

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Przyczynek

do leczenia gruźlicy płuc

za pomocą podgłośniowych (intra-trachealnych) wstrzykiwań płynów antyseptycznych.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu Ś-go Du-
cha w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia
5 Lutego r. b.)

(*Dalszy ciąg*).

Przypadek III-ci. Ciec. 36, żona szewca, leczyła się u mnie przed rokiem ambulatoryjnie z powodu cierpienia krtaniowego (perichondritis tbc. cart. thyreoideae), leczonego zewnątrz (incisio, curettement).

20 Czerwca z powodu gwałtownej duszności zrobiono jej (Dr. Krajewski) tracheotomię. W 4 dni potem przedwcześnie urodziła (w 7 mies.).

Chora zapisana została na salę D-ra Chełmońskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Badanie dokonane w dniu 27/VI wykazało stan następujący: budowa prawidłowa, w okolicy krtani rurka tracheotomijna. Odżywianie nędzne. Stan bezgorączkowy. Kaszel silny, plwocina (przez rurkę) obfita śluzoropna z domieszką krwi. W płucach u obu szczytów więcej u lewego signa indurationis (stopień, oddech nieokreślony, głos wzmożony, nieco rzeżeń). W krtani nacieczenie struny fałszywej i prawdziwej lewej—exerescentio krtani—na tylnej stronie. W innych narządach niema zmian. Tegoż dnia dokonałem *I zastrzyknięcia* do tchawicy przez rurkę 5⁰/₀ mentolu i 1⁰/₀ gwa-

jakolu w pozycyi pół leżącej ku lewej stronie w ilości pół szpryki (2 grm.). Odczyn bardzo silny (kaszel, krztuszenie, palenie etc).

28 Czerwca. *II iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo, zniosła nieco lepiej. Stan bezgorączkowy.

29 Czerwca. *III wstrzyknięcie gwajakolu i mentolu* Nr. 2 (t. j. 5⁰/₀ gwaj. i 10 ment.) na prawo cała szpryca. Chora nieszczególnie zniosła (palenie).

30 Czerwca. *IV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 palenie mniejsze obiektywnie stan bez zmiany. Kaszel, plwocina (przez rurkę) zabarwiona krwią, stan bezgorączkowy.

1 Lipca. *V iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2. Krwawienie ustąpiło, silne pieczenie, t-a wieczorem 58,0.

2 Lipca. *VI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 lepiej zniosła. Stan bezgorączkowy. W plwocinie nie znaleziono laseczników gruźliczych.

3 Lipca. *VII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1. Chora skarży się na palenie w piersiach. Waga 31,6. Stan bezgorączkowy.

4 Lipca. *VIII iniekcya mentolu* 10⁰/₀ (1/2 szprycy) lepiej znosi.

5 Lipca. *IX iniekcya mentolu* 100⁰/₀ cała szpryca na lewo. Krwawienia niema, stan bezgorączkowy, w ogóle subiektywnie lepiej, obiektywnie stan bez zmiany. W moczu niema białka.

6 Lipca. *X iniekcya mentolu* 10⁰/₀ na prawo.

7 Lipca. *XI iniekcya mentolu* 10⁰/₀ na lewo. Pieczenie słabe.

9 Lipca. *XII iniekcya mentolu* 10⁰/₀ na prawo. Znosi nieszczególnie.

10 Lipca. *XIII iniekcya mentolu* 10⁰/₀ na lewo skarży się na kłócie w boku lewym, bez zmian jednak obiektywnych.

11 Lipca. *XIV iniekcya gwajakolu mentolu* Nr. 1, lepiej.

12 Lipca. *XV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1. Stan bezgorączkowy. Ból w boku lewym mniejszy. Kaszel dość silny. Plwocina obfita. W płucach stan bez zmiany.

14 Lipca. *XVI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na lewo. Subiektywnie chora, czuje się lepiej nieco.

15 Lipca. *XVII wstrzyknięcie gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo.

16 Lipca. *XVIII wstrzyknięcie gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na lewo. Waga 32 kilogram, a więc o 0,4 więcej niż w początku (przed 2 tyg.).

- 17 Lipca. *XIX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo.
 18 Lipca. *XX* „ „ „ „ na lewo.
 19 Lipca. *XXI* „ „ „ „ na prawo.
 20 Lipca. *XXII* „ „ „ „ na lewo.

Tak te, jak i poprzednie wstrzykiwania chora znosi niezbyt dobrze, bezpośrednio po iniekcji występuje kaszel, a część płynu przez rurkę z płwociną wydziela się na zewnątrz. Stan stale bezgorączkowy. Przełykanie (od czasu tracheotomii) dobre.

21 Lipca. *XXIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 (cała szpryca).

23 Lipca. *XXIV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1.

24 Lipca. *XXV* „ „ „ „

24 Lipca. *XXVI* „ „ „ „ na

lewo. Subiektywnie niezłe, obiektywnie żadnej zmiany.

26 Lipca. *XXVII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca.

27 Lipca. *XXVIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała

szpryca.
 28 Lipca. *XXIX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca.

Wreszcie 29 Lipca *XXX* i ostatnie *wstrzyknięcie gwajakolu i mentolu* Nr. 1 przez rurkę tracheotomijną ku stronie lewej w pozycji leżącej i na boku lewym. Reakeya dość słaba (kaszel, krztuszenie, pieczenie krótkotrwałe). Stan bezgorączkowy. Apetyt dość słaby, osłabienie. Waga 31,8, a więc o 0,2 więcej jak w początkach t. j. przed 4 tygodniami. W płucach zmian wyraźniejszych nie ma objawy nacieczenia u obu szczytów nawet jakby nieco wyraźniejsze (rężenia¹).

Przypadek IV-ty. Ołt. 25 lat służący, na sali D-ra Puławskiego (zastępca kol. Winiarski). 27 Czerwca 1894 r. Anamnesis. Od 10 mies kaszel. Objawy hektyczne (poty, dreszcze). Haemoptoe przed 10 mies. Bez diatezy, bez nadużyć. Status praesens. Stan gorączkowy 38,0 (wieczorem 39,2). Stan ogólny nędzny. Waga 45,9 kilogrm. Mocz białka nie zawiera. Kaszel, w płwocinie mnóstwo łaseczników gruzliczych. Pulmones: obustronne (więcej z prawej strony).

¹) Chora wypisała się ze szpitala, wyjechała na wieś, w pół roku potem zmarła przy objawach ostatecznego wyniszczenia i rozpadu płuc. Rurkę do ostatnich chwil nosiła. Przełykanie stale niezłe.

zniszczenie u szczytów płucnych (mt. resp. bronch. bronchophonia bronchi consonantes), zwłaszcza pod prawym obojczykiem. W innych narządach zresztą niema zmian.

Tegoż dnia dokonałem *I iniekcji gwajakolu i mentolu* Nr. 1 (t. j. 1⁰/₀ gwaj. 5⁰/₀ ment.) w ilości pół szprycy na prawo w pozycyi siedzącej na łóżku pod kontrolą lusterka krtaniowego. Chory zniósł nieźle (kaszel słaby, słabe pieczenie) wieczorem t-a 39,2.

28 Czerwca. Stan bezgorączkowy (37,0). *II iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 całą szprycę. Gorzej zniósł, część wykrztusił. Palenie, wieczorem t-a 39,4.

29 Czerwca. T-a 37,0. *III iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 całą szprycę na prawo, lepiej zniósł, wieczorem t-a 39,1.

30 Czerwca. T-a 38,0. Subiektywnie czuje się lepiej, kaszel mniejszy, obiektywnie stan bez zmiany. *IV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo, t-a 39,0.

1 Lipca. T-a 38,6. *V iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo, nieźle zniósł. Wieczorem t-a 39,0.

2 Lipca. T-a 37,4. *VI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo, t-a 39,6 wieczorem. Stan bez zmiany.

3 Lipca. T-a 38,6. *VII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo całą szprycę (4 grm.). Waga 42,5 t. j. mniej o 3,4 niż przed tygodniem, t-a wieczorem 39,8. Osłabienie większe.

4 Lipca. T-a 37,0. *VIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo, całą szprycę. Wieczorem t-a 40⁰.

5 Lipca. T-a 37,4. *IX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo, t-a 39,5.

6 Lipca. T-a 38,0. *X iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo, t-a 38,4.

7 Lipca. T-a 37,4. Wieczorem 39,0. Subiektywnie nieco gorzej.

8 Lipca. T-a 37,2. *XI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo. Zniósł nieźle, czuje się jakby nieco lepiej, in pulmonibus mniej rzeżeń.

9 Lipca. *XII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2. Chory się sam domaga iniekcjy utrzymując, że mu takowe dobrze robia, t-a 39,4.

10 Lipca. T-a wieczorem 39,2.

11 Lipca. Rano t-a 38,0. *XIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2. Waga 44,3 t. j. więcej o 1,8 kilogrm. niż przed tygodniem. Obiektywnie jakby nieco lepiej t. j. ilość dźwięcznych rzeżeń mniejsza, t-a 39,2.

- 12 Lipca. T-a 83,4. *XIX iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, t-a 38,8.
- 13 Lipca. T-a 38,0. *XV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr.
2, t-a 39,0.
- 14 Lipca. T-a 38,6. *XVI iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, t-a 40,0.
- 15 Lipca. T-a 37,6. *XVII iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, t-a 39,6.
- 16 Lipca. T-a 38,6. *XVIII iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, t-o 40,0. Wstrzykiwania znosi nieźle. Subiektywnie czuje
się nieco lepiej, mniej poci się, dreszcze mniejsze.
- 17 Lipca. T-a 38,6. *XIX iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, t-a 39,4.
- 18 Lipca. T-a 38,2. *XX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2,
t-a 40,0. Waga 43,3 kilogr. t. j. o 1,0 kilo mniej niż przed ty-
godniem.
- 19 Lipca. T-a 38,4. *XXI iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, t-a 40,5.
- 20 Lipca. T-a 38,6. *XXII iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, t-a 39,6.
- 21 Lipca. T-a 38,0. *XXIII iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, t-a 39,4. Osłabienie większe, w płucach znowu więcej rzężeń
wilgotnych.
- 22 Lipca. T-a 37,6, wieczorem 39,2.
- 23 Lipca. T-a 38,6. *XXIV iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, t-a 38,5.
- 24 Lipca. T-a 38,2. *XXV iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2, znosi nieźle. Subiektywnie i objektywnie nieco gorzej, t-a 39,2.
- 25 Lipca. T-a 37,0. *XXVI iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2 ku stronie prawej (cała szpryca). Wieczorem t-a 39,7.
- 26 Lipca. T- 38,1. *XXVII iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2 na lewo, nieźle znosi. Waga 22,5 kilogr. t. j. o 0,8 kilo
mniej niż przed tygodniem. Wieczorem t-a 40,1.
- 27 Lipca. T-a 37,7. *XXVIII iniekcya gwajakolu i mentolu*
Nr. 2 cała szpryca na prawo. Coraz większe osłabienie, choremu robi
się wstrzykiwania w półleżącej pozycyi, t-a wieczorem 39,6.
- 28 Lipca. T-a 57,6 rano. *XIX i ostatnie wstrzyknięcie gwa-
jakolu i mentolu* Nr. 2, ku prawej stronie. Zniósł nieźle. Wobec

coraz większego upadku sił i pogorszenia się sprawy chorobowej w płucach, zaprzestano dalszych iniekcji. W dwa dni potem chory zmarł. Sekcja nie była robioną.

Przypadek V-ty. Bier. . . 50 lat, wyrobnica przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział D-ra Chelmońskiego 20 Maja 1894 r. Od 5 miesięcy kaszel, duszność, dreszcze, poty. Bez diatezy. Badanie wykazało: t-a 38,0, odżywianie liche, osłabienie duże, kaszel, duszność znaczna, płwocina obfita, cuchnąca, ropiasta, nie zawiera laseczników Kocha. Granice płuc obniżone, u prawego szczytu od tyłu (f. supraspinata), stępienie, oddech oskrzelowy, bronchophonia, od przodu poniżej 3 żebra (do 5) na linea mammillaris dextra, odgłos wypukowy z charakterem bębnistym, oddech amforyczny, rżęzenie dźwięczne (gargouillement). Tętno serca gluche. W moczu białko, w osadzie pod drobnowidzem dużo ropnych ciałek bez cylindrów (pyelitis) Waga 99 kilogr. Diarrhoea.

23 Maja. *I iniekcya* do tchawicy w pozycji siedzącej na łóżku ku stronie prawej *gwajakolu i mentolu* Nr. 1 całą szprycę, którą chora nieźle zniosła. Wieczorem stan bezgorączkowy 37,0.

24 Maja. Chora czuje się nieco lepiej (rozwolnienie mniejsze), t-o 37,2. Zresztą stan bez zmiany. *II iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 w ilości 4 grm. na prawo również dobrze zniosła. Wieczorem t-a 37,6. Kaszel nieco mniejszy, płwocina nieco mniej cuchnąca, duszność nieco mniejsza.

25 Maja. Stan bezgorączkowy. Rozwolnienie ustało. Sił nieco więcej. *III iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 (1 $\frac{1}{2}$ szprycy) na prawo którą chora gorzej zniosła. Kaszel i duszność znaczne (orthopnoe). Stan bezgorączkowy. W płucach dużo rżężeń, zresztą stan bez zmiany.

26 Maja. Duszność mniejsza, wogóle czuje się lepiej. Płwociny mniej, mniej cuchnąca.

27 Maja. *IV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo (1 $\frac{1}{2}$ szprycy) zniosła dobrze, w pozycji leżącej. Stan bezgorączkowy. Lekki obrzęk nóg.

28 Maja. *V iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo całą szprycę. Czuje się o wiele lepiej, duszność maiejsza, w płucach daje się zauważyć pewna poprawa, rżężeń mniej i mniej wyraźny charakter dźwięczny, oddech słaby na miejscu jamy, odgłos bębenny mniej wyraźny. Płwocina po raz 4-ty badana na laseczniki gruźlicze, takowych nie wykazuje. W moczu stale białko, rozwolnień niema.

29 Maja St. idem.

30 Maja. *VI iniekcya gwajakolu i mentolu* cała szpryca.

31 Maja. *VII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1. Znosi weale dobrze. Stan stale bezgorączkowy. Subiektywny stan lepszy, obiektywnie rzeń mniej, plwocina mniej cuchnąca; duszność mała.

1 Czerwca. *VIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca.

3 Czerwca. *IX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo. Zniosła nieszczególnie, duszność większa. Zresztą stan lepszy. Waga 40,5 kilogrm. a więc o 1 $\frac{1}{2}$ kilo więcej niż przed 10 dniami, t-a 38,1.

4 Czerwca. *X iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo dobrze zniosła. Stan bezgorączkowy. W płucu prawem od przodu objawy exkawacyi mniej wyraźne, (odcień bębniasty przy wypukiwaniu nie jest wyraźny, oddech osłabiony, rzeń mało).

6 Czerwca. *XI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 dobrze zniosła.

8 Czerwca. *XII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 dobrze zniosła. Stan bezgorączkowy. Duszność mniejsza. Subiektywnie lepiej.

11 Czerwca. *XIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo cała szpryca, duszność zaraz większa, zwłaszcza przy iniekeyach w leżącej pozycyi, pieczenie mniejsze.

12 Czerwca. *XIV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 znosi dobrze.

13 Czerwca. *XV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1. Poprawa subiektywna i obiektywna utrzymuje się. Plwocina mało cuchnąca.

15 Czerwca. *XVI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1. W płucu prawem na miejscu jamy objawy zgęszczenia, (stępiecie, oddech osłabiony, gargouillement znikło). Subiektywnie dużo lepiej. Duszność mała.

20 Czerwca. *XVII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo cała szpryca.

21 Czerwca. *XVIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1. Waga 39,2 a więc o 0,2 więcej niż w początku. Białka w moczu mniej.

23 Czerwca. *XIX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo cała szpryca. Poprawa znaczna, obiektywna i subiektywna się utrzymuje.

25 Czerwca. *XX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1. Stan bez zmiany.

27 Czerwca. Chora zaczyna się uskarżać na bóle w brzuchu, rozwolnienie.

28 Czerwca. Duszność większa, subiektywnie czuje się gorzej (osłabienie), obiektywnie stan bez zmiany. Gorączki niema. Obrzęk nóg większy. W płwocinie nie znaleziono laseczników gruźliczych.

29 Czerwca. Jakby nieco lepiej.

2 Lipca. *XXI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo cała szprycka. Dobrze zniosła. Osłabienie, rozwolnienie trwa. W płucach stan się nie pogarsza.

5 Lipca. *XXII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 cała szpryca na prawo. Zniosła dobrze. Palenia niema, duszność się nie zwiększa. Stan ogólny jednak coraz gorszy, obrzęki większe.

9 Lipca. *XXIII i ostatnia iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 cała szprycka ku stronie prawej, nieszczególnie zniosła, w pozycji leżącej. Silne osłabienie. Obiektywnie na przestrzeni między 3 i 5 żeblem z prawej strony, stępienie, oddech osłabiony, rzężeń wilgotnych bardzo mało (więcej ich pod obojczykiem - prawym). Nad grzebieniem prawej łopatki stan bez zmiany, (signa indurationis). Kaszel i dyspnoe nieco większe. Płwocina .acz. mało, lecz jeszcze cuchnąca. W moczu białko, obrzęk dolnych kończyn.

10 Lipca. Zmarła przy objawach wzmagającej się duszności. Sekcyi z przyczyn odemnie nie zależnych nie zrobiono.

Przypadek VI-ty. Jag. . . . 31 lat 66-letni przybył do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział D-ra Chełchowskiego (zastępca kol. Winiarski w dniu 20 Lipca 1894 r.

Anamnesis. Bez diatezy. Kaszel od 7 miesięcy. Krwioplucie. Dreszcze, poty, osłabienie. Nadużyć nie było. *Status praesens:* Stan bezgorączkowy. Waga 51,3 kilogramm. Odżywianie średnie. Kaszel, w płwocinie laseczniki gruźlicze w ilości niewielkiej. W płucach pod prawym obojczykiem stępienie, oddech oskrzelowy, bronchophonia, od tyłu in reg. supraspinata, wydech wydłużony. Z lewej strony od przodu pod obojczykiem wydech wydłużony, nad grzebieniem łopatki stępienie, oddech nieokreślony, rżenia.

Zresztą w innych narządach zmian wyraźniejszych nie dało się wykryć. Mocz białka nie zawiera.

20 Lipca. *I iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 ($\frac{3}{4}$ szpryki) w pozycyi siedzącej ku stronie prawej którą chory zniósł niezłe, palenie w ciągu 15 min.

21 Lipca. Stan bezgorączkowy, mocz czysty. *II iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na lewo cała szpryca (4 grm.), palenie o wiele słabsze.

23 Lipca. Status afebrilis. Kaszle mniej, pluje o wiele mniej. Wogóle subiektywnie czuje się lepiej. *III iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo dobrze znosi. Wieczorem t-a 37,8, zresztą stan bez zmiany.

24 Lipca. T-a 37,0. *IV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na lewo. Skarży się na kłócie pod prawym obojczykiem. Wieczorem t-a 38,6.

25 Lipca. T-a 38,8, ból bez zmiany, zmian jednak żadnych przy wysłuchiwanu i opukiwanu. *V iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo cała szpryca. Ból dużo mniejszy, t-a 38,4.

26 Lipca. T-a 37,4. Chory uskarża się znowu na ból pod lewym obojczykiem. *VI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na lewo cała szpryca. Ból mniejszy, t-a 38,0. Zresztą stan bez zmiany.

27 Lipca. T-a 37,5. Waga 48,5 kilogrm. a więc o 2,8 kilo mniej jak przed tygodniem. Ból z lewej strony mniejszy. Kaszel suchy. *VII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo, t-a 38,0.

28 Lipca. T-a 37,3. *VIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na lewo.

29 Lipca. T-a 37,0. *IX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo. Subiektywnie niezłe się czuje. Kaszel i płwocina mniejsze, t-a 38,4.

30 Lipca. T-a 37,0. *X iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo. Skarży się na silne palenie z lewej strony klatki piersiowej, t-a 37,3.

31 Lipca. T-a 37,3. *XI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na lewo. Skarży się na kłócie w boku lewym. Przy badaniu fizykalnem niema zmian. Stan ogólny nieco gorszy. Apetytu niema, t-a 37,8.

1 Sierpnia. T-a 37,4. *XII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo, t-a 38,6.

2 Sierpnia. T-a 37,6. *XIII i ostatnia injekcja gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo, t-a 38,0. Klócie bez zmiany.

3 Sierpnia. T-a 38,0, wiecz. 39,6. Silne osłabienie, rozwolnienie. Waga 49,2 a więc 0,7 kilo więcej niż przed tygodniem. Rozwolnienie trwa. Wstrzymano więc dalsze injekcje. W płucach wyraźniejszych różnic ani na dobre, ani na gorsze nie dało się zauważyć.

Przypadek VII-my. Krąg... lat 28 przy mężu, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział D-ra Chelmońskiego w dniu 18 Czerwca 1894 r. Anamnesis: od 3 tygodni krwioplucie, kaszel. Przed 3 lata było haemoptoe, trwające 2 miesiące. Bez diatezy. *Status praesens:* Stan bezgorączkowy. Budowa i odżywianie niezłe. Waga 54,2 kilogramm. Kaszel dość silny, w płwocinie ślady krwi, laseczników gruźliczych nie znaleziono. W płucach u prawego szczytu od przodu i od tyłu stłumienie odgłosu wypukowego, wydech nieokreślony, głos wzmożony. U lewego wydech nieco wydłużony. W innych narządach zresztą zmian niema. Mocz czysty bez białka.

20 Czerwca. *I injekcja gwajakolu i mentolu* ($\frac{1}{2}$ szpryki t. j. 2 grm.) Nr. 1 w pozycyi siedzącej ku stronie prawej, którą chora zniosła doskonale (prawie bez kaszlu reakcyjnego).

21 Czerwca. Stan bezgorączkowy. Krwioplucie i kaszel mniejsze. Palenia nie było. *II injekcja gwajakolu i mentolu* Nr. 1 (cała szpryca t. j. 4 grm.) również dobrze zniesiona (prawa strona).

22 Czerwca. *III injekcja gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca strona prawa. Krwioplucie ustąpiło. Subiektywnie czuje się lepiej. W płucach stan bez zmian. W moczu niema białka.

23 Czerwca. *IV injekcja gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo.

24 Czerwca. *V injekcja gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo. Stan stale bezgorączkowy, krwioplucia niema, kaszel mały.

25 Czerwca. *VI injekcja gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo.

26 Czerwca. *VII injekcja gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo.

27 Czerwca. Chora stale znosi doskonale injekcje, przystąpiono tedy do silniejszego roztworu (5 i 10⁰/₀). *VIII injekcja gwajakolu i mentolu* Nr. 2, którą również dobrze (bez palenia) zniosła.

28 Czerwca. *IX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 cała szpryca na prawo.

29 Czerwca. *X i XI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 (dwie jedna po drugiej szpryce na prawo a więc 8 grm. płynu), które chora również dobrze zniosła.

30 Czerwca. Skarży się na kłócie w prawym boku oraz palenie. Badanie trzykrotne nie wykazuje zmian. Stan bezgorączkowy. Wstrzymano iniekcye.

1 Lipca. *XII i ostatnia iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 cała szpryca na prawo. Kłócia i palenia niema. Subiektywnie czuje się lepiej. Waga 52,5 kilogramm. a więc o 1,7 kilo mniej, niż w początku badania.

Chora od paru dni uskarża się na bóle w brzuchu (dolnej części) zależne od obostrzenia przewlekłego zapalenia macicy (Dr. Staniszewski). Na własne żądanie wypisała się ze szpitala. Badanie płuc wykazuje osłabienie objawów nacięczenia szczytu prawego (wydech wydłużony, głos prawie normalny). Kaszlu prawie niema.

Przypadek VIII-my. Kacz. . . 24 lat robotnik przybył na oddział D-ra Chełchowskiego (zastępca Dr. Winiarski) w dniu 30 Czerwca 1894 r. Od 3 lat kaszle, pluje (często krwią) poci się Rozwolnienie. Ojciec i brat chory jakoby na płuca.

1 Lipca. Status praesens: t-o 39,0 wieczorem dnia poprzedniego, rano 37,4. Odżywianie średnie. Waga 46,1 kilogramm. W moczu niema białka. Kaszel, płwocina śluzoropna nie zawiera bac. tbc. W płucach: u lewego szczytu lekkie stłumienie odgłosu wypukowego, wydech prawie nieokreślony, drobne rżenia wilgotne (subcrepitationes) Wieczorem t-a 39,0,

2 Lipca. T-a 37,0. *I iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 pół szpryki na lewo w pozycji siedzącej. Zniósł dobrze, t-a 38,4.

3 Lipca. T-a 38,6. *II iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na lewo. Niema palenia, t-a 37,0. W moczu niema białka.

4 Lipca. T-a 37,0. *III iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 cała szprycka na lewo. Zniósł dobrze. Subiektywnie czuje się lepiej. Kaszle i pluje mniej, t-a 38,6.

5 Lipca. T-a 36,6. *IV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo, t-a 38,8.

6 Lipca. T-a 37,0. *V iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo. W płucach objawy nieco słabsze, mianowicie niema rżeń wilgotnych, t-a 38,4.

7 Lipca. 36,6, wieczorem 37,6.
8 Lipca. T-a 36,6. *VI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo cała szpryca, t-a 37,2.

9 Lipca. T-a 37,0, wieczorem 38,0. *VII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2.

10 Lipca. T-a 37,0, wieczorem 37,6. *VIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2. Subiektywnie czuje się coraz lepiej. Waga 49,2 a więc o 3,1 kilo więcej jak przed tygodniem. Rozwolnienie jednak trwa. W płwocinie tym razem znaleziono i to w dużej ilości laseczniki gruźlicze.

11 Lipca. T-a 36,6—37,4. *IX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo cała szpryca. U lewego szczytu od przodu i od tyłu exp. prolongata, bez rzeżeń.

12 Lipca, 37,0—37,0, *X iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2.

13 Lipca. T-a 37,1—37,6. *XI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo.

14 Lipca. T-a 37,0. *XII i ostatnia iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo, t-a 37,6.

Cory uskarża się na ból pod lewym obojczykiem bez zmian widocznych przy badaniu trzykrotnem. Ból zwłaszcza do tkliwy przy uciskaniu palcami, t-a wieczorem 38,8, rano 37,4. Zre-sztą czuje się niezłe.

16 i 17 Lipca. Ból trwa bez zmiany, ciepłota rano prawidłowa (37,4) wieczorem podniesiona (38,6).

18, 19 i 20 Lipca. Bol mniejszy, t-a 37,4 w 38,4 i 38,4—38,2 r. 37,2—38,7. Chory jednak przypisując ból ów wstrzykiwaniom, nie zgodził się na nie w dalszym ciągu i wypisał się w dniu 21 Lipca ze szpitala, t-a 38,3. Waga 48,3 czyli o 2,2 kilogram. więcej niż w początkach. W płucach stale utrzymuje się poprawa, a więc wydech wydłużony, brak rzeżeń u lewego szczytu. Kaszel mały.

Przypadek IX-ty. Żyd... lat 22, rolnik, przepisany w dniu 24 Lipca 94 r. z oddziału D-ra Krajewskiego, gdzie mu zrobiono z powodu zwiężenia krtani (tuberkulicznej natury) tracheotomię (Dr. Skłodowski) na oddział D-ra Chełchowskiego (zastępca Dr. Winiarski). Anamnesis: od 4 miesięcy kaszle, chrypka, dysphagia, objawy hektyczne (gorączka, dochodząca wieczorem do 39,0, poty, dreszcze). *St. praesens:* Rano t-a 37,6. Odżywianie marne. Waga 50,9 kilogram.

W krtani nacieczenie nagłośni z rozległymi owrzodzeniami, naciek tylnej ścianki strun fałszywych i prawdziwych. W płucach u prawego szczytu, głównie nad grzebieniem łopatki stepienie, oddech prawie oskrzelowy, bronchophonia. U lewego od tyłu wydech wydłużony nieco rzężeń drobnych wilgotnych. W innych narządach niema zmian. Mocz bez białka, tegoż dnia (24 Lipca) dokonałem *I iniekcji* do tchawicy przez rurkę tracheotomijną roztworu słabszego (Nr. 1) *gwajakolu i mentolu* pół szprycy ku stronie prawej w pozycji pół leżącej na łóżku (silne osłabienie). Odczyn po zastrzyknięciu bardzo silny, kaszel krztuszenie się, palenie, część płynu wykrztuszona, t-a 39,0 wieczorem.

25 Lipca. T-a 37,6. *II iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szprycą na prawo, źle zniósł; wykrztusił prawie $\frac{1}{2}$. Palenie t-a 39,6

26 Lipca. T-a 38,0. *III iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na lewo, nieco lepiej zniósł, skarży się na palenie.

27 Lipca. T-a 37,7. *IV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szprycą na lewo, t-a 39,6. W wydzielinie z rurki tracheotomijnej znaleziono lasęczniki gruźlicze.

28 Lipca. T-a 38,0. *V iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo cała szprycą. Stale źle znosi. Osłabienie się zwiększa, w płucach stan bez zmiany, t-a 39,1.

29 Lipca. T-a 38,0. *VI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo cała szprycą, t-a 38,8. Palenie.

30 Lipca. T-a 37,8. *VII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo, t-a 39,2.

31 Lipca. T-a 38,2. *VIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1, t-a 39,5.

1 Sierpnia. T-a 38,6. *IX i ostatnia iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo cała szprycą. Chory coraz gorzej znosi iniekcye (silny kaszel, palenie) osłabienie coraz większe, w płucach objawy nacieczenia u prawego wierzchołka jak poprzednio, więcej rzężeń. W krtani st. idem. Wobec tego zaniechałem dalszych iniekcji.

9 Lipca. Zmarł, jak to mi łaskawie kol. Winiarski zakomunikował. Sekcya (prof. Przew.) wykazała: Phthisis pulmonnm fibrosa tubercul. laryngis et intestinorum.

Przypadek X-ty. Szew. . . lat 22, służąca, przybyła na oddział D-ra Chelmońskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w dniu 1 Czerwca 1894 r. Anamnesis: od roku kaszel, poty, dreszcze, diatezy ani

krwioplucia niema. *Status praesens*. Status subfebrilis, t-a wieczorem 38,0, odżywianie mierne. U prawego szczytu matitas, expiratio indeterminata, subcrepitationes (przy kaszlu). W płwocinie znaleziono laseczniki gruźlicze. W moczu niema białka.

3 Czerwca. *I iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 ku stronie prawej w pozycji siedzącej, cała szpryca, niezbyt dobrze zniosła, (kaszel, wykrztuszenie części płynu). Stan bezgorączkowy, t-a 37^o 37,2.

4 Lipca. *II iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo cała szpryca. Zniosła o wiele lepiej. Poty mniejsze. Stan bezgorączkowy.

5 Lipca. *III iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1, nieszczęśliwie zniosła. Subiektywnie czuje się lepiej.

6 Lipca. *IV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo. Rozwolnienie.

8 Lipca. *V iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1. Znosi lepiej. Wieczorem t-a 38,0. Osłabienie większe, rozwolnienie.

9 Lipca. *VI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo. Rozwolnienie, apetyt mały, wieczorem t-a 38,2, rano stan bezgorączkowy.

10 Lipca. T-a 38,4—38,2, *VII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1. Kaszel większy, rozwolnienie osłabienie. U prawego szczytu dużo rzeżeń drobnych wilgotnych.

12 Lipca. T-a 39,1 rano, wieczorem 40,4. *VIII i ostatnia iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na prawo. Skarży się na silne bóle in epigastrio, rozwolnienie, wymioty. Osłabienie wielkie, gorączka duża (typus intermitteus). U obu szczytów signa destructionis. Wstrzymano iniekcye.

4 Sierpnia. Mors, (sekcya: w obu płucach wiele świeżych gruzelków. U szczytów małe zniszczenia, gastritis).

Przypadek XI-ty. Bad. ... lat 40 oficyalista przybył do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział D-ra Chełchowskiego (zastępca Dr. Winiarski) w dniu 27 Lipca 1994 r. Chory od lat 3 wychudł, kaszle, pluje, od 3 tygodni chrypka, ból przy łykaniu. *Status praesens* t-a wiecz. 39,4. Rano status afebrilis. Odżywianie niezłe. Waga 50,4 kilogr. W krtani nacieczenie umiarkowane nagłośni, owrzodzenie brzeżne na niej. Naciek tylnej ścianki dość znaczny, mniejszy infiltrat strun prawdziwych. Płuca: u prawego szczytu mtt., exp. fere bronchialis subere

pitaciones, zwłaszcza pod obojczykiem, nad grzebieniem lewej łopatki wydech nieokreślony, głos wzmożony. Zresztą innych zmian niema. Mocz normalny.

28 Lipca. T-a 37,6. *I iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca ku stronie prawej, zniósł niezłe, t-a wiecz. 38,0.

29 Lipca. T-a 37,0. *II iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 cała szpryca na prawo, lekkie palenie. Stan bezgorączkowy (37,2)

30 Lipca. *III iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo. Przełykanie lepsze. W krtani naciek nagłośni mniejszy. Zresztą stan bez zmiany.

31 Lipca. *IV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo cała szpryca. Subiektywnie czuje się lepiej. Wstrzykiwania znosi coraz lepiej, przełykanie coraz lepsze. W krtani nacieczenia mniejsze; owrzodzenia się podgajają. Stan stale bezgorączkowy.

1 Sierpnia. *V iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo.

2 Sierpnia. *VI* " " " " "

Dużo lepiej się czuje, łykanie lepsze, w krtani stan lepszy (naciek nagłośni i tylnej ścianki mniejszy), kaszel mniejszy, w płucach mniej rzężeń, objawy wogóle nacieczenia wierzchołków nieco mniejsze. Ani gorączki, ani objawów hektycznych niema.

4 Sierpnia. *VII i ostatnia iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2. Z powodu wyjazdu mego wstrzykiwania dalsze wstrzymano.

6 Października. Zmarł, jak mi to łaskawie zakomunikował kol. Winiarski. Sekcya wykazała: tuberculosis pulmonis et laryngis¹⁾.

Przypadek XII-ty. Idzi... lat 62 wyrobница przybyła na oddział D-ra Chelmońskiego w dniu 1^o Maja 1894 r. skarżąc się na kaszel, poty dreszcze trwające od dawna. *Status praesens.* Stan bezgorączkowy. Inanitie cachesia enormis. Kaszel duży, plwocina ropiasta obfita zawiera dużo laseczników gruźliczych. W płucach pod lewym obojczykiem objawy wielkiej kawerny (bruit de pôt fêlé, resp. amphorica gargouillement, u prawego szczytu signa indurationis (mat., resp. bronch. bronchophonia). Emphysema pulmonum, granice obniżone. W moczu niema białka.

1) Następne obserwacye jakkolwiek niedostateczne ze względu na zbyt małą ilość dokonanych wstrzykiwań, nie pozbawione jednak pewnego interesu podaję w streszczeniu.

17 Maja. *I iniekcya methylenblau 5⁰/₀* cała szpryca (4 grm). w leżącej pozycyi na łóżku na lewą stronę zniosła dość dobrze, nieco płynu wykrztusiła.

18 Maja. Stan bezgorączkowy. Mocz zabarwiony na niebiesko nie zawiera białka. *II iniekcya methylenblau 5⁰/₀* na lewo cała szpryca w leżącej pozycyi, zniosła lepiej (nie nie wykrztusiła).

19 Maja. Stan bezgorączkowy. Mocz niebieski. Subiektywnie i obiektywnie bez zmiany. *III iniekcya methylenblau 5⁰/₀* cała szpryca na lewo, zniosła nieźle. Wieczorem t-a 39,0.

21 Maja. Incontinentia urinae (niebieska). Stan bezgorączkowy. Cachexia progreditur.

22 Maja. *V iniekcya methylenblau 5⁰/₀* cała szpryca na lewo, zniosła dobrze. St. subjectivus pejor.

23 Maja. Stan bezgorączkowy, mocz zabarwiony na niebiesko. *VI i ostatnie wstrzyknięcie do tchawicy 5⁰/₀ błękitu metylenowego* cała szpryca na lewo, zniosła nieźle.

24 Maja. Marasmus coraz większy, w płucach stan bez zmiany.

25 Maja. Mors.

27 Maja. Autopsia, destructio magna (caverna) in apice pulmonis sin. Tuberculosis caseosa in dextro. Enteritis tbc. Ani śladu błękitu metylenowego, ani w drogach oddechowych, ani pokarmowych.

Przypadek XIII-ty. Kier. ... lat 26 żona farbiarza, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział D-ra Chełmońskiego dnia 17 Maja 1894 r. Anamnesis: od 7 miesięcy kaszel, wychudzenie od 3 lat, haemoptoe. Bez diatezy. Status praesens: status subfebrilis, odżywianie dość liche. Waga 43 kilogram. Kaszel, płwocina nieco krwią zabarwiona zawiera dużo łasieczników gruźliczych. W płucach u obu wierzchołków (więcej u prawego) signa indurationis, matitas, expiratio indeterminata, bronchophonia, z lewej strony nieco rzeżeń drobnych wilgotnych. Mocz nie zawiera białka.

17 Maja. *I iniekcya mentolu 5⁰/₀* ($\frac{1}{2}$ szprycki) ku prawej stronie w siedzącej pozycyi, zniosła dobrze (bez kaszlu).

18 Maja. Stan bezgorączkowy, krwioplucie ustało. *II iniekcya mentolu 5⁰/₀* cała szpryca na lewo, zniosła doskonale. Subiektywnie czuje się nieco lepiej.

19 Maja. *III iniekcya mentolu 10⁰/₀* cała szpryca na prawo zniosła nieźle. Kaszel mały, płwociny mniej, bez krwi. Zresztą st. idem.

20 Maja. Status afebrilis. *IV i ostatnia iniekcya mentolu* 10⁰/₀ na lewo cała szpryca, dobrze zniosła. Subiektywnie czuje się coraz lepiej. W płucach różnic wyraźniejszych niema (nieco mniej rzeżeń u lewego szczytu). Z powodu halucynacyj, które chorą podczas pobytu w szpitalu niepokoiły, i innym chorym przeszkadzały, chorą zmuszeni byliśmy wypisać ze szpitala.

Przypadek XIV. Kot... lat 44 szwaczka przybyła na oddział D-ra Chełmońskiego w dniu 10 Czerwca 1894 r. Anamnesis. Od 4 miesięcy kaszel, objawy hektyczne (poty, dreszcze) od 3 miesięcy diarrhoea. Matka zmarła na gruźlicę płuc. *Status praesens.* Stan gorączkowy (38,0 rano, wiecz. 38,8). Odżywianie liche. Waga 35 kilogrm. U obu wierzchołków (więcej u prawego) mtt. exp. indet. nieco subcrepitations. Sputum zawiera dużo las. gruz. *I iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 w pozycyi siedzącej na łóżku cała szpryca, zniosła nieźle.

13 Czerwca. T-a 38,0 wiecz. 38,2. Subiektywnie nieco lepiej, obiektywnie st. idem. *II iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 cała szpryca na lewo.

14 Czerwca. T-a 37,4, wieczorem t-a 38,0. Kaszel mniejszy.

15 Czerwca. *III i ostatnia iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 na prawo cała szpryca (bez lusterka. Nagłośnię widać przy ucisku nasady języka). Zniosła dobrze. Rozwolnienie, osłabienie duże.

16 Czerwca. Dyspnoe, zresztą status idem.

18 Czerwca. Mors (sekcji nie robiono).

Przypadek XV-ty. Sz... lat 57 wyrobnik z oddziału D-ra Dunina (zastępca Dr. Dąbrowski). Kaszle oddawna, pluje. 11 Maja 1894 r. Stan bezgorączkowy, odżywianie średnie. Granice płuc obniżone. U lewego szczytu od przodu i od tyłu stępienie odgłosu wypukowego, wydech prawie nieokreślony, nieco drobnych wilgotnych rzeżeń. W innych narządach zmian niema. Częste oddawanie mocz.

11 Maja. *I iniekcya methylenblau* 5⁰/₀ cała szpryca (4 grm.) na lewo w pozycyi siedzącej na łóżku. Źle zniósł, wykrztusił prawie połowę.

12 Maja. Stan bezgorączkowy. Mocz i płwocina zabarwione niebiesko. *II iniekcya methylenblau* 5⁰/₀ cała szpryca na lewo. Część płynu również oddał z kaszlem.

18 Maja. *III i ostatnia iniekcya methylenblau* 5⁰/₀ na lewo w pozycyi leżącej (na boku) lepiej zniósł. Na własne żądanie

wypisał się po kilku dniach, jakkolwiek subiektywnie czuł się nieco lepiej.

Następne 2 przypadki podaję w paru słowach jedynie dla tego, że w obu odrazu wpływ iniekcji zaznaczył się ujemnie, wskutek czego trzeba było zaniechać dalszego leczenia.

Przypadek XVI-ty. Kr... 64 lat wyrobnik z oddziału D-ra Chełchowskiego (zastępca Dr. Winiarski). Od 3 $\frac{1}{2}$ lat kaszle, blizny na języku po zagojonych owrzodzeniach gruźliczych. Stan bezgorączkowy, phthisis fibrosa (głównie zajęty prawy wierzchołek). Waga 49,4 kilogramm. W płwocinie laseczniki gruźlicze.

17 Czerwca 1894 r. *I iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr 1 cała szpryca na prawo w siedzącej pozycyi. Żle zniósł (krztuszenie). Z powodu nagłego rozwolnienia, które chory przypisuje iniekcji, nie chce pozwolić na dalsze leczenie.

Przypadek XVII i ostatni. Bień... lat 28 blacharz na oddziale D-ra Chełchowskiego (zastępca Dr. Winiarski). Od $\frac{1}{2}$ roku chory (kaszel, duszność). Status afabilis. Duże osłabienie. W płwocinie laseczniki gruźlicze. U obu szczytów płucnych objawy zgęszczeń, głównie ze strony prawej, tamże rzeżenia wilgotne drobne. W moczu białko, wałeczki.

17 Czerwca 1894 r. *I iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 w pozycyi siedzącej na łóżku $\frac{1}{2}$ szprycy na prawo. Żle zniósł, duszność większa, wskutek czego chory nie zgodził się na dalsze iniekcye.

D. n.

II. Przypadek pierwotnego raka języczka.

Podał

W. Żurakowski.

Z oddziału chirurgicznego D-ra Jawdyńskiego w szpitalu Dziec. Jezus.

Dnia 30/VIII 1894 r. zapisał się na oddział chirurgiczny chory A. Z. (z gub. Radomskiej), z zawodu kowal, 73 lata liczący, który opowiedział, że od kilku miesięcy zaczął odczuwać pewną przykrość, jakby przeszkodę, przy połykaniu; ponieważ uczucie to nie przechodziło samo przez się, udawał się do lekarzy, a ci zalecali mu płukania. Stopniowo do dawnego uczucia przyłączył się ból, który wzmógł się znacznie w ostatnich czasach i ta okoliczność skłoniła chorego do przyjazdu do Warszawy. Z wywiadów dowiedzieliśmy się nadto, że zmian w głosie przez cały czas choroby nie było, oraz że dawniej Z. cieszył się zdrowiem pomysłnem; leczenia przeciwnowotowego nie przechodził i nie przypomina sobie wogóle żadnych objawów, któreby pozwalały podejrzewać przebyty przymiot.

Stan ogólny chorego jest zadawalniający, bowiem prócz zmian, świadczących o niezbyt posuniętym uwiąznięciu starczym, nie bardziej rażącego nie zwracało na siebie uwagi przy badaniu przedmiotowym; narządy wewnętrzne spełniają swe czynności należycie.

Blona śluzowa jamy ustnej i gardzieli bladuróżowa. Języczek prawie dwakroć powiększony, a kształt jego i ruchomość zachowane. Powierzchnia przednia języczka na lewo od linii środkowej oraz zewnętrzna lewa pokryte są owrzodzeniem bujajacem, grubo-ziarnistym, które biegnie od wierzchołka tego narządu do jego podstawy, a stąd szerzy się na brzeg podniebienia miękiego, również z lewej strony, nie sięgając jednakże daleko, w postaci wąskiego pasemka, szerokości $\frac{1}{2}$ —1 ctm.; owrzodzenie to nie przechodzi na łuk podniebienny lewy. Brzegi owrzodzenia są dość równe, ostrościęte i ziarniste; dno płaskie, czyste, nie różni się barwą od otaczającej ją zdrowej błony śluzowej; połysku żadnego nie zauważyliśmy, podobnież żadnej woni nieprzyjemnej i żadnej wydzieliny. Na dotyk owrzodzenie jest dość twarde, zarówno jak i cały języczek, a zwłaszcza przednia jego powierzchnia; nawet przy dłuższem badaniu żadnego śladu krwawienia.

Tkanki, otaczające owrzodzenie, były na oko prawidłowe, nie zaczerwienione i nie naciezione. Powierzchnia języczka prawa i tylna

wydawały się, przy badaniu przedmiotowem, nie zajętemi sprawą chorobową.

Jednem słowem, oglądając powyższą okolicę, otrzymywaliśmy wrażenie, iż sprawa chorobowa, zacząwszy się na lewej powierzchni języczka, mniej więcej na połowie wysokości od wierzchołka jego do podstawy, szerzyła się stopniowo włąb i ku górze, i dlatego zmiany w pierwotnem ognisku cierpienia były najwydatniejsze: tutaj wyżarcie, niejako, miąższu języczka, jako najdawniejsze zaszło najdalej, resp. najgłębiej.

Dodać jeszcze winienem, że w okolicach podżuchwowych wyczuwaliśmy twarde, nie duże, mało bolesne gruczołki.

Na podstawie wyżej wymienionych danych badania przedmiotowego rozpoznano u A. Z. *carcinoma primitivum uvulae et palati mollis* i w dniu 3/IX przystąpiono do wycięcia nowotworu. Operacyi dokonano bez uprzedniego znieczulenia okolicy języczka; za pomocą szczypczyków z ząbkami ujęto języczek i odcięto go nożyczkami wraz z kawałkiem miękkiego podniebienia i lewego łuku. Krwawienie, s'osunkowo nieznaczne, ustało wprędce po kilkakrotnem przepłukaniu gardła zimnym roztworem kwasu bornego. Gojenie rany było bardzo szybkie, tak że chory wypisał się w cztery dni po operacyi t. j. d. 7/IX.

Wycięty języczek włożyłem do nasyczonego roztworu sublimatu, a po upływie kilku godzin opłukałem należycie w wodzie, poczem stwardzałem w spirytusie i absolutnym alkoholu; wreszcie zatopiłem w parafinie sposobem prof. Przewoskiego. Skrawki robiłem prostopadłe i równoległe do powierzchni wrzodu, by przekonać się o rozszerzeniu się sprawy chorobowej.

Badanie drobnowidzowe potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne: znaleziono bowiem na zewnętrznej lewej powierzchni języczka, w miejscu odpowiadajacem opisanemu wyżej owrzodzeniu, znaczną utratę substancyi, w postaci wrzodu, ze zgrubiałymi, twardymi, nacieczonymi brzegami i takimże dnem. Nacieczenie nowotworowe na dnie tworzyło miejscami warstwę grubości 5—6 mm. Na skrawkach z tych miejsc nacieczonych nowotwór składa się z dwóch tkanek: nabłonkowej i łącznej. Tkanka nabłonkowa składa się z komórek średniej wielkości, kształtu przeważnie podługowato-owalnego lub wielokątnego; układ tych komórek nabłonkowych jest taki, że tworzą one rodzaj ciał cylindrycznych, rozgałęzionych i łączących się w więcej lub mniej gęstą nieregularną sieć. Komórki nowotworowe mają za-

róż drobnoziarnistą, jądra duże, pęcherzykowate, wyraźnie barwiące się; figury mitotyczne trafiają się dość często, a kierunek podziału jąder świadczy o bujaniu tkanki nabłonkowej ku linii środkowej języczka; ciałek perłowych (globes epidermiques) ilość nieznaczna. W oczkach wspomnianej sieci mieści się tkanka łączna, która tworzy podścielisko, zawierające nie dużą ilość naczyń; tkanka ta jest włóknista, dość luźna, zawiera mierną ilość komórek stałych, wrzecionowatych i obficie nacieczona drobnymi leukocytami. Powyższa budowa mikroskopowa upoważnia do wniosku, że nowotwór jest rakiem płaskokomórkowym, rogowym (carcinoma keratoides), któremu początek dał nabłonek wyściełający jamę ustną, względnie, pokrywający języczek.

Tyle co do samego nowotworu. Pozostała część języczka, pod względem budowy, nie różni się od prawidłowej; tylko na granicy zdrowej tkanki i nowotworowej ciągnie się warstwa łącznotkankowa, niezwykle bogato nacieczona leukocytami; warstwa ta odgranicza się wyraźnie od głębiej leżącej, niezminionej tkanki łącznej mięszu języczka. Gruczoły podśluzowe i śródmiąższowe języczka niezminione i żadnej łączności z nowotworem nie wykazują.

Przypadek powyższy uważałem za odpowiednie podać do wiadomości ogółu ze względu na niezwykle rzadką postać umiejscowienia raka pierwotnego; gdy bowiem przeglądałem odnośne roczniki i czasopisma lekarskie, znalazłem tylko dwa ogłoszone przypadki, podobne do mego. Jeden Malmstem'a (ze Sztokholmu), o którym krótka wzmianka zamieszczona została w Internationales Centralblatt f. Laryngologie, Rhinol. und verwandte Wissenschafte Feliksa Semon¹⁾. Przypadek ten dotyczył 62 letniego mężczyzny, skarżącego się na uczucie ciała obcego w gardle i trudność przy połykaniu. Języczek był powiększony do wielkości orzecha brazylijskiego; usunięto go nożyczkami i zbadano pod drobnowidzem; okazało się, iż była to adenoma des-truens uvulae primitivum.

Przypadek drugi był przedstawiony przez E. Baginsky'ego i Katzenstein'a²⁾ na posiedzeniu berlińskiego towarzystwa le-

¹⁾ T. II. 1886 r.

²⁾ Baginsky i Katzenstein, Carcinom der Uvula. Berl. klin. Woch. 1892 Nr. 9.

karskiego w dniu 10/II 1892 roku. Sześćdziesięcio-dziewięcioletni mężczyzna zauważył przed dwoma miesiącami guz w okolicy lewego kąta żuchwy; guz ten w ostatnich dniach zaczął się szybko powiększać, a nadto chory począł doznawać uczucia drażnienia i suchości w gardle. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono guz języczka, wielkości orzecha włoskiego; powierzchnia guza była rozpadająca się, sadłowata. Podstawa języczka nie była zajęta sprawą chorobową, podobnież gardziel i krtań. Gruczoły chłonne szyjowe, szczególnież z lewej strony, były znacznie powiększone: tak, jeden z nich, pomiędzy kątem lewym żuchwy, a miejscem przyczepu mięśnia mostko-obojczyku-sutkowego sięgał wielkości małego jabłka. W przypadku tym języczek usunięto i pod drobnowidzem rozpoznano guz, jako carcinoma uvulae primitivum.

Nawet tacy laryngolodzy, jak Jurasz i inni, rozporządzający licznym stosunkowo materiałem klinicznym, nie spostrzegali w ciągu długiego szeregu lat swej praktyki zawodowej przypadku pierwotnego raka języczka. Jurasz¹⁾ np. widział tylko 3 razy nowotwory złośliwe języczka: raz raka wtórnego, raz mięsaka wtórnego i raz tylko mięsaka pierwotnego.

Rozpoznanie kliniczne w naszym przypadku nie ulegało prawie najmniejszej wątpliwości; owrzodzenie przymiotowe, które zrazu mogłoby przyjść na myśl, pominąwszy już brak danych wywiadowych, dało się wykluczyć na podstawie samego wyglądu powyższego owrzodzenia, mianowicie: dno jego nie było szarawe, brzegi nie były wyniesione i podminowane, wreszcie otaczające tkanki nie różniły się od prawidłowych, żadnego nacieczenia ani okiem, ani za pomocą dotyku nie stwierdziliśmy.

Preparaty drobnowidzowe był łaskaw obejrzeć Szan. prof. Przewoski, za co mu niniejszem składam serdeczne podziękowanie.

¹⁾ Dr. A. Jurasz. Die Krankheiten der oberen Luftwege. T. 2 1891 r.

III. Obecny stan rzeczy o wrodzonym rdzeniu¹⁾.

skreślił

Dr. med. E. Bregman.

Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

III. O stosunku wrodzonym rdzeniu do paraliżu postępującego.

Stosunek wrodzonym rdzeniu do paraliżu postępującego zajmuje oddawna umysły neuropatologów i psychiatrów. U paralityków znajdujemy często objawy kliniczne podobne do tych, jakie są właściwe dla wrodzonym rdzeniu. Dla przykładu przytoczę tylko bóle strzelające, ataksję, objaw Romberga, zaburzenia pęcherza. Z drugiej zaś strony zdarzają się nierzadko przypadki wrodzonym rdzeniu, w których do pierwotnych objawów somatycznych przyłączają się zaburzenia umysłowe, pod wieloma względami przypominające paraliż postępujący.

Oczywistym jest, że między wymienionymi cierpieniami istnieje musi pewien stosunek pokrewieństwa. Zachodzi więc pytanie, jaki jest ten stosunek i czy we wspomnianych wyżej przypadkach należy upatrywać poprostu kombinacji obu chorób, albo też tylko powikłania obrazu jednej objawami, należącymi do drugiej, ale bynajmniej jeszcze o współistnieniu tej drugiej nie stanowiącymi.

Objawy rdzeniowe w paraliżu postępującym zależne są od zmian w rdzeniu, które się w tej chorobie dość często spotykają. Fürstner na 145 dokładnie przez niego badanych przypadków w 118 (81⁰/₀) znalazł zwyrodnienie w rdzeniu. W 28 przypadkach ulegały mu same tylne pęczki, w 73 te ostatnie wraz z bocznymi, a w 17 wyłącznie boczne pęczki. Klippel znalazł zmiany w rdzeniu we wszystkich badanych przezeń przypadkach. Siemerling uważa je za tak charakterystyczne dla paraliżu, że radzi w wypadkach wątpliwych na tem oprócz rozpoznania tego cierpienia.

Czy zaburzenia te są tam zwłaszcza gdzie dotyczą tylnych pęczków identyczne z temi zmianami, właściwymi wrodzonym rdzeniu, jest bardzo rzeczą wątpliwą. Pod względem histologicznym są one zupełnie też same: w jednym jak i w drugim cier-

¹⁾ Patrz, Kronikę lekarską, z r. z.

pieniu polegają one bowiem na zwyrodnieniu włókien nerwowych z następczym rozrostem tkanki łącznej i neuroglii.

Co się tyczy jednak umiejscowienia owych zmian w tylnych pęczkach, to zauważyć się dają pewne, dość ważne różnice. Według Marie zasadnicza różnica polegać ma na tem, że w wiąździe podlegają zwyrodnieniu przedewszystkiem włókna z zewnątrz do rdzenia przenikające (exogenes), w paraliżu zaś postępującym, w typowych przynajmniej przypadkach, włókna w rdzeniu samym powstające (endogenes). Pierwsze jak widzieliśmy, są to przedłużenia włókien tylnych korzeni, drugie powstają z komórek rdzeniowych, znajdujących się w szarej istocie, zwłaszcza w tylnych rogach, i służą dla połączenia między sobą pojedynczych części rdzenia (fibres commissurales). Wskutek tego w paraliżu postępującym zachorowują najspierw te części tylnych pęczków, które w wiąździe pozostają wolne, mianowicie zona mediana Flechsig'a oraz bandelettes en virgule Schultze'go.

W większości przypadków, jak pokazuje statystyka Fürstnera boczne pęczki również ulegają zwyrodnieniu, niekiedy nawet to ostatnie do nich samych się ogranicza. Można by przypuścić że zwyrodnienie to jest wtórne i że pojawia się w następstwie zmian mózgowych. Niektóre ważne okoliczności sprzeciwiają się jednak temu. Zwyrodnienie zajmuje wprawdzie przestrzeń, w której przebiegają skrzyżowane tory piramidowe, nie trzyma się jednak ściśle granic tych ostatnich; ku górze sięga ono tylko do rdzenia przedłużonego; nieskrzyżowany pęczek włókien piramidowych pozostaje nietknięty. Gdyby zwyrodnienie było wtórne, to i ten ostatni równieżby mu uległ. Marie sądzi, że w bocznych pęczkach, tak samo jak w tylnych, wyrodnieją włókna, w rdzeniu samym z komórek szarej istoty (cellules des cordons lateraux) powstające. W typowych przypadkach wiąźdu rdzenia boczne pęczki pozostają wolne: te przypadki zaś, których zwyrodnienie i na nie się rozprzestrzenia, od wiąźdu odróżniamy (Combinirte Systemerkrankungen), tem bardziej, że i obraz kliniczny w tych razach bywa odmienny (tabes spastica).

Z zestawienia tych faktów wynika, że zachorowania rdzenia w porażeniu postępującem w większości przynajmniej przypadków, nie należy z wiądem utożsamiać. Są jednak, nieliczne wprawdzie przypadki, w których obraz zwyrodnienia bardziej się

do wiądowego zbliża. O ile pod względem klinicznym możliwą jest rzeczą odróżnienie tych ostatnich, w których o prawdziwej kombinacji dwóch chorób mówić możemy, od pierwszej wymienionych, tego jeszcze na zasadzie dotychczasowej literatury orzec nie jesteśmy w stanie. Klippel badał pod względem klinicznym i anatomicznym wielką liczbę przypadków porażenia postępującego z objawami rdzeniowemi (formes spinales de la paralysie générale). Klinicznie należy według niego rozróżniać 4 postaci: 1) paraliż z objawami wiądu, 2) paraliż z objawami stwardnienia bocznych pęczków (Sclerosis multiplex), 3) postać amyotroficzną z zanikiem mięśni często jednostronnym, 4) paraliż z objawami opuszkowemi. Joffroy również wspomina o przypadkach paraliżu, w których początkowym objawem był zanik mięśni, najczęściej mięśni poruszających wielki palec, z towarzyszeniem bólów i parestezyi.

Co się tyczy porażenia postępującego, które się do pierwotnie istniejącego wiądu przyłącza, to i tu istnieją, jak się zdaje, różne typy. Podczas gdy w niektórych razach występuje prawdziwy paraliż postępujący, w innych pojawiają się zaburzenia, pod wieloma względami od typu tegoż odbiegające. Według Fürstnera chorzy ci co do swego położenia i otoczenia orientują się znacznie lepiej od paralityków, można z nimi prowadzić rozmowę o wielu przedmiotach, które dla tych są już niedostępne. Charakterystycznych zaburzeń mowy, drżenia języka i mięśni twarzowych nie spotykamy tu wcale, również jak i ataków paralitycznych z ich zgubnemi dla chorych następstwami. Przebieg jest znacznie wolniejszy, Fürstner wątpi czy należy w tych razach zaburzenia mózgowe utożsamiać z porażeniem postępującem. Binswanger podaje również, że przebieg tych przypadków paraliżu z poprzedzającym wiądem (Tabesparalyse) różni się od zwykłego przebiegu; remisje choroby trwają bardzo długo, zdolności umysłowe bywają długo zachowane przy stosunkowo wielkim defekcie etycznym, nagle występują napady wielkiego podrażnienia.

Jendrassik zajmował się dokładnem zbadaniem zmian anatomicznych, spotykanych w mózgu w wiądzie. Zdaniem tego autora są one bardzo częste i grają ważną rolę w patogenezie tej choroby. Pod względem histologicznym zaburzenia te są podobne do tych, które są właściwe dla porażenia postępującego, umiejsc-

cowienie sprawy tylko bywa różne: w wiałdzie rozwija się ona przedewszystkiem w płatach ciemieniowym i potylicowym, w paraliżu—w płacie czołowym. Ponieważ jednak zmiany te znajdowały się w przypadkach, w których o powikłaniu paraliżem mowy być nie mogło, wywnioskować zatem możemy, że objawy podobne do paraliżu, tam gdzie one występują, nie są od nich zależne. Czy zmiany mózgowe w tych razach odpowiadają jednak w zupełności obrazowi anatomicznemu porażenia postępującego, na to w dotychczasowej literaturze odpowiedzi nie znajdujemy.

Ciekawe 3 przypadki podał Joffroy. Chorzy przedstawiali w początku obraz wiałdu, następnie przyłączył się paraliż (po 2, 10 i 11 latach), a jednocześnie objawy wiałdu znikły. W jednym z tych przypadków autor badał rdzeń: znalezione w nim zmiany nie odpowiadały wiałdowi, komórki rogów przednich i kolumn Clarka były zanikłe. Na zasadzie tych i innych jeszcze spostrzeżeń autor przychodzi do wniosku, że cierpienie rdzeniowe w paraliżu naśladować może wiałd, ale nim nie jest, przyłączenie się zaś paraliżu do prawdziwego wiałdu uważa za rzecz bardzo rzadką. Ballet również podaje, że o ile objawy wiałdu spotykają się w paraliżu często (w 66% przypadkach) to odwrotnie wystąpienie paraliżu postępującego u chorych na wiałd jest bardzo rzadkie; to samo twierdzi Zenner.

Wszystkie przytoczone dotąd dane zarówno kliniczne jak i anatomiczne sprzeciwiają pogładowi, wypowiedzianemu przez wielu autorów, dążących do tego, ażeby wiałd rdzenia i paraliż postępujący przedstawić jako jedną i tą samą chorobę z różnym umiejscowieniem, w jednym przypadku w rdzeniu, w drugim w mózgu. Teorya ta czerpie swoje najbardziej przekonywające argumenta z danych etyologicznych. Widzieliśmy jak wielką rolę odgrywa w etyologii wiałdu przymiot; otóż co się tyczy paraliżu to w mniejszej lub większej liczbie przypadków stwierdzono go również w anamnezie chorych. Cyfry różnych autorów chwieją się między 40 i 85%, zdaje się wszakże że jest ona o wiele niższa, aniżeli w wiałdzie (według Petersena o 26%). Inne warunki, w których powstaje paraliż, odpowiadają również etyologii wiałdu. U mężczyzn występuje on znacznie częściej, aniżeli u kobiet; pewne stany (wojskowi, komiwojażerowie) dają największy kontyngens chorych; początek choroby ma miejsce między 30 i 40-ym

rokiem t. j. w sile wieku chorego. Zauważyć należy, że wszystkie te warunki przemawiają również za związkiem przyczynowym między przymiotem i obydwoma wymienionemi cierpieniami. Mężczyźni znacznie częściej zarażają się przymiotem, aniżeli kobiety; w wyżej wymienionych stanach grasuje on najsilniej; zarażenie się następuje najczęściej w młodości, dla tego wiać i paraliż, odpowiadając co do czasu wystąpienia objawom trzeciorzędnym, wybierają wyżej przytoczony wiek.

Autorzy utożsamiający obiedwie choroby (Fournier i inni) stosują do paraliżu tę samą teorię toksyn syfilitycznych, którą wyżej w stosunku do wiać wyłuszczyłem.

W niektórych razach toksyny te oddziałują najpierw na rdzeń, mamy wtedy wiać rdzenia, w innych na mózg i powodują powstanie paraliżu. W pierwszym wypadku sprawa może przejść na mózg, do wiać przyłącza się wtedy paraliż; znacznie częściej jeszcze w paraliżu sprawa rozprzestrzenia się na rdzeń, paraliż wtedy wikła się wiaćdem.

Nie należy jednak przeceniać znaczenia danych etyologicznych. Widzieliśmy, że zarówno w wiaćdzie jak i w paraliżu istnieje pewna według jednych autorów większa, według drugich mniejsza liczba przypadków, w których wywiady pozwalają z pewnością syfilis wykluczyć. Musimy przypuścić, że w tych razach inne jakiegokolwiek czynniki prawdopodobnie natury chemicznej, z nieznanym nam dotąd przyczyn powstałe, oddziałują w podobny sposób jak toksyny syfilityczne na układ nerwowy. Tem samym zmuszeni jesteśmy przyznać, że zarówno wiać rdzenia jak i paraliż postępujący, jako jednostki chorobowe, są od etyologii niezależne i że nie mamy prawa brać syfilisu jako podstawy dla oceny ich stanowiska w patologii. Po wykluczeniu zaś powodów, opartych na etyologii, nie przemawia na korzyść wyżej wymienionej teorii. Przypadki, w których jedna z wielokrotnie wymienionych chorób wikłać się zdaje drugą, nie przedstawiają najczęściej wcale, jak już wyjaśniliśmy, kombinacji obydwóch cierpień, która to kombinacja w istocie rzeczy należy do bardzo rzadkich. Zarówno w wiaćdzie rdzenia jak i w paraliżu postępującym dotknięty bywa niekiedy cały niemal układ nerwowy, ale sposób i porządek, w którym to następuje, jest w obu razach odmienny. W wiaćdzie pierwsze ulegają zwyrodnieniu pierwiastki

czuciowe, w porażeniu—umysłowe i ruchowe, czuciowe zaś na ostatku. Punkt wyjścia sprawy w wiałdzie stanowią niewątpliwie pierwiastki nerwowe. W paraliżu jestto jeszcze kwestya sporna, większość autorów wszakże jest tego zdania, że zaburzenia pierwotne w nim są okołonaczyniowe i międzytkankowe, pierwiastki zaś nerwowe wtórnie dopiero ulegają zwyrodnieniu. Wreszcie przebieg choroby w paraliżu jest znacznie pędzsy, aniżeli przebieg wiałdu. Paraliż trwa przecięciowo 2—3 lat, wiałd rdzenia 10—15 lat i dłużej.

Gdy uwzględnimy wszystkie przytoczone okoliczności to przyjść mnsimy do wniosku, że wiałd rdzenia i paraliż postępujący są to dwa odrębne cierpienia, nie zaś jedna i ta sama choroba z różnem umiejscowieniem, jak głoszą Fournier, Rendi i inni. Ta okoliczność, że etyologia obu cierpień jest podobna, nie może stanowić o ich tożsamości, gdyż wiadomo, że te same czynniki etyologiczne są w stanie stosownie do różnych warunków powodować różne choroby. Mimo to przyznać musimy, że między obydwoma wymienionemi cierpieniami istnieje pewne pokrewieństwo, a polega ono, zdaniem naszym, na tem, że jedno jak i drugie mają jako podstawę anatomiczną rozlaną sprawę zwyrodnienia, biorącą wprawdzie początek w jednej tylko części układu nerwowego, ale do zajęcia całego, lub prawie całego układu dążącą. Dla rokowania w jednej jak i w drugiej chorobie ważnem jest, ażeby uznając to ich pokrewieństwo, uprzytomnić sobie też zasadnicze między nimi różnice.

IV. O leczeniu wiałdu rdzenia.

Skreślając obecny stan rzeczy o wiałdzie rdzenia nie mogę pominąć milezieniem kwestyi leczenia tegoż, kwestyi dla lekarza praktyka najważniejszej. Chociaż w tym względzie nie przybyło nam w ostatnich latach żadnych nowych środków ani sposobów (wstrzykiwania Brown-Séquarda oraz podobne sposoby Babesa i Poehla, jako rzeczy nader jeszcze problematyczne pomijam tymczasowo), to jednak autorzy, piszący o wiałdzie, zajmują się też i jego leczeniem, rozstrząsając przedewszystkiem wartość leczniczą niektórych metod, dyskusyi jeszcze podlegających i podając nowe dla oceny tej wartości materiały.

Najważniejszą kwestją jest, bezwątpienia, czy należy stosować w wadzie leczenie rtęcią, lub nie? Spotykamy się w kwestyi tej ze zdaniem najsprzeczniejszemi. Tarnowski uważa rtęć w wadzie za bezwarunkowo szkodliwą, to samo twierdzi Leyden. Gajkiewicz sądzi, że jest bezskuteczna. Minor przyznaje rtęci użyteczność warunkową, mianowicie w tych zresztą jak i w pierwszej części widzieliśmy stosunkowo rzadkich przypadkach, w których obok władu istnieją pewne niedwuznaczne objawy syfilisu, oraz w przypadkach nietypowych z nieprawidłowym przebiegiem, z połowiczem umiejscowieniem objawów, z porażeniem kończyn lub z porażeniem mięśni poruszających gałkę oczną. Niektórzy autorzy wreszcie, najliczniejsi może, są tego zdania, że w każdym przypadku władu rdzenia, w którym etyologia przymiotowa jest dowiedziona, lub nawet tylko prawdopodobną należy leczenia swoistego spróbować. Według Gerhardta leczenie to daje najwięcej powodzenia 1) im mniej czasu upłynęło od zarażenia się przymiotem, 2) im ogólny stan odżywiania chorego jest lepszy. Fournier i Erb, główni rzecznicy syfilitycznego pochodzenia władu rdzenia przemawiają również za konsekwentnem stosowaniem rtęci i jodu. Dinkler, asystent Erba, podaje następującą statystykę. Na 71 przypadków władu z poprzedzającym przymiotem, w 58-iu nastąpiła mniejsza lub większa poprawa obejmująca wszystkie niemal objawy, w 11-u stan pozostał bez zmiany, a w 2-ach nastąpiło pogorszenie. Co się tyczy tych ostatnich, to w jednym z nich znaleziono rozległe zmiany syfilityczne w naczyniach i oponach mózgo-rdzeniowych, leczenie swoiste zatem w tym przypadku było niewątpliwie zupełnie uzasadnione. W drugim przypadku przed śmiercią wystąpiły gwałtowne objawy mózgowo-budzące podejrzenia guza w mózgu. Należy przypuszczać, że w obu przypadkach leczenie było rozpoczęte za późno, albo zbyt słabo przeprowadzone. Poprawa po leczeniu swoistem dotyczyła zarówno przedmiotowych jak i podmiotowych objawów. Ogólne odżywianie chorego staje się lepsze, waga ciała powiększa się (o 4—5 kilogr. w ciągu 1—1½ miesiąca). Ataksya w wielu przypadkach zmniejsza się bardzo, chorzy, którzy przed tem nawet przy podpieraniu przez 2 ludzi nie byli w stanie utrzymać się na nogach, po leczeniu przechadzali się z łatwością po sali o jednym tylko kijku. Zanik ner-

wu wzrokowego często się zatrzymuje i już dalej nie postępuje, niekiedy jednak następuje nawet dość znaczna poprawa wzroku, jak np. u jednego chorego, który przed leczeniem musiał być prowadzony, później zaś był w stanie ślizgać się po lodzie. Zaburzenia pęcherza i odbytnicy również się zmniejszają, to samo pod i przedmiotowe zaburzenia czuciowe (hypoesthesia, hypalgesia, bóle strzelające), kryzy wewnętrzne natomiast, żołądkowe, krtańniowe, są nadzwyczaj odporne. Odruchy kolanowe, jeżeli nie były jeszcze zupełnie zniesione, pozostają. Poprawa tych wszystkich objawów bywa często przemijająca, dawny stan powraca, albo pojawiają się nowe objawy, ale czyż, pyta Dinkler, to samo nie daje się zastosować do zwykłego przymiotu? najradykałniejsze nawet leczenie swoiste nie zabezpiecza przeciw pojawieniu się recydywy; tu, jak i wiadzie należy w tym razie leczenie powtórzyć.

Wyniki dodatnie Gerhardt w 6-iu przypadkach wiądu otrzymał przez leczenie swoiste, w 2-eh poprawa była bardzo wyraźna. Mayer (z Akwizgranu), na 71 przypadków, leczonych rtecją i jodkiem potasu, w 35 widział poprawę, w 22 nie było żadnego rezultatu, 11 przerwało leczenie.

Bezskuteczność swoistego leczenia w wielu przypadkach wiądu rdzenia i to w takich nawet, w których chorzy z pewnością zarażeni byli przymiotem, nie przemawia jeszcze weale przeciw stosowaniu tego leczenia. Przedewszystkiem istnieją, jak widzieliśmy, liczne i niepodlegające wątpliwości spostrzeżenia, które dowodzą dodatniego wpływu jego na przebieg choroby. Z drugiej zaś strony wiadomo, że w cierpieniach narządów nerwowych, noszących piętno czysto syfilityczne, toż samo leczenie dość często również małe odnosi bardzo skutki, albo nawet żadnego zgoła nie wywiera efektu.

Według Rumpfa tylko w syfilitycznem zachorowaniu opon mózgowych i rdzeniowych leczenie swoiste daje rokowanie zupełnie pomyślne; ograniczone (ogniskowe) zajęcie mózgu lub rdzenia nie ustępuje nigdy bez pozostawienia śladu w postaci zaburzeń czynnościowych; wreszcie w cierpieniach, będących następstwem zachorowania naczyń, leczenie daje wyniki bardzo nieznaczne. Fournier w przymiocie mózgu otrzymywał przy leczeniu swoistem wyniki dodatnie zaledwie w połowie przypadków

w przymiocie rdzenia zaś liczba przypadków ujemnych przeważała znacznie. Dane te, dostarczone przez autorów, rozporządzających ogromnem doświadczeniem w danym przedmiocie dowodzą nam, że pod względem skuteczności leczenia swoistego wiądu rdzenia nie różni się zbytnio od prawdziwego przymiotu układu nerwowego. Szkodliwość tego leczenia w wiądzie nie jest dowiedziona; jedynie przy złym stanie ogólnego odżywiania stosowanie jego jest, zresztą tak samo jak w zwykłym przymiocie, ograniczone.

Niektórzy autorzy, przeciwnicy leczenia swoistego posuwają dalej jeszcze swe zarzuty, twierdzą bowiem, że rtęć sama przez się wywołać może objawy podobne do wiądu i minemają, że stosunkowa częstość wiądu u syfilityków jest zależna od stosowania u nich leczenia rtęcią. Fournier odpiera te zarzuty na zasadzie liczb. Na 325 przypadków wiądu było leczonych rtęcią 277. W tej liczbie 15 tylko leczyło się dłużej niż 1 rok, pozostali 262 leczyli się krócej, czyli w stosunku 1:22. U ogółu syfilityków, z wykluczeniem chorych na wiąd, stosunek ten wynosi 8—10:22. Gdyby rtęć w istocie była przyczyną wiądu, to ten ostatni występowałby częściej u osobników, którzy się długo leczyli, powyższe cyfry natomiast pokazują nam, że spotykamy go przeważnie u syfilityków, którzy się leczyli za krótko.

Fournier wysnuwa ze swojej teorii o syfilycznym pochodzeniu wiądu rdzenia, pewnego rodzaju profilaktykę tej choroby. Przy leczeniu chorych na przymiot, powiada on, należy pomyśleć też i o przyszłości i tym którzy są dziedzicznie obarczeni lub przedstawiają pewne stigmata nerwowe, u których zatem układ nerwowy, jest poniekąd locus minoris resistentiae, zalecić sposób życia i leczenie, któreby zapobiedz mogło dotknięciu ich układu nerwowego przez następstwa przymiotu, a między innemi i wiąd. Należy ich przestrzedz przed wszelkimi wybrykami in Venere et in Baccho, radzić im wyszukiwanie zajęcia, nie wyczerpującego układu nerwowy, zabronić pracy nocej, hazardowej gry i t. d. Zaleca się również w takich razach ciągle stosowanie hydroterapii „agent tonique, regulateur des fonctions nerveuses“: jej działanie ochronne przewyższa, zdaniem Fourniera, znacznie działanie lecznicze. U chorych wreszcie, nerwowo podrażnionych „éretiques“ wskazane jest stosowanie

bromu. Tego rodzaju profilaktyka, powiada wyżej wymieniony autor, jest tem bardziej usprawiedliwiona, że z jednej strony więcej niż w $\frac{1}{3}$ przypadków trzeciorzędne zaburzenia przymiotowe występują w układzie nerwowym, a z drugiej strony leczenie wszystkich postaci zachorowań syfilitycznych tego układu, zarówno przymiotu rdzenia i mózgu, jak i cierpienie t. z. „postsyfilitycznych“ wiadu rdzenia i paraliżu postępującego nie obiecuje jak już wspomnieliśmy zbyt świetnych wyników.

Zawieszanie, wprowadzone przez Moczutkowskiego i Charcota w poczet środków leczniczych w chorobach nerwowych, a zwłaszcza w wiadzie, doznało w początku entuzjastycznego przyjęcia ze strony lekarzy, w krótkim czasie powstała cała literatura o tym przedmiocie. Później jednak napływać zaczęły wyniki mniej pomyślne oraz doniesienia o różnych nieszczęśliwych wypadkach przy stosowaniu tej metody, które znaczenie jej jako środka leczniczego, moeno poderwały. W ostatnich czasach prof. Bechterew dał inicjatywę do nowego jej stosowania z kilkoma wszakże ważnemi zmianami. Aparat, którego ten autor używa, opisany przez Sprimona, różni się od pierwotnego przyrządu Moczutkowskiego w zasadniczym punkcie: wyciąganie kregosłupa odbywa się w nim nie przez własny ciężar ciała chorego, a przez ciężary, zawieszane na sznurze. Sznur ten przeprowadzony jest przez rolkę, a na drugim końcu jego znajduje się przyrząd z rzemieniami do zawieszania chorego. Przyrząd ten jest z wielu względów od starszego korzystniejszy. Zawieszanie może być wykonywane w każdym położeniu, zwłaszcza też w siedzącym. Siła wyciągająca może być stopniowana: zaczyna się od małych ciężarów i stopniowo do coraz większych się przechodzi. Tym sposobem wszelkie niebezpieczeństwo tej metody zostało usunięte i zastosowanie jej stało się możliwem w tych razach nawet, kiedy przy dawnym przyrządzie było stanowczo przeciwskazane (u starych ludzi, u osobników ze stwardnieniem tętnic). Dla uniknięcia ucisku pod pachą, który dla chorego jest bardzo przykry, a z powodu możliwego uciskania naczyń nawet niebezpieczny, Bechterew za przykładem Bogrowa, zamiast oparcia pod pachą stosuje oparcie na łokciach. Bogrow uważa to ostatnie już za wystarczające, Bachterew dołącza oparcie na podbródku. W tych razach tylko, kiedy zawieszanie dokonywa się

nie w obecności lekarza, ograniczyć się należy do łokci. Wobec zastosowania mniejszej wogóle siły wyciągającej i w siedzącym położeniu chorego, Bechterew przedłuża posiedzenie do 5-iu, a nawet do 15-u minut (dawniej $\frac{1}{2}$ —1 minuty).

Co się tyczy wyrików, z tą metodą otrzymanych, to Bechterew stawia na pierwszym miejscu poprawę wzroku. Polepszenie następuje w tych razach nawet, kiedy oftalmoskop wykazuje już początki zaniku nerwu wzrokowego. Bóle w kończynach, parastezye, ataksya chodu, zaburzenia pęcherza i odbytnicy również pod wpływem tego leczenia zmniejszają się, poprawa nie jest bynajmniej prędko przemijająca. Dla objaśnienia działania zawieszania autor opiera się na doświadczeniach Bogrowa, które dowiodły przekrwienia ośrodkowych narządów nerwowych—mózgu i rdzenia—oraz powiększenia ciśnienia krwi w tętnicach.

Pokrewny zawieszaniu co do działania na rdzeń jest sposób, opisany przez Benuzziego, na który w r. 1892 Benedikt zwrócił uwagę. Kładzie się chorego na wązki stół, chwytając jego nogi w okolicy kostek i przyciąga je do ciała aż powyżej głowy, jednocześnie oddala je się jedną od drugiej (abdukeya) i spuszcza się powoli po obu stronach stołu. Sposób ten pomimo autorytetu Benedikta nie znalazł poklasku u autorów, zwłaszcza ze względu na swe okrucieństwo. Na tegorocznym zjeździe lekarskim w Wiedniu Benedikt przedstawił 2-ech chorych, u których przed wielu laty dokonano wyciągania nerwów kulszowych. Kobieta, operowana 11 lat temu, przed operacją nie była w stanie wskutek ataksyi ani stać, ani chodzić, teraz, pomimo trwającej jeszcze ataksyi, odbywa długie spacery bez kija. Drugi chory, mężczyzna z początkującym zanikiem nerwu wzrokowego, przed operacją 6 lat temu, nie był w stanie nawet przy pomocy 2 ludzi utrzymać się na nogach, obecnie chodzi niezłe; bóle w nogach, również jak i w pierwszym przypadku znacznie się zmniejszyły.

Leyden zapatruje się sceptycznie na wszystkie wymienione dotąd sposoby leczenia. Autor ten natomiast, zgodnie ze swoją teorią, według której zachorowanie nerwów obwodowych, a zwłaszcza czuciowych, ma w władze rdzenia wielkie znaczenie i prawdopodobnie nawet stanowi punkt wyjścia sprawy wiałowej, przywiązuje najwięcej wagi do sposobów leczniczych

bezpośrednio na te nerwy działających: jako takie wymienia on w pierwszej linii kąpiele oraz elektryczność. Ta ostatnia zwłaszcza w postaci, proponowanej przez Rumpfa (faradyzacja pędzlem), pobudza silnie nerwy czuciowe i przez ich pośrednictwo jest w stanie oddziaływać na rdzeń. Z drugiej strony elektryczność działa specjalnie wzmacniająco na nerwy ruchowe i mięśnie i tym sposobem przeciwdziała niejako ataksyi. Co się tyczy tej ostatniej to autor ten podnosi wielkie znaczenie, jakie ma sposób opisany przez Frenkla, nazwany przez niego leczeniem kompensacyjnem. Sposób polega na systematycznych ćwiczeniach mięśni. Od najprostszych ruchów mięśni przechodzi się do ruchów złożonych (einfach coordinirte Bewegungen), a następnie do ćwiczeń bardziej skomplikowanych (complicirte coordinirte Bewegungen). Bechterew stosował również sposób Frenkla w swojej klinice. Po $1\frac{1}{2}$ godzinnych ćwiczeniach gymnastycznych, dolne kończyny masowano dla podniesienia odżywiania mięśni i usunięcia istot chemicznych, powstałych przy zmęczeniu. We wszystkich leczonych tym sposobem przypadkach ruchy poprawiły się znacznie, w kilku poprawa, już po $1\frac{1}{2}$ miesięcznem stosowaniu, była wprost zdumiewająca. Działanie tej metody według wymienionych autorów polega 1) na wzmocnieniu przez ruchy czynne siły mięśni 2) na wzmocnieniu siły woli, która przez ustawiczne ćwiczenie uczy się poniekąd pokonywać niesprawność ruchów, spowodowaną prawdopodobnie przez niższe ośrodki ruchowe. Prócz tego leczenie Frenkla wzmaga znakomicie zaufanie chorego do własnych sił, okoliczność, mająca w władzie zwłaszcza, ogromne znaczenie. Pod wpływem tego leczenia, nietylko ataksya ruchów się zmniejsza, czucie mięśniowe polepsza się również, objaw Romberga staje się mniej wyraźnym, objawy Westphala i Argyll-Robertsona jednak pozostają bez zmiany.

Dobre odżywianie chorego, uregulowanie jego sposobu życia, ostrzeżenie go przed wszelkimi szkodliwymi czynnikami, podtrzymanie w nim dobrego humoru i zaufania do siebie samego—oto szereg zadań, które w leczeniu władu stanowią rzecz najważniejszą. Przy uwzględnieniu ich, inne specjalne metody leczenia mogą okazać się korzystnymi: stosowanie tych ostatnich, bez zadośćuczynienia pierwszym musi pozostać bezowocnem. Niestety, w większości przypadków, zwłaszcza w praktyce szpitalnej warunki ze-

wewnętrzne czynią uwzględnienie powyższych wskazań niemożliwym prawie, i dla tego rokowanie w wiądzie stało się w przekonaniu lekarzy tak mało pomyślnem. Słusznie powiada, Gerhardt, że leczenie wiądu rdzenia nie jest zadaniem niewdzięcznem, wyzdrowienie spotyka się jednak znacznie częściej w praktyce prywatnej, aniżeli szpitalnej.

LITERATURA.

O stosunku wiądu rdzenia do paraliżu postępującego.

- 1) Marie. Etude Comparative des lésions médullaires dans la paralysie générale et dans le tabes. Gazette du hôpitaux 1894 Nr. 7.
- 2) Fürstner. Zur pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse, insbesondere über die Veränderungen des Rückenmarkes und der peripheren Nerven Arch. für Psychiatrie Tom XXIV 1892 z. I.
- 3) Fournier. Tabes et paralysie générale Bulletin médical 1893 Nr. 46.
- 4) Joffroy. De la nature et des rapports du tabes et de la paralysie générale Bull. medical 1892 Nr. 42.
- 5) Bellet. Rapport du Tabes dorsalis avec la paralysie générale Bull. médical 1892 Nr. 36.
- 6) Zennier. Ref. Neurol. Centralblatt 1894 Nr. 7.
- 7) Rendu. Rapport du tabes et de la paralysie générale Bull. méd. 1892 Nr. 48.
- 8) Raymond. Sur les rapports de la paralysie générale et du tabes Bull. médical 1892 Nr. 29.

O leczeniu wiądu rdzenia

- 9) Leyden. Ueber die Behandlung der Tabes dorsalis Berl. Klin. Wochenschrift 1892 Nr. 17 i 18.
- 10) Dinkler. Ueber die Berechtigung und Wirkung der Quecksilbercuren bei Tabes dorsalis Berl. Klin. Woch. 1893 Nr. 15, 16, 17, 18 i 20.
- 11) Rumpf. Z posiedzeń Tow. Lekarskiego w Hamburgu Neur. Centr. 1892 str. 455.
- 12) Fournier. Enquete sur l'action tabetogène du traitement mercurial Gaz. hebdomad. 1891.
- 13) Tarnowski. Ref. w Neurol. Centralblatt 1891 str. 243.
- 14) Benedikt. Wiener. Med. Presse 1892.
- 15) Bechterew. Ueber den Einfluss der Suspension auf die Sehstörung bei Affectionen des Rückenmarkes. Neur. Centralbl. 1893 Nr. 7.

- 16) Bechterew. Ueber die Bedeutung der Suspension bei einigen Rückenmarks affectionen Neur. Centralbl. 1893 Nr. 18.
 17) Bechterew. Die Bedeutung der Frenkelschen Methode bei der Behandlung der Tabes dorsalis Neurol. Centr. 1894 Nr. 18.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologja ogólna, i choroby wewnętrzne.

29. W. SPITZER. **Zmiany cukru pod wpływem krwi i tkanek.** (*Die Zuckerzerstörende Kraft des Blutes und der Gewebe. Berlin Klin. Woch N. 42, 1894*).

Dzięki odkryciu Mering'a i Minkowskiego, którzy dowiedli udziału trzustki przy chorobie cukrowej, powstały dwie teorye, starające się objaśnić cukromocz. Chauveau i Kauffmann, przedstawiciele pierwszej te ryi, przypuszczają, że trzustka wytwarza jakiś produkt, który drażni ośrodki pobudzające i powstrzymujące powstawanie cukru w wątrobie. Po zniszczeniu trzustki ma działać tylko ośrodek pobudzający, przeto ilość cukru we krwi zwiększa się. Ta teorya o nadmiernem wytwarzaniu cukru polega na wynikach doświadczeń Claude-Bernard'a oraz Mering'a i Minkowskiego.

Przedstawiciele drugiej teoryi: Lépine i Barral szukają przyczyny cukromoczu w niedostatecznem zużyciu cukru we krwi. Już Claude-Bernard dowodził, że we krwi, w mięśniach i w wątrobie znajduje się „ferment“, przemieniający cukier na kwas mleczny. Lépine powtórzył jego doświadczenia z uwzględnieniem aseptyki i twierdzi, że ten „ferment“ zawiera się w białych ciałkach krwi. U ludzi chorych na cukromocz i u zwierząt z wyciętą trzustką Lépine nie znajdował „fermentu“ wcale, albo ilości znacznie mniejsze. Zmniejszenie ilości „fermentu“ wytwarzanego przez trzustkę i skutkiem tego niedostateczne zużycie cukru uważa Lépine za istotę cukromoczu. Kontrolując swe wyniki L. i B. zastrzykiwali limfę zdrowego psa z wyciętą trzustką; i rzeczywiście ilość cukru w moczu zmniejszała się czasowo z 2,2 do 0,125%. Nie tylko ferment, rozczepiający cukier, lecz i dyastatyczny zamieniający krochmal na dekstrozę wytwarza się w trzustce i wraz z wycięciem tego gruczołu zmniejsza się jego ilość. Pod wpływem florydżyny ma się zwiększać ilość obu fermentów, przeważnie dyastatycznego.

Sprawdzając powyższe teorie cukromoczu autor na zasadzie swych doświadczeń przyszedł do wniosku, że krew ludzka i zwierzęca niewątpliwie wpływa na zmianę cukru; lecz nie stwierdził różnicy w tym względzie (jaką widzi Lépine) pomiędzy krwią zdrowych i chorych na cukromocz ludzi i zwierząt; ilość cukru zmienionego w jednostce czasu przy tych samych warunkach jest u zdrowych i chorych prawie jednakowa, bardzo niewielkimi wahaniami. Błędny wniosek Lépine'a wynika, zdaniem autora, z mylnego założenia, że, w miarę zwiększenia się ilości cukru we krwi, powinna się zwiększać ilość „fermentu“. Absolutna ilość zmienionego cukru jest u zdrowych i diabetyków jednakowa; względnie musi się różnić, zależnie od ilości cukru we krwi.

Do podobnych wyników doszedł autor, badając dyastazę w surowicy krwi ludzi zdrowych i diabetyków: ilości rozczepionego krochmalu były w obu wypadkach prawie jednakowe.

Wykazawszy w ten sposób błędne mniemanie Lépine'a, jakoby w krwi diabetyków zmniejszała się ilość „fermentu“, zmieniającego cukier, autor zastanawia się nad istotą tych przemian i przychodzi do wniosku, że zjawisko to jest ściśle związane z komórką, żyjącą czy też martwą. Ponieważ wyciągi z komórek wszelkiego rodzaju, otrzymane przez ich trawienie w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, wpływają na zmiany cukru, przeto autor przychodzi do wniosku, że zawierają one jakąś substancję („ferment“ Lépine'a), która jest przyczyną tego zjawiska. Że substancja ta znajduje się tylko w komórkach ma dowodzić fakt, iż np. przesieki (jako nie zawierające komórek), nie wpływają na zmianę cukru.

Za konieczny warunek do skutecznego przemiany cukru prócz obecności tej substancji komórkowej uważa autor i obecność tlenu. Na tej zasadzie twierdzi on, że przemiany cukru we krwi i tkankach są zjawiskiem utleniania.

Zastanawiając się nad utlenianiem, autor odrzuca hipotezę Hoppe-Seyler'a o substancjach redukujących, które mogą wytwarzać tlen „in statu nascendi“, i przyklaskuje Traubemu, który przypuszcza istnienie w ustroju jakiegoś fermentu, przenoszącego tlen i nie podlegającego zmianie, podobnie jak w świecie nieorganicznym: platyna, miedź i t. d. Katalityczne własności komórek stwierdza autor faktem, że surowica krwi, nieutleniająca cukru nie jest w stanie odtlenić H_2O_2 , podczas gdy krew, lub wyciągi komórek, wywołują ten odczyn o wiele szybciej, niż platyna i paladium. Ta energia reakcji przypomina zjawiska fermentacyjne lecz tam, zdaniem autora, mamy do czynienia z rozszczepianiem złożonych organicznych cząstek z przyłączeniem wody i wytworzeniem prostszych; tu zaś otrzymujemy ostateczne produkty spalania CO_2 i H_2O . Na tej zasadzie autor nie zgadza się

z poglądem Lépinea, który uważa zjawisko zmian cukru za proces „fermentacyjny“.

W. Miklaszewski.

30. CANON. **Przyczynek do etyologii ropnicy, posocznicy i zapalenia szpiku kostnego na zasadzie badań bakteriologicznych krwi.** (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* XXXVII. 5i 6.)

Co się tyczy techniki autor, prócz badania krwi żyjących, bada też krew wziętą zaraz po śmierci, utrzymując, że w żyłach skórnych tylko te drobnostroje po śmierci się znajdują, co i za życia. Krew jednak serca zawiera po śmierci czasem mikroby, które wtedy dopiero do serca z płuc się dostały. Należy więc badać, i to zawsze, krew z żyły (ramieniowej), jeżeli istniało za życia podejrzenie istnienia posocznicy. Badać należy możliwie szybko po zgonie, używając 30 do 40 uszek platynowych krwi. Canon zbadał 70 wypadków cierpień w nagłówku wymienionych, dzieląc je na takie, przy których obok przerzutów obecne były drobnostroje i takie, gdzie istniały przerzuty bez obecności drobnostrojów we krwi.

I. *Wynik badania krwi dodatni, bez przerzutów.* Jest tu 20 obserwacji; we krwi żyły ramieniowej znajdowano po śmierci częściej paciorkowce, rzadziej gronkowce, raz ziarniaki zapalenia płuc, raz lasecznika (a). Też grzybki znajdowano w ogniskach pierwotnych; jedynie w 2 wypadkach znaleziono w ognisku paciorkowce i gronkowce, we krwi zaś jedynie paciorkowce po śmierci. W 7 wypadkach badano krew za życia, z tego 3-krotnie z wynikiem dodatnim.

II. *Wynik badania krwi dodatni, z przerzutami.* Jest tu znów 20 wypadków; 11 z nich mają różne ogniska pierwotne (wrota zarażenia), 5 są to zapalenia szpiku kostnego i 3 wypadki posocznicy po cholelithiasis.

W 11 pierwszych przypadkach znaleziono zarówno w ogniskach jak i we krwi głównie paciorkowce i gronkowce, raz ziarniniaki zapalenia płuc, raz duży nieokreślony lasecznik. Krew za życia badano 5 razy, z tego 4 z wynikiem dodatnim, jakkolwiek bardzo niepewnym i dla tego raczej doprowadzającym do wniosku o niedokładności poszukiwań bakteriologicznych za życia przy posocznicy. Najczęściej znajdowano we krwi za życia i w ropie gronkowca złocistego raz białego, raz dwuziarniniaka. W 3 wypadkach lekkiego zapalenia szpiku kostnego niewykryto nic we krwi, w ropie zaś gronkowce. Wogóle jednak przy zapał. szpiku kostnego łatwo wykazać we krwi za życia ziarniniaki ropne. Zapalenie szpiku kostnego uważa Canon za ropnicę gronkowcową okresu wzrastania (wieku dziecięcego), ponieważ najczęściej powodują je gronkowce (u dzieci).

W wypadkach po cholelithiasis znaleziono ziarniniaki zapalenia płuc i gronkowce.

III. Wynik badania krwi ujemny i przeszuty. Wypadki te zależne od przyczyn różnych (phlegmone, coxitis, fractura complicata, abortus, partus) odznaczały się długotrwałym przebiegiem. Prawdopodobnie powodują przerzuty drobnostroje, które się jednak we krwi nie rozmnażają.

W rozmnażaniu się drobnostrojów we krwi lub też w istnieniu ich tamże, lecz bez rozmnażania się, leży punkt ciężkości różnicy między posocznicą a ropnicą. Przy ropnicy giną bakterje we krwi, przy posocznicy rozmnażają się. Przy posocznicy najważniejszą sprawą jest rozmnażanie się drobnostrojów we krwi, ropnica zaś polega na zawleczeniu ziarniaków ropnych przez krew i tworzeniu przerzutów. *Sterling.*

31. PASQUALE. **Paciorkowce w zakażeniu gruźliczem.** (*Centr. für Bacteriol. Tom XVI str. 114 1894 r.*).

Dane kliniczne przekonywają, że przebieg gruźlicy jest arcy zmienny, że raz szybko do śmierci doprowadza (suchoty galopujące), innym razem przeciąga się, a nie rzadkie są wypadki przebiegu jej wieloletniego bez gorączki. Sekcja wykazuje często zmiany gruźlicze bądź w wierzchołkach płuc bądź w gruczołach oskrzelowych, ograniczone, odgrodzone, otorobione i zwapniałe; dochodzi nawet do zwapnienia małych jam. Ale znajdujemy przypadki inne, kiedy zmiany gruźlicze nader obszerne zajmują pole i wszystkich narządów dotyczą. Znajdujemy np. płuca tak usiane drobnymi jamami, że przypominają plaster miodu.

Nasuwa się klinicyście i bakteriologowi zadanie wyróżnienia tych różnych postaci. Wnioski i sądy oparte na liczbie laseczników gruźliczych w preparatach znajdujących się błędne. Może morfologia i zdolność barwienia się dać mogą lepszy probież w tym względzie. Autor często spostrzegł, że te laseczniki, które pochodziły z ognisk zwapniałych z jam nie są jednakiej wielkości, że spotykają się w odłamkach (fragmentach), niewyraźnie barwią i czasami istnieją obok rozpadowych drobin (detritus), która przyjmuje zabarwienie charakterystyczne; przeciwnie zaś te laseczniki, które pochodzą ze świeżo zmienionych gruźliczych tkanek, wyróżniają się równomiernością łatwo i wyraźnie barwią się, bez przerw i często układają w postaci kłosa. Prawdopodobnym jest nawet, że różnorodność morfologiczna stoi w związku z różnorodnością biologiczną i zdolnością zakażenia. To wszystko nie wystarcza jednak do zrozumienia różnorodności przebiegu gruźlicy. Różne i liczne momenty na to wpływać muszą, a między nimi zasługują na uwagę współistnienie paciorkowców. Autor zarówno jak Petruschky i Strümpell, zwrócili uwagę na znaczenie paciorkowców w sprawach gruźliczych.

W badaniach swych porównawczych o paciorkowcach wygłosił autor zdanie: „Fakt kombinacyi sprawy gruźliczej z zaka-

zeniem paciorkowcami uważam za niezbędny do wytłumaczenia szybkiego przebiegu końcowego gruźlicy, która się kończy często wśród objawów posocznicy. Można by powiedzieć że zakażenie gruźlicze przygotowuje grunt po temu“.

Autor przytacza 6 sekcji osobników ze zmianami gruźliczemi w kościach, oponach mózgowych, płucach, opłucny, gruczołach chłonnych i błonie komór mózgowych. Znajdywał zawsze obok laseczników gruźliczych paciorkowce. W jednym przypadku znalazł je też we krwi z żyły przedramienia, po śmierci wziętej. Były to paciorkowce silnej zakaźności; 0,004 cm. świeżej hodowli buljonowej zabijały, szczepione podskórnie, dużego królika, wśród objawów posocznicy. Prócz tego wykazały te paciorkowce często wybitną zdolność barwienia aż do szkarłatno-czerwonej barwy.

Prócz tych 6 badań autor plwociny 82 chorych na gruźlicę. Stosował często metodę Koch—Kitasato wielokrotnego przepłukiwania, lub też badał tylko te plwociny, jakie wydalone zostały bezpośrednio po dokładnem oczyszczeniu jamy ustnej.

Paciorkowców nigdy nie brakło, jakkolwiek liczba ich wahała się równolegle do natężenia sprawy nieżytowej, która towarzyszyła suchotom, a więc i gorączki. Stosunek ten był najwidoczniejszy w przypadkach rozlanej gruźlicy śródmiąższowej, której nie towarzyszyło większe zniszczenie tkanki płucnej, tak że z preparatów można było do pewnego stopnia, wnioskować o stanie narządów oddechowych; jeżeli objawy nieżytowe i wraz z nimi gorączka wzrastały, były paciorkowce na preparatach liczniejsze.

Autor jest zdania, że zmiany gruźlicze w tkankach tworzą warunki sprzyjające rozwojowi paciorkowców, które często powodują posocznice. Przebieg kliniczny suchot płucnych, gorączka trawiąca (hektyczna), którą raczej septyczno-posocznicową nazywać należy, jest wyrazem zakażenia wtórnego, przez paciorkowce oraz ważnym faktem przy rokowaniu we wszystkich postaciach gruźlicy.

Sterling.

52. **Epidemiczna żółtaczką.** HALL CALVERT (*Brit. med. Journ.* 3 Luty, 1894). Chora, cierpiąca na grypę powraca z obcego miasta do domu i zapada 22. X. 93. na żółtaczkę; w kilka dni później zapada na żółtaczkę córka, poprzednio zdrowa; wkrótce później kuzyn tych dam, w tymże lokalu mieszkający, zapada na grypę i żółtaczkę. Miesiąc później brat i siostra poprzedzającej zapadają na żółtaczkę, a po 2 tygodniach krewna, starsza kobieta i małe dziecko. Nie licząc przypadku kolki wątrobowej u jednej dziewczynki, tamże zamieszkałej, autor widział w ciągu 6 tygodni 7 przypadków żółtaczki, z których 3 poprzedzała grypa, a 4 nie. Jaka żółtaczki przyczyna? pyta autor.

II. Pope Barlett (Brit. Med. Jour. 24 kwiet. 1894). W Sierp. 93 r. wezwano autora do dwojga dzieci, na wieś, cierpiących na żółtaczkę. W tym czasie widział dziecko z domu sąsiedniego również z żółtaczką. W kilka dni później nowe 2 przypadki w innym domu sąsiednim. Wreszcie, liczne przypadki w wielu domach okolicznych. Chorzy — wszystko dzieci — miały żółtaczkę z dyspepsją, bez oznak grypy lub innej choroby zakaźnej. Po 6 tygodniach także epidemja we wsi sąsiedniej, o 2 mile odległej. Wszystkie przypadki zakończone wyzdrowieniem. Autor nie zgadza się by to być miała grypa lub inna przyczyna, zależna od zarazka

III. Semple Joung. (Brit Med. Journ. 3. III. 1894): Od 18. IX do 21. X. 93 widział autor 7 przypadków żółtaczki, z tych 5 u dzieci, dnia 12. XII. ósmy również u dziecka. Trzy przypadki zdarzyły się w tej samej rodzinie. Autor widzi w tej małej epidemji skutki grypy.

IV. Jhursfield (Br. Med. Journ. 10. XII. 94) Autor widział przed 12 laty epidemją żółtaczki u dzieci trzech różnych szkół.

V. Roche z Dublina widział całą rodzinę (sześcioro dzieci) zapadającą jednocześnie prawie na żółtaczkę.

VI. Hawthorn widział dwie serje epidemicznej żółtaczki. W jednej rodzinie troje dzieci po zjedzeniu tanich konfitur. W drugiej też liczba dzieci i też przyczyna.

VII. Meinert z Drezna zestawia 180 przypadków epidemicznej żółtaczki po grypie. (La médecine infants. 15. VI 94). *Sterling.*

II. Choroby kobiece.

33. Prof. CHAMBRELENT. **Trujące działanie surowicy matki i płodu w przypadku drgawek porodowych.** (*Internationale klinische Rundschau* Nr. 35 i 36).

Do kliniki autora przyniesioną została pierwiastka zupełnie nieprzytomna, która nagle dostała drgawek. Po przybyciu do kliniki znowu się drgawki ponowiły. Wywiady dostarczyły następujących danych: chora do ostatnich dni była zupełnie zdrową, nie doznawała ani wymiotów, ani bólów głowy; od pewnego jednak czasu nogi były u niej obrzękłe, a badanie moczu, dokonane w klinice, wykazało w nim białko, zresztą nic nieprawidłowego nie wykryto. Były to zatem drgawki porodowe, zależne od zmian w nerkach, spostrzeganych w znacznej większości przypadków.

Przed kilku laty Bouchard dla objaśnienia drgawek porodowych stworzył hipotezę, podług której drgawki porodowe powstają skutkiem zatrzymania w ustroju produktów trujących

w pierwszej linii wydzielanych przez nerki. Następnie dostarczył na to dowodu przez wykrycie faktu, że trujące działanie moczu kobiet z drgawkami porodowymi znacznie jest zmniejszonym. Autor, powtarzając na klinice prof. Tarniera doświadczenia z moczem chorych na drgawki porodowe, przekonał się, że w rzeczy samej trujące działanie ich moczu trzy razy jest mniejsze, aniżeli moczu zdrowych.

Autor na klinice prof. Tarniera przeprowadził w r. 1892 inny szereg doświadczeń, wskazujących na samo zatrucie ustroju przy drgawkach porodowych, a mianowicie zastrzykiwał surowicę krwi chorych na drgawki porodowe królikom. Doświadczenia te dowiodły, że 3 do 4 kubicznych cent. surowicy na kilogram wagi ciała zwierzęcia wystarcza do jego zabicia w przeciągu kilku godzin. Zwierzęta, które otrzymały mniejszą ilość surowicy poprawiały się w kilka dni. Porównawszy doświadczenia te z doświadczeniami wykonanymi przez Rummo w r. 1889, które wykazały, że zastrzykując królikom surowicę krwi ludzi zdrowych potrzeba 10 kubicznych cent. dla ich zabicia, przyjść musimy do przekonania, że surowica krwi chorych na drgawki porodowe posiada nadmierne trujące działanie.

W ten sposób z jednej strony dowiedziono, że mocz chorych na drgawki porodowe posiada zmniejszoną, a surowica krwi zwiększoną siłę toksyczną.

Ciekawe ze wszech miar są doświadczenia autora, dokonane z surowicą krwi chorej powyżej wzmiankowanej.

Trzem królikom autor zastrzyknął różne ilości surowicy. Jednemu wstrzyknął około 3 cent. sześciennych na 1 kilogram wagi, drugiemu przeszło 4, trzeciemu przeszło 5. Dwa ostatnie króliki w krótkim czasie zdechły, pierwszy wyzdrowiał, z czego się okazuje, że surowica chorej w ilości 4 cent. sześciennych posiadała własności trujące; w dawce zaś 3 cent. sześć. nie była trująca; w każdym razie okazała się bardziej trującą, aniżeli surowica normalna.

Doświadczenia te są pod 2 względami pouczające; sprzeciwiają się one zarzutom, czynionym niedawno hipotezie o samozatruciu jako przyczynie drgawek i powtórę mają niemałe znaczenie pod względem praktycznym, pod względem rokowania przy drgawkach (? Red.) Co się tyczy pierwszego utrzymywano, że zwierzęta padają ofiarą nietoksycznego działania surowicy, lecz wskutek zatorów, spowodowanych wprowadzeniem do krwi obcego ciała, surowicy. W takim jednak razie, jak sobie objaśnić, że 4 i 5 cent. surowicy sprowadza krzepnięcie krwi, 3 zaś nie czyni tego. Z drugiej strony wyniki powyższych doświadczeń pozwalają wnioskować o stopniu toksyczności surowicy chorej a zatem za pomocą badania surowicy krwi chorych na drgawki porodowe możemy stworzyć sobie pojęcie o ciężkości cierpienia.

Trudną jest faktycznie rzeczą ściśle postawić rokowanie przy drgawkach porodowych, ponieważ ciężkość cierpienia nie zawsze odpowiada ciężkości objawów chorobowych. Ilość napadów jest, jak wiadomo, bardzo różną tak, że bynajmniej nie daje miary ciężkości cierpienia. M. Depail cytuje przypadek, w którym chora pomimo 95 napadów wyzdrowiała. Z drugiej strony zdarza się, że kobiety po jednym napadzie umierają. Ilość białka nie decyduje o rokowaniu. Z tego powodu usprawiedliwionem się autorowi wydaje przypuszczenie, że doświadczalne zbadanie trującego działania surowicy krwi może nas objaśnić o ciężkości drgawek porodowych.

W historii drgawek porodowych jeszcze jeden punkt budzi nie małe zainteresowanie, a mianowicie rokowanie dla życia płodu. Wiadomo, że często chore na drgawki porodowe rodzą dzieci nie żywe lub urodzone żywo, które niedługo po porodzie umierają. Zdarza się jednak, że rodzące z ciężkimi drgawkami rodzą dzieci żywe i zdrowe.

W jaki sposób objaśnić sobie śmierć dzieci?

Często znajdujemy przyczynę w łożysku. Stwierdzono niejednokrotnie, że łożysko u wielu eklamptyczek jakoteż u cierpiących na białkomocz jest siedliskiem świeżych lub starych ognisk krwotocznych, które ograniczają wymianę krwi, a wtedy łatwo sobie wytłumaczyć śmierć płodu. Lecz nie zawsze znajdujemy wzmiankowane zmiany w łożysku u chorych, cierpiących na drgawki. U chorej, stanowiącej przedmiot niniejszego artykułu, łożysko okazało się zupełnie zdrowem, nic też dziwnego, że pomimo ciężkiego stanu matki urodziło się dziecko zdrowe. Niejednokrotnie jednak przy oględzinach pośmiertnych płodów w tych warunkach urodzonych autor nie znalazł w narządach wewnętrznych żadnych zmian patologicznych. Wobec tego rodzi się pytanie, czy nie daje się w tych razach, podobnie jak u matek stwierdzić zwiększone trujące działanie surowicy krwi u płodów.

Autor dla przekonania się o tem przedsięwziął doświadczenie z surowicą krwi płodu, urodzonego przez ową chorą. Zebrał on krew, odpływającą ze sznurka pępkowego, otrzymał z niej surowicę i zastrzyknął królikowi 4,3 sześciennych cent. Zwierzę pozostało zdrowe, gdy królik, któremu zastrzyknięto tą samą ilość surowicy krwi matki zdechło. Krew zatem płodu okazała się mniej trującą, aniżeli krew matki.

Z pojedynczego tego doświadczenia autor nie wyprowadza żadnego wniosku; sądzi jednak, że kwestya toksyczności krwi płodu jest ciemną; za pomocą dokładnych badań w tym kierunku powinno się udać dojść do pewnych wniosków w tym względzie.

T. Armter.

34. B. KRÖNIG. **Drobnoustroje gorączki połogowej w wydzielinie pochwowej ciężarnych.** (*Deut. med. Woch. 1894 Nr. 43*).

Autor wprowadzał do pochwy kobiet ciężarnych drobnoustroje, wywołujące zakażenie połogowe: bacil. pyocyanei, staphylococci, streptococci i badał wydzielinę pochwową po upływie kilku godzin i dni. Zawsze te drobnoustroje obumierały wkrótce po wprowadzeniu, a we wszystkich 48 badanych przypadkach stan połogowy przebiegał bez gorączki. Najprędzej ginęły streptokoki, później staphylokoki i bacill. pyocyaneus; najdłuższy przeciąg czasu wynosił 2 doby. Wydzielina pochwowa okazywała jednakowo niszczącą siłę bez względu na to, czy zawierała laseczniki, czy koki.

Na czem polega bakteryoobójcza własność wydzieliny pochwowej o tem Krönig obiecuje szczegółowiej pomówić w przyszłości; obecnie omawia czynniki dotychczas przyjmowane: drobnoustroje giną nawet przy małej kwasności wydzieliny pochwowej.

Różne bakterye niechorobotwórcze, przebywające w wydzielinie pochwowej, niezależnie od gatunku (laseczniki, koki), wpływają antagonistycznie na drobnoustroje gorączki połogowej. Brak powietrza w pochwie nie wywiera wpływu na rozwój tych drobnoustrojów, bo bacil. pyocyaneus, staphylococcus aureus i streptococcus są to facultative anaeroben. Wydalenie mechaniczne przez prąd ściekającej wydzieliny nie objaśnia znikania drobnoustrojów. Małe cząsteczki węgla lub cynobru, wprowadzonego do pochwy, pozostawały tam nawet po upływie 48 g., wówczas gdy drobnoustroje giną po kilku godzinach.

W końcu autor powstaje przeciwko profilaktycznym przemywaniom pochwy bądź to wodą czystą, bądź to lysolem. U ciężarnych, u których stosowano te przemywania znajdowano streptoki po upływie 30 godzin, wówczas gdy w przypadkach bez przemywań profilaktycznych znikaly one w 6 godzin po wprowadzeniu do pochwy. Po przepłukiwaniu pochwy wydzielina jej staje się alkaliczną i dopiero po 12 godzinach powraca kwaśny odczyn; to jest jedna z przyczyn, że drobnoustroje chorobotwórcze dłużej przebywają w pochwie przy przepłukiwaniu.

Grzankowski.

35. E. RIES. **Badanie rodzących przez kiszkę odchodową.** (*Centr. f. Gynaek. 1894, Nr. 10 i 17*).

W celu ograniczenia dotykania kanału rodnego podczas ciąży w klinice Strasburskiej wprowadzono rodzajem próby badanie przez kiszkę odchodową. Z 215 rodzących w ciągu Sierpnia, Września, Października 1893 r. tylko w 22 przypadkach badano przez pochwę dla dokładniejszego rozpoznania; w 90% badanie przez kiszkę odchodową było zupełnie wystarczające.

Przed badaniem opróżniano kiszkę odchodową za pomocą lawatyw. Badający zasmarowywał bródę podpaznogciową mydłem, namaszczał palce maścią (saloli 1,0, lanolini 15,0, vaselini 5,0) i przy badaniu wkładał rękę dłonią ku górze. Autor podaje, że rozpoznawano w ten sposób z łatwością rozwartość ujścia macicznego, długość części pochwowej, pęcherz płodowy, część przodującą płodu, wypadnięcie drobnych części i t. d. zwraca jednakże uwagę na to, że niektóre rzeczy trudniej się wymacują; tutaj zalicza: część pochwową pierwiastek, rozwartość ujścia macicznego przy całym pęcherzu płodowym, obecność pęcherza przy małej ilości wód płodowych, ciemiaczka i szwy przy mało rozwartem ujściu.

Przy ujściu rozwartem na wielkość 5 markówki można z łatwością rozpoznać szwy i ciemiaczka i ocenić stawienie czaszki i jej pochylenia. Badając przez kiszkę odchodową, łatwiej wymacuje się ciemię leżące od tyłu (w norm. przyp. duże) i łatwiej dosięga się do wzgórka krzyżowego i ocenia się wkliniowanie czaszki do jamy miednicy, aniżeli przy badaniu przez pochwę.

Autor zaleca badanie: przez kiszkę odchodową tak akuszerkom jak i lekarzom i twierdzi, że ono w zupełności wystarcza dla śledzenia porodu prawidłowego, a chroni rodzącą od niebezpieczeństw zakażenia. W końcu robi autor zastrzeżenie, że przy śledzeniu przez kiszkę odchodową ten tylko potrafi rozpoznawać część pochwową, części przodujące płodu i t. d. kto nauczył się rozpoznawać te części przy badaniu przez pochwę.

Grzankowski.

36. Dr. O. ZUCKERKANDL. **Podział różnych form zapalenia pęcherza (cystitis), zależnych od zmian w narządach, rodnych kobiecych i zapobieganie im.** (*Wiener. Med. Presse N. 42, 1894*).

Zapalenie pęcherza moczowego u kobiet ma miejsce znacznie częściej, niż przedtem przypuszczano; częstość ową powodują fizyologiczne i patologiczne zmiany w narządach płciowych, znajdujących się w ścisłym związku z pęcherzem. Jako przyczynę zapalenia pęcherza wykazano cały szereg drobnoustrojów, umieszcwionych na sromie, w cewce moczowej i pochwie, w zwykłych warunkach usuwa je jednakże prąd moczu, w nieprawidłowych zaś stanach ściany pęcherza (przekrwienie błony śluzowej, zatrzymaniu moczu zarodniki chorobotwórcze zatrzymują się na błonie śluzowej pęcherza. Na przyczynach zmian w ścianie pęcherza Z. opiera swój podział rozmaitych form zapalenia, dotychczasowe bowiem podstawy podziału nie wytrzymują krytyki (Guyon—dowolny podział, Rovsing—podług własności moczu Denys i Barlow—podług rodzaju drobnoustrojów).

Podział Z. jest następujący: 1) *Cystitis e hyperaemia vesicae*. Unaczynienie pęcherza moczowego znajduje się w bardzo ścisłym

związku z unaczynieniem narządów płciowych wewnętrznych, przekrwienie więc lub zastój żylny udziela się również i pęcherzowi; ma to miejsce podczas ciąży już w samych jej początkach; dalej w stanie zapalnym wewnętrznych części płciowych, przyczyną wywołującą są: kateteryzowanie bez aseptyki lub też zapalenie następuje samodzielnie z powodu obecności drobnoustrojów w cewce. Zastoina w błonie śluzowej ma miejsce po operacjach oddzielenia pęcherza od przedniej ściany macicy (oddzielenie pęcherza od guzów macicy, vaginofixatio, extirpatio uteri per vaginam), dzięki czemu przerywają się połączenia żyłne pęcherza. Rokowanie pomyślne: z biegiem czasu krwiobieg wyrównywa się, zapalenie leczy się przepłukiwaniami pęcherza.

2) *Cystitis ex insufficientia vesicae*. Jeżeli z jakiegokolwiek przyczyny mocz zatrzymuje się w pęcherzu, to zarodki chorobotwórcze znajdują w zalegającym i rozkładającym się moczu pomyślne dla siebie warunki. Ma to miejsce w 3 przypadkach: a) w razie przemieszczenia pęcherza lub zmiany jego formy w zależności od nieprawidłowego ułożenia macicy (np. tyłozgięcie i t. d.), zmian pozapalnych około macicy, guzów macicy lub jajników; b) zatrzymanie moczu wskutek braku sprawności pęcherza po porodzie (rozpulchnienie błony śluzowej kateteryzacja) i c) niepełne oddawanie moczu u starych wieloródek wskutek osłabienia detrusoris i zwieracza (involutio vesicae, stan zanikowy przy jednoczesnym involutio części płciowych).

3) *Cystitis e traumat* ma miejsce po długotrwałych porodach, ucisk główki sprowadza zmartwienie błony śluzowej i na tem miejscu rozwijają się zarodniki chorobotwórcze. Wyjątkową drogą zakażenia bywa cewka moczowa, dla uniknięcia wywołania zapalenia pęcherza trzeba przed kateteryzacją odkazić całą cewkę lub też unicestwić zarodniki wprowadzone już w jakikolwiek sposób do pęcherza, pierwszy warunek mitrężny, drugi zaś łatwy do wykonania: po kateteryzacji wprowadza się do pęcherza kilka gramów 2^o/_o roztworu lapisu, który bezwarunkowo niszczy zarodniki (Rovsing); rozumie się ostatni warunek jest konieczny, jeżeli są czynniki mogące wywołać zapalenie pęcherza, w przeciwnym razie wystarcza już bezgnilna kateteryzacja.

Wł. Staniszewski.

III. Choroby weneryczne i skórne.

37. E. FINGER. **Istota wrzodu miękkiego.** *Ueber der Natur d. weichen Schankers.* (Wiener Medic. Presse 1894, Nr. 14).

Na ostatnim międzynarodowym zjeździe w Rzymie F. poruszył sprawę powstawania wrzodu miękkiego, uwzględniając chronologiczną kolej poglądów.

Przypomina, że Clerk uważał wrzód miękki za wynik szczepienia jadu przymiotowego na osobniku przymiotowym; dalej, że Köbner wykazał, iż nie każda wydzielina przymiotowa, lecz jedynie ropa z rozpadłych stwardnień (Sclerose) i grudek po przeszczeniu wywołuje u syfilityka wrzód miękki, co licznymi doświadczeniami stwierdzili: Boeck, Bidencap, Sperino, Auspitz, Piek i Finger. Potem przekonano się, że i ropą z wykwitów skórnych nie przymiotowej natury również ten sam skutek wywołać można: Vidal i Tantarri ropą z niesztowiec (ecthyma), Wiggleworth z trądzika (acne), Kaposi ropą z wykwitów świerzby, Morgan i Boeck wypływem z pochwy przymiotowych; wreszcie Finger, po udanych przeszczepieniach wydzieliny ropnej z wywołanych umyślnie urazowych nadżerek (erosio) i owrzodzeń narządów płciowych kobiecych, na zjeździe przyrodników w 1885 r. w Strąsburgu postawił wniosek, że wrzód miękki należy uważać za wynik zaszczepienia ropy z rozmaitych źródeł pochodzącej, przyczem położył szczególnie nacisk na ropę z organów płciowych.

Z badań bakteryologicznych, pomijając te, które jedynie stwierdzały istnienie drobnoustrojów w wydzielinie wrzodu przypomina Finger doświadczenia Rocco di Lucca i Gibert'a, z których pierwszy wykazał we wrzodach i w szankrach przeszczepionych (Impfschanke) t. z. *micrococcus ulceris*, drugi zaś gronkowca złocistego, a jeden i drugi po szczepieniu i przeszczepianiu czystych hodowli, otrzymanych drobnoustrojów spostrzegali pokolenia typowych wrzodów.

Ducrey i Krefting postępowali ściślej w swych badaniach: przez szereg przeszczepień usiłowali wyosobnić zarazek wrzodu miękkiego i dopiero we wrzodach z przeszczepień wykazywali stałą i wyłączną obecność swego diplobacyllusa, miejsce którego w etyologii wrzodu miękkiego wkrótce zajął Unny streptobacillus, wykazany na skrawkach tkanki wrzodu.

Choć diplobacillus Ducrey-Kreftinga nie został wyhodowany, a Petersen obala wartość hodowli i szczepień streptobacilli Unnae, jednak stałe ich wykazywanie w znacznej liczbie badań nasuwało myśl o związku przyczynowym.

Welander z wydzieliny pochwowej kobiet, mających płaskie łepieże i przewlekłe zapalenie głuczołów Bartholiniego, wyosobnił gronkowca, którego czystymi hodowlami wywoływał krostki (pustulae) i podobne do wrzodu miękkiego owrzodzenia, samoprzeszczepialne—sit venia verbo—aż do 5-go pokolenia. Również z wykwitów pryszczycy krostkowej (eczema pustulosum) wyhodował diplokokka, dającego po zaszczepieniu typowe pokolenia wrzodów miękkich.

Czy więc dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne i badania bakteryologiczne upoważniają do przyjęcia swoistego wyłącznego zarazka?

Fakt samodzielnego (autochthon) powstawania wrzodu miękiego nie ulega dziś wątpliwości (Hutchinson, Bäumlcr, Morrow, Lang); wiadomo, że na tle urazowych nadżerek narządów płciowych (Finger), lub nieodpowiednio utrzymanego herpes praeputialis (Taylor), albo zaniedbanego balanitis (Mannino, Tommasoli) może powstać wrzód miękki, dający po przeszczepieniu typowe pokolenia.

Z badań nad wrzodem mieszanym (chancre mixte) wiadomo też, że ropa z podległego rozpadowi objawu pierwotnego wyraża po przeszczepieniu u tegoż samego osobnika pokolenia wrzodów miękkich, u osobnika zaś nieprzymiotowego—wrzód mieszany. Świadczą o tem nie tylko doświadczenia Köbnera, Zeissla, Fingera i innych z umyślnem przeniesieniem zarazka z jednego miejsca na drugie, ale i spostrzeżenia wypadków samozaszczepienia wrzodów miękkich tuż obok rozpadu stwardnienia pierwotnego.

Z zestawienia powyżej przytoczonych danych wynikają dwie możliwości: albo 1-o wrzód miękki posiada jeszcze nieznaną nazwyczaj rozpowszechnioną, zdolną do saprofitycznego¹⁾ bujania na narządach płciowych swoisty zarazek, który, dostawszy się na uszkodzoną błonę śluzową lub syfilityczną nadżerkę, wywołuje stale wrzód miękki z wytworzeniem przeszeplalnej ropy; albo też 2-o, za czem przemawia Finger, wrzód miękki zostaje wywołany przez rozmaite ropne drobnoustroje, bacylle i kokki, podobnie jak się ma rzecz z powstawaniem zmian analogicznych np. acne, furunculus, impetigo lub phlegmone; że tedy wrzód miękki jest to zarazliwy, ograniczony, miejscowy, powierzchowny ostry dermatitis, umiejscowiony przeważnie na narządach płciowych, jako najczęstszych punktach stycznych.

J. D. Grabowski.

38. Dr. JESSNER. **Stosunek chorób wewnętrznych do zmian na skórze.** *Odczyt w sekc. med. wewn. 66 zjazdu niemieck. lekarz. i przyrodnik. Deutsche. Mel Wochenschr. 1894 Nr. 39).*

Obszar wiedzy lekarskiej oraz szczegółowe badania, dokonane w każdej jej gałęzi, wywołały konieczną potrzebę podziału pracy i specjalizowania się lekarzy w jednym obranym kierunku, ażeby jednak stan taki przyniósł istotną korzyść, trzeba zawsze pamiętać o wzajemnej zależności i ścisłym związku, jaki istnieje pomiędzy oddzielnymi gałęziami całej wiedzy. Wycho-
dząc z tej zasady i pomijając szczegóły, oznacza autor w krót-

¹⁾ Istnienie saprofitów ropnych, czychających na otwarcie wrót w postaci nadżerki, wykazali na męskich i kobiecych narządach płciowych Tommasoli i Winter. (Przyp. spraw.).

kim zarysie drogi, jakimi prowadzą choroby wewnętrzne do zmian na skórze. przytaczając odpowiednie przykłady. Drogi te można połączyć w trzy następujące grupy:

1) *Per continuitatem resp. per contiguitatem.* Liczba przypadków, w których tą drogą powstają zmiany na skórze, jako bezpośredni skutek cierpienia wewnętrznych, jest bardzo znaczna i przykładów tu nie brak. Do rzadszych można zaliczyć rak żołądka, który opanowawszy ścianki brzuszne, rozrasta się później na zewnątrz, następnie emphyema necessitatis, rozedmę skóry przy zranieniach głębszych części organów oddechowych i przelyku i t. p. Do tego szeregu należą również zapalne cierpienia skóry, wywołane ściekającą, drażniącą, albo nawet zakażającą wydzieliną chorej błony śluzowej, lub też chorobowo zmienionymi ekskrecjami. Jako przykłady tego rodzaju cierpienia można przytoczyć błonicę dochodzącą do zewnętrznych otworów nosa, gruźlicę warg i otworu stolcowego, wyprzenia (eczema intertrigo) u małych dzieci, zapalenie napletka lub sromu u dotkniętych moczówką cukrową. We wszystkich tych przypadkach zaradzi złemu tylko usunięcie podstawowej przyczyny, gdy przeciwnie samymi środkami dermatoterapeutycznymi skutku bynajmniej nie osiągniemy.

2) Do drugiej grupy możemy zaliczyć zmiany skóry, *powstające drogą nerwów.* Tu należy przedewszystkiem wymienić angioneuroses, pallorem cutis, rumień, pokrzywkę i t. p., główny wszakże dział tej grupy stanowią cierpienia, powstające bezpośrednio wskutek zmian zaszłych w czynnościach nerwów przebiegających w skórze, bez względu na to, czy zaburzenia te będą pochodzenia ośrodkowego, czy też obwodowego. Zmiany te pociągną za sobą zaburzenia w odżywianiu i ukrwieniu skóry, w czynnościach jej gruczołów, wreszcie zaburzenia czuciowe, które stanowią nieraz główną podstawę naszego rozpoznania wielu chorób nerwowych. Dla przykładu można wymienić wjad rdzenia (tabes), albo syringomyeliam ze zmianami w czuciu skórny, a mianowicie: utratą zdolności odczuwania bólu i zmian temperatury, a zachowaniem dotyku. Zaburzenia w czynnościach gruczołów są mniej ważne i dotyczą głównie zmian w wydzielaniu potu, i tu wszakże można wymienić hemihyperhydrosim facialem, którą spotykamy w cierpieniach nerwu współczulnego, trójdzielnego, twarzowego, jak również przy materialnych zmianach w ośrodkach, rządzących czynnością wydzielania potu. Zmiany w gałązkach naczynioruchowych mogą pociągnąć za sobą cierpienie skóry, a obraz jego będzie zależał od tego, czy zmiany zaszły w nerwach rozszerzających naczynia, czy też zwężających, czy zmiany te są przemijające, czy też stałe, czy nerwy uległy podrażnieniu, czy porażeniu, a ostatecznie, czy ucierpiały na tem tętnice, czy też żyły. Tu należy przedewszystkiem wymienić

cierpienie o wyraźnych zmianach naczynioruchowych w skórze zarówno interesujące dermatologów jak internistów, mianowicie *erythromegalią*. Cierpienie to, na wzór syringomyelii i choroby Morvana, dowodzi nam, że dzięki pewnemu ugrupowaniu zaburzeń nerwowych w skórze i zależnie od współdziałania, jaki przyjmują w tem zaburzeniu różne rodzaje gałązek nerwowych, możemy otrzymać na powierzchni ciała odbicie obrazu cierpienia wewnętrznego. Należy tu wreszcie wspomnieć o obszernym działale, obejmującym zaburzenia w *odżywianiu* skóry—zależne od cierpień wewnętrznych. Do tego szeregu można zaliczyć: chorobę Addisona, półpasiec (herpes zoster), zgorzel symetryczną, chorobę Morvana i t. p.

3) Trzecią i ostatnią grupę stanowią te cierpienia, które powstają w skórze *drogą naczyń krwionośnych lub limfatycznych* i zależą od chorób wewnętrznych. Tu należą przedewszystkiem cierpienia, zależne bezpośrednio od zmian w ściankach samych naczyń, jak np. zgorzel przy zwapnieniu tętnic, główny wszakże dział tej grupy stanowią cierpienia skóry, zależne od jakiegobądź mechanicznej przeszkody w krążeniu krwi, czy to bowiem będzie zator czy zakrzep, czy ucisk gdzieś na drodze krwiobiegu, czy też jakie zboczenie w dzielnosci mięśnia sercowego, wszystko to może się odbić na skórze. Weźmy kilka przykładów: w pierwszym rzędzie stoją tu rozszerzenia żył i sinica przy zakrzepach, dalej puchlina skóry i sinica w cierpieniach płuc i serca, rozszerzenie żył przy guzach w śródpiersiu, głowa Meduzy (rozszerzenie żył pępkowych) w marskości wątroby i t. p. Następnym działem obejmie zmiany skóry, zależne od nieprawidłowego stosunku ciałek i barwnika do surowicy krwi. Z należących tu cierpień można wymienić: niedokrwistość, niedokrwistość złośliwą, blednicę, białaczkę, białaczkę rzekomą. Wprawdzie wszystkie pomienione cierpienia wyrażają się bledością skóry, wprawne oko potrafi jednak dojrzeć różnicę w każdym przypadku. Nadto przy białaczce (leukaemia) powstają nieraz na skórze liszajowate wypryskowe wykwity oraz rozlane lub ograniczone nacieczenia, a w białaczce rzekomej guziczkowate wyrosłe, przypominające wykwity świerzbiączki (prurigo). Opisane zmiany skóry posłużyły już nieraz do prawidłowego rozpoznania istotnej choroby. Obecność we krwi domieszek, np. drobnoustrojów lub chemicznych produktów ich życia, również może się odbić na skórze pod postacią różnych wykwitów, jakie spotykamy w całym szeregu chorób infekcyjnych. Do tego działu należy również zabarwienie skóry przy żółtaczce i przeróżne jej cierpienia u dotkniętych moczówką cukrową.

Następny wielce dla nas ważny dział stanowią przeróżne objawy na skórze przy zaburzeniach w trawieniu: dokładne badanie moczu i wydzielin stolcowych wyjaśnią nam niejednokrotnie przyczynę i znaczenie rumienia, pokrzywki, pęcherzycy i t. p.

Wreszcie wspomnieć wypada o przerzutach drogą krwi lub limfy złośliwych nowotworów ze skóry do organów wewnętrznych, albo odwrotnie i o tych licznych wykwitach, jakie powstają na skórze u niektórych osób po zażyciu pewnych środków lekarskich.

Z tych licznych, chociaż jeszcze nie wszystkich przykładów łatwo daje się widzieć, jaki nieraz ścisły zachodzi stosunek między cierpieniem wewnętrznym a skóry i jak często dermatolog bywa zmuszony szukać wyjaśnień w swych wiadomościach z dziedziny medycyny wewnętrznej, a internista—opierać rozpoznanie choroby na zmianach skóry, a jeden i drugi może wybrać odpowiednie leczenie tylko dzięki takiemu zestawieniu. *Fr. G—yc.*

39. J. JUSTUS. (Budapest). **Zmiany krwi w przymiocie pod względem rozpoznawczym i leczniczym.** (Die Veränderungen des Blutes bei Syphilis mit Rücksicht auf Diagnose und Therapie. Wiener med. Presse 1894, Nr. 6).

J. za pomocą hemometru Fleischla oznaczał ilość hemoglobiny we krwi 100 syfilityków na oddziale Schwimmera i doszedł do następujących wniosków. W wypadkach nieleczonych ilość hemoglobiny znacznie spada w miarę występowania i rozwoju objawów przymiotu, z chwilą zaś ich znikania wyraźnie się podnosi.

U syfilityków zaś, którym stosowano głębokie zastrzykiwania, zaraz po paru pierwszych iniekcjach daje się spostrzegać znaczne zmniejszenie hemoglobiny, które po każdym zastrzyknięciu powtarzały się w przypadkach cięższych nawet 4—5 razy, aż wreszcie stopniowo przychodził okres, w którym po zastrzyknięciu dawało się spostrzegać nie zmniejszenie, a przeciwnie—stałe zwiększenie się ilości hemoglobiny, sięgające cyfr wyższych niż przed leczeniem.

Podczas leczenia wcieraniami już po pierwszym wcieraniu spostrzegał J. spadek ilości hemoglobiny; po kilkunastu dniach następowało wyrównanie, a wreszcie wyraźne podniesienie się do pewnej stałej wysokości, które towarzyszyło zniknięciu objawów przymiotu, podobnie jak po głębokich zastrzykiwaniach.

Jednocześnie z obniżeniem się ilości hemoglobiny po stosowaniu rtęci J. stwierdzał powiększenie się ilości ciałek krwi czerwonych o $1\frac{1}{2}$ —2 milionów. Takie zachowanie się hemoglobiny jest podług autora ważnym przyczynkiem w sprawie rozpoznawania, rokowania i leczenia przymiotu. *J. D. Grabowski.*

40. ALBARRAU. **Zwężenia przymiotowe cewki moczowej.** *Retrecissement syphil. de l'urethre.* (La Sem. Méd. Nr. 61, 1894).

Zwężenie cewki moczowej w następstwie przymiotu może być wywołane stwardnieniem pierwotnym przymiotowem, owrzodzeniami należącymi do objawów wtórnych, nakoniec gummatami.

Owrzodzenia pierwotne przymiotowe głębszych odcinków cewki należą do bardzo rzadkich, wyjątek stanowią jednak owrzodzenia, umiejscowione w okolicy otworu zewnętrznego, napotykanie dosyć często.

Statystyka Julien'a wskazuje, że na 1773 owrzodzenia przymiotowe, było 89 umiejscowionych w otworze zewnętrznym cewki, a tylko 17 głębiej.

Pierwszym objawem, wskazującym na mogące istnieć zwężenie przymiotowe cewki jest prawie zawsze istniejąca wydzielina, podobna do rzerączkowej, nie towarzyszy jej jednak bolesność urynowania. Wydzielina taka bywa częstokroć wodnista i nieco zabarwiona krwią.

Cewka na dotyk staje się twardszą i przyjmuje postać cybucha od fajki dosyć równego, lub rozszerzonego w części wiszącej prącia. Przedewszystkiem w okolicy mosznowej wyczuwa się twardy naciek, niekiedy bardzo znaczny, otaczający kanał i dający wrażenie zapalenia tkanki okołocewkowej.

Czasem miejscami naciek ulega rozpadowi, dając początek zatokom moczowym. Leczenie przeciwprzymiotowe w tego rodzaju przypadkach już po kilku tygodniach daje świetne wyniki, wpływ z cewki znika, urynowanie staje się łatwe, naciek ulega wessaniu; wyleczenie jednak nie jest zupełne.

Do ostatniego rodzaju przypadków należą chorzy z przewlekłą rzerączką, mający przymiot i zwężenie kanału, które dotąd nie zwracało na siebie uwagi; do istniejącego już cierpienia cewki może przyłączyć się syfilid, trwający kilka miesięcy i wywołujący stan zapalny, zejściem którego będzie wytworzenie się tkanki bliznowatej; nakoniec na miejscu istniejącego rozpadu lub owrzodzenia, po zablźnieniu się tegoż może się również utworzyć zwężenie.

Należy w każdym razie wiedzieć, że zwężenie rzeczywiste, czy będzie wywołane przez gummaty, czy też przez inne owrzodzenia przymiotowe, w początkach tylko może zmniejszyć się pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego, następnie jednak wymaga odpowiednich rękoczynów chirurgicznych.

Zwężenia przymiotowe cewki mogą być brane za rzerączkowe lub rakowate. Ażeby uniknąć omyłki, należy zwrócić uwagę na stan poprzedni chorego i szybkość z jaką występują objawy zwężenia przymiotowego, należy również przyjąć w rachubę wyżej opisaną formę cewki.

Badanie bakteryologiczne może wykazać nieobecność gonokokków w wydzielinie, co wykluczy zwężenia rzerączkowe. Niekiedy jednak zwężenia tryprowe i przymiot mogą istnieć wspólnie, a przy zwężeniu tryprowym mogą w wydzielinie znajdować się najrozmaitsze mikroorganizmy z wyjątkiem gonokokków. Wspomniane zmiany w cewce dają się wykryć za pomocą

endoskopu, jeżeli tylko wązki otwór cewki nie staje temu na przeszkodzie.

Nabłoniaki, sprowadzające zwiężenia cewki, spostrzegają się przeważnie w wieku późniejszym, umiejscawiają się u podstawy członka lub w okolicy mosznowej. Towarzyszy im wypływ ropny, często zmieszany z krwią; przy badaniu narzędziami takich zwiężeń otrzymujemy często obfite krwotoki. Nowotwory te rosną szybko i zrastają się z sąsiednimi tkankami, a doszedłszy do skóry ulegają owrzodzeniu, tworząc jednocześnie liczne zatoki. Powstające w tym czasie powiększenie się gruczołów chłonnych ułatwia rozpoznanie natury cierpienia. Badanie za pomocą endoskopu i histologiczne, może ostatecznie ustalić rozpoznanie. Jeżeli pomimo to, rozpoznanie napotyka wątpliwości, to należy zastosować leczenie swoiste, którego szybki skutek wskaże nam naturę zwiężenia.

J. Wojciechowski.

Leczenie przymiotu skóry kalomelem w traumatycynie.

41. JULLIEN. *La traumaticine au calomel dans le traitement de la syphilis* (*Ann. de dermat. et de syph.* 1894 № 8 i 9.)

CAUCHARD F. *De la traumaticine au calomel dans le traitement de la syphilis* (*Journal de mal. cut. et syph.* 1894 Nr. 10).

Zachęceni dobrymi wynikami Peroni'ego, docenta dermatologii w Turynie, który pierwszy polecał penzlowanie skóry kalomelem zawieszonym w traumatycynie, jako dobry a estetyczny i wygodny sposób leczenia przymiotu, J. i C. w ciągu roku poddawali swych chorych leczeniu penzlowaniami 25⁰/₀ roztworem kalomelu (*vapores par.*). Trzy razy tygodniowo, zwykle po kąpielu, za pomocą penzelka powlekano skórę pleców na dość znacznej przestrzeni, lub pojedynczo same wykwitły skórne.

Po ulotnieniu się chloroformu, pozostaje delikatna biaława powłoka, znakomicie przylegająca do skóry; kąpiele nie zmniejszają przylegania. Stale wykazywano rtec w moczu, kilkakrotnie spotykano typowe zajęcie jamy ustnej. Ciężkie i dość rozległe syfildy skóry stosunkowo szybko znikaly; objawy wtórne na skórze i błonach śluzowych ustępowały po 6—10 penzlowaniach. Wysypka grudkowa, krostkowa i łuszcząca najlepiej nadają się do tego rodzaju leczenia.

Jullien i Cauchard polecają ten sposób stosowania rtęci w przymiocie, 1-o gdzie niepewny stan dróg pokarmowych, nie pozwala na wewnętrzne używanie przetworów rtęci, 2-o w przymiocie dziecięcym u dzieci i 3-o w późnych wykwitach skórnych.

J. D. Grabowski.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

42. Mosny i Marcano **wstrzykiwali królikom w krew przesącz hodowli gronkowca złocistego**; większa ilość hodowli (10 c. sz.) zabija zwierzęta już po kilku chwilach, mniejsze zaś dawki (1—2 c. sz.) zwierzęta znoszą dość dobrze i wkrótce wracają do normy. Jeżeli jednak obserwować króliki, użyte do doświadczeń, przez czas dłuższy, to po upływie 4—5 tygodni zauważymy znaczne ich wychudnięcie, poczem następują obfite wypróżnienia, obniżenie ciepłoty i śmierć. Badanie pośmiertne w tych razach wykazuje obecność mniejszych lub większych ognisk ropnych w ścianach kiszki, przeważnie zaś kiszki grubej, ropne zapalenie zwojów lędźwiowych, peritonitis pelvica. Badanie bakteriologiczne wykazuje obecność w ropie drobnoustrojów, które jednocześnie stale znajdowano w zawartości kiszkowej nawet zdrowych zupełnie królików. Szczepienie mikrobów, znajdujących w ropie, nie wywoływało żadnego odczynu, jeżeli hodowlę wstrzykiwano do jamy otrzewnej, szczepienie zaś wewnątrz żyłne sprowadzało stale śmierć zwierząt w ciągu 24 godzin przy objawach septycznych. Z doświadczeń tych wynika, iż wprowadzenie toksyny do ustroju może nie wywołać żadnych natychmiastowych objawów, powoduje jednak wystąpienie ze światła kiszki pewnych mikrobów, które, będąc poprzednio niewinnymi saprofitami, w nowym ośrodku nabierają własności chorobotwórczych i powodują zabójcze dla zwierząt ropienie.

Praca powyższa jest ciekawym przyczynkiem do ciemnej dotychczas kwestyi zakażeń wtórnych. (Academie des sciences Séance du 3 décembre 1894).

J. Brunner.

43. **O fizjologicznym białkomoczu.** Wejnbaum w doktryzacyjnej rozprawie, napisanej na powyższy temat, przyszedł do następujących wniosków: 1-o) Białkomocz nawet u zupełnie zdrowego człowieka jest objawem нефизjologicznym, lecz wyrazem samozatrucia ustroju leukomainami 2-o) Występuje wskutek nadmiernego wyczerpania organizmu, resp. nerek, a właściwie części ich, pracujących w daną chwilę; jest zatem chwilowem, ogniskowem naruszeniem prawidłowej czynności, miejscowem, przejściowem zapaleniem nerki. Przy nieodpowiednich warunkach dla ustroju (nadmierne przeładowanie krwi leukomainami i innymi truciznami) to naruszenie funkcji może stać się rozlanem, objąć całe nerki. Mamy wtedy zapalenie nerek. 3-o) Wszystko, co sprzyja zwiększeniu wytwarzania leukomain, potęguje i częstość białkomoczu; wywołują go zatem: praca umysłowa i fizyczna, trawienie, chłodne kąpiele, łaźnie, męczące zajęcia, zwłaszcza w miejscach zamkniętych, w złych warunkach higienicznych (ślusarstwo, kowalstwo, szewstwo, krawiectwo, granie na dętych instrumentach itp.) 4-o) Około południa białkomocz jest najczęstszy i najobfitszy, z rana najrzadszy i najmniejszy, a wieczorem pośredni. Różnoległe z temi cyframi zacho-

wują się wachania ilości leukocytów w moczu. 5-o) W wieku dziecięcym białkomocz jest nader częstym objawem

Badania powyższe robił autor: 1-o na dzieciach, uwzględniając ich wiek, położenie, zajęcia (szkoła i odpoczynek); 2-o na żołnierzach, gdzie brał również pod uwagę czynności ich, czy odpoczynek, oraz rodzaj ich zajęcia. Wypadło z bardzo licznych doświadczeń, że białkomocz jest częstszym u dzieci uczęszczających do szkół, niż u żołnierzy, że praca umysłowa sprzyja mu bardziej, niż fizyczna, i że niedobre warunki higieniczne (zaduszone powietrze, brak ruchu itd. gorzej wpływają na nerki niż nadmierna praca fizyczna. (*Dusert., Petersburg, 1894.*

W. M.

44. **O ujemnem ubocznem działaniu antipiryny, fenacetyny i antyfibryny.** Szerokie rozpowszechnienie trzech wyżej pomienionych środków leczniczych tłoczy nam, dlaczego tak często dochodzą nas z rozmaitych stron doniesienia o ujemnem ubocznem ich działaniu, a nawet o przypadkach śmierci spowodowanych temi lekami. Dla dokładnego zbadania tej kwestyi oraz krytycznego rozpatrzenia pojedynczych spostrzeżeń wyznaczyła British medical Association własny komitet, który w *British med Journal* z 13 Stycznia 1894 r. zdaje sprawozdanie z czynności swoich.

O antipirynie zebrano 220 sprawozdań bardzo obszernych. Stosowano ją jako antifebrile i analgeticum. Z liczby 220 sprawozdawców tylko 34 widziało poważniejsze zaburzenia po zastosowaniu tego środka, mianowicie wysypki, zaburzenia ze strony ustroju nerwowego oraz naczyniowego. Ujemne działanie występowało w tych tylko przypadkach, gdzie lekarze od dużych dawek antipirynę stosować zaczęli, ci zaś ze sprawozdawców, którzy ją stopniowo małemi dawkami podawali ubocznego ujemnego działania antipiryny nie widywali. Z faktu tego można wyciągnąć wniosek, że nie środek sam przez się jest przyczyną wspomnianych zaburzeń, lecz zbyt wysoka dawka jednorazowa; jako dawka początkowa najwłaściwszą zdaje się być 0,6 grm.

O antyfibrynie zebrano znacznie mniej sprawozdań aniżeli o antipirynie. Widocznie środek ten jest mniej używanym. Natomiast liczba przypadków, w których działanie uboczne wystąpiło, jest znacznie wyższą, przytem i objawy są cięższe. Zapaść śmiertelna oraz silna sinica nie należą do rzadkości. Wysokość dawki nie odgrywa tu takiego znaczenia jak przy antipirynie; zaburzenia te występują i po małych dawkach. Oznaczając przeciętną dawkę antipiryny na 0,6 grm, musimy dla antyfibryny przyjąć 0,12.

Spostrzeżenia nad działaniem fenacetyny są jeszcze liczniejsze od spostrzeżeń nad antipiryną. Szczególniej jako antineuralgicum często bywa zalecaną. W siedmiu tylko przypadkach spostrzeżono ujemne uboczne działanie, z tych w trzech były objawy cięższe. Co do dawek początkowych autorzy nie są w zgodzie ze sobą, jedni oznaczają pierwszą dawkę na 0,3 grm., inni znowu na 0,5—0,6 grm.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń można trzy te środki ze względu na niebezpieczeństwo jakie przedstawiają, w następujący sposób zgrupować: fenacetyna, antipiryna i antifebryna. Zatem z ostatnim z tych środków trzeba być najostrożniejszym.

H. Kucharzewski.

45. Dr. Hedderich proponuje **nowy środek hemostatyczny — ferripyryne**. Jest to sól podwójna chlorku żelaza i antipiryryny $Fe_2 Cl_6 C_{11} H_{12} N_2 O_3$). Jest to proszek pomarańczowo-czerwony łatwo rozpuszczalny w wodzie. Używa się w roztworze 18—20⁰/₀ lub w postaci proszku. Prof. Jurasz używał tego środka głównie w chorobach nosa. Według niego środek omawiany wcale nie działa żrąco na błonę śluzową a posiada tylko własności tamowania krwi, błona śluzowa zabarwia się nieco na żółto. Dr. Witkowski używał tego środka jako tamującego krwotoki wewnętrzne per os, w dawkach po 0,5, podobno z dobrym skutkiem. Nadto stosowano go w tryprze z dobrym jakoby wynikiem. W tym ostatnim razie stosowano 1—1,5⁰/₀ roztwory wodne do wstrzykiwań w cewkę. (Munch. Med. Woch. Nr. 1).

J. Z.

46. Brunatne **plamy od azotanu srebra**, tak często zdarzające się u lekarzów **na ubraniu**, zwłaszcza po stosowaniu lapisu w leczeniu miejscowem (dermatologija, urologija i t. p.), można całkowicie i bez szkody dla ubrania usunąć sposobem następującym: miejsce splamione dobrze zmoczyć roztworem jodku potasu i po wysuszeniu wyprać dokładnie powstałą plamę jodku srebra w roztworze natrii hyposulfurosi. Plama od azotanu srebra znika też po zmoczeniu cyjankiem potasu i dokładnem wypraniu w wodzie, ale obawa zatrucia i występująca niekiedy rozlana zmiana zabarwienia na ubraniu mniej polecają ten drugi sposób, jakkolwiek w wykonaniu szybszy od pierwszego. (Monatshefte f. prakt. Dermatol. 1994, 9).

J. D. G.

47. Dr. Beclère, badając **wpływ soku gruczołu tarczowego** na małpie, przyszedł do wniosku, że działa on na **serce** osłabiająco, z tego względu zaleca ostrożność w stosowaniu tego środka, szczególnie w początkach. (Société des Hopiteaux 18, 1895 r.).

48. Ciekawy komunikat zrobił na jednym z *posiedzeń Berlińskiego Towarzystwa Laryngologicznego* Dr. E. Meyer. 13 Lutego r. z. został on zawezwany do małej dziewczynki, która od 9-go skarżyła się na ból gardła. Zbadawszy chorą, lekarz przyszedł do wniosku, że ma do czynienia z **angina lacunaris**. Tego samego wieczoru 13 letni brat chorej również na to samo cierpienie zachorował. Z wywiadów dowiedział się lekarz, że dziewczyna przyjmowała udział w pewnej uroczystości w jednym z miejscowych hoteli. W trzy dni potem t. j. 9-go z 28 uczestniczek zachorowało 3 na ciężką błonicę (z których dwie wkrótce zmarły) 5 zaś na angina lacunaris. Anginy te przebiegały bez najmniejszych powikłań.

Dr. Meyer w swoich dwóch przypadkach dokonał badania bakteriologicznego i znalazł u dziewczynki laseczniki błonicowe w czy-

stej hodowli, u chłopca zaś prócz laseczników Löfflerowskich znalazły się paciorkowce. Wykryto i źródło infekcyi: jedno z dzieci właściciela hotelu chorowało na błonicę i po czterech dniach zmarło.

Jeden z gości hotelowych, który w zupełnie innej sali restauracyjnej tegoż wieczoru wczorzą spożywał, również 9-go zapadł na błonicę i zmarł po czterech dniach. Spostrzeżenie to jest bardzo ciekawem: 1-o że we wszystkich przypadkach okres wylegania trwał 3 dni, 2-o że ta sama infekcyja błonicowa u jednych osobników wywołała błonicę u drugich zaś niewinną anginę lakunarną. (Berl. K. Woch. Nr. 3, 1895).

H. Kucharzewski.

49. **Lubliński.** (Ueber eine Nachwirkung bei Behandlung der Diphtherie) (Deutsch. med. Woch. Nr. 45, 94 r.)

W sredniego natężenia przypadku dyfterytu gardzieli i nosa trzykrotnie zastosowano surowicę Behringa u dziecka 8 letniego. Na miejscach iniekcji powstały bolesne zaczerwienienia; w 10 dni po pierwszej iniekcji w czasie rekonwalescencji zjawilo się erythema exsudativum multiforme, silna gorączka dochodząca do 40, 0/0 silne bóle w stawach. Objawy te frwały w ciągu tygodnia. Dziecko wyzdrowiało.

J. Bączkiewicz.

50. Dr. V. Cnyrim w Nr. 48 r. 94. Deutsche med. Wochenschr. opisuje 2 przypadki następczych cierpień po zastosowaniu surowicy Behringa.

2 Lekarzom jednocześnie zastosowano surowicę, objawy dyfterytyczne szybko ustąpiły; w kilka dni później zjawila się urticaria, st. gorączkowy o przebiegu nieprawidłowym z jednoczesnem brzmieniem gruczołów limfatycznych, nadto towarzyszyły silne bóle w stawach oraz mięśniach, objawy nerwowe, bolesność nerwów na ucisk, parestezje, strzelające bóle w kończynach. Białka w moczu nie znaleziono. Rekonwalescencja długa, powrót do sił powolny. (Zwei Fälle von Erkrankung nach Anwendung des Diphtherieheilserums).

J. Bączkiewicz.

00. W Nr. 2 Deutsche med. Wochenschr. b. r. Dr. Goebel opisuje **przypadek recydywy dyfterytu po kuracyi surowicą Behringa.**

U dziecka 2 letniego wystąpiły objawy dyfterytu gardzieli a następnie objawy zwężenia krtani. W 40 godzin od początku choroby zastrzyknięto surowicę Nr. 3 (1500 jednostek immunizacyjnych). Na pół godziny przed tem z powodu groźnych objawów zaduszenia wykonano tracheotomia inferior. Wobec ciężkiego przebiegu choroby stosowano inhalacje z kw. salicylowego, iniekcye oleju kamforowego et Tr Moschi, kąpiele letnie z zimnemi oblewaniem. Dziecko zachorowało 22 Października, od 5 Listopada do 1 Grudnia rekonwalescencya; 1 Grudnia znów stan apatyczny, następnie gorączka, naloty na migdałach, kaszel krupowy; zastosowano kąpiele letnie z oblewaniem, kompres rozgrzewający na szyję, zastrzyknięto surowicę Nr. 2 (1000 jednostek). Następnego dnia groźniejsze objawy zwężenia krtani; zastrzyknięto znów surowicę Nr. 1 (600 jednostek). Od 7 Grudnia po

prawa, naloty zginęły dopiero 12 Grudnia. Białkococz miał miejsce przy pierwszym zachorowaniu. Badanie bakteryologiczne błon, jak przy pierwszym zachorowaniu tak i przy recydywie, wykazało laseczniki Löfflera. Nadto hodowle lasecznika z błon przy recydywie zastrzyknięte świnkom morskim wywołały ich śmierć i charakterystyczne zmiany w organach, wywoływane zwykle lasecznikiem Löfflera.

W powyższym przypadku 40 dnia po pierwszym zastosowaniu surowicy nastąpiła recydywa. Autor w krótkości opisuje drugi przypadek recydywy dyfterytu, jaka miała miejsce 28 dnia po zastosowaniu surowicy Behringa. Przypadek ten jednak nie był dokładnie (jak to sam autor zaznacza) badany pod względem bakteryologicznym.

J. Bączkiewicz.

52. Dr. Rabinowicz opisuje ciekawy przypadek **wąblowca oczodołu** (*echinoccus orbitae*). Do szpitala w Odessie przybyła włościanka uskarżająca się na silne bóle w lewym oku, połączone z wysadzeniem gałki i zupełną utratą wzroku; prawe oko zdrowe zupełnie.

Badanie wykazało co następuje: znaczne wysadzenie gałki ocznej w kierunku ku górze i ku wewnątrz; rogówka zmętniała, co badanie dna ocznego znacznie utrudnia, odczyn źrenicy prawie zniesiony, ku dołowi i ku zewnątrz pod łącznicą gałki i powiek wyczuwa się dość twarde i nieruchomy guz. Przez nakłócie guza otrzymano białawy płyn, zawierający dużą ilość chlorku sodu; białka i kwasu burzynowego w badanym płynie nie znaleziono. Po nacięciu i oddzieleniu leżącej nad guzem łącznicy ujrano włóknisty worek, silnie zrośnięty z otaczającymi tkankami i zawierający biały pęcherz wielkości prawie gołębiego jaja, przy zmianie opatrunku znaleziono jeszcze jeden okrągły pęcheczek wielkości orzecha. Ściany pęcherzy posiadały, jak wykazało badanie drobnowidzowe, budowę warstwowatą właściwą pęcherzom wąblowcowym; główek i haczyków nie znalazło, co dowodzi iż miano w danym wypadku do czynienia z t. z. acefalocystą. Dzięki operacji gałka oczna zajęła prawidłowe położenie w oczodole i wzrok został częściowo przywrócony.

Wąblowiec oczodołu jest wielką rzadkością; w literaturze opisano dotychczas tylko 37 przypadków. (Južno-russkaja medicinskaja gazeta, 1894 Nr. 52).

J. Brunner.

53. Galliard na pos. lek. szpit. w Paryżu z d. 18 z. m. mówi o **wpływie żółci na wąblowce**. Jak wiadomo w większości wypadków wąblowiec ginie po dostaniu się doń żółci, nie zawsze jednak tak bywa, jak tego dowodzi przypadek G., w którym mimo niewątpliwego dostania się żółci do wąblowca (próbne uklucie) rozwijał się on dalej.

J. Z

54. Dr. Gruzdiev na 11 obserwowanych przez siebie przypadków **angina pectoris** 9 przypisuje **zaburzeniom żółdkowym**. Nadto nie różni się od zwykłego, obok jednak objawów klasycznych występuje wyraźnie ból w nadbrzuszu. Cały napad ustępuje niekiedy szybko po wymiotach. W 2-ch przypadkach po przepłókiwaniu żo-

ładka, w I po wywołaniu wymiotów napad ustał natychmiast. Dr. H. radzi zwracać uwagę na wzdęcie brzucha, bóle w nadbrzuszu w czasie napadów anginae pect. i w odpowiednich przypadkach stosować, obok środków zapobiegawczych, mających na celu leczeniu zaburzeń żołądkowych, przepłókiwanie żołądka. (Presse méd. 1895 r.).

J. Z.

55. Klemperer, demonstrując na pos. Tow. berl. z d. 21 z. m. preparat raka wątroby, powiedział słów parę o **wartości rozpoznawczej kwasu mlecznego w żołądku**. Autor zgadza się na pogląd Boasa, że kw. mleczny w zawartości żołądka może służyć za podstawę do przyjęcia w danym przypadku nowotworu złośliwego żołądka i sam w kilkunastu przypadkach raka rzeczywiście zawsze kw. mleczny w zawartości znajdował, ale jednocześnie nadmienia, że obecność kw. mlecznego nie jest wogóle wykluczona tam, gdzie są warunki dla zastojów pokarmów.

J. Z.

56. Na pos. biolog. w Paryżu 19/1 r. b. dr. Lapique zdawał sprawę z **analizy wątroby u płodu donoszonego** i przekonał się, że ilość zawartego w niej t. z. zapasowego żelaza jest bardzo mała czyli, że rzecz ma się wprost przeciwnie do tego, co widzimy u psów, cieląt i królików. (Progr. med. 4, 95).

J. Z.

57. W Londynie niejednokrotnie spostrzegano, że **użycie ostryg powodowało tyfus**. Sir Williams Broadbent padaje w Brit. Med. Jour. kilka przypadków tyfusu, w których wspomniana przyczyna najmniejszej nie ulegała wątpliwości. W Dublinie od dawna na tę okoliczność zwrócono już uwagę.

58. Na pos. biol. w Paryżu z d. 19 z. m. dr. Marine See zdawał sprawę z obserwowanej przez siebie **polyuria essentialis** u dwóch braci. Ilość moczu dochodziła do 28 litrów dziennie. Po śmierci stwierdzono obrzęk i rozsianie wycyzynienia na wysokości bulbus. (Progr. Med. 4, 1895).

J. Z.

59. F. Bähr stara się przedstawić w nowem świetle kwestyę **poprzecznych złamań rzepki**. Dotychczas składano całą wiać na karb mięśnia czworogłowego, który skurczem swym przy zgiętem kolanie rozrywać miał rzepkę w kierunku poprzecznym. Zdaniem autora, objaśnienie to bynajmniej nie jest zadawalniające, gdyż w takim razie złamania musiałyby mieć miejsce w górnej połowie rzepki, podczas gdy zdarzają się one przeważnie na linii środkowej lub poniżej.

Autor objaśnia rzecz całą w sposób następujący. Podczas grożącego upadku osobnik padający stara się wyprostować zgięte kolano, przyczem mięsień czworogłowy silnie przyciąga rzepkę do bloka. Przesunięcie rzepki ku górze jest tem samym utrudnione, czemu sprzyja jeszcze i ta okoliczność, iż poprzeczna bloka, zmniejsza się w kierunku ku górze, podczas gdy rzepka najszerszą jest pośrodku. Wówczas, to jest w chwili silnego przylegania górnej części rzepki do bloka, następuje, jak to zwykle bywa przy upadku, nagle zgięcie w sta-

wie kolanowym. Najsilniejszemu wtedy napięcia ulegnie więz rzepkowy dolny (lig. patellare), który, dzięki swojej krzepkości, odrywa mniejszą lub większą część dolnej albo raczej nie podpartej połowy rzepki (Münchener Medic. Wochenschrift, 1895 Nr. 3). *J. Brunner.*

60. Dr. Hermann Stillmark na podstawie 7-iu przypadków **pryszczycy chirurgów** (eczema chirurgorum) wyprowadza wnioski następujące:

1) Wszystkie zazwyczaj używane środki antyseptyczne (kwas karbolowy, jodoform, sublimat, kwas borny, kreolina, lysol, kwas salicylowy, tymol) są w stanie wywołać rozmaite postacie zapalenia skóry.

2) Objawy podrażnienia dawały się zauważyć zwykle po 12—24 godzinach; pierwszy napad choroby uszypował po upływie $3\frac{1}{2}$ dni do $2\frac{1}{2}$ miesięcy; powroty zdarzały się często, niekiedy w ilości 30 w ciągu roku.

3) Pryszczycza występuje nie tylko na rękach, ale i na innych częściach ciała.

4) Następujące środki stosowano przeciw pryszczycy z mniejszym lub większym pożytkiem: ciepły kwas borny, 15⁰/₀ roztwór tiolu, boroglicerynę (Acidi borici 2,0, Aq. destil., Glycerini aa 50,0), okłady lodowe, puder z krochmalu, bismut z wazeliną i t. p.; poleca się również używanie gumowych rękawiczek przy mniejszych operacjach i zmianie opatrunków. (St. Petersburger Medicinische Wochen., 1894 Nr. 51). *J. Brunner.*

BIBLIOGRAFIJA.

Janowski Wł. **Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi w Berlinie i w Paryżu.** (Warszawa, 1894. odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyę Gazety lekarskiej Serya VI, Zeszyt 12; Str. 55.

Delegowany zagranicę dla zaznajomienia się ze szczegółami seroterapii błonicy, autor u obydwoch źródeł, w Berlinie i w Paryżu, wejrzał we wszystkie drobiazgi zarówno fabrykacyi surowicy, jak i praktycznego jej stosowania, i w sprawozdaniu swojem zaznajamia czytelnika ze wszystkimi wynikami swoich studyów.

U pierwszego źródła, w Berlinie, widział J. dwa odmienne sposoby fabrykacyi surowicy: sposób Behringa i sposób Aronsona. Opisuje też szczegółowo procedury każdego z nich, zestawia je, wskazuje na czem polegają różnice. Obok fabrykacyi badań autor również i stosowanie kliniczne nowego leku i dzieli się z czytelnikami swojemi wrażeniami klinicznymi, stanowiącemi wynik obserwacyi stu przeszło kuracyj.

Z Berlina J. podążył do Paryża; opisuje procedury Roux w instytucie Pasteura i wyniki leczenia jego surowicą, które spozstrzegał w szpitalu „Trousseau“ i „des Enfants malades“. Szczególny nacisk kładzie autor przytem na wybitne różnice postępowania niemieckiego i francuzkiego przy otrzymywaniu surowicy i określaniu jej siły leczniczej. Ogólne wrażenie, jakie wyniósł autor, jest dodatnie: a surowica krwi wpływa niewątpliwie pomyślnie na przebieg błonicy w znacznej części przypadków“ mówi on i wniosek ten papiera cyframi tak wymownemi, że najbardziej nawet sceptycznie usposobiony czytelnik chętnie się pod nim podpisze. *J. Steinhaus.*

Wyszedł z druku zeszyt 2-i tomu II-go „Przeglądu chirurgicznego“. Obejmuje 6 prac oryginalnych, z których jedna napisana jest przez krakowskiego jubilata, prof. A. Obalińskiego, a dwie pochodzą z oddziału redaktora „Przeglądu“. Na szczególne uzględnienie zasługują prace kol. Groslika p. t. „Aseptyka w katetyzowaniu“. Jest to rzecz obszerna, oparta na szeregu własnych systematycznych badań bakteriologicznych, prowadzonych w pracowni, istniejącej przy oddziale kol. Krajewskiego. Praca ta niewątpliwie zająć może poważne miejsce nie tylko w naszym, lecz i w obcym piśmiennictwie.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Dnia 12 b. m. odbyło się w Tow. lekarskiem Warsz. uroczyste posiedzenie, poświęcone ś. p. prof. Dr. Szokalskiemu. Przemawiał prezes Dr. Baranowski, koledzy Dobrzycki i Gepner (ojciec), zaznaczając wysokie zasługi ś. p. Szokalskiego dla Towarzystwa Lekarskiego, Oftalmologii i nauki wogóle.

Tegoż dnia o 11 g. miała miejsce msza w kościele Ś-go Aleksandra, gdzie postawiony został biust nieboszczyka.

— Prof. Wł. Brodowski, sekretarz stały Warsz. Towarz. Lekarskiego, z decyzji ministeryum oświaty otrzymał tytuł zasłużonego profesora Uniwersytetu Warszawskiego.

— Prof. Lambl obchodził w końcu roku zeszłego 70 letnią rocznicę urodzin. W Pradze Czeskiej obchodzono w kołach uniwersyteckich i lekarskich dzień ten uroczystie, a pisma czeskie podały podobiznę jubilata i życiorys. Prof. Lambl przed niedawnym czasem ofiarował 20000 rs. na stypendyja dla studentów Prągskich.

— Od dawna na szpaltach pism codziennych spotykamy utyskiwania nad brakiem pomocy lekarskiej w noc. Niejednokrotnie też

ze strony tej prasy czytaliśmy nawoływania, a nawet projekty urządzenia takich stacyj nocnych na wzór miast zagranicznych, wszelkie jednak usiłowania w tym kierunku rozbiły się o odmowę ze strony magistratu, który sprawę tę wziąć powinien w swoje ręce i kwestyę odrazu postawić na gruncie nie dopuszczającym niezadowolonia stron obu: lekarzy, którzy budzeni nocą narażeni są na wyzysk, i publiczności, która ma prawo wymagać szybkiej i skutecznej pomocy lekarskiej.

W rzeczywistości potrzeba nocnych dyżurów lekarskich wogóle zdaje się nam problematyczną, gdyż trudno przypuścić, aby na pomocy zbywało tam, gdzie jest 600 lekarzy, rozrzuconych dziś po całym mieście, w najmniej nawet ludnych jego dzielnicach. Z tem wszystkim jednak urządzenie takich stacyj uważamy za potrzebne z tego względu, że publiczność powiadomiona o ich istnieniu, w razach nagłych może udawać się o pomoc lekarską odrazu, i na pewno.

To też z przyjemnością wyczytaliśmy w pismach o otwarciu takiej stacyi przy ulicy Brackiej, a widzimy, że myśl ta przyjęła się wśród najmłodszej generacyi lekarzy, bo oprócz tej pierwszej stacyi otwarto dwie inne: jedną przy aptece W. Karpińskiego przy ul. Elektoralnej, drugą przy aptece p. Jarnuszkiewicza na Nowym Świecie. Obie ostatnie stacye zaczęły funkcyonować z początkiem b. m. i po zasięgnięciu informacji u źródła mamy możność ujawnić ich organizacyę. W każdej aptece kolejno dyżuruje lekarz, zaopatrzone we wszelkie narzędzia potrzebne w razach nagłych, a więc w instrumenty chirurgiczne, akuszeryjne, zgłębnik żołądkowy, odtrutki gotowe i t. p. Obok tych stałych lekarzy zaproszono z pośród lekarzy okolicznych t. z. konsultantów z rozmaitych gałęzi medycyny, którzy zobowiązali się w razach nagłych a ciężkich udawać się na naradę z dyżurującym lekarzem. Dyżury zaczynają się o g. 9 wieczorem kończą się o g. 8-ej rano. Obok pomocy na mieście będzie udzielana pomoc na miejscu. Lekarzy należy 10.

Przyznać trzeba, że zarówno miejsce jak i organizacya tych stacyj jest bez zarzutu, przypomnieć jednak musimy, że próby dyżurów w aptekach już były robione i speszły na niczem z powodu... braku żadnych nocnej pomocy. Być może, że teraz przy znacznem powiększeniu się ludności nowa ta instytucya okaże się potrzebną. My ze swej strony życzymy nowej tej instytucyi powodzenia w interesie publiczności i lekarzy, którzy tę myśl podjęli.

— W Nr. 5 Gazety lekarskiej kol. Karniłowicz zwraca uwagę na brak miejsc w Tworkach. Umieszczenie chorych jest z braku wolnych miejsc, szczególniejsz na salach ogólnych, utrudnione, tembardziej że na całą guberniję Warszawską przeznaczono tam tylko 30 łózek. Brakowi temu rzeczywiście należałoby położyć tamę, tembardziej, że ludność Warszawy zwrasta corocznie, a takie fakty jak ogłoszony przez kol. Korniłowicza, mogą stać się przyczyną nader smutnych następstw. Żona konduktora tramwajowego, który przez dzień cały jest nieobecny

w domu, mieści się z trojgiem małych dzieci w jednym pokoju bez wszelkiej opieki, cierpiąc na ostry obłąd z halucynacjami, a mimo starań usilnych nie może z braku miejsca być umieszczoną w zakładzie. Poczóż więc zakład istnieje, jeśli ostrych postaci umieszczać w nim nie można.

— Kol. E. Zieliński otrzymał nagrodę konkursową imienia Helbicha za pracę „O enteroptozie Glénarda.

— Liczba studentów w Warszawskim Uniwersytecie w roku 1894—95 wynosi 883 (o 225 mniej niż w roku zeszłym), w tem medyków 455.

— W dniu 26-go Stycznia r. b. w szpitalu Dzieciątka Jezus otwarty został oddział dla leczenia chorych na blonicę surowicą krwi. Urządzony jest na 10, ew. 15 łóżek w oddzielnym gmachu, zajmowanym dawniej przez umysłowo chore kobiety. Na prowadzącego oddział wyznaczony został przez Radę Miejską członek naszej redakcyi, kolega Wł. Janowski.

— W szpitalu dla dzieci przy ul. Aleksandryi urządzone został analogiczny oddział pod kierownictwem kol. Malinowskiego.

— Takież oddział otworzony został w szpitalu dla dzieci starozakonných przy ul. Śliskiej; posiada 7 łóżek, ew. 10. Chorych do chwili obecnej było 10, zastrzykuje się surowicą Aronsona. Ordynatorem jest kolega Koral badania, bakteriologiczne pozostają pod kierunkiem kol. Janowskiego.

— *Trudności w otrzymywaniu surowicy leczniczej* w chwili obecnej już niema. Jak było do przewidzenia od końca bieżącego miesiąca można już będzie mieć dowolne ilości surowicy ze wszystkich trzech fabryk: z Höchst (Behringa), z fabryki Scheering'a (Aronsona) i z instytutu Pasteur'a (Roux). Wyplisywać można ją bezpośrednio z każdej z tych fabryk na następujących warunkach: 1 słoik Behringa Nr. II kosztuje 11 marek; zawiera, jak wiadomo 1000 jednostki uodporniających. Tę samą ilość jednostki zawiera słoik 20 centymetrowy surowicy Roux, który można sprowadzić z Paryża za 6 franków. Nadto ta sama ilość jednostki uodporniających znajduje się w 10 centymetrowym słoiku surowicy Aronsona, który od 16-go b. m. kosztować będzie już tylko 3,5 marki. W. J.

— Otrzymujemy następującą odezwę „Rolnika i Hodowcy“, którą dosłownie pomieszczamy.

Wielmożny Panie! Na liczne ządania szerokiego koła czytelników naszych (przeważnie ziemian), którzy się stale zwracają do nas z prośbą o wskazanie firm, przemysłowych i handlowych oraz W.W. Doktorów i Adwokatów m. Warszawy, postanowiliśmy zaprowadzić w Tygodniku naszym w **środku tekstu** pisma, stały **przewodnik Adresowy** firm, ułożony alfabetycznie na działy podług specjalności, gdzie obok nazwiska i adresu, będzie pomieszczone krótkie objaśnienie co dana firma wytwarza lub sprzedaje i t. p. (Jak brzmieć może to „i t. p.“ odnośnie do lekarzy i adwokatów? Przyp. Red. Kron). Nie wątpimy, iż dział ten może oddać prawdziwe usługi dla jednej i drugiej strony, usuwając osoby trzecie (faktorów), którzy gwoli osobistych zysków, rekomendują potrzebującym zrobić zamówienia lub kupno, najczęściej tylko aferzystów nie zaś prawdziwych i rze-

telych *Przemysłowców Kupców, Doktorów, Adwokatów i Rzemieślników*. Przedstawiając uwadze Wielmożnego Pana uprzejmię, prosimy o przysłanie do nas takiego adresu wraz z krótkim objaśnieniem Wielm. Pana dla pomieszczenia w Tygodniku naszym, tem bardziej iż cenę takowego anonisu względnie do ilości egzemplarzy, a zatem i poczytności pisma ustanowiliśmy **bardzo niską**; a mianowicie: za całoroczny t. j. 52 razy Rs. 16 półroczny czyli za 26 razy Rs. 9.

Odezwę tę pomieszczamy z tego względu, iż Redakcyja Rolnika i Hodowcy nie widzi, prawdopodobnie, różnicy między kupcami i rzemieślnikami a adwokatami i lekarzami. Są to, jej zdaniem, jednoznaczne fache, które ogłaszać się w jednakowy powinny sposób. Co na to powiedzą adwokaci, nie wiemy, my czujemy się w obowiązku gorąco przeciwko temu zaprotestować w imię godności naszego stanu.

Otrzymałmśmy następujące odezwy:

— Różni autorowie, przeważnie anglicy. (Elliot, Colburn, Fronthingham, Work, d'Abundo) wygłosili w ostatnich latach zdanie, że znaczna większość epileptyków posiada zboczenia refrakcyi oczów i że odpowiednia korekcyja owych zboczeń prawie zawsze usuwa epilepsyę. Pragnąc na jaknajliczniejszym materiale sprawdzić te twierdzenia, mające, jeżeli się okażą słusznymi, wielką doniosłość praktyczną, upraszam niniejszem wszystkich kolegów, mających w swojej opiece lekarskiej epileptyków o łaskawe skierowanie ich z odpowiednią notatką do ambulatoryum bezpłatnego przy klinice oftalmicznej (ul. Smolna) dla zbadania stanu ich oczów, ewentualnie, przepisania odpowiednich szkiele. Wszystkie pisma lekarskie miejscowe uprzejmię prosimy o przedrukowanie niniejszej odezwy. S. Cetnarowicz i I. Steinhauz, ordynatorzy kliniki oftalm.

— Autorzy, życzący sobie, aby ich prace polskie z zakresu Ogólnej przemiany materyi, Fizyologii i Patologii przewodu pokarmowego, jakoteż Dyagnostyki i Terapii chorób żołądka, kiszek, wątroby i trzustki, referowane były w nowopowstającym Archiwie: „*Archiv für Verdauungskrankheiten*“ Boas'a z Berlina, zechcą łaskawie przesyłać odbitki prac swoich pod adresem: Warszawa, Orla 12, Dr. Ignacy Gröndzsch. Pierwszy referat zbiorowy dotyczyć będzie prac, które się ukazały w druku pomiędzy 1 Lipca a końcem 1894-go roku.

— Współredaktor naszego pisma kol. Józef Zawadzki został zaproszony na sprawozdawcę z piśmiennictwa lekarskiego polskiego do *Centralblatt für innere Medizin*. Z tego względu uprasza kolegów autorów prac oryginalnych z zakresu medycyny wewnętrznej i teoretycznej, o nadsyłanie pod jego adresem (Solna 21) lub na jego imię do Redakcyi *Kroniki* książek, broszur i odbitek. Inne pisma prozione są o powtórzenie tej odezwy.

— Na wiceprezesa Tow. przyj. nauk w Poznaniu wybrano prof. Wicherkiewicza, na redaktora D-ra H. Świąćckiego.

— Pani Aleksandra Foucher, z domu Wołowska, zapisała parzykiemu fakultetowi lekarskiemu sumę, której odsetki (1200 fr. rocznie) przeznaczone być mają na opłatę za lekcyę, egzamina i doktoryzację za dwóch studentów francuzów i 2 polaków. (Progr. Méd. 3).

— Departament dróg żelaznych oznaczył taryfę $\frac{3}{4}$ kop. od osoby i wiorsty bez podatku państwowego za przejazd wszelkimi pociągami dla lekarzy będących na służbie i udających się w interesach służbowych oraz dla pracujących przy nich felczerów.

— Prywatdocent sądowej medycyny w Wojennej Med. Akademii N. G. Uszinskij naznaczony został na profesora ogólnej patologii w Uniwersytecie Warszawskim. (J. R. M. G. 3.)

— Zdaje się, że myśl używania jednego tylko języka na rozprawach zjazdów międzynarodowych znajduje uznanie powszechne. Do dawniej już zaznaczonych głosów prasy lekarskiej niemieckiej i angielskiej przybywa włoska (Lo Sperimentale) i hiszpańska (Dr. Santinon). Tym czasem, jak donosi Petersburski Wracz (3), podobno Zarząd przyszłego zjazdu w Moskwie (w r. 1897) zdecydował przyjąć 2 języki: francuzki i niemiecki. Zgadza się z Wraczem, że albo jeden albo już kilka języków, dla czego by wtedy np. angielski nie mógł być w użyciu.

— Jak donoszą pisma codzienne projekt zastosowania nowej ustawy w szpitalach Warszawskich, opracowany przez komisję powołaną przez p. inspektora szpitali, nie uzyskał zatwierdzenia.

— Saratowskie Towarzystwo Sanitarne po wysłuchaniu referatu A. W. Mikłaszewskiego o nowej ustawie szpitalnej jednogłośnie wydało następującą opinię: 1) nowa ustawa lekarska w wysokim stopniu zmniejsza działalność organów samorządu (ziemskiego), odmawiając mu kompetencji, 2) powiększa rozchody na leczenie przez postanowienia nadsyłanie z góry i utrudnia jego wykonywanie, 3) wprowadza nadmierną formalistykę i wkłada na lekarzy masę roboty kancelaryjnej, 4) przeszkadza decentralizacji ziemskiej medycyny, 5) może dawać wiele powodów do nieporozumienia między personelem lekarskim i zarządem ziemstwa. W końcu p. M. zgadza się ze zdaniem prof. Kapustina, wypowiedzianem zanim jeszcze ustawa została zatwierdzoną, że stanie się ona hamulcem dla rozwoju ziemskiej medycyny. (Wracz 3).

— W Symbirsku, jak również w innych miejscowościach, uwydatniły się znaczne różnice w sposobach pojmowania nowej ustawy ze strony ziemstw z jednej strony, a pp. inspektorów szpitalnych z drugiej. Zarząd ziemstw twierdzi, że ustawa rozszerza się tylko na miejskie szpitale, a inspektorzy twierdzą, że i na sielskie. Ponieważ z ostatnich wiele istnieje tylko z ofiar osób prywatnych, są obawy, czy w nowych warunkach egzystencya ich nie będzie poważnie zachwiana. (Wracz 3).

— Cholera ciągle jeszcze panuje w gub. Podolskiej i Taurydzkiej. W pierwszej od 1 do 7 Stycznia (s. st.) zachorowało 69, a zmarło 37 osób, w drugiej od 25 do 31 Grudnia (r. z. st. st.) zachorowało 26, zmarło 19 osób. (I. R. M. G.)

— Od pewnego czasu w prasie lekarskiej ruskiej spotykamy się z całym szeregiem artykułów polemicznych, broniących lub potę-

piających t. z. dwie szkoły kliniczne ruskie: Szkołę Botkina i Zacharjina. Nie wdając się w ocenę tych polemik, pozwolimy sobie tylko przytoczyć z artykułu *D. N. Żbankowa (Wracz N. 3 r. b.)* mowę profesora Uniwersytetu Jurjewskiego (Dorpackiego) Wasiljewa do studentów przy objęciu katedry chorób wewnętrznych. Mowa ta w swoim czasie była wydrukowana in extenso w *Mitauer Zeitung* z adnotacyą, iż redaktor oczekuje na zaprzeczenie prof. Wasiljewa i procesu o dyfamacyę; procesu nie było, dr. Żbankow więc zaznacza, iż ma prawo wierzyć w jej autentyczność.

Ponieważ tylko całość dać może pojęcie o zasadach, wygłoszonych w wykładzie prof. Wasiljewa przytaczamy ją w dosłownem tłumaczeniu:

„Nim przystąpię do działalności klinicznej, chciałbym dać Panom kilka rad praktycznych, które na teraz w części tylko mogą być dla was pożyteczne, ale, kiedy zaczniecie działalność życiową, mogą mieć później dla was znaczenie olbrzymie. Muszę uprzedzić przede wszystkim panów, że skoro osiądziecie jako lekarze gdziekolwiek bądź w mieście czy na wsi, wszyscy starsi lekarze będą się starać dyskredytować was i psuć wam opinię. Nie ma to jednak znaczenia, gdyż skoro publiczność to zauważy, praktyka cała przejdzie do was, a starsi lekarze nie będą mieli co robić. Zdarza się również, że starzy lekarze starają się dyskredytować studentów wyższych kursów, praktykujących, w czasie wakacyj za to, że przepisują nowe środki, nie znane starszym lekarzom. Co się dotyczy stosunków waszych do chorych samo się przez się rozumie, iż należy pozyskać ich poważanie. Osiągnąć to ostatnie możecie tylko przez to, że drogo będziecie brać za poradę. Żądajcie od każdego chorego po 10 rs. nigdy zaś 1 lub kilka rubli, w przeciwnym razie nie będą was wzywać jako ludzi chcących na pieniądze a i bez tego publiczność za takich lekarzy uważa. Skoro w sprawach pieniężnych trzymać się będziecie powyższej zasady chorzy będą patrzeć z szacunkiem (?) na wasze wiadomości lekarskie. Jeżeli kto nie może zapłacić takiego honorarium, leczcie go bezpłatnie, za co winien czuć dla was wdzięczność. Obok tego winniście imponować publiczności swoim sprawowaniem. Jako lekarze nigdy nie powinniście upijać się i włożyć do knajp; wogóle powinniście prowadzić się przyzwoicie, będąc nawet studentami. Kiedy byłem studentem, na uniwersytecie było 7 studentów, prowadzących się do tyła przyzwoicie że wszyscy mówili „to pewno starsi studenci“, a byli to zupełnie młodzi studenci. Nigdy nie powinniście przyjmować więcej niż 12 chorych dziennie. Są jednak lekarze, którzy przyjmują do 40 chorych dziennie, dostaną za to 100 rs. i kontenci. Jeżeli zaś wy będziecie leczyć 12 chorych według wygłoszonych przemnie zasad(!) to otrzymanie 120 rs. Kiedy obejmowałem klinikę tutejszą zastałem ją w złym stanie. Dzięki moim energicznemu staraniom staraniem doprowadzona została do porządku i dobrze oczyszczona. Poczóż kazałem to zrobić? W tym celu, abyscie, panowie, wcześniej przywykli do czystości w klinice

a i prócz tego dla chorych jest rzeczą zdrową jeżeli nie brną w brudzie. W krótkim już czasie wyjdzie rozporządzenie, że studenci medycyny wyższych kursów będą wysyłani w głąb państwa w czasie wakacyj na praktykę. Możecie tam dobrze nauczyć się po rusku, zastosować wasze wiadomości, a obok tego dobrze zarobić. Mianowanie odemnie będzie zależyć. Będę polecał tych tylko, którzy mówią po rusku, tych którzy pilnie uczęszczać będą na klinikę i będą pełni uczucia wdzięczności dla dyrektora kliniki“.

„I to profesor—pisze dr. Żbankow—wierny stronnik szkoły Zacharjina! Więc to na tem polega *czarujący realny humanizm* tej szkoły“.

Tyle dr. Zbankow, my podajemy rzecz całą bez komentarzy, zaznaczając tylko, iż miało to miejsce u schyłku 19 wieku i że prof. W. objął katedrę po prof. Unverricht'cie.

— Prywatny docent Akademii Lekarskiej w Petersburgu Dr. W. N. Sirotinin mianowany został profesorem patologii i terapii szczerzółkowej w tej że uczelni na miejsce zmarłego prof. Sokolowa.

— Charkowskie Tow. Lekarskie zebrało 1412 rs. na kursa lekarskie żeńskie w Petersburgu. (I. R. M. G. 4).

— Prof. N. Th. Wysockij donosi w liście do „Wracza“, że w otrzymanej z Höchst surowicy Behringa wykrył drobnoustroje zdolne do życia. (Wr. 2).

— W 1893—94 roku akademickim w akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu personel profesorski składał się z 5 akademików, 21 zwyczajnych i 11 nadzwyczajnych profesorów, 11 prosekatorów, 3 laborantów i 77 prywatdocentów, z których jednakże tylko 31 wykładało. Przykomenderowanych lekarzy dla dalszego kształcenia się było 48. Liczba słuchaczy wynosiła 578, stopień lekarski otrzymało 148. Liczba doktoryzacji wyniosła 126.

— W Styczniu obchodzili 25 jubileusz profesorowie Akad. lek. w Petersburgu książę Tarchan-Mourawow, Tarenecki i Kruglewski, w tym samym czasie obchodził 25-lecie zawodu lekarskiego honorowy lejb-medyk M. Szereszewski.

-- Na miejsce prof. ks. Tarchan-Mourawowa został mianowany sekretarzem Akademii prof. Pasternacki. Na miejsce prof. Sawarykina mianowany został prof. histologii w Akademii dr. Ławdowski.

— Zjazd internistów niemieckich odbędzie się 2—5 Kwietnia r. b. w Monachium. Prezesem zjazdu jest prof. Ziemssen. Zgłaszacze się należy do prof. Baeumler, Freiburg i. B.

Dotąd zostały zapowiedziane następujące kwestye do dyskusyi: referenci Dr. Quince i Bunge: *Leczenie żelazem*, referent Dr. Heubner: *Leczenie błonicy surowicą leczniczą*, referenci: Dr. Sahli i Helferich: *Patologija i terapija zapalenia kątnicy*. (Berl. Kl. W. 5).

— Kongres lekarski w Kalkucie, o którym wspominaliśmy w r. z. odbył się d. 24 Grudnia przy udziale przeszło 500 lekarzy. Po-

siedzenie otworzył wicekról. Harvey miał odczyt o postępach higieny w Hindostanie. Przed 20 laty śmiertelność w wojsku wynosiła $69\frac{0}{100}$ obecnie $15\frac{0}{100}$. Takie olbrzymie polepszenie odsetki świadczy o dobrodziejstwie zarządzeń higienicznych. Na posiedzeniu wypowiedziano liczne odczyty, omawiające stosunki lokalne.

— W Portugalji w m. Coimbrze odbędzie się 24 Marca zjazd poświęcony badaniu gruźlicy. Datę tę wybrano jako rocznicę dnia, w którym R. Koch ogłosił odkrycie lasecznika gruźliczego w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie. (Wr. 3).

— Tow. lek. w Charleroi ogłosiło konkurs na rozprawę: O niewłaściwości ogłoszeń lekarskich w pismach codziennych ze względu na godność stanu lekarskiego i interes chorych.

— W roku przyszłym we Florencyi ma się odbyć *kongres międzynarodowy pediatrów*; prezesem komitetu w Wiedniu został prof. Widerhofer, wiceprezesem prof. Monti.

— 6 kongres psychiatrów i neuropatologów francuzkich będzie miał miejsce w Bordeaux 1 Sierpnia r. b. Prezesem jest dr. Joffroy.

— Prof. Waldayer został wybrany na członka korespond. Petersb. Akad. nauk.

— Pr. Posselt obchodzi 25-lecie objęcia urzędu nacz. lekarza szpitala w Monachium.

— Prof. Otto Heubner dyrektor kliniki chorób dziecięcych w Charité w Berlinie mianowany został profesorem zwyczajnym. Katedra chorób dziecięcych w uniwersytetach pruskich była dotąd uważaną za rzecz poboczną, tak że poprzednik Heubner'a, senior niemieckich pediatrów sędziwy Henschel był tylko profesorem nadzwyczajnym. Dotąd dwa tylko uniwersytety pruskie (Berlin i Wrocław) mają kliniki pediatryczne. (St. Pet. M. W.).

— Prof. Finkler z Bonu nie przyjął ofiarowanej mu katedry higieny w Marburgu.

— Prof. Dr. Alb. Kossel, dyrektor oddziału w Berlińskim Instytucie fizyologicznym, powołany został na katedrę higieny do Marburga. Dotychczasowy zaś profesor higieny na Uniwersytecie Marburgskim Karol Frenkel obejmuje katedrę higieny w Hali po Behring'u, który opuszcza stanowisko profesorskie.

— Profesorowie Albert i Widerhofer mianowani zostali członkami Austryjskiej izby panów; oprócz wspomnianych profesorów ciała lekarskie posiada jeszcze dwóch przedstawicieli w izbie panów: Dr. v. Schneidera i prof. E. Ludwig'a.

— Zjazd *chirurgów niemieckich* (24 z rządu) odbędzie się w Berlinie 17—20 kwietnia r. b.

— *Kongres międzynarodowy ginekologów i akuszerów* odbędzie się we Wrześniu r. b. w Genewie. Kwestye podane do dyskusyi ogólnej są następujące: *leczenie drgawek porodowych, leczenie chirurgiczne zboczeń macicy, względna częstota zwiężeń miednicy u rozmaitych ras, najlepszy sposób szwu brzuszego w celu za-*

pobiegania wypadnięciu jelit, leczenie ropni miedniczych. (Rev. Int. Nr. 2).

— Na następcę von Helmholtz'a w Berlinie powołany został znanymi fizyk prof. Kohlrausch ze Strasburga.

— Prof. Siechenow będzie obchodzić w b. m. jubileusz 35 letniej działalności naukowej.

— W Wiedniu agituje się projekt wystawienia pomników Billrothowi, Skodzie i Rokitańskiemu, a w Berlinie Helmholtz'owi.

— Na pomnik Charcota w Paryżu zebrano 3500 fr.

— Jak donoszą pisma francuzkie subskrybcyja na surowicę wyniosła przeszło 600000 fr. we Francyi.

— Podobno niezadługo prof. Bujwid będzie mógł dostarczać krakowianom własnego wyrobu surowicy przeciwbłonicowej.

— Prof. Ferran z Barcelony i Babes z Bukaresztu ogłaszają teraz swoje pierwszeństwo co do odkrycia własności uodporniających krwi świnek morskich, szczepionych lasecznikami Loeffleur'a względem błonicy. Pierwszy z nich w r. 1890 opisał w swej pracy p. n. „Nota sobre la vaccination contra el envenenamiento difteritico agudo experimental“ i pracę tę w swoim czasie przesłał prof. Fränklowi, który prawdziwość tego stwierdza. Babes zaś w r. 1889 opisał sposób immunizacji w „Annales de l'Institut Pasteur“.

— Obok wymienionych powyżej: Dr. Richet i Hericourt zgłaszają się także co do pierwszeństwa o teorii uodporniania sztucznego. Powołują się pod tym względem na swój komunikat w Akad. lek. w Paryżu z 5/XI 1888 r. (Séance de l'Acad. de Méd. 29 I 95).

— Na posiedzeniu towarz. Antropologicznego w Paryżu dr. Manouvrier odczytał pracę dr. E. Dubois, lekarza holenderskiego w Batawie, o znalezieniu kości pośrodkowej między małpą antropoidną a człowiekiem. Dr. D. znalazł na Sumatrze czaszkę dobrze zachowaną a w nieznacznej odległości zęb i kość biodrową. Pomiarów czaszki i kości oraz rysunki ilustrują całość pracy, przyjętej na posiedzeniu z aplauzem. Doniosłość tego faktu dla teorii Darwina a właściwie Huxley'owskiego drzewa genealogicznego człowieka nie ulega wątpliwości, tem bardziej że brak faktów pozytywnych, które dowodziłyby stanu patologicznego czaszki; wiemy bowiem iż kilka sławnych dawniej w tym kierunku wykopalisk okazało się następnie zmienionymi chorobowo czaszkami.

— Rząd Wielkiej Brytanji otrzymał z opodatkowania tajnych środków lekarskich 43600 f. szt. w 1860, a 240000 w 1892 roku. Włochy, pomimo swego krytycznego położenia finansowego, uznały takie środki dochodów za nieodpowiadające godności państwa i zabroniły sprzedaży tajnych leków: (Br. med. G. Wr. 3).

— Londyńska „General Medical Council“ wykreśliła z listy lekarzy R. M. Theobolda ponieważ ten przetłómaczył książkę hr. Mattei „Medycyna elektrohomeopatyczna“ i zalecał środki Mattei'ego w swej praktyce. Leków tych zaś, jako tajnych, nie wolno stosować

w Anglii lekarzom aprobowanym przez Radę Generalną. (St. Peters. M. W. 4).

— O wspomnianym w przeszłym N-rze projekcie wprowadzenia w St. Zj. Ameryki Północnej ministryum zdrowia donosimy, iż wbrew oczekiwaniu, kongres uznał go za nie na czasie.

— W Glasgow. Clin. Soc. Dr. Duman wykazał na chorych wpływ pobytu w salach przewietrzanych powietrzem przemytem i przedczonem, bez udziału środków lekarskich. Poprawa (na 2 chorych) była widoczną. (Wr. 3).

— Miljoner amerykański Rockefeller, który nie dawno zrobił milionową dotację na rzecz Uniwersytetu w Chicago, świeżo znów przeznaczył na tę instytucję 875000 fr. (Pr. M. 5).

— Zmarły niedawno prof. W. Goodel z Filadelfii zapisał 50000 dol. wydziałowi lekarskiemu i 10000 szkole lekarskiej w tem mieście.

— Muzeum Army Medical Museum w Waszyngtonie zwiedzało w r. z. 50675 osób. Posiada ono 32269 okazów anatomicznych, z tych 10656 w oddziale patologii, 3569 anatomii opisowej, 12 histologii.

— Znana paryzka „L'Union médicale“ doczekawszy się 50 roku swego istnienia, uległa gruntownej zmianie. Z pisma wychodzącego 3 razy na tydzień, przemieniła się na tygodnik. Poprzednią swą niezwykle wysoką opłatę prenumeracyjną, 32 fr. rocznie, obniżyła do 5 fr. rocznie, zwiększając przytem rozmiary numeru. Redaktorem w r. b. jest Dr. Richardière, Redakcyja obiecuje kłaść główny nacisk na sprawozdania z posiedzeń rozmaitych towarzystw naukowych. Feljeton podpisany „Simplicissime“, nieraz b. dobry i cięty, będzie się pojawiał i nadal raz na miesiąc. Pierwsze NN. przedstawiają się b. dobrze i zawierają prace i sprawozdania dawnych współpracowników: E. Rochard, H. Chaput.

— Dr. Herman Weber złożył na ręce Royal College of Physicians w Londynie sumę 50000 marek, z której odsetki co 2 lub 3 lata mają być przeznaczane na nagrodę za najlepsze dzieło o gruźlicy. Prace konkursowe mogą omawiać etyologię, patologię, terapię lub też profilaktykę wspomnianej choroby. Fundusz ten ma nosić nazwę funduszu Edmunda Aleksandra Parkes'a dla uczczenia pamięci tego higienisty.

— W obecnem ministryum francuzkiem piastują teki dwaj lekarze Dr. Gadaud senator, minister rolnictwa i dr. Chautemps deputowany, minister kolonii, obydwaj uchodzą za powagi w zakresie nowych swych zajęć.

— Przed kilku tygodniami lord Rayleigh z prof. Ramsayem odkryli w powietrzu gaz nazwany przez nich argonem. Jest to 3-ci z głównych gazów powietrza i tem odznacza się od azotu, że jest gęstszy od niego, daje inne widmo i nie daje się utlenić. Skrapla się łatwo choć nieco trudniej od azotu. Odkrycie tego gazu w powietrzu pociągnąć musi za sobą sprawdzenie dawnych doświadczeń nad przemianą gazów w ustroju.

— W Newcastle (Anglja) odbył się kongres bezsenności. Do konkursu stanęło 12 współubiegających z których w ciągu 4 dni pierwszych pozostało na placu zaledwie $\frac{1}{4}$ część. 5-go dnia pozostał tylko jeden marynarz angielski, który nie spał jeszcze przez 2 doby. Tym sposobem zwycięzca nie spał zupełnie przez 7 dób, po tym jednak czasie ekscytacja doszła u niego do tego stopnia, że lekarze obawiali się o rozwinięcie się psychozy.

— Lyon méd. (Nr. 5) pisze: Do tej pory lekarze chciwi reklamy nie wychodzili po za pisuary i wygodki publiczne, obecnie przechodzą do teatru. Na kurtynie Teatru l'Eden obok ogłoszeń o piwie, pince nez etc widnieje duża karta wizytowa N. N. Docteur Médecin Spécialiste 25 années de pratique etc. Znamienne.

— W Niemczech wypito w ciągu roku od 1/IV 1892—31/III 1893 5,456,000,000 litrów piwa. (Hyg. Rund.).

— Zmarł prof. I. Gottstein znany laryngolog i otyjatra.

— W Marburgu zmarł nagle z powodu perityphlitis c. perforatione znany fizyolog, Prof. Ed. Külz.

— Zmarł w Ostrowiu na tyfus płamisty kol. *Jan Załęski*. Zmarły kończył gimnazjum w Warszawie w 1884 r., Uniwersytet Warszawski w 1891. Odnaczał się wysokim poczuciem koleżeństwa i z zaparciem siebie niósł pomoc chorym. Zaraziwszy się dudem płamistym od chorego padł ofiarą obowiązku. Pokój jego popiołom.

— Z nielicznej już dzisiaj gromadki b. wychowanców Akademii Wileńskiej ubył *Aleksander Przysański* w wieku lat 78, członek honorowy Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, lekarz komitetu policyjnego w Warszawie.

Urodzony w Warszawie 1817 roku, tu kończył szkoły, poczem w r. 1834 udał się do Akademii Wileńskiej i ukończył ją w r. 1839 jako lekarz pierwszej klasy. Pierwsze lata praktykował w Wilnie, Eyragolach i Rodszeniach. W r. 1863 skutkiem wypadków krajowych musiał opuścić miejsce pobytu i przebyć aż do r. 1869 w Troicku.

I tu wśród obcego społeczeństwa umiał zaskarbić sobie sympatyę i cieszył się wielkiem jako lekarz wzięciem, będąc współcześnie opiekunem wszystkich, komu mógł służyć wiedzą czy pomocą.

W r. 1869 wraca do kraju i otwiera w Warszawie pierwszy zakład kumysowy. Zakład ten przez czas długi pozostawał w jego ręku, a żywe słowa i artykuły jego pióra nie mało przyczyniły się do rozpowszechnienia u nas tego środka dyetetycznego.

W r. 1875 Przysański obejmuje obowiązki lekarza miejskiego w r. 1878 lekarza komitetu policyjnego i urząd ten spełnia do śmierci.

Oto garść faktów z życia ś. p. Przysańskiego, które jednak nie są zdolne scharakteryzować tej sympatycznej postaci.

Każdy z nas ma świeżo w pamięci jego sympatyczną twarz i jego zainteresowanie nauką do chwil ostatnich. Nie było posiedzenia w Towarzystwie lekarskiem, na którym nie byłby obecny. Zawsze

skromny, rzadko głos zabierał, a jeśli zabrał znać było, że myśl jego nie ustawała, ale że wciąż pracował umysł 70 letniego starca. To też Towarzystwo przed laty kilku, uznając jego zasługi dla kraju i działalność naukową, wybrało go, na członka honorowego.

Zmarły wszędzie, gdziekolwiek popchnęły go losy, zawsze umiał zachować takt i prawość wzorową, cała staromiejska dzielnica w której mieszkał oddawna, znała go wybornie z jego gotowości do niesienia pomocy i cichej, nie żądającej rozgłosu filantropii. Na stanowisku lekarza miejskiego i policyjnego umiał być zawsze tym samym i nieskazitelnym człowiekiem, jakim widzimy go na innych stanowiskach, i inię swoje, zasłużone krajowi, umiał do końca zachować w czystości.

Działalność jego naukową znajdujemy w rocznikach Tygodnika lekarskiego, Kliniki, Pom. tow. lek. i Gazety lekarskiej. W szczególności spis prac odsyłamy czytelnika do Słownika lekarzów polskich.

Pokój temu weteranowi naszej nauki i działalności, pokój za-cnemu obywatelowi kraju!

J. Z.

Nadesłano do Redakcyi.

Z. Dmochowski i Wł. Janowski: O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i o ropieniu przy tyfusie w ogólności. Odb. z XC tomu Pom. Tow. Lek.

M. Misiewicz: Poszukiwania kliniczne nad działaniem kapieli nasiadowych przy cierpieniach drog moczopłciowych i innych narządów jamy brzusznej; odb. z Now Lek.

W. Warman: *Asa foetida* in d. geburthülfl u. gynâkol. Praxis. Odb. z „Therap., Monatsh. 1894.

F. Leguen: o chirurgicznym leczeniu gruźlicznego zapalenia otrzewnej. Przełożył K. Niedzielski.

E. Biernacki: Afazyja w świetle badań współczesnych.

Odczyty kliniczne wyd. przez red. Gaz. Lek. ser. VI zeszyty 11 i 8—9.

Dr. Kucharzewski: Przypadek ostrej nosacizny u człowieka Odb. z Nowin Lek.

Prof. B. Wicherkiewicz: O leczeniu zakażenia oka powstałego po operacyach zaćm. Odb. z Now. Lek.

Prof. M. Zieniec: Beiträge zur Lehre vom Fieber Wien. Med. Pr. 1894.

Dr. D. Galotti De l'intubation du larynx dans la Cientél Odb. z Lyon Med. 1894.

Tenže: Heilserumtherapie bei Diphteritis Odb. z Med. Post

Tenše: Un caso di intubazione con permanenza d. cannula nella larynge p. l. spazio di 436 ore Odb. z „La Pediatria“.

L. Guranowski: Ein Fall v. Otitis media, nebst Bemerkung ü. tuberc Mittelohrafft. Odb. z Monatsch f. Ohrenheilk. 1894.

SPROSTOWANIE.

W N-rze I Kroniki na str. 7, przyp. 2-gi, zamiast Dr. Chelmańskiego, winno być Dr. Chelchowskiego.

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

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

— Ogłoszenia. —

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

Zakład leczniczy

zimnowodny

Giesshübl-Szczawa

pod Karlsbadem.

Picia wód, kąpiele mineralne, Stacja Klimatyczna i pokuracyjna.

Najlepszy napój dyjetetyczny i orzeźwiający.

Henryk Mattoni,
 Giesshübl, Karlsbad, Fancensbad
 Wiedeń, Budapeszt.

Kreozot posiada własności żrące, trujące!

natomiast

Węglan Creozotu

pozbawiony jest własności żrących i trujących

zawiera 92⁰/₀ kreozotu Ph. G. III chemicznie związanego kwasem węglanym i odznacza się czystymi własnościami leczniczymi Kreozotu, lecz bez jego szkodliwych następstw ubocznych; środek ten nie działa trująco, może być przeto przyjmowany całymi łyżeczkami. Jest to tłuszcz obojętny, bez zapachu i własności żrących, prawie bez smaku.

Dane z literatury i sposób użycia można otrzymać przez **D-ra F. von Heydena Następców w Radebeul przy Dreźnie.**

Sprzedaje się w głównych składach materiałów aptecznych i aptekach.

SUROWICA Behringa

z fabryki w Höchst

Szprycki do stosowania takowej nadeszły do apteki

KARPIŃSKIEGO

ulica Elektoralna Nr. 39.