300. Przypisuje to autor zmianom w żywieniu się ludności, mianowicie wchodzącym coraz bardziej w użycie podniecającym pokarmom i trunkom (wieprzowina, pekefiejisz, trunki alkoholowe, piwo i t. p.).

Pomimo to jednakże stosunek osobników, mających więcej, niż 100 lat, w Grecyi, do takichże osobników w Prusiech i Francyi jest jeszcze uderzająco wielki. Tak, w roku 1887 znajdowało się w całych Prusiech 91 osób mających sto lub więcej lat (i to przeważnie w tych częściach Prus, gdzie przeważa ludność słowiańska); zaś we Francyi, w roku 1886 było takich jednostek 83; wynosi to w Prusiech na milion mieszkańców 3,2, we Francyi 2,2 jednostek, które przekroczyły 100 lat życia. W Grecyi tymczasem, według obliczeń Ornsteina, wypada rocznie na 2.200.000 mieszkańców — 19 przypadków śmierci osób stuletnich lub starszych jeszcze. Najdłuższy wiek w Prusiech w roku 1887 wynosił 115 lat, w Grecyi i w Turcyi 130—145 lat. (Virch. Arch. T. 136. Z. 3).

W. Ż.

276. Dr. Percy Wade powrócił do zapomnianej od 1873 r. metody **Sutona** wstrzykiwania siarczanu magnu jako środka przeczyszczającego. Autor w 100 przypadkach stosował ten środek w ilości 0,1—0,3 gm. pod skórę lewego ramienia i w 53 otrzymał stoлец jednorazowy w 10 dwukrotne i w 4—3 krotne wypróżnienia. Autor zaleca tę metodę w katarach żołądka w przypadkach, kiedy podanie środka czyszczącego skutkiem podrażnienia żołądka jest utrudnione, kiedy chory nie może połykać oraz w wylewach do mózgu. (C. f. in. Med. 36).

J. Z.

277. Dr. Milton Norris stosował u obłąkanych wzbraniających się przyjąć pokarmu wstrzykiwanie pod skórę $\frac{1}{2}$ litra wody przekroplonej, białko 2 jaj i 2 gram. soli kuchennej. Tego rodzaju **wstrzykiwania edżywcze** dawały mu wyniki dodatnie. (C. f. in. M. 36).

J. Z.

278. G. Oeder zamiast kapsli keratynowych dla pigulek, które działać mają dopiero w kiszkaach zaleca **kapsle ze stopionego salolu**. Salol topi się w wodzie wrzącej. Według badań autora z metylenblau, zawartym w kapslach salolowych, pozostają one w żołądku w ciągu 2 godzin przez następne 2 godziny rozpuszczają się w kiszkaach. Waga kapsli wynosi 0,03 grm. Podobne kapsle radzi podawać w godzinę po jedzeniu. (C. f. in. M. 36). *J. Z.*

279. Dr. Wojnałowicz opisuje **przypadek porodu przy zupełnem zarośnięciu kanału szyi macicznej** ciekawy ze względu na rzadkość podobnych spostrzeżeń. Zarośnięcie nastąpiło wskutek pęknięcia szyi i zapalenia wewnątrzmacicznego połogowego po ostatnim porodzie. Ciąża trwała 11 mies., płód nieżywy, zmacerowany; poród ukończono po przecięciu szyi na miejscu blizny przez wymóżdzenie. Zejście przy niewielkich wahaniach ciepłoty pomyślne. (Wracz Nr. 31 r. 1894). *Wł. Stan.*

280. Dr. H. Leyden demonstrował w Wrocławskim Towarzystwie Lekarskiem ssawca, u którego **blona śluzowa górnej wargi dotknęta była rzeżączką**. Autor stosował z dobrym wynikiem lekki roztwór sublimatu i dziecko w dziewięć dni wyzdrowiało. (Deut. Med. Woch. 34 1894). *H. K.*

281. G. A. Heron i A. Chaplin lekarze londyńscy, zajęli się zbadaniem kwestyi czy przez **kurz zarazek gruźliczny przenoszony być może** i o ile staranna dezynfekcyjna płwociny gruźliczej zapobiega temu. Wyniki swych badań wspomniani autorzy ogłosili w dzienniku „The Lancet“ pod tytułem „The relation of dust in hospitals to tuberculous infection“. Badania te przeprowadzone zostały nad kurzem miejskiego szpitala w Londynie dla suchotników. Kurz i pył przeznaczony do badań brano z rozmaitych miejsc: z wieży budynku, która służyła, jako główna szachta wentylacyjna i przez lat 40 czyszczoną nie była, z poza okiennic poczekalni poliklinicznej od lat wielu nieużywanych, z dolnej powierzchni blatu stołu, przymocowanego na środku jednej z głównych sal szpitalnych, z pracowni anatomo-patologicznej. Wspomniane próbki kurzu zaszczerpione zostały pod otrzewną około 100 świnkom morskim, z których u dwóch tylko rozwinęła się wyraźna gruźlica, w obu tych przypadkach kurz pochodził z głównej szachty wentylacyjnej. Autorzy utrzymują, że panujące w tem miejscu ciepło, oraz osłona od bezpośredniego działania światła słonecznego utrzymała zarazek w stanie żywotności. Spostrzeżenia te doprowadziły badaczy do wniosku, że przedsięwzięte w szpitalu środki ostrożności przy zbieraniu gruźliczej płwociny zupełnie zapobiegają szerzeniu się zarazy przez pył i kurz. *H. K.*

282. Crocq z Brukseli miał podobno otrzymać u tuberkulików doskonały wynik leczenia przez podanie im saletrzanu srebra do wewnątrz. Powstający w żołądku białkan srebra ma mieć działanie tak zbawienne. (Sem. méd. 43). *W. J.*

283. W celu **pozbawienia przykrej woni rozkładającego się moczu** u osobników oddających go pod siebie na klinice Emninghaus'a

we Freiburgu stosowaną jest terpentyna. Mocz przyjmuje wtedy, jak wiadomo zapach fiołków, zamiast przykrego odoru ammoniakalnego. Przeciwskazaniem do podawania w tym celu terpentyny są tylko cierpienia nerek, wrzód żołądka i kwaśny jego katar.

Na tej samej klinice zapobiegają również i złemu odorowi potu u niektórych chorych w sposób bardzo prosty i skuteczny. Mianowicie, daje się odpowiednim chorym kilka kąpeli z dodatkiem 3—4 grm. nadmanganianu potasu. Skutek ma być pewny i prędki. (Sem. méd. Nr. 48). W. J.

LXVI. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Wiedniu.

(Spraw. „Kroniki Lekarskiej“.)

I. Z j a z d.

Tegoroczny zjazd, zarówno pod względem udziału (2.700 uczestników) jak i pod względem naukowym i towarzyskim, wypadł świetnie. Sekcyi lekarskich było 23. Nowoutworzonych było 2, mianowicie: sekcyja dla mikroskopowego i chemicznego badania materyałów spożywczych oraz sekcyja pomocy w wypadkach nagłych (Unfallkunde). Nowem też było zwołanie kilku posiedzeń ogólnych dla rozpatrzenia kwestyi interesujących szersze koła uczestników. W sprawozdaniu niniejszem mogę się ograniczyć do najważniejszych tylko i dla lekarzy-praktyków najciekawszych, kwestyi zaś specjalnych, jakkolwiek by doniosłą dyskusyja nad nimi dla specjalistów być mogła, dla braku miejsca uwzględnić nie mogę. O jednej z ważniejszych kwestyj podniesionej na zjeździe, mianowicie o *leczeniu błonicy* surowicą krwi doniosły już pisma codzienne. Kwestyja ta dyskutowaną była w sekcyi higieny. *Behring* wynalazca nowego sposobu leczenia zaznaczył jego dwojakie znaczenie: lecznicze i ochronne. Sądząc z dotychczasowych wyników własnych badań, utrzymuje *Behring*, że śmiertelność w błonicy, jeśli się będzie stosować szczepienie w ciągu pierwszych trzech dni, spadnie do $\frac{1}{10}$ obecnej cyfry. Jako szczepienie ochronne surowica krwi również mieć będzie dla błonicy to samo znaczenie, jakie ma limfa dla ospy. Składnikiem czynnym surowicy jest antitoksyna, istota rozpuszczalna w wodzie i oporna względem wpływów atmosferycznych. W najsilniejszej nawet koncentracyi jest ona dla ustroju zupełnie nieszkodliwą. Tak samo jak wszystkie inne antitoksyny powstaje tylko w żywym ustroju, z białka tegoż pod wpływem działania pewnej tylko, specjalnej toksyny, t. j. w danym wypadku toksyny błonicy. Żyjący ustrój usiłuje tym sposobem obronić się od jadu, który jego bytowi zagraża. W naturalnym biegu rzeczy nie zawsze mu się to udaje, natomiast w doświadczeniach laboratoryjnych na zwierzętach osiągamy to stale. Po przebyciu choroby zakaźnej ustrój zawiera zbytek antitoksyny, który udzielić może innym osobnikom

dla skutecznej obrony przeciw tej samej infekcyi. Na tem zasadza się leczenie surowicą. Każda antitoksyna odpowiada pewnej, specjalnej toksynie, dla tego leczenie to jest zupełnie swoiste. Dotąd jednak udało się otrzymać antitoksynę w dostatecznej ilości tylko dla błonicy. Fabryka w Höchst wydaje dwa preparaty: jeden stanowi pojedynczą dawkę leczniczą i może być wyrabiany w wielkiej ilości (otrzymuje się przeważnie od koni); drugi—działa $2\frac{1}{2}$ razy silniej, produkcya jego jest jednak ograniczona z tego powodu, że trudno otrzymać surowicę tej wysokiej wartości leczniczej. Pierwszy preparat wystarcza w zupełności dla osiągnięcia pomyślnych wyników. U 2—3 letniego dziecka wystarcza 1 dawka, u starszych dzieci i u dorosłych należy ją powtórzyć. Dla celów ochronnych wystarcza $\frac{1}{10}$ dawki leczniczej. Dawka lecznicza kosztuje 5 marek.

Ulrich podał wyniki, otrzymane przy leczeniu surowicą błonicy. Na 74 przypadków, umarło 7, z tych w 4 rokowano było z góry niepomyślnie, tak, że w 3-ch tylko surowica okazała się bezskuteczną. Działanie jej jest tem pewniejsze im wcześniej zostaje zastosowaną. Wczesne zastosowanie wpływa nawet na zmniejszanie częstotści chorób następczych. Aronson na 255 przypadków stracił 31 (12,1%). Jego surowica jest silniejsza aniżeli Behringa; otrzymuje od koni przez zaszczerpienie bardzo jadowitych hodowli, powierchowych. Ciekawe spostrzeżenia wreszcie podali Wachsmann i Escherich; pierwszy stwierdził, że surowica krwi ludzi, którzy nigdy na błonicę nie chorowali posiada wybitne własności antitoksyczne względem jadu błonicy. Escherich znalazł podobnie działające składniki we krwi dzieci z błonicy wyleczonych. Wachsmann wygłasza nawet przekonanie, że przez badanie krwi człowieka można będzie orzec, o jego zdolności do zachorowania na błonicę. W starszym wieku surowica uodporniona spotyka się częściej, tem się tłumaczy rzadkość zapadania na błonicę w tym wieku.

W sekyi chorób dzieci również dyskusya była przedewszystkiem nad błonicą. Widerlohr z Wiednia stosując tu od 5-ciu lat intubacyę krtani uważa za ważny czynnik leczniczy. W praktyce prywatnej zaleca ją wtedy tylko, kiedy chory znajduje się pod ciągłym nadzorem lekarskim; i radzi pozostawić nitkę, zwłaszcza, z powodu napychania się tuby błonkami. Jeżeli po 5-dniowej intubacyi objawy zwężenia krtani nie znikają, to przystępuje do tracheotomii. Przy tym sposobie postępowania rokowanie w tej wtórnej tracheotomii nie jest niepomyślne. Tej samej zasady trzyma się Ranke w Monachium, Heubner w Berlinie, Bidert natomiast stosował ją dłużej niż 5, nawet do 10 dni i po tym czasie jeszcze otrzymywał wyniki pomyślne. Ranke podnosi znaczenie intubacyi dla praktyki prowincjonalnej; sądzi, że 18—20% przypadków, przebiegających teraz śmiertelnie przy objawach zwężenia krtani, mogłyby być uratowane. Zdaniem jego, lekarz ma prawo zastosować ją wtedy już, kiedy mieszka w bliżkości, choćby nie miał możności ciągłego czuwania nad chorym. Odleżyny obawiać się nie należy. Widerhofer w swojej ogromnej

praktyce 4 razy tylko spostrzegał po intubacji następne zwięzienia, Ranke — 1 raz, Heubner również raz tylko.

Epstein (z Pragi) mówił o *pseudo-błonicy u ssawców pochodzenia posoczniczowego*. Obraz kliniczny i histologiczny choroby odpowiada w zupełności błonicy, laseczników Löfflera jednak nie znajdujemy; znajdują się natomiast gronkowce i paciorkowce. Zakażenie w tych razach następuje ze krwi. Większą część przypadków błonicy, rozwijających się po ospie lub innych chorobach zakaźnych, należy zaliczyć do tej kategorii. Escherich (z Gratz) i Fischl (z Pragi) potwierdzają te dane tylko. Widerhofer twierdzi, że na 134 przypadków, w 13 tylko nie znalazł laseczników Löfflera. Schlichter przeprowadził odnośne badania w endemicji błonicy w wiedeńskim domu podrzutków. Z 21 przypadków 7 tylko — a więc bynajmniej nie większość — były pochodzenia septycznego lub ropnicowego. W czasie tej-że samej endemicji Schlichter miał sposobność przekonać się jak najskrupulatniej, że *przeprowadzenie dezynfekcyi według przyjętych zasad zawiść może*. W pokojach, które po pojawieniu się błonicy, natychmiast opróżniono i gruntownie dezynfekowano (ściany, okna, podłogi — karbolem, wapnem, siarką), po kilku tygodniach błonica znowu powracała. Schlichter sądzi zatem, że należy szukać pewniejszych sposobów dezynfekcyi.

Seitz (z Monachium) mówił o *klinicznem rozpoznaniu zachorowań gruczołów oskrzelowych*. Charakterystyczną dla nich cechą jest różnorodność zaburzeń czynnościowych przy stosunkowo małych miejscowych objawach fizykalnych. Z objawów czynnościowych spotkać można: 1) w dziedzinie narządów oddechowych — duszność, napady duszenia się; 2) w narządach naczyniowych — rozszerzenie żył, oraz obrzęk na twarzy, szyi, przedniej ścianie klatki piersiowej i rękach, sinica na twarzy, krwotoki z nosa, niekiedy krwioplucie, bicie serca; 3) przez ucisk nerwów przechodzących przez klatkę piersiową; napady krztuścowe, astmatyczne, lub podobne do tych, jakie bywają przy skurczu krtaniowym, chrypka dochodząca do afazyi, porażenie przepony lub nerwu sympatycznego; 4) ze strony przewodu pokarmowego dysfagija. Badanie miejscowe natomiast wydaje tylko ograniczone stopienia nad górną częścią sterni, w pierwszym międzyżebżu lub w okolicy międzyłopatkowej oraz głośny chuchający wydech w wymienionych miejscach. Zwrócić uwagę należy również na obrzmienie głębokich gruczołów szyjowych. Ganghofer (Praga) twierdzi, że wymienione objawy mają przedewszystkiem znaczenie dla rozpoznania powiększenia gruczołów nie gruczołowego, jak np. w błonicy, w białaczce lub pseudoleukemii. W gruczołach natomiast rozpoznanie fizykalne rzadko się udaje, przeważają objawy ogólne, które każą podejrzewać gruźlicę w ustroju, a ponieważ ta ostatnia u dzieci najsamprzód umiejscawia się w gruczołach oskrzelowych, należy w tych razach ich zachorowanie mieć na względzie, Heubner (Berlin) proponuje w tym wczesnym okresie, kiedy gruźlica gruczołów oskrzelowych nie daje jeszcze objawów fizykalnych, zastrzyknięcie tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego.

Jak się zachowują gruźlica i przymiot, jeżeli się spotkają u tego samego osobnika? Przyczynek do tej kwestyi podał Rindfleisch. Chory miał nacieczenie gruźlicze w wierzchołku z przejściem w jamę, następnie zaraził się przymiotem. Sekcyjja wykazała: (Rindfleisch domonstrował preparaty), w wierzchołku jamę wielkości grochu, w środku nacieczenia złożonego z gruzelków i przeciętego we wszystkich kierunkach bliznami. Gruzelki były częścią większe, ze wszystkimi własnościami gummatis syphilitici, lub mniejsze, prosowkowato-gruźlicze. Te ostatnie uległy metamorfozie łącznotkankowej. Miejscami grupy gruczołków są otoczone bliznowatą tkanką łączną, która jest w związku ze zgrubiałemi również przegródkami międzypłatkowemi. Rindfleisch utrzymuje, że w danym przypadku obie sprawy chorobowe są ze sobą zmieszane i że przymiot, otaczając gruzelki, swoistą tkanką łączną, sprowadza poniekąd wyleczenie gruźlicy. Chiari (Praga) potwierdza zdanie Rindfleisch'a. On również stwierdził, że gruzelki gruźlicze, kiedy się przyłącza przymiot, nabierają innego charakteru, mianowicie posiadają dużo tkanki łącznej.

W sekcyi chorób skórnych i wenerycznych dyskutowano nad *nowym sposobem stosowania rtęci* w przymiocie, mianowicie wstrzykiwaniem sublimatu do żył. Odośne doświadczenia podali Blaschko, Lang, Schwimmer. Ten ostatni zwłaszcza widział nadzwyczajnie szybkie działanie na wysypki przymiotowe. Metoda ta mogłaby być wskazaną przy groźnych objawach mózgowych. Zastrzykuje się $1\frac{1}{2}$ —2 mil. grm. sublimatu naraz. Rtęć jak zaznacza Blaschko bardzo szybko wydziela się z ustroju; ma to pewne znaczenie w tych razach, kiedy chcemy zapobiedz nagromadzeniu się jej w ustroju, jak np. u suchotników, osobników ile odżywianych lub mających za rtęci idiosynkrazyą. Zresztą zarówno referent (Blaschko) jak i inni mówcy zaznaczają, że sposób ten jest niebezpieczny (embolia, sepsis) i że chyba w klinice tylko stosowany być może.

Zaburzenia w przemianie materji w ustroju były przedmiotem dyskusyi w różnych sekcyjach. Neusser (z Wiednia) podał wyniki swoich badań nad krwią u osobników cierpiących na diathesis urica. Pod nazwę ten autor podciąga zresztą oprócz przypadków typowych — podagra, kamienie nerkowe i pęcherzowe z kwasu moczowego, — przypadki nieprawidłowe, które autor sam sprostzał, a które przedstawiają się pod postacią reumatyzmu mięśniowego, asthma nervosum, chorób skórnych, zaburzeń żołądkowych lub kiszkiowych, moczówki cukrowej u ludzi dobrze odżywianych, neuralgii lub neurassthenii. We wszystkich tych przypadkach badanie krwi wykazało w leukocytach na około jądra ziarnka, barwiące się przy użyciu barwnika Ehrlicha na czarno. Miejscami wydaje się, jakby ziarnka te z jądra wnikały do protoplazmy komórki, wobec tego jednak, że nie barwią się one barnikami, działającemi par excellence na istotę jąder, nie można ich wprost uważać jako część tych ostatnich. Neusser sądzi, że są to składniki jąder chemicznie zmienione, i że składają się z istoty białkowej pokrewnej nukleoalbuminom, należącej prawdopo-

dobnie do grupy globulinów. U chorych na diathesis uratica leukocyty zawierają zdnaniem autora nadmiar nukleiny, którą przecież według badań Horbaczewskiego należy uważać jako źródło, z którego powstaje kwas moczowy.

Schlesinger (z Wiednia) demonstruje 2 przypadki, w których obok akromegalii istnieją objawy, wskazujące na zachorowanie hypophyseos cerebri, mianowicie Hemianopsiae b. temporalis, zanik nerwu wzrokowego, porażenie nerwów gałkoruchowych.

Choroba Basedowa dyskutowana była na posiedzeniu połączonych sekcji klinicznych. Eulenburg (z Berlina) przychyliła się do zdania, że choroba Basedowa jest zależna od zaburzeń czynnościowych gruczołu tarczowego. Hość soku przez gruczoł wydzielanego jest zwiększona, może być, że sam sok jest jakościowo zmieniony tak, że działa jako czynnik chorobotwórczy. Jakiego rodzaju jest owa zmiana, tego nie wiemy. Jako przyczynę tych zaburzeń przypuszcza Eulenberg zmianę w składzie krwi, oraz przekrwienie gruczołu.

Krönlein (z Zurychu) w 8-iu przypadkach choroby Basedowa, w których rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości, dokonał częściowego wyluszczenia gruczołu. Wyniki są dodatnie: tachycardia ustępuje pierwsza, inne objawy również znikają. W pierwszym przypadku poprawa trwa już 6 lat.

Bruni (z Tubingen) podaje wynik karmienia chorych na wole gruczołem tarczowym (od cielęcia lub barana). W wielu przypadkach nastąpiło szybkie zmniejszenie się lub nawet zupełne zniknięcie wola.

Septycznie natomiast do teorii powstawania choroby Basedowa z zaburzeń gruczołu tarczowego i do operacji na tej teorii opartej odniósł się Buschon. Na 98 przypadków dotąd operowanych, a przez mówcę zebranych, w 13 nastąpiła śmierć, w 18 wynik był ujemny, w 23 notowano poprawę, a 16 wyleczenie. Między temi ostatniemi jednak, zdaniem jego, większość nie odpowiada prawdziwej chorobie Basedowa.

W sekcji otyjatrycznej rozprawiano o *ropniach mózgowych* pochodzenia usznego. Brieger podał 2 przypadki, w których ropa utorowała sobie drogę na zewnątrz przez fistułę w górnej ścianie kanału usznego. W jednym z nich nastąpiła śmierć skutkiem zakrzepu w zatokach żylnych, w drugim zupełne wyzdrowienie. Jest to przypadek bardzo rzadki. W innym analogicznym przypadku spostrzegł Brieger, że droga na zewnątrz się zatkała, i ropień na nowo się napełnił. Wynika stąd, że w tych razach, kiedy się znajduje połączenie na zewnątrz, należy drogę tę możliwie rozszerzyć, ażeby ropa miała odpływ wolny. Pollitzer widział przypadki ropienia mózgowego z przebiegiem bezgorączkowym. W niektórych razach stałe i ściśle umiejscowione bóle głowy stanowią przez długi czas jedyny objaw. Szubert znajdował w oku często zwykle zapalenie nerwu z przekrwieniem naczyń włosowatych naczyń tarczy i nieznacznym zamazaniem jej granic, brodawkę zastoinową spotyka się w ropniach mózgowych rzadko. Urbantschitsch podaje przypadek caries

kości ciemieniowej, w której wystąpiły objawy mózgowo, wskazujące na cierpienie ogniskowe (Aphasia, Agrafia), spastyczny stan kończyn), a przy seceji znaleziono tylko zapalenie opon. Objawy zależne były prawdopodobnie od obrzęku mózgu. Gruber widział przypadek, w którym ropień rozwinął się niepostrzeżenie po wyleczeniu ropnego zapalenia ucha średniego: po kilku miesiącach nagle wystąpiły groźne objawy, a w ciągu dni kilku nastąpiła śmierć.

W seceji chorób nerwowych toczyła się dyskusja nad dwiema ważnymi kwestyjami i nad *alkoholizmem* i *hypnotyzmem*. Forel twierdzi, że w wielu przypadkach epilepsji, przewrotności płciowych i w wielu chorobach umysłowych już samo użycie, a więcej jeszcze nadużycie wysokości, bywa czynnikiem wywołującym cierpienie a w każdym razie szkodliwe. Zwłaszcza przy obarczeniu dziedzicznym alkoholem bywa zgubny. Forel sądzi, że należy go zupełnie usunąć z zakładów dla chorych nerwowych i umysłowych.

Mendel tłumaczy działania alkoholu w przewrotnościach płciowych tem, że znosi hamulce ze strony woli; nie zgadza się natomiast ze zdaniem Forela, że wszelkie używanie alkoholu jest nadużyciem, powołując się na wstrzeźliwość przepisaną przez Mahometa, której skutkiem nie było nie innego jak zastąpienie alkoholu przez inne bardziej szkodliwe trucizny. Krafft Ebing podaje przypadek urazowej epilepsji, w którym chory po użyciu alkoholu dopuszczał się uczynków należących do grupy przewrotności płciowych, o których później nie wiedział. Puncik uważa alkohol jako niezbędny środek leczniczy w melancholii, Rehm, w leczeniu morfinizmu.

W kwestyi hypnotyzmu Forel usiłował przedewszystkiem dowieść, że w wielu używanych sposobach leczenia ważną rolę odgrywa sugestya. Mówca zgadza się zupełnie ze zdaniem przeciwników hypnotyzmu, że leczenie psychiczne, od dawna przez lekarzy stosowane, a leczenie scygestyją są w zasadzie identyczne. Ale zasługą Bertheima, Wetterstranda i innych, którzy się sugestyją zajmują, jest że zaczęli stosować psychoterapię systematycznie, konsekwentnie i z całą świadomością psychologiczną i że osiągnęli tym sposobem niespodziewanie dobre wyniki. Hypnoza nie jest nic innego, jak wzmówiony sen. Kto ją umiejętnie stosuje rzadziej się spotka z pobocznem szkodliwym działaniem, niż przy innych sposobach leczenia. Wreszcie protestuje Forel przeciwko zarzutowi podniesionemu przez Jolly, że wprowadzając chorego w stan nienormalny, hypnotyzer otacza się tajemniczością. Hypnotyzm nie jest wcale jakimś środkiem tajemnym, przeciwnie nauka hypnotyzmu i sugestyi przyczyniła się do wyświeślenia wielu tajemnic w medycynie.

Grossmann sądzi, że w porażeniach natury organicznej hypnotyzmu daje dodatnie wyniki. Objaśnia to w ten sposób, że nawet w tych razach wielka część zaburzeń czynnościowych zależna jest nie od zmian anatomicznych, a od czynników psychicznych, które wpływają na osłabienie energii chorego. Hypnoza według niego nie jest nową formą leczenia psychicznego, ale używa nowego sposobu dla

osiągnięcia większego leczniczego efektu, wprowadzając mianowicie chorego w stan podniesionej zdolności do sugestyi. Moll sądzi, że głęboki stan hipnotyczny z halucynacyjami i posthypnotyczną sugestyją, różni się czemś więcej jeszcze od zwykłego stanu na jawie, aniżeli tylko podniesioną zdolnością do sugestyi. Ale że stan ten daje się doskonale wyzyskać w celach leczniczych, tego uczy codzienne doświadczenie. Jolly ostrzega przed utożsamianiem hipnozy z sugestyją. Głęboki stan hipnotyczny sprowadza w wielu razach napady hysteryczne.

Ranke (z Monachium) mówił o *Hydrocephalus chronicus*. Rozpoznanie bywa trudne w początku, kiedy powiększona czaszka nie różni się jeszcze od rachytycznej. Ważnym objawem w tych razach jest spastyczny stan kończyn. Objaw ten spotyka się we wczesnym okresie choroby częściej, aniżeli napady eklampcyjne. Ranke zastrzyknął 10-miesięcznemu dziecku z Hydrocephalus 30 cm. sterylizowanej nalewki jodowej, po uprzednim wypuszczeniu z głowy 350 cm. surowicy. Początkowo gorączka i wymioty, po 14 dniach ciepłota była prawidłowa, obwód głowy zmniejszył się o 2 cm., ale waga ciała spadła. Wkrótce potem dziecko zmarło na ostre zapalenie kiszek. Ranke zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

W sekcji chorób wewnętrznych Ziemssen przemawiał za wprowadzeniem do praktyki, nawet prywatnej mierzenia ciśnienia krwi. Możemy za pomocą badania tętna co najwyżej oznaczyć napięcie ścian naczyń, ciśnieniem krwi należy określić sphygmomnometrem. U zdrowego człowieka Ziemssen znalazł w t. skroniowej ciśnienie = 90—100 mm. W różnych chorobach ciśnienie się zmienia, w mocznicy np. spada. Konsekwentnie przeprowadzona metoda dać może ważne wskazówki lecznicze.

Prof. Rosenbach (z Wrocławia) zastanawia się nad tem, w jakiej mierze bakterjologija przyczyniła się do postępu dyjagnostyki chorób wewnętrznych. Mówca sądzi, że nie należy przeceniać znaczenia bakterjologii. Błąd jej polega na tem, że przywiązuje za wiele wagi do bodźca, za mało zaś do indywidualnego usposobienia (Disposition). Dając rozwiązanie wszelkich zagadnień, bakterjologija odciąga lekarza od właściwego zadania, mianowicie od badania usposobienia i zdolności do przystosowania się chorego. Bakterjologija utożsamia badanie z przyczyną choroby i z samą chorobą: w skutek tego orzekamy już o istnieniu choroby tam gdzie widzimy drobnostroje, gdy w rzeczywistości te ostatnie wtedy dopiero stają się przyczyną choroby, kiedy osiągają wpływ na czynności ustroju. Zdaniem autora drobnostroje tylko w zimnicy, karbunkule i w gorączce powrotnej mają znaczenie rozpoznawcze, w innych zaś chorobach są one tylko oznaką czynnościowego osłabienia ustroju, w wielu razach wreszcie żadnego zgoła znaczenia nie mają.

Moritz (z Monachium) badał zachowanie się *plynów i potraw kaszowatych w żółdku*. Pokazało się, że czysta woda najprędzej żóładek opuszcza: po $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godzin z $\frac{1}{2}$ litra zaledwie 30—50 cent.

w żołądku się zostaje. Inne płyny natomiast, roztwory kwasu węglowego, solnego, sody, buljon, piwo, dłużej w żołądku pozostają, tem dłużej im większym są bodźcem dla wydzielania soku żołądkowego. To samo w większym jeszcze stopniu odnosi się do potraw kaszowatych.

Pfeiffer podał 100 dokładnych chemicznych analiz mleka kobiecego z różnych okresów karmienia. Zawartość białka jak z nich widać, zmniejsza się ciągle do 5-go miesiąca, zawartość cukru natomiast zwiększa się do tego samego czasu. Zawartość tłuszczów chwije się bardzo. Po zatem jednak, skład chemiczny mleka bywa dość stały. Badania autora mają na oku dać lekarzom racjonalną, bo na fizjologicznych warunkach opartą podstawę do sztucznego karmienia ssawców. Schlichter wypowiedział zdanie, że nie jakości, a przedewszystkiem ilość mleka mamki, decyduje o zdatości tejże. Zawartość cukru i tłuszczów zmienia się w dość dalekich granicach bez jakiegokolwiek szkody dla dziecka; Monti nie zgadza się z tem zdaniem, ponieważ wiadomo, że różne objawy dyspeptyczne zależą od wadliwego składu chemicznego mleka. Epstein sądzi, że analizy dotychczasowe nie doprowadziły jeszcze do zgodnych wyników, któreby mogły służyć za wskazówkę dla praktyków.

Escherich (z Grazu) otrzymał dobre wyniki przy karmieniu ssawców mlekiem Gaertnera. Krowie mleko, ażeby było zdadne dla karmienia ssawców, musi być rozcieńczoną wodą, przyczem zawartość cukru i tłuszczów staje się mniejszą niż w mleku kobiecem. Różnicę zawartości cukru łatwo zrównoważyć przez dodanie cukru mlecznego. Brak tłuszczu jednak trudniej jest pokryć. Gaertner osiągnął tego przy pomocy centyfuży; zawartość tłuszczów podnosi się do wymagania wysokości, rozkład żaden nie następuje (jak w śmietance Biederta), koszta producyi są nieznaczne. U ssawców, przedtem źle odżywianych, którym w ambulatoryum autora przepisywano to mleko, szybko następowała poprawa.

Na zakończenie wspomnę jeszcze o odczycie, który miał Leyden na pierwszym ogólnem zebraniu zjazdu. W odczycie tym, poświęconym pamięci Van Swieten, założyciela Kliniki Wiedeńskiej (w r. 1749) Leyden przedstawił dzieje kliniki i nauki lekarskiej. Klinika oparła się na czysto naukowych podstawach, medycyna wstąpiła w poczet nauk przyrodniczych i przyswoiła sobie wszystkie sposoby badania nauk przyrodniczych, dyagnostyka postawiła sobie za cel dokładne anatomo-patologiczne rozpoznanie. Dla teorii wewnętrznej jednak ta metoda ściśle przyrodnicza nie wydała odrazu dobrych owoców. Tu przedewszystkiem starano się z używanych środków leczniczych wydobyć w postaci chemicznie czystej pierwiastki czynne, badano ich działanie na zwierzęcy i ludzki ustroj i według tego określano wskazania lecznicze. A gdy prace te nie dały odrazu spodziewanych wyników, zapanował w terapii nihilizm: zapisywano receptę nie wierząc w nią, zadawalniano się bezczynnem przyglądaniem się przebiegowi choroby. Błąd nihilizmu polegał na tem, że chcieli leczyć samą tylko chorobę, że uznawano to tylko, co na chorobę ma wpływ,

naukowo t. j. doświadczalnie wypróbowany. Wszystkie inne cele terapii zapoznawano. Obecnie przekonano się, że postępowanie takie jest błędne, że należy leczyć nie tylko chorobę, ale przede wszystkim chorego. Leczenie jest i pozostanie sztuką. Medycyna wewnętrzna nadal szuka podstaw naukowych dla terapii, ale ma też na oku rozwój jej, jako sztuki leczenia. Z tego punktu widzenia, na pierwszym planie, stanęła terapia ogólna. Zaczęto zwracać pilną uwagę na odżywianie chorego, na terapię psychiczną. Stosowanie sugestyi ztąd się wyłoniło. Petersen określił ten kierunek jako nowoczesny Hypokratyzm, gdyż stara szkoła Hypokrata również leczenie ogólne przede wszystkim uwzględniała i *sztukę* leczenia pielęgnowała.

Ale z drugiej strony medycyna nie wyrzekła się wcale leczenia swoistego. Farmakologija nie zadawalnia się już teraz wydobywaniem z roślin pierwiastków czynnych, a samoistnie tworzy środki lecznicze, że przytoczę wprowadzone w ostatnich czasach nowe środki przeciwgorączkowe, nasenne, przeciwbólowe. Bakteryologia pokazała terapii nowe zupełnie tory, na których nieprzewidywane nigdy wyniki dać nam obiecuje. Wreszcie wyniki otrzymane z sokiem gruczołu tarczowego w myxoedema dały impuls do powstania nowego sposobu leczenia, mianowicie wyciągami z różnych narządów. Nowoczesna medycyna, kończy Leyden, nie opiera się na jednym jakimkolwiek systemie, nie czerpie z jednego tylko źródła, a bierze to, co dobre, tam gdzie je znajduje. „Drogi, które nas prowadzą do celu są różne, ale my chcemy samoistnie ocenić wartość tego, co nam podają“. Ażeby być do tego zdolnym, lekarz musi być przyrodnikiem. Ścisły związek z naukami przyrodniczymi i nadal będzie stanowić podstawę kliniki i będzie ją zwłaszcza też chronił od błędów trudnej w dziedzinie terapii chorób wewnętrznych.

Dr. med. E. Bregman.

II. Wystawa.

Obszerny gmach Uniwersytetu pomieścił na czas zjazdu w swem lewem skrzydle dosyć bogatą wystawę, jak specjalnie lekarskich przyrządów, tak i z pomocniczych nauk przyrodniczych. Znać fabrykanci niemieccy spodziewali się liczne go zjazdu, gdyż zbiegli się z różnych stron, by przed uczestnikami pokazać nowe przyrządy, nowe środki lecznicze, lub stare lecz w nowej szacie. Najbogatszy jak pod względem wystawców, tak i pod względem doboru wystawionych przedmiotów był dział maszyn elektrycznych i mikroskopów, narzędzi chirurgicznych, naczyń i przyrządów do analizy i mikroskopii, bardzo bogaty zbiór różnych nowych środków farmaceutycznych, ciekawy dobór różnych przyrządów ratunkowych, mebli służących dla wygody i ku pożytkowi chorych i wreszcie bardzo bogaty dobór planów starych szpitali i tych, które albo się budują albo wkrótce mają być zbudowane. Do tej wystawy planów winniśmy zaliczyć ryciny wszystkich niemal znanych krematorjów, po przejrzaniu których, mógł so-

bie widz odtworzyć jak sam process palenia zwłok, tak i różne systemy pieców, w których spalają takowe. Dobór urn od bogatych i drogiech do zwykłych trumienek garncarskiej roboty dopełniał ten dział odświeżonej z pyłu starożytności idei palenia zwłok.

Dział elektryzacyi, obstawiony przez wszystkie niemal więcej i mniej znane firmy niemieckie robił rzeczywiście bardzo dodatnie wrażenie. Maszyny elektryczne, wystawione przez firmę Wiedeńską Schulmeister'a, przez firmę Blänsdorf Nachfolger z Frankfurtu, n. M. przez firmę Reiniger, Gebbert & Schall z Erlangen i przez wielu innych elektrotechników, zdradzały prawdziwy postęp w tym kierunku. Trudno, i w pewnej mierze bezużytecznym było by wliczanie wszystkich wprowadzonych ulepszeń w tej gałęzi przemysłu, dodać tylko winienem, że rozpowszechniony u nas system Störer'owskich przenośnych maszyn galwanicznych nie miał absolutnie ani jednego okazu na wystawie; zamiast uciążliwych i niepewnie działających elementów Störer'a obecnie w powszechnym użyciu są takie lub inne modyfikacje elementów Léclanche'a. Godne uwagi i zaznaczenia są elementy Schumeister'a. Mechanik ten zmodyfikował dawne elementy Léclanche'a w ten sposób, że na dno naczynia szklanego nalewa czystej rtęci, od której dochodzi zwinięty drut miedziany i podtrzymuje kawałek cynku, okrągły zaś węgiel w obsadzie izolowanej wkłada się do naczynia owego, wypełnionego do pewnej wysokości 25⁰/₀ roztworem chemicznie czystego salamoniaku. Jeden taki mały element daje prąd, którego siła równa się 0,049 MA. Modyfikację tę uważamy za bardzo szczęśliwą, 1-o dla tego, że składowe części elementu nie mogą podlegać szybkiemu zniszczeniu, przez co prąd maszyny nie ulega zbyt wyraźnym i szybkim zmianom co do swojej siły i 2-o że maszyny z podobnym urządzeniem muszą być i są rzeczywiście o wiele tańsze. Przenośna maszyna galwaniczna systemu tego mechanika o 40 małych elementach, wraz z ulepszonym galvanometrem (wskaźniczka ustanawia się szybko i bez wahań), reostatem z najsilberu lub kreoliny i zmieniaczem (commutator) w bardzo elegancko odrobionem pudle kosztuje do 100 guldenów. W ogóle mówiąc, wystawione okazy z działu maszyn elektrycznych odznaczały się bardzo starannem wykonaniem i taniością, gdyż wcale dobrą, chociaż z pewnemi wadami, maszynę statyczną można było nabyć za 180 guldenów, co w porównaniu z dawnymi cenami stanowi szalony skok ku uprzystępnieniu przyrządów elektrycznych dla szerszego ogółu lekarzy. Nie mniej ciekawym był dobór przyrządów, służących do oświetlania wewnętrznych narządów za pomocą elektryczności, przyrządów do wytwarzania ozonu (cena małego całkowitego takiego aparatu nie przenosi 40 guldenów) i wreszcie do oświetlania jak pracowni całej, tak tylko i jednego pola mikroskopowego.

Na polu mikroskopii sam Wiedeń zaczyna nie na żarty konkurować ze znanymi firmami niemieckimi. Firma Ebeling'a, Reichert'a i innych pod tym względem zaczyna wchodzić w ślady Zeiss'a, Hartnack'a i t. p., gdyż wystawione przez nią okazy odznaczały się i do-

brem wykończeniem i przystępniejszą ceną. Inne firmy austriackie również na polu przyrządów mikroskopowych nie mniej przedstawiły dodatnie okazy. Przyrządy i modele wystawione przez Henniga z Erlangen i Hegershoff'a z Lipska, a służące do badania krwi, do sztucznego oddychania, do demonstracji różnych fizyologicznych funkcji organizmu, odznaczały się dokładnością i elegancją w wykończeniu.

Niepodobna w sprawozdaniu krótkiem opisywać szczegółowo nagromadzonych okazów, tem bardziej, że nie jedną rzecz opisać jest trudno nie zajmując się specjalnie mechaniką, wielu zaś z panów wystawców nie troszczyło się o to, by wystawione przez nich przedmioty były należycie wytłumaczone zwiedzającym wystawę. Tylko lekceważeniem mogą objaśnić sobie dla czego przy wielu przyrządach nowych nie tylko medycznych, gdyż te są mniej skomplikowane ale przy bardzo wielu przyrządach astrotomicznych, geologicznych i t. p. znajdowali się chłopcy terminujący w tej lub innej fabryce. Ci ciceroni niedorośli mogli objaśnić tylko jak się nazywa przedmiot wystawiony, nie wiedząc nieraz do czego ma on służyć.

Na górnem piętrze, gdzie znajdowały się powyższe, pobieżnie zaledwie wymienione, przyrządy lekarskie, znalazły również miejsce instrumenty chirurgiczne, urządzenia sal operacyjnych i gabinetów dentychnych jak również bardzo wiele rycin, książek i t. p. okazów. Z pośród mnóstwa tego rodzaju okazów zwracały na siebie uwagę wystawione przez Heller'a plastyczne przedstawienie wyrazów twarzy przy różnych stanach psychicznych. Gra mięśni mimicznych przy spokoju, przestachu, radości, zadowoleniu, śmiechu, płaczu, trwodze i t. p. stanach znalazła świetne odtworzenie w tych 15 polichromicznych maskach. Pod arkadami lewego skrzydła ślicznego podwórza uniwersyteckiego gmachu znalazły pomieszczenie gustowne gablotki kilku aptekarzy i chemicznych fabryk z przetworami farmaceutycznymi. Dążenie obecnego aptekarstwa do przygotowywania lekarstw pod postacią łatwą i przyjemną do przyjmowania znalazło swój wyraz w mniej lub więcej udatnych perełkach, kapsułkach, komprimowanych tabelkach; przygotowywanie różnych win leczniczych, uprzyśtępnienie leczniczego użycia peptonu, kreozotu, gwuajakolu t. zw. sanguinalpillen mit Guajacol. carbon. Krewel'a i t. p. są zasługą, jak wnioskować należało z wystawionych okazów, obecnego aptekarstwa.

Cokolwiek dalej w oddzielnych osobnych przedziałach, znalazły się plany i modele nowych szpitali, prywatnych zakładów leczniczych i specjalnych zakładów dla umysłowo chorych wraz z wystawionymi okazami umeblowania sal, wentylacyi i t. p. Najliczniej reprezentowane były plany mających powstać w Austrii szpitali dla umysłowo chorych, z których widać było, że przy zachowaniu zupełnego bezpieczeństwa dla samych pacjentów starano się uwzględnić i wymagania obecnego lecznictwa i starano się nadać tym domom zwykły charakter mieszkalnego domu a nie więzienia lub czegoś w tym rodzaju, jak to było dotychczas. Staranny i bogaty dobór różnych ra-tunkowych przyrządów, lektyk, wozów, krzeseł i t. p. tak rozgałęzio-

nych za granicą stacji ratunkowych zupełnie wypełniał parterowe miejsce wystawy i naprowadzał nas zarazem na smutne myśli, że u nas czegoś podobnego nie ma, że u nas pomimo licznej rzeszy lekarskiej pomoc z natury rzeczy dla braku dobrej organizacji, którą się zając powinni ludzie dobrej woli jest tak utrudniona. Czy nie czas nam pomyśleć o zorganizowaniu na wzór zagraniczny izb ratunkowych? Lekarzy, którzyby chętnie poświęcili czas i swoją fachową znajomość rzeczy, ręczyć możemy, znajdzie się wielu. *K. Rychliński.*

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Wychodzący od pewnego czasu w mieście naszym „Szcze-gółowy przewodnik adresowy“ pomieszcza w rubryce „u kogo się leczyć“ szereg nazwisk lekarzy ugrupowanych według specjalności. Reklamy te, jak nam wiadomo, pomieszczane są bez wiedzy i chęci ogłoszonych, do których dopiero po wydrukowaniu nadesłane zostały listowne propozycje dalszych usług.

Ponieważ ten sposób postępowaniu wydawcy „Przewodnika“ nie jest znany ogółowi kolegów, i ztąd na ogłoszonych może padać niesłuszne podejrzenie dobrowolnego reklamowania się, podajemy tu tę wiadomość.

Sądząc, że wydawca „Przewodnika“ wymiarkuje ztąd, że wprowadzona przezeń rubryka nie będzie się cieszyła powodzeniem i wykreśli ją niebawem ze szpalt swego wydawnictwa.

— Członek naszej Redakcji kolega W. Janowski został wydelegowany przez Radę miejską Dobroczynności Publicznej do Berlina i Paryża dla poznania sposobu leczenia błonicy surowicą zwierząt uodpornionych oraz metody przygotowywania takiej surowicy z ewent. celem wprowadzenia nowej metody w praktykę w Warszawie.

— W dniu 15 Września został otwarty w Warszawie prywatny szpital kolegi Solmana dla chorych chirurgicznych i ginekologicznych. Zakład ten mieści się w specjalnie wybudowanym gmachu przy alei Szucha Nr. 9.

Sądząc z rozmiaru 3 piętrowego budynku przypuszczać by można, że o wiele więcej chorych umieszczonych w nim będzie, niż to ma być w rzeczywistości. Założyciel cały ten gmach przeznacza do użytku 40 chorych, co pod względem przestrzeni i zapasu powietrza wypada na korzyść każdego chorego. Oddzielne pokoje i sale wspólne są obszerne, widne i przewietrzane za pomocą pieców wentylacyjnych, każdy przytem pokój posiada własny kanał wentylacyjny wyprowadzony po nad dach.

Co do lokacyi chorych nadmienić wypada, że obok 20 pokoiów o jednym łóżku, zakład posiada 3 sale ogólne po 4 łóżka. Nadto ist-

nieją 4 oddzielne pokoje przeznaczone dla chorych bądź oczekujących na poważniejsze operacje, bądź też dla umieszczenia chorych, potrzebujących ściślej obserwacji lekarskiej w celu dokładnego rozpoznania danego cierpienia i właściwego leczenia.

W odosobnionej części budynku mieszczą się pokoje dla izolacji chorych z cierpieniami zakaźnymi. Część ta zakładu posiada oddzielne wejście i urządzenie. W wewnętrznym urządzeniu pomieszczeń dla chorych miano na widoku nie komfort, lecz prawdziwą wygodę cierpiących oraz warunki zachowania możliwej czystości, tego niezbędnego i kardynalnego warunku przy wszelkich zabiegach chirurgicznych.

Salę operacyjną, salę do opatrunków i chloroformowania, oraz salę do sterylizacji wody, narzędzi i opatrunków urządzone są wzorowo, według ostatnich wymagań nauki.

Mówiąc o urządzeniu szpitala nie możemy pominąć i pewnych jego usterek: przedewszystkiem w uplanowaniu budowli system barakowy więcej by odpowiadał przeznaczeniu zakładu, zarzut ten jednak sami złagodzić musimy uwagą, że uwzględnienie tego warunku pociąga za sobą znaczne koszty. Niedogodnościom wynikającym z pomieszczenia zakładu w 3 piętrowym budynku w znacznej części zapobiegają 2 windy; jedna przeznaczona na potrzeby chorych, druga mająca li tylko styczność z kuchnią i urządzeniami gospodarczymi. Dziwi nas jednak bardzo, że przy tylu różnorodnych technicznych urządzeniach nie wprowadzono oświetlenia zakładu elektrycznością.

Przechodząc obecnie do personelu lekarskiego, nadmienić musimy, że pomoc i opiekę lekarską chorym zapewnia przedewszystkiem sam założyciel szpitala, mając do pomocy lekarza miejscowego. Prof. Kosiński jest stałym konsultantem, inni lekarze będą wzywani bądź przez kol. Solmana, bądź też za jego wiedzą przez samych chorych.

Opiekę nad chorymi i zarząd kuchnią powierzono 2 siostrze miłosierdzia (szarytkom).

Opłata wynosi od 2 do 5 rs. dziennie od osoby w oddzielnych pokojach, w salach zaś wspólnych rs. 1 kop. 50 dziennie. Za operacje płaci się oddzielnie, stosownie do umowy. Przy szpitalu otworzone ambulatoryum, posiadające oddzielną salę operacyjną. Opłata za poradę wynosi 30 kop., biedni zaś ponoszą tylko koszty materiałów opatrunkowych.

Z przyjemnością zaznaczyć musimy, że kol. Solman w urządzeniu swego zakładu nie zapomniał i o naukowej stronie działalności lekarskiej, urządając bowiem oddzielny gabinet do badań naukowych zapewnił chorym dokładność badań klinicznych.

Postawiwszy sobie za cel urządzić zakład w ten sposób, ażeby mieć jak najpomyślniejsze warunki dla otrzymania aseptycznie gojenia się ran, nie oszczędził kol. Solman ani nakładu, ani pracy ani nawet specjalnych studyów w zakresie szpitalnictwa. Śmiało też rzec można że nowo-otworzony zakład kol. Solmana jest u nas ostatnim wyrazem postępu nauki w zakresie wymagań nowoczesnej chirurgii.

— Podobno na ostatnim zjeździe w Budapeszcie sekcya międzynarodowa higieny wojskowej przyjęła łacinę jako urzędowy język, w którym będzie ogłaszała swe prace statystyczne. Francuzki delegat sekcji, Dr. Chantemesse, wygłosił nawet mowę wychwalającą to postanowienie.

Wręcz przeciwnego zdania, na które i my się piszemy, jest paryski „Progrès Medical.” Widzi on tu tylko cofanie się do średnich wieków. Należy raz pozostawić w spokoju języki umarłe, których nie znamy dobrze, a które nie będą w stanie oddać nowoczesnej myśli. Postanowienie to równa się poniekąd chęci wykonania tranusfuzji na trupie.

Naszem zdaniem mrzonki zaprowadzenia jakiegoś języka międzynarodowego, bądź to łacińskiego, bądź greckiego, jak proponowano na zjeździe Rzymskim, pozostanie utopią umysłów, mało zastanawiających się nad istotą tej kwestji.

Panowanie powszechne języka łacińskiego nie wynikło z jakiegoś projektu lub konwencji, ale było konieczną konsekwencją dziejowego rozwoju, jak i dalszem tegoż następstwem było wyzwolenie się dzisiejsze języków narodowych z zarzuceniem łaciny.

Tylko uparty z inercyją umysłową graniczący konserwatyzm, tak dziwnie swoisty miarodajnym w tym względzie sferom zachodniej Europy, może jeszcze zachowywać w poszanowaniu rupiecie tak zw. klasycyzmu. Może przyszły wiek, od którego wszyscy tyle oczekują usunie wreszcie te pozostałości minionych czasów, będące dziś w najlepszym razie „zbytkiem w wykształceniu,” pożądanym dla niewielu, a niepotrzebnym balastem, o ile stanowi niedozwonne wymagana część wykształcenia przeciętnego ogółu.

Poświęciwszy czas, trawiony dziś nad językami klasycznymi, językiem nowożytnym, każdy z nas mógłby poznać dobrze 2 a nawet 3 języki europejskie i wtedy, wobec możliwości porozumiewania się językiem żywym, kwestya różnych volapücków sama przez się znalazła by rozwiązanie.

— Dr. Viquerat z Moudon niedaleko Lozanny leczy gruźlicę zastrzykiwaniami surowicy z krwi osłej. Zwierzęta te mają być najodporniejsze na gruźlicę. Dr. V. zastrzykuje swoim osłom tuberkulinę, aby ich odporność zwiększać. W razie gdy chorzy mocno gorączkują i istnieje powikłanie ropnemi ustrojami należy leczyć te powikłania przez zastrzykiwanie surowicy zwierząt (kóz), uodpornionych przeciw tym pasożytom. Podobno Dr. V. zakłada w Lozannie instytut na celu stosowania swego sposobu na szeroką skalę. Dotąd trzyma on go w tajemnicy i wszystkie odnośne wiadomości nie są pewne (Progr. Méd. 40).

— Czterdzieści lat upłynęło jak Virchow przy współudziale Bamberger'a, Griesinger'a i Traube'go zabrał się do wydania wielkiego dzieła: Patologii i Terapii szczegółowej. W dwadzieścia lat potem wyszło powszechnie znane, zbiorowe wydawnictwo Ziemssen'a, składające się z całego szeregu wyczerpujących prac, obejmujących cało-

kształt medycyny wewnętrznej. Zdaje się, że obecnie nadeszła odpo wiednia chwila do podjęcia podobnego dzieła, bezustanna bowiem praca zarówno w klinikach jak i w pracowniach nie mało nagromadziła materyału, który dawne nasze poglądy zupełnie zmienia i przeistacza.

Trud ten wziął na swe barki Prof. Nothnagel, który przy współudziale najznakomitszych klinicystów niemieckich rozpoczął wydawnictwo trzeciej wielkiej Patologii i Terapii szczegółowej. Nazwiska współpracowników, ludzi dobrze już zasłużonych w piśmiennictwie lekarskiem, są najlepszą rękojmią, że nowe dzieło to będzie ostatnim wyrazem nauki.

Patologija i Terapija Nothnagla ma się składać z 22 tomów, które wyjdą w przeciągu trzech lat. Wydawnictwem zajmuje się wiedeńska firma księgarska Alfred Hölder. Cena ściśle oznaczoną jeszcze nie została.

— E. Finger docent syfiligrafii i dermatologii w Wiedniu został mianowany nadzwyczajnym profesorem tejże wszechnicy.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Wrześniu 1894 r.

1. *A. Wixel i K. Rychliński*. Przyczynek do nauki o padaczce Jacksona. (Gaz. Lek. 35, 36, 38, 39) (nieskoń.).
2. *L. Przedborski*. Uwięznięcie obcego ciała w przestrzeni podgłośniowej krtani. (Gaz. Lek. 35.).
3. *A. Wróblewski*. O serniku kobiecym. (Gaz. Lek. 36, 38).
4. *A. Pechkranc*. Kilka słów o kurczach mięśniowych w cholerze azyatyckiej. (Gaz. Lek. 36).
5. Dr. *L. Szuman*. Spostrzeżenia nad narkozą eterową. (Gaz. Lek. 37.).
6. *Z. Kramsztyk*. O przyzwyczajeniu w czynnościach oka. (Gaz. Lek. 38).
7. *M. Żołędziowski*. Przyczynek do kazuistyki traumatycznych pęknięć wątroby. (Gaz. Lek. 38).
8. *M. Rejchman*. Badania doświadczalne nad bezpośrednim wpływem dwuwęglanu sodu na wydzielanie soku żołądkowego. (Gaz. Lek. 39) (nieskoń.).
9. *St. Pechkranc*. Dwie szczególne postacie zaburzeń nerwowych po cholerze azyatyckiej. (Gaz. Lek. 39).
10. Dr. *Uma*. O wstrzykiwaniu sublimatu wprost w żyły sposobem Baccellego. (Med. 35).
11. Dr. med. *E. T. Grache*. O wpływie prześli pospolitej (ephedra v.). (Med. 36, 37, 38).

12. *L. Knaster*. O zapaleniu płuc grypowem ze stanowiska klinicznego. (Med. 38, 39).

13. *L. Guranowski*. Przypadek gruźliczego zapalenia ucha średniego, kilka uwag o sprawach gruźl. ucha w ogóle. (Med. 38, 39).

14. *W. Oltuszewski*. Drugi przyczynek do nauki o zбочe-
niach mowy. (Med. 39 nieskoń.).

15. *Jan Sędziak*. Przyczynek do etyologii t. z. anginae fol-
licularis. Now. 8—9 (patrz zeszyt Nr. IX).

16. Dr. fil. i med. *W. Sobierański*. O leczeniu cholery.
(Now. 7—8).

17. *H. Świącicki*. Kilka słów o wycinaniu mięśniakowej i zra-
kowanej macicy. (Nowiny 7—8).

18. *A. Langie*. Uwagi nad wstrzykiwaniami sublimatu pod
spojówką gałki ocznej. (Przegl. Lek. 28—36).

19. *Koźmiński*. Trzy rzadkie przypadki obrażenia części ro-
dnych kobiecych. (Przegl. Lek. 34—36).

20. *Wł. Skowroński*. Wrzód okrągły pochwy u osoby ży-
jącej spostrzegany. (Przeg. Lek. 37).

21. *M. Olejnik*. Krew w przebiegu raka. (Przeg. Lek. 36, 37).

22. *Watraszewski*. O stosowaniu mydła kalomelowego w le-
czeniu przymiotu. (Przegl. Lek. 38).

23. *L. Switalski*. Ventrofinxatio uteri. (Przegl. Lek. 38, 39).

24. *J. Nowak i L. Wachholz*. O znaczeniu obecności gono-
koków w starych plamach. (Przegl. Lek. 39 niesk.).

2. *L. Przedborski*. **Przypadek uwięźnięcia obcego ciała w przestrzeni pogłośniowej krtani.** Ciałem obcem była trójkątna kostka połknięta podczas jedzenia przez 35 letniego mężczyznę, wymiary trójkąta 3, 2, 5 i 1 cm. Chory zgłosił się w 4 godziny po wypadku i po bezowocnych usiłowaniach felczera i lekarzy niespecjalistów wydobycia kostki. P. po długich i mozolnych usiłowaniach, tem trudniejszych, że chory na badanie był niezmiernie wrażliwy, nagłośnię miał zbręknętą i mało ruchomą, a roztwór kokainy (15—20^o/₀) znieczulenia nie sprowadzał, uchwycił wreszcie kostkę kieszciami Schrö-
tera, sprowadził z przednio tylnego wymiaru krtani, do górno-dolnego i wydobył na zewnątrz. Autor słusznie zwraca uwagę na szkodliwość energicznej pomocy, okazywanej w takich przypadkach, przez ludzi nieświadomych miejsca uwięźnięcia ciała obcego i nie posiadających należytej wprawy. *W. Sz.*

3. Dr. A. Wróblewski. **O serniku kobiecym.** (Różnice chemiczne pomiędzy mlekiem kobiecym i krowiem). Zaznaczywszy sprzeczność dotychczasowych pojęć co do istoty sernika kobiecego i krowiego przechodzi autor do opisu własnej metody otrzymywania sernika kobiecego, następnie opisuje cechy fizyczne i własności chemiczne oraz skład otrzymanego przez się sernika kobiecego. Próby sztucznego trawienia sernika kobiecego dowodzą, że sernik kobiecy podczas trawienia nie wydziela paraukuleiny. Sernik krowi i kobiecy są to ciała che-

micznie różne. W szeregu doświadczeń wykazał autor, że pepsyna dziecięca i pepsyna świńska nie są identyczne. W końcu opisuje autor wykryte przez się nowe ciało białkowe w mleku kobiecym.

J. Bączkiewicz.

4. S. Pechkranc. **Kilka słów o kurczach mięśniowych w cholery azjatyckiej.** Jednym z bardzo dokuczliwych objawów cholery azjatyckiej są, bezwątpienia, często zdarzające się w tej chorobie bolesne kurcze mięśni przeważnie kończyn i tułowia.

Ich jednak natężenie i rozprzestrzenienie nie znajduje się w żadnym, zdaniem autora, związku z natężeniem objawów ze strony przewodu pokarmowego. Brakuje ich często przy bardzo ciężkich objawach żołądkowo-kiszkowych, spotykać zaś się dają tam, gdzie objawy ze strony przewodu pokarmowego bardzo nieznacznie są wyrażone, jak przy tak zw. „cholera sicca“.

Autor opisuje dwa wypadki nadzwyczaj bolesnych kurczów w mięśniach kończyn i tułowia spostrzegane przez siebie podczas epidemii cholery u osobników, pochodzących z miejscowości a nawet i mieszkań dotkniętych zarazą, z otoczenia, gdzie znaczna ilość osób zapadła na cholere. Symulacja, autosugestia i wszelkie choroby, mogące dać początek podobnym kurczom, stanowczo wykluczyć się dały.

Wobec tego autor pomimo braku wszelkich innych objawów cholery zaliczył do niej oba spostrzegane przez siebie przypadki, tłumacząc powstanie kurczów mięśniowych działaniem specjalnym toksyn cholearycznych na układ nerwowo-mięśniowy.

Jeżeli liczne spostrzeżenia stwierdzą istnienie wyłącznie kurczowej postaci cholery, to słuszną jest uwaga autora co do możliwości szerzenia zarazy przez podobnego rodzaju chorych, którzy ze strony przewodu pokarmowego żadnych wybitnych zaburzeń nie doznają.

K. Wisłocki.

5. Dr. Leon Szuman. **Spostrzeżenia nad narkozą eterową.** Na zasadzie 81 przypadków narkozy eterowej, dokonanej w ciągu niespełna roku, autor przyłącza się do zdania chirurgów niemieckich, zalecających eter jako doskonały środek znieczulający.

Przeciwskazaniem do użycia wspomnianej narkozy jest katar oskrzeli, ponieważ eter drażni oskrzela i jeszcze więcej pogorsza sprawę, i że wskutek zapalności powiększa niebezpieczeństwo podczas operowania przy świetle świec, lamp i z pomocą żegadeł. Eter więc nie wyklucza w zupełności chloroformu. Autor stosował narkozę eterową przy celiotomiach, w tych bowiem razach zauważył, że tętno nie słabło tak znacznie, jak to ma zazwyczaj miejsce przy dłuższem chloroformowaniu. Do narkozy używał masek Julliard'a i Wantscher'a, sen następował już po kilku minutach. Zwraca uwagę autor, że dla narkozy eterowej niezbędna jest wprawa i doświadczenie lekarza i zaleca dalsze prowadzenie spostrzeżeń.

Wł. Stan.

6. Z. Kramsztyk. **O przyzwyczajeniu w czynnościach oka.** Autor zrobił spostrzeżenie, iż badając siłę widzenia, nprz. chorego dotkniętego postępującym zanikiem nerwu wzrokowego za pomocą pal-

ców z pewnej odległości, siła widzenia jest większą, gdy ją badamy oddalając się stopniowo od chorego, niż pokazując choremu palec z stosunkowo wielkiej odległości i stopniowo zbliżając się do niego. Siła wzroku badana na tablicach Snellena od dołu ku górze i odwrotnie od góry ku dołowi, w ostatnim przypadku okazuje się większą.

Przy badaniu patologicznie zwężonego pola widzenia granice wypadną dalej przy badaniu od środka perymetru, aniżeli badając je od obwodu ku środkowi.

Toż samo ma miejsce przy porażeniach mięśni ocznych: rozległość pojedynczego widzenia ku podwójnemu, aniżeli w kierunku odwrotnym.

Autor przypuszcza, iż podobne stosunki powtarzają się we wszystkich innych czynnościach nerwowych i wyprowadza ztąd zasadę ogólną: „*Każda czynność nerwowa ustroju zdolna jest do większego wysiłku, jeżeli napięcie jej wzrasta stopniowo*“, jednym słowem, skoro następuje przyzwyczajenie. Różnice podobne w rozmaitych stanach chorobowych są różne i wogóle w tych ostatnich daleko znaczniejsze, niż w stanie prawidłowym.

St. Cetnarowicz.

7. M. Żołędziowski. **Przyczynę do kazuistyki traumatycznych pęknięć wątroby.** Autor przytacza przypadek, w którym 25 letni mężczyzna został przygnieciony nagle do muru pędzącymi po szynach wózkami; w okolicy wątroby miał duży siniak, taż część dotkliwie bolesna. ból wzrastał się przy ucisku. 9 dnia dołączyło się żółtawe zabarwienie twardówek oczu i skóry, ciepłota podniesiona. Przyrzędem Potain'a wypuszczono z jamy otrzewny 1000 grm. płynu krwawego zielonawego. Przystąpiono wtedy do celiotomii z rezecką 9 żebra, znaleziono na górnej powierzchni wątroby ranę podłużną, którą wytamponowano gazą, a ranę brzucha zaszyto. Z początku przez opatrunek przesiąkała żółć, ale stopniowo wydzielina zmniejszała się, żółtaczka nikła i stan chorego był zadawalniający. Powtórna celiotomia z powodu przepukliny w bliźnie. W krótkim czasie znaczny upadek sił, objawy morbus maculosus, porażenia dolnych kończyn. Autor robił doświadczenia na trupach w kwestyi pęknięć urazowych wątroby. Na zakończenie robi ogólne uwagi na zasadzie własnego przypadku i pracy Edler'a.

Wł. Stan.

9. J. Pechkranc. **Dwie szczególne postaci zaburzeń nerwowych po choleryze azyatyckiej.** O ile zaburzenia w organach wewnętrznych (nephritis, diabetes mellit i t. p.) jako następstwo przebytej cholery, bywają stosunkowo dość częstym zjawiskiem, o tyle zajęcie układu nerwowego, przejawiające się zaburzeniami ruchowymi, zdarza się niemiernie rzadko.

Znaczna liczba wypadków cholerycznych, obserwowanych przez autora w Warszawskim szpitalu starozakonnych, dała mu sposobność do opisanja dwóch postaci zaburzeń ruchowych, występujących, jako oddalony rezultat zakażenia cholerycznego już nawet nie w okresie odzyskania lecz po zupełnym powrocie do zdrowia.

Pierwszy przypadek dotyczy chorej, która po przebyciu napadu cholery (średniego natężenia) i wypisaniu się w stanie zupełnego zdrowia, w 4 dni później dostaje bolesnych kurczów w mięśniach kończyn, tułowia twarzy i języka, kurcze te trwają przez dni 3, uspakajając się pod wpływem morfiny i nie pozostawiają po sobie żadnych innych objawów chorobowych.

Wykluczając w zupełności w danym przypadku neurastenię i historię, jak również organiczne cierpienia układu nerwowego, autor dochodzi do wniosku że, obserwowany przez niego obraz chorobowy, był zależnym od działania na układ nerwowo-mięśniowy toksyn, powstałych w ustroju po przebytej cholercie.

W drugim wypadku chory również wypisany ze szpitala w stanie zupełnego zdrowia, zjawia się w 2 dni później powtórnie do szpitala uskarżając się na osłabienie w mięśniach tułowia i kończyn, które wystąpiło nagle i, wzmagając się stopniowo, doprowadzało chorego do zupełnej bezwładności, tak iż o własnych siłach w łóżku poruszyć się nie mógł. Po 3 dniach wszystko nagle minęło bez śladu. Okres choroby przypominał napad t. zw. „peryodycznego porażenia rodzinnego“ lub opisanego przez Dejérine—Rhompe porażenia ołowianego z przebiegiem ostrym. Dokładna jednak anamneza wykluczyła w zupełności wyżej przytoczone cierpienia, a szczegółowe badanie usunęło również zjawiające się podejrzenie co do histeryi.

I w tym więc wypadku autor opisaną postać chorobową, stawia w zależności od przebytej cholery. Przemijające szybko porażenia objaśnia sobie specjalnem (szczególnem) działaniem toksyn cholerycznych na zakończenia nerwowe w mięśniach (czy też na same mięśnie), podobnemi do działania kurary.

K. Wisłocki.

10. Dr. Uhma. **O wstrzykiwaniu sublimatu wprost w żyły sposobem Baccellego.** Droga doświadczeń przyszedł Baccelli do przekonania, że rozczyn sublimatu można zastrzykiwać wprost do żył bez wywołania jakichkolwiek szkodliwych następstw dla ustroju, ze względu wszakże na dotychczasowe sprzeczne zapatrywania na sprawę krzepnięcia krwi autor zaczął próby od zwierząt. Z dwu królików, z których jednemu zastrzyknięto na raz 1 mgr. sublimatu, a drugiemu 3, oba zdechły w 30 godzin po operacji; u obu w ostatnich godzinach życia wystąpiła biegunka i porażenie kończyn tylnych. Ponieważ sekcya nie wykazała oprócz zakrzepu żył, użytych do wstrzyknięcia, autor widzi przyczynę śmierci w zatruciu rtęcią. Reszta królików zносиła próby dobrze, co zachęciło autora do zrobienia próby na samym sobie. Próba wypadła pomyślnie. Przekonawszy się tą drogą o nieszkodliwości samego zabiegu, U. leczył zastrzykiwaniami sublimatu sześć chorych kobiet dotkniętych przymiotem. O wartości leczniczej tego sposobu autor nie może jeszcze wypowiedzieć stanowczego zdania, gdyż u czterech chorych stosowano jednocześnie środki miejscowe, u pozostałych zaś wypadło leczenie przerwać. W dalszym ciągu zwraca autor uwagę, że technika zastrzyknięć bezpośrednio do żył jest nie łatwą nawet tam, gdzie podściółki tłuszczowej mało, przy-

czynę zaś zakrzepu żył, który spostrzegał często u królików i u jednej z chorych, widzi w zbytniem tylko obrażeniu naczyńia igłą. *F. G.*

11. Dr. Med. Grache. **O wpływie przęśli pospolitej** (*ephedra vulgaris*) **na ustrój zwierzęcy**. Autor przeprowadził szereg badań i doświadczeń w pracowni prof. Dogela w Kazaniu nad działaniem przęśli pospolitej, oraz jej przetworów na ustrój zwierzęcy. Z pracy swej wyprowadza autor następujące wnioski: *Ephedra vulgaris* zawiera efedrynę Nagai'a, efedrynę P. Spehr'a i pseudoefedrynę E. Merck'a. Działanie tych ciał również jak i infuzo-decocti przęśli pospolitej jest następujące:

1. Nieznaczne ilości wprowadzone do żołądka, pod skórę lub do żył, wywołują krótkotrwałe i nieznaczne podniesienie ciśnienia krwi, zmniejszenie liczby uderzeń serca i powiększenie ich siły.

2. Większe ilości wywołują obniżenie ciśnienia krwi, wskutek zmniejszonego napięcia naczyń.

3. Wskutek podrażnienia nerwowych i mięśniowych pierwiastków serca występuje wyraźna arytmia.

4. Silne porażenie czynności nerwów błędnych, wreszcie:

Rozszerezenie źrenic, wywołane przez wzmoczoną czynność nerwu współczulnego i zmniejszenie działania nerwu okoruchowego na *musc. sph. pupillae*, wreszcie być może i w skutek porażenia samego narządu mięśniowego, na co po części wskazuje działanie przęśli pospolitej na gładkie mięśnie serca.

6. W ostrym i przewlekłym gościu stawowym *ephedra* ustępuje pod wieloma względami salicylowi. *H. K.*

12. L. Knaster. **O zapaleniu płuc grypowem ze stanowiska klinicznego**. Zapalenie płuc zdarza się dość często w przebiegu grypy i kwestya wzajemnego stosunku tych spraw wielokrotnie była roztrząsaną. Podczas gdy niektórzy autorzy uważają zpalenie płuc przy grypie za powikłanie tej choroby przez zakażenie swoistemi pasożytami Fracnel-Weichselbauma, inni uważają je za sprawę wywoływaną przez zarazek grypy, za „pneumoniczną“ postać grypy. Przemawia za tem pewna odrębność klinicznego obraz, tego rodzaju zapalenia płuc, nie tak nagły początek cięższy i dłuższy przebieg, brak kryzy, ciężkie i zdrowienie, większy procent śmiertelności.

Odrębność tę uznaje autor i ilustruje ją opisem dwóch spostrzeganych przez siebie przypadków zapalenia płuc „grypowego“. Do wyliczonych wyżej cech różniczkowych dodamy jeszcze zaznaczoną przez autora, że sprawa nie zajmuje odrazu większych przestrzeni płuc lecz szerzy się powoli; dalej, że płwocina raz bywa różowa, innym razem pozostaje ciągle nie zabarwioną, jest gęstą i mocno pienistą. (Nie rzadko zdarzają się objawy mózgowe). Typ gorączki nie jest tak stały jak przy włóknikowym zapaleniu, remisye przechodzą często 10 C.

Wreszcie zaznacza autor, że już po zniknięciu objawów zapalenia niekiedy występują ograniczone nacieczenia w wierchołkach, mogące budzić podejrzenia sprawy gruźliczej, które jednak bez śladu się rozchodzą.

W końcu podaje autor opis przypadku „grypowego” zapalenia płuc, które zeszło w zgorzel z następczą odną ropo-wietrzną, i twierdzi, że zgorzel płuc przy omawianej sprawie zdarza się często w porównaniu z włóknikowym zapaleniem płuc. *O. H.*

13. L. Guranowski. **Przypadek gruźliczego zapalenia ucha średniego. Kilka uwag o sprawach gruźliczych ucha wogóle.** Autor opisuje szczegółowo jeden i przytacza 4 przypadki gruźliczego cierpienia ucha średniego, ilustrujące przebieg kliniczny i bezskuteczność zabiegów leczniczych. Zastanawia się przytem nad warunkami powstawania oraz zmianami anatomopatologicznymi przy omawianej sprawie chorobowej. Ze względu na treściwość pracy, nie jesteśmy w możności streścić jej, a interesującym się tym przedmiotem zalecamy odczytanie oryginału. *W. Sz.*

16. W. Sobierański. **O leczeniu cholery.** Poddawszy krytyce nowsze poglądy na istotę cholery azjatyckiej, autor przychodzi do przekonania że jest ona jeszcze niedostatecznie znana. Wobec tego nie może istnieć racjonalne leczenie tej choroby, nie mogą więc rościć sobie prawa do tej nazwy metody obszernie stosowane w ostatnich czasach, a między innymi metoda Cantani'ego. Ostateczne wnioski autora są następujące:

1. Metoda Cantani'ego zbudowaną jest na kompletnej nieznanomości istoty cholery, a także działanie środków lekarskich przynosi więcej szkody, niż pożytku i dla tego nie powinna być stosowaną.

2. Cholera nie jest lokalną chorobą, gdyż początkowe objawy (biegunka, wymioty) są już dowodem ogólnego zakażenia, wywołanego prawdopodobnie zresorbowaną „toksyną,” a więc leczenie antyseptykami, mającymi działać tylko na przecinkowca, jest nie uzasadnionem.

3. Wszystkie preparaty, które atakują krwiobieg, obniżają ciśnienie, albo też szkodliwie wpływają na nerki, powinny stanowczo być unikane.

4. Wobec dotychczasowego braku środków, któreby posiadały jakiegokolwiek uzasadnienie przy cholery, najlepiej pozostawić chorobę naturalnemu przebiegowi i ograniczyć się do podawania ciepłych lub chłodnych napojów, bronienie od utraty ciepła i pobudzanie krwiobiegu na drodze odruchowej, przez lekkie podrażnienie skóry, a także rozcieraniem chorego, gdyż wogóle nie należy zapominać słów Hippokratosa „choroby leczy przyroda.”

Racjonalna terapia opierać się powinna na naukach biologicznych a w szczególności na dwóch działach teje: patologii i farmakologii.

W. Świątecki.

17. H. A. Świątecki. **Kilka słów o wycinaniu mięśniakowej i zrakowaciałej macicy.** Przy mięśniakowej macicy sięgającej powyżej pępka lub wklisowanej pomiędzy blaszki wiązu szerokiego autor wykonywa coliotomią w pozycji Trendelenburga z całkowitem wycięciem macicy podług Martin'a, uprzednio dokonawszy Rydygierowskiego obciążenia sklepienia. Przy macicy zrakowaciałej w obawie impfe-

cydywy autor operuje jedynie przez pochwę. Również przy pochwie operuje autor przy macicy mięśniakowej nie sięgającej pępka, operacja składa się z dwóch zasadniczych rękoczynów: z podłużnego przecięcia pochwy w celu oddzielenia pęcherza od macicy podług metody Doyen'a, z wykonaniem „morcellement,” jeżeli zachodzi po temu potrzeba.

W. St.

18. Dr. Adam Langie. **Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.** Autor na podstawie 50 przypadków obserwowanych przez się daje następujące wskazania do stosowania podłącznicowych wstrzykiwań sublimatu:

1. W cierpieniach rogówki.

a) We wrzodach i ropniach błony rogowej, o ile te nie są rozległe i zbyt duże nagromadzenie ropy w przedniej komórce nie wymaga zastosowania keratotomii, zastrzykiwania pod łącznicę mogą być z korzyścią stosowane, w razie przeciwnym należy je kombinować z innymi sposobami leczenia; również mogą być stosowane zastrzykiwania w groźnych ropnych sprawach rogówki zależnych od cierpienia łącznicy (np. przy jaglicy);

b) W przypadkach zakażonych ran błony rogowej kombinacja wstrzykiwań z innymi wskazanymi w tych razach środkami.

c) Jako środek zapobiegawczy zakażeniu przed rękoczynami na gałce ocznej;

d) W cięższych przypadkach miejscowego zapalenia błony rogowej, w częstych w połączeniu z leczeniem ogólnym.

2. W cierpieniach tęczówki przy stałym wkraplaniu atropiny, w przypadkach czystych, na tle skazy ogólnej, obok leczenia ogólnego.

3. W zapaleniu siatkówki i nerwu wzrokowego w przypadkach świeżych radzi jednakże autor i tu stosowanie wstrzykiwań połączyć z leczeniem ogólnym.

4. W zmętnieniach ciała szklanego.

5. W zapaleniu sympatycznym oka w połączeniu z innym leczeniem.

6. Ponieważ autor nie miał możliwości wypróbować skuteczności wstrzykiwań w zapaleniu twardówki odwołuje się z tem do pracy Rumszewicza, (który otrzymał przy stosowaniu wstrzykiwań w scleritis i episcleritis wyniki dodatnie przyp. refer.).

Przeciwskazane są podług Langiego wstrzykiwania w oderwaniu siatkówki, barwikowem jej zwyrodnieniu, w zaniku nerwu wzrokowego w chorobach naczyń i w chorobach spojówki.

Autor przed zastrzyknięciem znieczulał oko za pomocą 5⁰/₀ rozcyną kokainy, w sprawach gwałtownych ropnych zastrzykiwał codziennie, w przewlekłym co 4 do 5 dni, radzi używać rozcyny 1:2000 i z tego wstrzykiwać od 1—5 przedziałek zwykłej szprycki Prawaza.

S. Cetnarowicz.

19. Kościński. **Trzy rzadkie przypadki obrażenia części rodnych kobiecych.** Przyczyna obrażenia części rodnych przy spółkowaniu leży w ich wadach rozwojowych, w zmianach wiekowych (colpitis se-

nilis), w zmianach, powstałych po świeżo dokonanych operacjach (Colporrhaphia, colpoperineorrhaphia); zmiany w położeniu macicy, nieprawidłowe pochylenie miednicy, spółkowanie w nienaturalnej pozycji, spółkowanie podczas wkrótce przed lub po miesiączkowaniu jak również niestosunek pomiędzy rozmiarami prącia a częściami rodnymi także odgrywają niepoślednią rolę w omawianej kwestyi. Najczęstsze miejsca obrażenia—tylne sklepienie i tylna ściana pochwy. Całkowite rozdarcie międzykrocza u kobiet podczas spółkowania należy do rzadkości, autor przytacza swój 3-i przypadek tej samej kategorii do 2-ch znanych już w literaturze. U 19-o letniej, zgwałconej przez pijanego, dziewczyny znaleziono ślady pobicia, pod ujściem cewki strzęp nekrotyczny, międzykrocze wraz ze zdziergaczem otworu stolcowego i odbytnicy przerwane, tylna ściana pochwy nieuszkodzona. Wytworzono nowe międzykrocze (perineorrhaphia), wyzdrowienie.

Częściej przyczyną obrażeń części rodnych bywa uderzenie lub upadek okrakiem na jakiś przedmiot. Autor przytacza przypadek obrażenia tego rodzaju u 27 letniej ciężarnej w 8 miesiącu wieloródki, upadła ona na ostrą krawędź deski, obrażenie — odcięcie przedniej części cewki moczowej długości około centymetra o mocno ukośnym przebiegu rany, pomimo dość znacznego obrażenia części rodnych z towarzyszeniem obfitego krwawienia; przy odpowiednim postępowaniu ciąża nie została przerwana. 3-i przypadek dotyczy 50-o letniej kobiety z obrażeniem dość głęboko zachodzącym na tylną ścianę pochwy. Upadła ona na krawędź garnka, mocując się i krzycząc, przez co powiększyło się zwykle wypadnięcie pochwy w chwili upadku.

Wł. Stan.

20. Dr. Włodzimierz Skowroński. **Wrzód okrągły pochwy (wrzód żrący Clarka) u osoby żyjącej spostrzegany.** Wrzód żrący Clark'a macicy i pochwy mylnie opisywano jako raka. Zahn i Browicz wyjaśniają przyczynę, jest nią miejscowy zanik naczyń krwionośnych.

Autor przytacza przypadek wrzodu przedniej ściany pochwy wielkości $\frac{1}{2}$ cent. u 37-o letniej niedokrewnej wieloródki mężatki. Krawędź chora nie używała. Dno wrzodu nierówne z rozpadającą się ziarniną, szare, przy dotknięciu krwawiące. Wrzód wycięto, rana zespalona drutem srebrnym, wyzdrowienie. Badanie mikroskopowe (prof. Mas) błony śluzowej na wrzodzie nie ma z powodu rozpadu, podśluzowa miejscami zachowana, naczynia we wrzodzie zarosnięte, na obwodzie wrzodu ze zgrubiałymi ścianami. Rokowanie ze względu na przyczynę niepomyślne, wrzody mogą się odnawiać; rozszerzać; drażąc wgląb wywoływać przetoki lub śmiertelny krwotok. W zaniedbanych przypadkach leczenie trudne i niewdzięczne.

Wł. Stan.

22. Watraszewski. **Mydło kalomelowe w leczeniu przymiotu.** Powtórzywszy swe poglądy na działanie mydła kalomelowego zamieszczone w prz. lek. Nr. 14 1893 r. (Refer. w Nr. 5 Kr. lek. 1893 r.), autor uzupełnia je kilkoma uwagami poniżej zamieszczonemi.

We wszystkich przypadkach leczonych mydłem kalomelowem, objawy przymiotu znikwały, jakkolwiek wolniej, aniżeli pod wpływem przetworów, zawierających rtęć metaliczną.

W przypadkach oporności w ustępowaniu syfilidów, autor robił wstrzykiwania podskórne innych związków rtęci, a to celem wzmocnienia działania mydła kalomelowego np. 5 do 10 wstrzykiwań sublimatowych po 0,015 do 0,020, robionych co kilka dni w związku z 25 do 30 wcieraniami mydła kalomelowego.

Późne postaci przymiotu znikwały bez użycia związków jodu. Zapalenia tęczówki (iritis), występujące we wczesnych okresach przymiotu, a raz spostrzegane i w późnym, zostało usunięte w czasie stosunkowo krótkim po zastosowaniu wcierań mydła kalomelowego i wkraplaniach roztworu atropiny.

W przypadkach przymiotu ciężkich, przedewszystkiem przy porażeniu ośrodków nerwowych, mydło kalomelowe z powodu swego wolnego działania nie powinno być używane. *J. Wojciechowski.*

25. Prof. Rydygi er. **Kilka uwag o wycinaniu mięśniaków macicy.** Ze wszystkich sposobów wycinania mięśniaków macicy stoi na pierwszym miejscu hysterectomia supravaginalis per laparatomiam. Autor uważa za najodpowiedniejsze postępowania takie jak przy wyłuszczeniu każdego innego guza: po podwiązaniu i oddzieleniu od sąsiedztwa, guz wyłuszcza się; z otrzewny wycinają się płatki odpowiednie; szew piętrowy, na dnie otrzewna całkiem zamknięta. Jest to sposób Chrobaka, autor zaleca go gorąco. *Wł. Stan.*

SPROSTOWANIE.

Nr 9. str. 616. w. 1-y i następne. Zamiast dr. Albert Lippel, należy czytać Dr. Albert Sippel.

Nadesłano do Redakeyi.

Cg. Beaurain (z Rakowy, Wolyń): Die Resultate der Arthrectomie b. d. Tuberculösen gonitis. Zurich 1894. Dyss. na st. Dr. med. Medicinskij Sbornik Warsz. Ujazd. Gospitalia G. VII, 2.

H. Uliński: Ein Beitrag zur Behandlung des Erbrecheus nervösen Ursprungs odb. z Blatter f. kl. Hydrotherapie.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.