

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Jak często u prostytutek,

uznanych za zdrowe,

trafiają się gonokoki i inne bakterye

w wydzielinie szyjki macicznej.

napisał Wł. Kopytowski.

Ordyn. szpit. Ś-go Łazarza.

Korzystając z obfitego materiału, jaki miałem pod ręką w zeszłym roku, przy prowadzeniu połowy oddziału dla chorych prostitutek w szpitalu Ś-go Łazarza, zbierałem u większości kobiet w dniu ich wypisania ze szpitala wydzielinę z szyjki macicy i następnie badałem ją pod drobnowidzem.

Za policyjnie zdrowe pod względem trypra były uznawane prostytutki w tym wypadku, jeżeli po przemyciu rano, na błonie śluzowej ich części płciowych nie było zmian widocznych, następnie, jeżeli przy ucisku palcem na kanał moczowy przed oddaniem moczu nie pokazywała się żadna wydzielina, nakoniec, jeżeli po założeniu zwierciadła macicznego wydzieliny z szyjki macicy albo brakło, albo była nieznaczna, śluzowa.

Badań, względnie preparatów, zrobiłem 163; z tych w 92 przypadkach był stwierdzony tryper klinicznie, w 71 zaś wypadku chore podlegały innym cierpieniom, i tryper, polegając na objawach klinicznych, nie był rozpoznany.

Wydzielinę z szyjki macicy dla moich badań zbierałem za każdym razem świeżo przepalonym drucikiem platynowym, zgiętym na końcu w małą pętliczkę, i zawartość jej, zaraz po zebraniu, rozprowadzałem na szkiełku pokrywkwowem. Po wyschnię-

ciu wydzieliny na szkiełku, przeprowadzałem je trzykrotnie nad lampką spirytusową. Do barwienia używałem błękitu metylenowego, podbarwiając preparaty eozyną. Każdy preparat był oglądany pod immersją.

Wydzielina z szyjki macicy przedstawiała się rozmaicie, zawsze jednak zawierała śluz, nabłonek, ciała ropne, a niekiedy i czerwone krążki krwi. Stosunek tych części składowych był bardzo różnorodny.

Nabłonek w większości wypadków występował pod postacią wielkich płaskich komórek, zawierających małe, okrągławe, słabo się barwiące jądra. Niekiedy nabłonek płaski (z pochwy) był widoczny pod postacią całych płatów, oddzielonych od zewnętrznych warstw błony śluzowej lub też, prawdopodobnie, pochodził z zewnętrznej powierzchni części pochwowej macicy.

Niekiedy na preparatach można było zauważyć komórki okrągłe i bardzo rzadko wałeczkowate, zawierające wielkie, mocno się barwiące jądra i mało zarodki. Komórki te należy zaliczyć do komórek wałeczkowatych błony śluzowej szyjki macicy. Twory te występowały w daleko mniejszej ilości, nigdy nie tworzyły całych płatów, prawie zawsze leżały albo pojedynczo, albo małenkimi kupkami po dwie, trzy razem. W komórkach wałeczkowatych niekiedy występowała nadzwyczaj wyraźnie siatka chromatyny, pod postacią cieniutkich żyłek, mocno zabarwionych błękitem metylenowym.

Ilość leukocytów była bardzo znaczną; niekiedy ciała ropne zajmowały całe pole widzenia drobnowidza; w innych wypadkach znajdowały się w mniejszej ilości, i niekiedy tylko można je było zauważyć pojedynczo rozsiane w śluzie. Leukocyty zawierały zawsze kilka jąder, rozmaitych kształtów, mocno się barwiących.

Śluz przedstawiał się pod postacią mas szklanych, słabo się barwiących. W niektórych preparatach zauważyć w nim można było niejasną budowę włóknistą.

Czerwone krążki krwi znajdowałem dość rzadko, i to przeważnie jeżeli badanie dokonane było zaraz po miesiączkowaniu, lub, jeżeli przy wyjmowaniu śluzu drucikiem platynowym, błona śluzowa szyjki macicy doznała powierzchownego obrażenia.

Bakterye znajdowałem nie zawsze, przynajmniej nie zawsze można je było wykryć pod mikroskopem. Na 92 wypadki, w których klinicznie rozpoznano trypra macicy, bakterye można było rozpoznać w 33 wypadkach. U 71 chorych, u których klinicznie trypra nie rozpoznano, bakterye znalazłem w 35 wypadkach.

Co się tyczy gonokoków, to w pierwszej grupie chorych znalazłem je w 9 wypadkach, z tych w dwóch w wielkiej ilości. W drugiej grupie chorych, na 71 przypadków, gonokoki znalazłem w 5 i u jednej tylko kobiety w znacznej ilości.

Inne bakterye, oprócz gonokoków, występowały w najrozmaitszej postaci: to pod postacią pałeczek rozmaitej długości i grubości, to pod postacią punkcików. Wzajemny stosunek ilości różnorodnych grup bakteryj określić się nie dał, wogóle jednak forma pałeczkowata bakteryj trafiała się częściej i w większej ilości, niż bakterye punkcikowe. W trzech, nakoniec, wypadkach znalazłem bakterye pałeczkowate, łączące się ze sobą i tworzące nici rozmaitej długości.

Jeżeli zestawimy wyżej podane cyfry i wyrazimy je w odsetkach, to znajdziemy, że kobiety, które świeżo przebyły trypra i znajdują się w pozornem zdrowiu, w śluzie szyjki macicy zawierają bakterye w 36⁰/₀ a gonokoki w 10⁰/₀. Kobiety, które na razie trypra nie przechodziły, zawierają w śluzie szyjki macicy różnorodne bakterye w 49⁰/₀, a gonokoki w 70⁰/₀.

Zestawiając w jedną grupę wszystkie moje wypadki, możemy przyjąć, że u prostytutek, uznanych policyjnie za zdrowe, gonokoki znajdują się w 8⁰/₀ a różnorodne bakterye bez gonokoków w 41⁰/₀.

Tak więc badania moje wykazują, że kobiety publiczne, wypisywane ze szpitala i uznane klinicznie za zdrowe pod względem trypra, są niemi tylko warunkowo. Gdybyśmy chcieli dla określenia zdrowia prostytutek, pod względem trypra, używać mikroskopu, a nawet tamponów, napojonych gliceryną i wyżętych, następnie zaś założonych na noc do pochwy aż do zetknięcia się z częścią pochwową macicy, to, prawdopodobnie, nie wiele znalazło by się kobiet publicznych, które by mogły wyjść ze szpitala.

Badania moje są tylko jednostronne, a więc niekompletne, ponieważ ograniczałem się jedynie do badania śluzu pod mikroskopem. Hodowli bakteryj z przyczyn odemnie nie zależnych

uskutecznić nie mogłem. Sądzę jednak, że użycie hodowli w wielu wypadkach, gdzie badanie mikroskopowe dało mi rezultaty ujemne przy poszukiwaniu gonokoków, dało by wyniki dodatnie, i że w skutek tego liczby podane przezemnie należy uważać za niższe od rzeczywistych.

II. Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc

za pomocą podgłośniowych (intratrachealnych) wstrzykiwań płynów antyseptycznych.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

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

(*Dokończenie*).

Obecnie przechodzę do uwag ogólnych, jakie następują powyższe obserwacje. Przedewszystkiem, co się tyczy strony technicznej danej metody, to polega ona na wstrzykiwaniu pod struny głosowe (podgłośnie), a więc przez tchawicę bezpośrednio do płuc płynów antyseptycznych. Wstrzykiwania takie wykonywają się przy pomocy specjalnej szprycy krtaniowej (resp. tchawicowej) pod kontrolą lusterka krtaniowego; czasami, acz rzadko, zdarzyć się może, że krtać tak wysoko jest umieszczoną, że po nacisku szpatlem nasady języka można zobaczyć gołym okiem górny brzeg nagłośni, wtedy, rzecz prosta, rękoczyn wykonać można zupełnie zadawalniająco nawet bez pomocy lusterka, jak to np. w jednym z moich przypadków miało miejsce. Wstrzykiwanie należy wykonywać podczas najgłębszego wdechu gdyż to ułatwia nam zadanie t. j. wprowadzenie zagiętego końca szprycy pod struny bez dotknięcia tych ostatnich, w ten sposób unikamy podrażnienia (kaszlu, skurczu krtani).

Z powyższego wynika, że metodę tę może stosować jedynie lekarz poskonale z techniką zabiegów endolaryngealnych ob-

znajmiony. Szprycy zwykle używałem Stoerkowskiej (zawartość 4 grm.) można jednak użyć szklanej z balonikiem gumowym pomysłu Moritza Schmidta z Frankfurtu lub innych.

W jakiej pozycji najlepiej wykonywać powyższe wstrzykiwania. Doświadczenie przekonało mnie, że najlepszą jest pozycja siedząca, która zarówno nam ułatwia wykonanie rękoczynu i jednocześnie dla chorych jest najdogodniejszą. Zwykle przytem przechylamy chorego na prawą lub lewą stronę, stosownie do tego do którego płuca mamy zamiar dany płyn wstrzyknąć. Jednakże nawet w bardzo ciężkich (in extremis) wypadkach można wykonać, iniekcye takie w pozycji leżącej na tym lub owym boku jak to np. miało miejsce w moich przypadkach. Wreszcie możliwą jest i półleżąca pozycja.

Ciekawą niezmiernie jest kwestya jak też chorzy znoszą takie wstrzykiwanie do płuc płynów antyseptycznych. A priori zdawałoby się, że najostrożniejsze nawet wlanie do tchawicy pewnej ilości, nawet najmniejszej płynu, zwłaszcza drażniącego (np. gwajakol) wywoła objawy silnego podrażnienia, a więc kaszlu, duszności, nawet skurczu, tem więcej, że iniekcye takie robią się zwykle bez uprzedniego znieczulenia kokainą.

A jednak rzecz się ma odwrotnie. W większości przypadków chorzy znoszą je nieźle, a czasami, jak dowodzą tego np. przypadki 1 i 7, po prostu zdumiewającą jest tolerancya niektórych chorych. Niejednokrotnie miałem sposobność demonstrować na powyższych chorych podgłośniowe wstrzykiwania płynów antyseptycznych wielu kolegom szpitalnym (Dr. Chelmoński etc.) którzy zdumieni byli po prostu, nie widząc częstokroć, absolutnie żadnych objawów podrażnienia (kaszlu etc.). Powyższy fakt niektórzy (Botey) usiłują wytłómaczyć małą czułością błony śluzowej dolnej części krtani i górnego odcinka tchawicy.

Nie zawsze jednak iniekcye takie bywają tak dobrze znoszone; często wywołują one mniej, lub więcej gwałtowny kaszel krztuszenie etc. Wogóle na zasadzie moich obserwacyj mogę utrzymywać, że ci chorzy, którzy wogóle źle się laryngoskopują, źle też znoszą i wstrzykiwania podgłośniowe. Zauważyłem też, co mnie niepomiernie zdziwiło, że wstrzykiwania te, dokonywane przez rurkę tracheotomijną (3 i 9 przyp.) były nierównie gorzej znoszone niż przez jamę ust do tchawicy. Fakt ten do pewnego

stopnia przeczyłby twierdzeniu Botey'a. Prawdopodobnie gra tu rolę podrażnienie błony śluzowej tchawicy, obecnością samejże rurki powodowane. Często oprócz kaszlu, duszności, krztuszenia się, jakie towarzyszą wstrzykiwaniom podgłośniowym, chorzy uskarżają się na uczucie palenia, pieczenia i to zawsze umiejscowionego w tej części klatki piersiowej, do której zrobiona została iniekcja. Palenie to często trwa i dłużej (kilka godzin), zwykle jednak ustępuje samo przez się, badanie przytem fizykalne nie wykazuje żadnych zmian. Po właniu mentolu chorzy chwalą sobie uczucie chłodu, jakiego doznają z tej lub owej strony. Wogóle przyznać muszę, że większość chorych (zwłaszcza kobiet) dość chętnie zgadza się na ten rękoczyn, niektórzy chorzy wprost domagają się tego, jak to miało miejsce w paru moich przypadkach.

Jako правило, wstrzykiwać należy powoli, kroplami, chociaż to więcej teoretycznie niż praktycznie jest wykonalne; po większej części, chcąc uniknąć krztuszenia się chorych, musimy akt tego wykonać jaknajprędzej i wstrzyknięcie całej ilości płynu przyspieszyć. Naturalnie, im lepiej chory znosi sam rękoczyn, tem dokładniej resp. wolniej można dany lek wstrzyknąć do tchawicy. Zaczynamy od mniejszych ilości: zwykle połowę szprycy Stoerkowskiej t. j. 2 grm. płynu i szybko zwiększamy dawkę do 4 grm. t. j. całą szprycę, którą to dozę uważam za dostateczną; parę razy (7 przyp.) sprobowałem (notabene był to przypadek wielkiej tolerancyi), wstrzyknąć 1½ i 2 szprycy t. j. dawkę 6 i 8 grm., chora jednak źle zniosła ten rękoczyn, wystąpiło silne klócie i palenie w stronie odpowiedniej. Wstrzykiwania dokonywałem zwykle co dzień, wyjątkowo tylko czyniłem przerwy przy silnych objawach podrażnienia etc.

Najwyższą ilość wstrzyknięć, jaką w moich przypadkach wykonałem, było 30 (przyp. 1, 2 i 3). Ilość tę uważam za dostateczną do ocenienia własności leczniczych danego środka.

Zamiarem moim jest przeprowadzić cały szereg doświadczeń nad działaniem tą drogą stosowanych różnych środków antyseptycznych, a więc, mentolu, gwajakolu (resp. kreozotu), salolu, balsamu peruwiańskiego etc. Dotąd zdążyłem jednak wypróbować dopiero parę środków, mianowicie mentol i gwajakol, wreszcie metylenblau tytułem próby w paru przypadkach (12 i 15).

Ten ostatni środek ostatniemi czasy bardzo zachwalany w zimnicy, stosowałem w 5⁰/₀ wodnym roztworze głównie w tym celu, ażeby się przekonać dzięki jego własnościom leczniczym o ile też przenika do miejsc chorobowo zmienionych. W tym celu stosowałem go (przyp. 12) w przypadku daleko posuniętej gruźlicy, prawie in extremis, ostatnie wstrzyknięcie dokonałem na 2 dni przed śmiercią, autopsya jednak ku mojemu zdziwieniu nie wykazała nigdzie ani śladu tego barwnika. Czyżby przypisać to należało niesłuchanie szybkiemu wchłanianiu tego barwnika przez żywe tkanki dróg oddechowych? Dodać winienem, że stale w przypadkach tych mocz a także płwocina były zabarwione na kolor zielonkawato niebieski.

Wogóle stosowanie środka tego, jako fatalnie walającego bieliznę, ręce etc. chorego i lekarza zawsze natrafiać będzie na przeszkodę.

Jak już wspomniałem wyżej, oprócz błękitu metylenowego stosowałem jeszcze i to przeważnie mentol sam (5 lub 10⁰/₀ roztwór w olejku migdałowym lub oliwie) lub też częściej jeszcze w połączeniu z gwajakolem w dwóch postaciach Nr. 1 (t. j. 1⁰/₀ gwajakolu i 5⁰/₀ mentolu) oraz Nr. 2 silniejszy (t. j. 5⁰/₀ gwajakolu i 10⁰/₀ mentolu). Wogóle więcej bym zalecał słabsze roztwory, gdyż łatwiej bywają znoszone. Z góry uprzedzić muszę, że mentol sam lub w połączeniu z jakim innym środkiem antyseptycznym uważam za najbardziej odpowiedni dla podgłośniowych wstrzykiwań, a to z następujących powodów: środek ten obok własności antyseptycznych dawno znanych (Rosenberg przed kilku jeszcze laty gorąco zalecał 20⁰/₀ roztwór mentolu w olejku miętowym w gruźlicy krtani¹), posiada jeszcze, co jest bardzo ważnem własności, znieczulające na błony śluzowe, wywołujące przyjemne uczucie chłodu. Zresztą i zapach tego środka jest dla większości chorych przyjemny. Wszystko to razem sprawia, że chorzy środek ten najchętniej i najlepiej znoszą. Już nieco gorzej znoszą go w połączeniu z gwajakolem,

¹) Jay (Thése 1894) w Paryżu również stosował z powodzeniem mentol w 5⁰/₀ roztworze w ilości 5 ctm. sz., jak to dowiedziałem się już po ukończeniu moich doświadczeń.

mającym mocny nie dla każdego przyjemny zapach. Kombinacje taką zalecali już niektórzy (M. Naught etc.).

Po tych uwagach ogólnych, dotyczących strony technicznej samej metody, przechodzę obecnie do krytycznego rozbioru leczniczych jej własności. Przedewszystkiem rozpatrzmy wpływ tej metody na stan ogólny. Jak wiadomo, subiektywne uczucie chorego nie zawsze idzie w parze z rzeczywistym stanem chorego, jak o tem między innymi i w swoich obserwacjach miałem sposobność się przekonać, najpewniejszym criterium będzie tu zachowanie się wagi ciała i dla tego to na punkt ten szczególną zwróciłem uwagę. Chorzy moi po rękoczynie byli ważeni kilkakrotnie (co tydzień, 10 dni lub 2 tyg.). Zobaczmy więc jakie pod tym względem otrzymujemy cyfry:

W pierwszym przypadku, jednym z najbardziej interesujących, a dotyczącym 19 letniej chorej, dotkniętej gruźlicą płuc (w plwocinie las. tbc.) w stadium początkowym (niewielkie nacieczenie u szczytów, przeważnie lewego), bez gorączki, przebiegająca i u której dokonałem 30 codziennych wstrzykiwań podgłośniowych (znakomicie znoszonych) mentolu (5, 10⁰/₀) pierwotna waga ciała wynosiła 38,0, po 2 tyg. podniosła się do 40,0 t. j. o 2 kilogramm. więcej, utrzymała się po 4 tyg. na tej samej cyfrze, wreszcie po 5 tyg. przy wypisaniu wynosiła 40,6 t. j. o 2,6 kilogramm. więcej niż w początku. W przypadku tym oprócz znacznej poprawy ogólnej subiektywnej (kaszlu, plwociny niema) osiągnięto również i poprawę obiektywną (o wiele słabsze objawy nacieczeń lewego wierzchołka).

Mniej nieco pomyślnym pod względem zachowania się wagi ciała był 2-gi przypadek z rozległym zgęszczeniem chronicznem u obu (więcej prawego) szczytów, waga pierwotna 48,8 po tygodniu spadła do 48,0, w następnym tygodniu jeszcze więcej bo 45,6 (pomimo subiektywnej poprawy, którą chory wyraźnie zaznaczył), od tego czasu znowu zaczyna się poprawiać, mianowicie kolejno wynosi 45,9 kilo, 48,4 wreszcie po 30 iniekcjach wynosiła 48,2 czyli o 0,6 kilo mniej niż w początku.

W 3-im przypadku znowu pod względem wagi wstrzykiwanie podgłośniowe mentolu (przez rurkę tracheotomijną w ilości 30) wykazują acz nieznaczną poprawę 31,6 kilogramm., po 2 tyg. 32,0, a po 4 tyg. 31,8 t. j. o 0,2 grm. więcej niż w początku kuracyi.

4-ty przypadek z dużymi zniszczeniami, zakończony śmiercią, wykazuje stopniowy upadek sił, pomimo dokonanych iniekcji (29) mianowicie cyfry następujące: 45,9 kilogram., 42,5, 44,3, 43,3 wreszcie 42,5 po miesiącu t. j. o 3,4 kilogram. mniej.

5-ty przypadek, również z dużymi zmianami (kawerna w płucach¹), wykazywał stałe zwiększanie się wagi ciała podczas wykonywania 23-ch wstrzykiwań podgłośniowych mentolu z gwajakolem, mianowicie początkowo 39 kilogram., już po 10 dniach wzrasta do 40,5, a po 3¹/₂ tygodniach ostatecznie wynosi 39,2 kilogram.

6-ty przypadek, w którym ostateczny rezultat, zarówno subiektywny, jakoteż obiektywny był gorszy i waga ciała stopniowo się obniżała i tak 51,3 kilogram. początkowo, po tygodniu 48,5, czyli o 2,8 kilogram. mniej, w 2 tygodnie jednak waga znowu się powiększyła do 49,2, ostatecznie zaś o 2,1 kilogram. mniej niż przed 2 tygodniami.

Toż samo i w przypadku 7-ym, gdzie również dokonano tylko 13 iniekcji: po 2 tygodniach waga ciała z 54,2 spadła na 52,5 kilogram.

Wielką natomiast w tym względzie poprawę otrzymaliśmy w przypadku następnym (8-ym), w którym dokonano 12 iniekcji intratrachealnych i w którym oprócz subiektywnej i obiektywnie dała się zauważyć dość znaczna poprawa. W początku leczenia waga ciała wynosiła 46,1 kilogram., poczem w tydzień już podniosła się do 49,2 t. j. o 3,1 kilogram. więcej, wkrótce jednak spadła nieco (48,3). W pozostałych przypadkach z powodu zbyt krótkiej obserwacji ważenie chorych nie było dostateczne.

Tym sposobem w 4 przypadkach (1, 3, 5 i 8) można było zauważyć mniej, lub więcej znaczne częstokroć w czasie stosunkowo krótkim (przyp. 8) zwiększanie się wagi ciała, w pozostałych zaś 4 (2, 4, 6 i 7) przeważnie zmniejszanie.

Co się tyczy obecnie wpływu wstrzykiwań podgłośniowych na przebieg gorączki w naszych przypadkach (4, 6, 8, 9 i 10—

¹) Przypadek ten wobec braku laseczników gruźliczych w płwocinie, oraz nie stwierdzony sekeyą przedstawia pewne wątpliwości rozpoznawcze.

reszta były to bezgorączkowe przypadki), to wybitniejszych pod tym względem różnic nie dało się zauważyć. Wyjątek może nieco stanowi przypadek 8, gdzie pewna poprawa daje się zauważyć (początkowo stan gorączkowy, następnie bez gorączki), oraz przypadek 10, gdzie przeciwnie rezultat pod tym względem był ujemny (z początku stan bezgorączkowy, potem silna gorączka o typie przepuszczającym, wprawdzie już po zaprzestaniu wstrzyknięć). Wogóle, wszędzie tam, gdzie przed leczeniem ciepłota była prawidłowa, pozostawała ona zazwyczaj bez zmiany w ciągu wstrzykiwań płynów antyseptycznych do tchawicy, tak że metodę tę pod tym względem należy uważać za bezpieczną.

Kaszel po większej części się zmniejszał, a nawet zupełnie znikał (przyp. 1); *plwocina* również pod względem ilości i jakości przedstawiała się korzystniej zazwyczaj podczas wstrzykiwań intratrachealnych: ilość się zmniejszała, czasami plwocina zupełnie znikwała (przyp. 1), charakter jej stawał się więcej śluzowym, foetor się zmniejszał (przyp. 5), choć nie było tak wybitnego wpływu, jak to np. podaje M. Naught przy sputa putrida. Na ilość i jakość laseczników gruźliczych nie zdają się wstrzykiwania te wywierać jakiegoś wpływu. W dwóch przypadkach (7 i 13), gdzie istniało krwioplucie, wprawdzie niezbyt znaczne, wstrzykiwania tchawicowe nie tylko nie zwiększyło krwawienia, lecz przeciwnie usunęło go w krótkim czasie.

Mocz, jeżeli nie zawierał białka, nie zmieniał swoich własności w przebiegu wstrzykiwań. Przebieg nephritis et pyelitis (przyp. 5 i 10) bez zmiany.

Na inne powikłania również wstrzykiwania te nie ujawniały wybitniejszego działania, zarówno enteritis tbc. (przyp. 8 etc.) jakoteż otitis tbc. (przyp. 2), wreszcie vitium cordis (przyp. 1) pozostały bez zmiany.

Natomiast w jednym z 3 przypadków, powikłanych gruźlicą krtani, mianowicie w 11, chory zaznaczał poprawę w przelicykaniu (objektywnie również lepiej, nacieczenie nagłośni mniejsze).

Przystępujemy obecnie do najważniejszego punktu t. j. do wpływu intratrachealnych wstrzykiwań płynów antyseptycznych (mentolu i gwajakolu) na zmiany gruźlicze w płucach resp. ich wierzchołkach.

W przypadku 1-ym, gdzie zmiany były stosunkowo niewielkie (u lewego wierzchołka od przodu i od tyłu lekkie stłumienie odgłosu wypukowego, wydech wydłużony, głos nieco wzmożony, wreszcie nieco rzężeń drobnych wilgotnych), otrzymano po 30 iniekcjach mentolu (5—10⁰/₀) rezultat następujący: u lewego szczytu z wyjątkiem nieco wydłużonego wydechu inne objawy jak mtt., bronchophonia, subcrepitationes ustąpiły (u prawego szczytu exp. prol. zostało). Dodać tu winienem, że ta poprawa obiektywna szła w parze z jednoczesną bardzo znaczną poprawą w stanie ogólnym (przybytek na wadze o 2,6 kilogram., apetyt dobry, brak kaszlu, płwociny etc.).

W 2-im natomiast przypadku, obiektywnie podobnie jak i subiektywnie (choć chory uparcie utrzymywał, że jest silniejszy, waga ciała tego nie stwierdziła), wyraźniejszej poprawy zauważyć nie było można, pierwotne zmiany w płucach (rozległe zwłaszcza z prawej strony nacieczenia wierzchołków, mtt. resp. bronchialis, bronchophonia subcrepitationes) pozostały bez zmiany (rzężeń nieco mniej po 30 intratrachealnych wlewaniach gwajakolu i mentolu).

Prawie analogicznie przedstawia się rezultat leczenia powyższą metodą, w przypadku 3-im z nacieczeniem obu szczytów przeważnie lewego, gdzie nawet były objawy poczynającego się rozpadu) z tą różnicą, że tu po 30 iniekcjach mentolu i gwajakolu waga ciała się nieco podniosła, natomiast w płucach status idem, a nawet jakby nieco gorzej (więcej rzężeń drobnych wilgotnych).

W 4-ym przypadku z ogromnymi zniszczeniami z dużą gorączką i objawami hektycznymi, jak to a priori spodziewać się było można, nie otrzymano od leczenia powyższego pomyślnego rezultatu: siły słabły, sprawa w płucach szła crescendo, tak że po 29 iniekcjach nastąpiło zejście śmiertelne.

Niezmiernie ciekawym był przypadek 5-ty, dotyczący 50 letniej chorej, dotkniętej rozedmą płuc, oraz mającej objawy wielkiej jamy na przestrzeni między 3 a 5 żebrzem z prawej strony (przytem stwardnienie prawoszczytowe). W przypadku tym pomimo rozwolnienia, białka w moczu, stan ogólny w przebiegu leczenia nieco się poprawił, jak tego dowodzi waga ciała (39,0—40,5 wreszcie 39,2 kilogram.) po 4 blisko tygodniach t. j. po 23 wstrzyk-

nięciach do tchawicy mentolu i gwajakolu. Lecz co najważniejsza w przypadku tym spostrzegaliśmy wspólnie z Dr. Chełmońskim niezwykłą poprawę w stanie płuc, mianowicie na miejscu poprzedniej jamy z typowymi objawami (tympanitis resp. amphorica, gargouillement, bronchophonia) otrzymaliśmy stopienie, oddech osłabiony, natomiast nieco tylko rzężeń wilgotnych. Objawy zgęszczenia u szczytu prawego bez zmiany, plwocina mniej cuchnąca. Przypadek ten jednak, jak już wspomniałem, pomimo tej poprawy zakończył się śmiercią, sekcya niestety z przyczyn odemnie niezależnych nie mogła być dokonana, tym sposobem niesłychanie interesujące objawy za życia obserwowane, pozostają zagadkowymi.

W 6-ym przypadku, gdzie mieliśmy do czynienia z obustronnymi nacieczeniami szczytów (więcej prawego), z poczynającym się rozpadem, z gorączką, wogóle objawami hektycznymi, rezultat od wstrzykiwań podgłośniowych (13) zarówno subiektywny (waga ciała mniejsza), jakoteż i obiektywny (rzężeń więcej) był ujemny.

W 7-ym przypadku, z nieznacznymi objawami nacieczenia obu, przeważnie prawego szczytów, (stłumienie odgłosu wypukowego, wydech prawie nieokreślony, głos nieco wzmożony) przy stanie bezgorączkowym, w płucach po 13 iniekcjach gwajakolu i mentolu nastąpiła dość znaczna poprawa, stopienie mniej wyraźne, wydech wydłużony, głos nieco wzmożony. Stan ogólny natomiast nieco gorszy (waga mniejsza).

W przypadku 8-ym z poczynającym się rozpadem u lewego szczytu, zarówno subiektywnie (waga większa), jakoteż i obiektywnie dała się zauważyć poprawa (brak zupełny rzężeń wilgotnych, objawy nacieczenia mniejsze). Jednocześnie i ciepłota wróciła do normy.

W dwóch następnych przypadkach 9-ym i 10-ym również z poczynającym się rozpadem, z gorączką rezultat od wstrzykiwań podgłośniowych był ujemny, zarówno subiektywny (osłabienie), jakoteż i obiektywny (objawy rozpadu wyraźniejsze, zwłaszcza w przypadku 10, gdzie szybko nastąpiło zejście śmiertelne).

W 11-ym przypadku z gruźlicą krtani, oraz nacieczeniami (przeważnie prawostronnem) obu szczytów, bez gorączki, po 7 iniekcjach gwajakolu i mentolu, rezultat był dodatni zarówno

subiektywny, jakoteż i obiektywny (objawy zgęszczenia mniej wyraźne).

Pozostałe przypadki (6) jużto z powodu zbyt małej ilości wstrzykiwań, jużto z powodu, że injekcje były w nich stosowane *experimenti gratia* np. methylenblau, w końcowym okresie gruźlicy nie mogą mieć znaczenia w ocenianiu leczniczych własności powyższej metody.

Tym sposobem rezultaty w naszych przypadkach pod względem obiektywnym przedstawiają się w sposób następujący: mniej lub więcej dodatni rezultat otrzymaliśmy w przypadkach 1 i 5 (w części), 7, 8 i 9, w pozostałych stan był, albo bez zmiany (przypadki 2 i 3), lub wprost mniej lub więcej ujemny (przyp. 4, 6, 9 a zwłaszcza 10).

Na zasadzie powyższych nielicznych wprawdzie spostrzeżeń wyprowadziłbym następujących parę wniosków:

1) Wstrzykiwania podgłośniowe (intratrachealne) płynów antyseptycznych mentolu samego lub w połączeniu z gwajakolem w gruźlicy płuc są metodą najzupełniej bezpieczną, oraz po większej części łatwo wykonalną i dobrze przez chorych znoszoną, zwłaszcza w słabych roztworach (5% mentolu 1% gwajakolu) i w ilościach niezbyt znacznych (nie przenoszących 4 grm.).

2) Wstrzykiwania te na stan ogólny wywierają w wielu przypadkach wpływ pomyślny (jak o tem świadczy zwiększanie się wagi ciała), choć nie zawsze, co zależy od natężenia sprawy chorobowej (brak gorączki, rozpadu płuc, powikłań etc.).

3) Na przebieg gorączki wybitniejszego znaczenia wstrzykiwania te nie zdają się wywierać, w przypadkach bezgorączkowych ciepota się pod ich wpływem nie podnosi.

4) Na kaszel i plwocinę pod względem ilości i jakości w większości przypadków wpływ tych wstrzykiwań jest pomyślny.

5) Na zmiany gruźlicze w płucach, resp. ich wierzchołkach, injekcje intratrachealne płynów antyseptycznych (mentolu i gwajakolu) zdają się w pewnych, acz rzadkich przypadkach, wywierać wpływ korzystny, dotyczy to przedewszystkiem spraw początkowych, nieznacznych nacieczeń szczytów płucnych.

Ostateczny więc rezultat w powyższych przypadkach, jak widzimy niezbyt imponująco się przedstawia, w obec jednak zbyt

małej ilości spostrzeżeń, na których się obecnie opieram¹⁾, pożądane są dalsze w tym kierunku badania na większej ilości chorych z zastosowaniem innych jeszcze środków antyseptycznych, co też mam zamiar w niedalekiej przyszłości skutecznie.

Przypadek wrodzonego ograniczonego zwężenia pochwy.

Podał

Dr. Wł. Staniszewski.

W środku listopada roku ubiegłego byłem wezwany do chorej W. 20 letniej, od 2-eh miesięcy zamężnej, z powodu bólów w krzyżu i dole brzucha. W. miesiączkuje od 15 roku życia co 3—4 tygodni po 4—5 dni, krwi miewa dosyć, przed peryodem bywają mdłości i ból w dole brzucha; ostatni peryod 4 dni temu. Chorób gorączkowych nie przechodziła, zaznacza, że w 16 roku życia chorowała na blednicę i przyjmowała żelazo; oddawanie moczu prawidłowe, stolce zaparte (co 3—4 dni); chorą jest od czasu wyjścia zamąż. Obiektywnie W. budowy prawidłowej, odżywiania średniego, widoczne błony śluzowe bladioróżowe, gruczoły piersiowe prawidłowe, w sercu i płucach zmian nie ma; brzuch umiarkowanie wzdęty, niebolesny przy ucisku. Przy badaniu przez pochwę palec natrafia tuż po za wejściem na niedrożność; oględziny wykazały: prawidłowe uwłosienie zewnętrznych cz. płciowych i zwykłą budowę małych i dużych warg sromnych i łechtaczki, wejście do pochwy zaczerwienione i pokryte śluzowo-ropną wydzieliną, otwór pochwy, zupełnie swobodny, drożny dla palca, otoczony jest równym rąbkim bez naderwań, wysokim 1½ milimetra—błona dziewicza, pół centymetra, tuż po za błoną spotykamy fałdzistą przegrodę. Przy badaniu przez odbyt macica wyczuwa się w przodozgięciu, jest niewielka, ruchoma, niebolesna, sklepienia wolne, jajniki nie wyczuwają się

1) Sz. kol. Chełmońskiemu i Winiarskiemu oraz ich asyntenom za uprzejmą pomoc w przeprowadzeniu powyższych obserwacji składam serdeczne podziękowanie.

z powodu napięcia tłoźni brzusznej. Od męża pacjentki dowiedziałem się, że stosunki płciowe odbywają się nieprawidłowo, członek nie wchodzi do pochwy, każdy stosunek sprawia chorej ból. Zaleciłem tymczasowo wstrzymanie się od stosunków, obmywania sromu ciepłą wodą i czopki ichtyolowe. Po kilku dniach znowu badałem chorą, objawy zapalne w wejściu do pochwy znikły; przegroda pochwy przedstawia się w postaci błony 3 milim. grubej z kilkoma otworami, przez niektóre z nich można przeprowadzić kateter, reszta węższe, przy sondowaniu otworów zgłębnik wchodzi na głębokość 3—5 ctm., ponieważ zgłębnikiem mogłem podejść przez jeden otwór pod błonę i wyprowadzić go do drugiego otworu, przypuszczałem, że mam przed sobą błoniaste okienkowane zarosnięcie pochwy i postanowiłem usunąć to zwężenie drogą krwawą. W tym celu przystąpiłem w dniu 3 Grudnia r. z. przy łaskawej pomocy koll. Grzankowskiego i Lebensbauma do zamierzonej operacyi bez uspiania, ponieważ operacye na pochwie nie są bolesne. Po należytem odkażeniu pola operacyjnego rozpocząłem oddzielanie błony od strony największego w niej otworu—strony lewej, przez rozszerzony w ten sposób otwór wszedłem palcem na głębokość 5 ctm. do ślepego uchyłka poprzegradzanego beleczkami, widząc bezowocność poszukiwania z tej strony, rozpocząłem oddzielanie błony z prawej strony, lecz i tutaj wkrótce znalazłem takiż sam ślepy kanał z beleczkami 4 ctm. głęboki; końcem palca, wprowadzonego do niego, przez dość grubą ścianę wyczuwała się część pochwowa, do której drogę resp. pochwę odkryłem zupełnie przypadkowo. Oddzielając ostrożnie na tępo i nożyczkami pozostałości błony pomiędzy wspomnianymi ślepymi uchyłkami, rozciąłem bardzo wązki otwór pochwy, przez który wchodził zaledwie zgłębnik, i zrobiłem go drożnym dla palca—w ten sposób pochwa została odkryta. Błona śluzowa pochwy nieco bladawa, fałdzista, cz. pochwowa prawidłowo uformowana. Ślepe uchyłki ułożone są symetrycznie z obydwóch boków columna rugar. post., posiadają bardzo cienkie ściany, przy wejściu gładkie, głębiej poprzegradzane beleczkami, błona śluzowa o wejrzeniu prawidłowem, kierunek uchyłków nieco w bok od pochwy. Po okrwawieniu wejść do obydwóch uchyłków o ile możności najgłębiej obszyłem tubus pochwy z obydwóch stron szwem jedwabnym jednopiętrowym węzełkowym,

przez co wytworzyło się prawidłowe wejście do pochwy; ranę zasypałem proszkiem jodoformowym i założyłem watę. Przebieg pooperacyjny pomyślny, mocz przez 3 dni wypuszczano przez kateter, 8 dnia zdjęto szwy, zagojenie doraźne. 11 dnia po operacji był peryod już niebolesny, stosunki miały miejsce na początku 4 tygodnia po operacji.

Widziałem chorą w Styczniu r. b., od 6 tygodni nie miała peryodu, oględziny wykazały: wejście do pochwy jak i sama pochwa zupełnie prawidłowe, macica w przodozgięciu, nieco powiększona i miękawa. Podejrzewając ciążę, zaleciłem odpowiedni tryb życia, niestety, pod koniec Lutego byłem obecny u mojej pacjentki przy poronieniu, nadmierny wysiłek fizyczny wywołał przerwanie ciąży w 2 miesiącu.

Przypadek opisany przedstawia rzadki okaz wrodzonego ograniczonego zwężenia pochwy tuż po za błoną dziewięczą z dwoma uchylkami pochwy; zwężenie to w postaci błony twardej, okienkowej posiadało otwory, prowadzące oddzielnie do pochwy i do każdego z uchylków. Otwór do pochwy był bardzo wąski i był przyczyną bólesci podczas miesiączkowania, na które skarżyła się chora, do zabiegu zaś operacyjnego zmuszoną została po wyjściu zamaż z powodu niemożności odbywania stosunków płciowych.

Zwężenie uważam za wrodzone, ponieważ chora nie przechodziła żadnych cierpień, prowadzących do zbliznowacenia pochwy. Co się tyczy pochodzenia ograniczonego zwężenia, to ogół badaczy przyjmuje je za następstwo sprawy zapalnej w pochwie w okresie płodowym późniejszym, kiedy warunki dla zupełnego zarośnięcia ze względu na większą szerokość pochwy i obfitsze złuszczenie nabłonka przestały istnieć.

O uchylkach błony śluzowej pochwy wspominają w swoich podręcznikach Breisky i Winkel. Breisky spostrzegł je w 2-ch przypadkach, ale tylko z jednej—lewej strony od columna rugarum post. tuż po za wejściem do pochwy; nie przyjmuje je za szczątkowe pochwy (Scheidenrudimenten), ale uważa za niezwykle duże rozszerzenie i wydłużenie znajdujących się w tym miejscu zagłębień błony śluzowej (lacunae). Charakterystyczne cechy uchylków są: swoiste położenie, zupełnie gładka i cienka ściana i kierunek ich przebiegu w tkance łącznej okołopochwo-

wej, zbaczający od osi pochwy. W moim przypadku były 2 podobne uchylki symetrycznie z każdego boku columna rug. post. ułożone; beleczkowate przegródki, spotykane w tych uchylkach, przypisują również tym sprawom zapalnym w okresie płodowym, które powszechnie uważane są za przyczynę powstawania zwięzienia samej pochwy. W podręcznej mi literaturze bieżącej na podobny przypadek nie natrafiłem.

Prof. Behring. Choroby zakaźne

w świetle nowoczesnych badań.

Przetłumaczył

W. Dąbrowski.

1. Określenie, podział i nazwa chorób zakaźnych.

Najważniejszą cechą chorób zarazkowych we współczesnym tego słowa znaczeniu jest to, że powstają one dzięki działaniu pewnych materialnych czynników, pochodzących z zewnątrz organizmu. Te materialne czynniki, chorobotwórcze którym w dawniejszych czasach nadano nazwę „Contagium”, obecnie zwiemy pierwiastkami zakaźnymi i dzielimy je na ożywione i nie ożywione. Pierwsze z nich są to roślinne drobnoustroje, wykryte już dla większej części zakażeń, drugie są to swoiste trucizny wyprodukowane przez pomienione pasożyty.

Nie z nazwą, naturalnie, lecz z pojęciem o chorobach zakaźnych byli dokładnie obeznani już w dawniejszych czasach lekarze, obdarzeni bystrzejszym umysłem, jak to można wnosić z następującego wykładu Bretonneau „o chorobach contagijnych”.

„Możliwość przeniesienia chorób panujących epidemicznie, mówi Bretonneau, po wszystkie czasy zwracała uwagę lekarzy; już samo słowo „contagium” mówi, że epidemiczne t. j. ludy ujarzmiające choroby są przenoszone przez zetknięcie się z chorym lub też z zakażonymi przedmiotami. Gdy choroba już grasuje w jakimś narodzie, wówczas rozszerza się ona wszelkimi możliwymi sposobami i zdarza się, że w gęsto zaludnionem państwie zawleczenie nawet przypuszczalnie nie może być wykazane, gdyż napróżno by tam szukał miejsca powstania i dalszych śladów zarazy; gdy tym czasem na małym terenie związek ten uderza w oczy nawet nie obdarzonego zbyt bystrym umysłem badacza. Ta osoba, która przeniosła zarazę, ta, która zaraz potem padła ofiarą, ta wreszcie, która z zarażonej miejscowości

przeniosła znowu chorobę do innej miejscowości, wszystko to rzuca się tu samo w oczy.

Te fakty są za nadto jasne i widoczne, aby mogły ująć z pod uwagi tych, których zadaniem było zwalczyć choroby zakaźne; tak też zawsze pojmowano epidemję i jednocześnie jednak zawsze musieli się znaleźć fałszywi nauczyciele, którzy sprawę zaciemniali, a co gorsza nawet przekręcali

Dla sztuki lekarskiej jest w każdym razie mniejszem złem jeżeli nawet pierwszorzędnej wagi fakty zostaną zupełnie zapomniane, żeby miały być fałszywie przedstawione, tym czasem tutaj to ostatnie ma miejsce.

Ponieważ fakty zarażania się były zanadto widoczne, więc je w końcu uznano; doktryneryzm pomimo swej pozornej nieomyślności zdecydował się na pojednanie z temi faktami, lecz uczyniono to w sposób jaknajgorszy. Mówiono wówczas „z początku choroba nie była zaraźliwą i stała się nią dopiero wtedy, gdy dołączyły się jeszcze pewne warunki;” i w ten sposób znalazło się tysiące zgubnych i przewrotnych wykrętów, zaciemniających kwestyę, której wyjaśnienie mogłoby wpłynąć na zwalczenie epidemii.

Ciemny tłum, który o niczem niema pojęcia, a wszystkiemu daje wiarę w obec pełnego tajemniczości problemu życia, którego niedościgłości nawet nie przeczuwa, wymyślił najrozmitniejsze możliwe i nie możliwe przyczyny pozostawania epidemii. Najfantastyczniejsze objaśnienia znajdowały wiarę u tłumów; znany jest wszakże przesąd, że cholera i morową zarazę wywołują żydzy, którzy jad chorobotwórczy wrzucają do rzek i studni. Czyż jednak to upodobanie tłumowi do wszelkiego rodzaju nieprawdopodobieństwa może być zwalczone w naszym XIX wieku, w obec naszego zachowania się względem homeopaty, magnetyzmu, wirujących stolików?

Nader smutnem jest to, że na tej drodze spotkać można nawet ludzi zajmujących wysokie stanowiska w społeczeństwie, ludzi, którzy wywierają duży wpływ na naukę sztuki lekarskiej i że musimy patrzeć na to jak tacy właśnie ludzie podtrzymują jeszcze bardziej szkodliwe skłonności tłumów, wskutek czego fakt swoitości chorób i swoistego działania przyczyn powodujących je z wielką trudnością znajduje uznanie. A przecież tu nie chodzi o jakieś twory niedostępne dla naszych zmysłów.

Jeżeli niekiedy zdaje się jakoby soki chorobotwórcze w owrzodzeniu dyfterytycznem, gdzie je można równie dobrze widzieć jak i w owrzodzeniach syfilitycznych, zachowywały się podobnie jak lotne pierwiastki zakażające, to napewno można powiedzieć, że w tych razach przez nieuwagę pozory przyjmowano za rzeczywistość.

I krosty ospowe prócz lotnych zawierają także stare pierwiastki zakażające, które znajdują się w organizmie każdego cho-

rego na ospę i które można widzieć w ropie każdego pęcherzyka ospowego. Lekarz tę ropę zbiera i wysusza na końcu lanceta, lub nią nasycza nitkę i w ten sposób przechowywa ropę tak długo jak mu potrzeba; może ją zaszczyć ospę zaraz lub też w rok po zebraniu jej; może ją przesłać nawet do Chin lub też objechać z nią świat naokoło, nie obawiając się bynajmniej, żeby straciła swe własności chorobotwórcze. Zupełnie toż samo tyczy się zarazka dyfterytycznego, króry w ciągu całych setek lat odradza się zawsze w jednakowy sposób i którego wpływ możemy krok za krokiem śledzić, widzimy, mianowicie, że dyfterytyczne wydzieliny zachowują się zupełnie tak samo jak oleisty roztwór kantarydyny: o ile te substancje niszczą nabłonek i pokrywają chore miejsca błonami fałszywymi, które stają się co raz to grubsze, z tą tylko różnicą, że proces wywołany przez działanie oleju kantarydowego, trwa krócej, niż wtedy gdy jest zależny od jadu dyfterytycznego.

Od chwili, gdy jad dyfterytyczny zakazi naprzykład, część dziąsła otaczającą jeden z zębów siekaczy, do chwili podminowania i rozszerzania nabłonka przez świeżo wytworzoną płynną wydzielinę zwykle mija pewien przeciąg czasu; następnie wydzielina spływa na dół, zaraża wargi, z którymi się styka, podminowując tu nabłonek, który w końcu ulega zniszczeniu i zostaje zastąpiony przez błony fałszywe. Jeżeli zaś kroplę oleju kantarydowego na końcu palca (któremu to zaszkodzić nie może) przeniesiemy na język psa i rozetrzemy na przestrzeni odpowiadającej wielkości trzyfrankowej monety, to już w 5 minut potem nabłonek będzie podniesiony, usiana brodawkami powierzchnia stanie się gładką, wnet zacznie wydzielać płyn surowiczy (zamiast zwykłego śluzu), i staje się na dotyk mniej czułą, niż w zwykłym stanie. Prawie momentalnie zmienia się potem czerwona barwa powierzchni języka, który zostaje pokryty białą matową błoną, również szybko ulegającą sieczeniu.

Widzimy więc, że pomimo różności gatunków kantaryd, (Méloe, Mylabra, Cérocama etc) ze wszystkich można otrzymać wydzielinę posiadającą własności gryzące; przekonaliśmy się również, że wytwarzające się przy chorobie zakaźnej (dyfteryt) produkty mogą powodować powstawanie w naszych tkankach wydzieliny, podobnej do tej, jaką wywołują środki drażniące (vesicantia). W ilu wypadkach spotykamy wydzielinę o zadziwiająco podobnym wyglądzie, i tu i tam powodującą w rozmaity sposób obumarcie tkanek. Jednakże popełnilibyśmy duży błąd, gdybyśmy na podstawie tego chcieli zaprzeczyć swoistości dyfterytu, bo pomimo pozornie identycznego działania istnieją zasadnicze różnice pomiędzy jadem dyfterytycznym a olejkiem kantarydowym.

Czytając dalej Archives médicales (Sur les moyens de prévenir le développement et les progrès de la diphterie) przekony-

wamy się, że ta różnica, według Bretonneau, polega na tem, że przy krupie wywołanym przez olejek kantarydowy mamy do czynienia z jadem nie odradzającym się, gdy tym czasem dyfteryt u ludzi wywołują zarodki, posiadające zdolność rozmnażania się. Autor bowiem mówi:

„Mogę tu tylko jeszcze raz powtórzyć: Przyczyną chorób zakaźnych jest zarazek chorobotwórczy i każdej z tych chorób odpowiada inny rodzaj zarazka. Choroby epidemiczne mogą powstawać i rozszerzać się tylko przez wywołujące je zarazki. Ten pogląd powinien być głoszony po wszystkie czasy i we wszystkich językach.”

Jak Bretonneau we Francyi, tak w Niemczech w pierwszej połowie i w środku naszego stulecia Henle bronił słusznych poglądów co do pochodzenia i charakteru chorób zakaźnych; i trzeba żeby taka wybitna osobistość ja Virchow zepchnęła w przepaść zapomnienia teorię pasożytniczą powstawania cholery, dyfterytu, tyfusu i chorób chirurgicznych, którym towarzyszy ropienie.

Szanowni Panowie! Widzieliśmy, że jeszcze przed rozpoczęciem się nowoczesnych doświadczalno-etyologicznych badań z całą stanowczością wygłaszane były takie poglądy na istotę chorób zakaźnych, jakie my obecnie uważamy za jedynie racjonalne. Jednakże nowoczesne badania, do których bodziec dał Koch, różnią się od poprzednich poszukiwań tą zniewalającą siłą argumentacji, która usuwa wszelkie wątpliwości.

Ugrupowanie tych obrazów klinicznych, które i my dziś musimy uważać za sprawy pod względem etyologicznym identyczne lub należące do jednej kategorii, dawniej zależało od sposobu zapatrywania się danej jednostki. Jeżeli taki wytrawny i obdarzony genialnym umysłem lekarz klinicysta i anatomo-patolog jak Laënnce zdołał pod jedną nazwę gruźlicy podciągnąć prawie wszystkie najważniejsze postaci choroby, którą (jak nam obecnie wiadomo) wywołują laseczniki gruźlicy, jeżeli Bretonneau dzięki klinicznym, anatomicznym i epidemiologicznym badaniom zwrócił uwagę na wszystkie sprawy, jakie tylko wywołują u ludzi laseczniki dyfterytu i nie zaliczył do tej kategorii żadnego cierpienia któreby nie było obecnie przypisywane lasecznikom Löfflera, jeżeli następnie z szeregu zakażeń przyrannych genialni lekarze wyodrębnili etyologicznie różne grupy, jeżeli Baerensprung nalegał na konieczność rozróżnienia tyfusu brzuszego od wysypkowego w sposób jeszcze więcej stanowczy, niż przedtem Bretonneau i inni francuzcy lekarze, to jednakże uznawanie takiej klasyfikacji chorób było w owych czasach przywilejem małej zaledwie garstki umysłów, obdarzonych szczęśliwą intuicyą. Większość zaś lekarzy pozwałała zwolennikom celularnej patologii narzucać sobie przekonanie, że wygląd dostępnych makroskopowemu badaniu produktów chorobowych stanowi istotę rzeczy i powinien być

miarodajnym dla terminologii. Lekarze, ulegający wpływowi Virchow'a, nawet teraz jeszcze nie mogą się zdecydować na to, żeby wilka, suchoty ktrani, gruźlicze zapalenie opon mózgowych, próchnienie kości i zapalenia stawów, zapalenia tkanki łącznej około oskrzelowej, zapalenia płuc serowate, wrzodziejącą postać gruźlicy płuc, obrzęk gruczołów u osób dotkniętych żoźłami, suchoty kiszek i gruźlicę prosowatą błon surowicznych i organów wewnętrznych uważać za odmiany jednej i tej samej choroby, mające wspólne pochodzenie. Ciągłe jeszcze krup rozróżniają od dyfterytu, ciągle jest mowa o szkarlatynowych, ospowych, dyzenterycznych tyfuśowych dyfterytach, a tymczasem czytając protokoły badań pośmiertnych, dokonywanych w instytutach, anatomio-patologicznych nijak nie można się dowiedzieć, czy zapalenie płuc wywołane było przez laseczniki Fraenkel'a czy Friedländer'a czy też przez paciorkowce, laseczniki grypy lub laseczniki gruźlicze.

W żaden także sposób nie można się dowiedzieć jakie drobnooustroje wywołały w danym wypadku ropienie, jakie etyologiczne znaczenie ma w danym razie zawał krwotoczny śledziony lub nerek, co było przyczyną spotykanych tak często w chorobach zakaźnych zapaleń mięśszowych, wysięków w jamach ciała, zatatorów i t. p. Wciąż jeszcze podstawą dla podziału i terminologii chorób jest dostępne dla grubych anatomicznych badań siedlisko choroby i widoczne gołym okiem cechy produktów chorobowych, chociaż dziś już przecie nie może ulegać wątpliwości, że o przebiegu danej sprawy chorobowej decydują etyologiczne momenty, i że rokowanie i skuteczność zabiegów leczniczych i zapobiegawczych zależne są od etyologicznego charakteru danej sprawy chorobowej.

Ten ostatni pogląd takie obecnie już uzyskał sobie uznanie że chyba tylko pewnej opieszałości przypisać należy to, że w Virchowowskim szemacie przyczyn śmierci gruźlica, trąd, zapalenie płuc, zapalenie tkanki podskórnej, tęczec ciągle jeszcze są wyłączone z kategorii chorób zakaźnych.

Że jednak, rzeczywiście, pośród klinicystów i lekarzy budzi się żywa reakcyja przeciwko stosowaniu takiego zbyt jednostronnego punktu widzenia, dowodem tego jest rozwój nauki o chorobach wywołanych przez paciorkowce ropotwórcze.

Podobnie jak po wykryciu laseczników gruźlicznych bardzo wiele spraw patologicznych, jako to: wilka, cierpienia kości i stawów, cierpienia ucha średniego, błon surowicznych i t. p. trzeba było zaliczyć do rzędu cierpień gruźliczych, pomimo że pozornie różniły się one zasadniczo od Virchow'owskiej gruźlicy, tak równie po przekonaniu się o tożsamości większej części paciorkowców, co dziś już nie może ulegać żadnej wątpliwości, najróżnorodniejszym cierpieniom trzeba będzie przyznać wspólne pochodzenie i należy powoli przywykać do tego, żeby w obec róży przyzna-

nej, wielu rodzajów ropni, cierpień w stawach, ropnych spraw w jamie brzusznej i piersiowej, przy ropnych gorączkach o najrozmaitszym przebiegu, przedewszystkiem zaś przy gorączce pologowej nie myśleć o klinicznych i anatomo-patologicznych odrębnościach, lecz o jedności bakteryologicznej tych spraw chorobowych.

Pierwszy początek w tym kierunku zrobił w ostatnich czasach A. Fraenkel, któremu udało się wykryć zależność pewnego cierpienia mięśni po raz pierwszy opisanego dokładnie przez Senatora, od paciorkowców i zaliczyć do szeregu chorób, wywołanych przez te drobnoustroje.

Tym sposobem mamy już teraz pewność, że ocenianie chorób zakaźnych z etyologicznego punktu widzenia nie będzie zarzucone, lecz przeciwnie znajdzie coraz to szersze zastosowanie.

Dawniej, zależnie od osobistego przekonania, jedni przyjmowali poglądy Laënneca na gruźlicę, Braetonneau na dyfteryt a Baerensprunga na tyfus, gdy tymczasem inni zdecydowani byli przystać na nadane przez Virchowa nazwom gruźlica, tyfus, i dyfteryt znaczenie. Od czasu jednak, gdy dzięki pracom R. Kocha badania bakteryologiczne znalazły zastosowanie w medycynie, od czasu gdy zakaźność, pasożytnicze pochodzenie i swoisty charakter chorób zakaźnych przestały być przedmiotem wiary, lecz stały się naukowy pewnikiem, nie może być już wątpliwości że krup stanowi jedno z dyfterytem, że tyfus brzuszny nic nie ma wspólnego z wysypkowym) t. z. tyfujem głodowym spostrzeżanym przez Virchowa na Górnym Szlázku), że wreszcie żolży i zapalenia płuc serowate są następstwem zakażenia gruźliczego, zarówno jak i gruźlica prosowata.

W obec tej zmiany w poglądach na choroby zakaźne, stanowiącej, rzecz można, epokę i nadającej wybitne cechy współczesnej medycynie nie od rzeczy będzie rzucić okiem na środki i metody, za pomocą których udało się R. Kochowi etyologię chorób podnieść na stanowisko nauki ścisłej.

II) Dane do klasyfikacji chorób na podstawie ich etyologii.

Do rozpoznawania chorób zakaźnych służą nam następujące środki pomocnicze:

- 1) Objawy i przebieg kliniczny.
- 2) Dostępne dla makroskopowego badania zmiany pośmiertne.
- 3) Badanie pod mikroskopem i hodowanie drobnoustrojów z soków tkanek i z dotkniętych cierpieniem części ciała.
- 4) Badanie krwi na zawartość w niej swoistych jądów.
- 5) Wnioski jakie w pojedynczych wypadkach można zastosować *ex juvantibus et nocentibus*.
- 6) Uwzględnienie epidemiologicznej natury choroby.

Moi Panowie! Są choroby, które w pojedynczych wypadkach rozpoznać łatwo już za pomocą jednego z tych środków. Dla rozpoznania typowego zapalenia płuc, dyfterytu, cholery, szkarlatyny, tężca, wysypek, syfilisu i bardzo wielu innych zakaźnych

chorób wystarczają w zupełności te środki, w które nas uzbroił zdawna przyjęty system nauczania w klinikach.

Są jednak choroby, jak na przykład cierpienia tyfoidalne, grypa, liczne postaci zimnicy, najróżnorodniejsze gruźlicze cierpienia, zapalenia opon mózgowych i błon surowiczych w jamie brzusznej i piersiowej, które nader rzadko dają się rozpoznać od pierwszego rzutu oka i ostatecznie wyświetlone być mogą dopiero przez dłuższą obserwację, uwzględnienie epidemiologicznych stosunków, badanie pośmiertne, badanie mikroskopowe, a nawet doświadczenia na zwierzętach. Jakiej kombinacji wyliczonych tu środków pomocniczych użyje lekarz w celu rozpoznania cierpienia w danym przypadku, zależy będzie od rodzaju szkoły jaką przeszedł, nikt jednak nie zdoła zaprzeczyć temu, że każdy lekarz, chociażby był najslawniejszym klinicystą, wiele traci, jeżeli nie posiada wprawy w użyciu mikroskopu, w rozprowadzaniu hodowli i w dokonywaniu doświadczeń na zwierzętach, t. j. w tych trzech potężnych metodach pomocniczych, które również niezaprzeczalnie zawdzięczamy nowoczesnym badaniom nad etyologią chorób. Któż bowiem dziś może się obejść bez mikroskopowego badania na laseczniki gruźlicze przy rozpoznawaniu początkowych okresów gruźlicy płuc, kto nie czuje potrzeby dokonania doświadczeń na zwierzętach w celu rozpoznania karbunkułu i nosacizny, albo przeprowadzenia hodowli w wątpliwych przypadkach dyfterytu i cholery.

Jednakże, moi panowie, i temu, kto opanował całkowicie kliniczne i anatomo-patologiczne doświadczenie, kto dokładnie obeznał się ze sztuką barwienia, obrazami mikroskopowymi, z różnymi sposobami otrzymywania hodowli i doświadczeniami na zwierzętach, często trafiają się takie przypadki, których zaliczenie do jednej z ustanowionych już grup chorób podlega zawsze pewnej wątpliwości. Przy tężcu na przykład zdarza się, że wszystkie z wyliczonych tu środków dyagnostycznych zawodzi. Wówczas przychodzi nam w pomoc najświeższa zdobycz naukowa, polegająca na wykazaniu swoistego jadu we krwi. Wywołując tężec u zwierząt przez zaszczepienie im jadu tężcowego, otrzymujemy dowód, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia ze skurczem zakaźnego pochodzenia. Jest to chemiczna reakcja, przy której rolę odczynnika odgrywają mięśnie odpowiednio wybranego żywego zwierzęcia.

Cokolwiek dłużej pozwolę sobie zatrzymać uwagę Panów na nowych sposobach niezawodnego rozpoznawania przypadków sporadycznie panującej cholery i rozróżniania znalezionych w wodzie laseczników podobnych do cholerycznych, które wciąż są przedmiotem ożywionej dyskusji.

Moi Panowie! Nawet niedość wprawny bakteriolog stosunkowo łatwo może odróżnić chorobotwórcze drobnoustroje gruźli-

cze, dyfterytyczne, karbunkulowe; inaczej rzecz się ma z przecinkowcem cholery azyatyckiej. Cechy morfologiczne, wzrost w chodowlach, odczyny mikrochemiczne, szczepienia zdrowym świnkom morskim wystarczają takiemu mistrzowi w bakteriologii, jakim jest B. Koch do szybkiego i pewnego zawyrokowania czy dany przecinkowiec jest istotnie lasecznikiem cholery. Ale w rękach tych, którzy nie mieli szczęścia studjowania pod osobistym kierunkiem Kocha tych cech rozpoznawczych, te same sposoby badania nie dają takich zadawalniających rezultatów. Czyż jednak dla tego wraz ze złem mamy i dobre odrzucić, jak to właśnie uczynił Libreich?. Czyż z tego powodu morfologiczne i biologiczne cechy przecinkowców cholery mamy uważać za zupełnie nieużyteczne do rozpoznania tych drobnoustrojów? Sądzę, że to tak samo nie miałoby racyi, jak zaprzeczanie doniosłości odkrycia laseczników gruźliczych dla tego, że mogą się znaleźć lekarze, którzy nie są w stanie odróżnić sprawców gruźlicy u ludzi, od drobnoustrojów gruźlicy ptaków, lub od lasecznikówwtrą du. Przeciwnie, powinniśmy się starać o pomnożenie środków, służących do rozpoznawania różniczkowego, jak to świeżo uczynił B. Pfeifer, wskazując na nowy niezawodny sposób. Przekonał się on mianowicie, że świnki morskie, które udało się zrobić odpornymi na przecinkowce cholery azyatyckiej, nie posiadają bynajmniej odporności względem podobnych do cholerycznych drobnoustrojów. Doniosłość tego odkrycia dla rozpoznania cholery jest łatwa do zrozumienia: odporne na cholere świnki morskie będą teraz służyły odczynnikami na tę chorobę. Odporność można osiągnąć bardzo łatwo i niezawodnie, zastrzykując świnkom morskim surowicę krwi osobników, które uczyniono odpornymi na cholere i przekonano się o ochronnem działaniu tej surowicy. Przekonać się prócz tego trzeba, jaka doza przecinkowców, poddanych badaniu, wystarcza do zabicia normalnej świnki morskiej i jeżeli, taż sama doza będzie zabijała to uodpornione na cholere świnki morskie—poddawane badaniu hodowle nie mogą być hodowlami cholery azyatyckiej, w przeciwnym zaś razie za takie je uważać należy.

Moi panowie! Posiłkując się tą metodą, wchodzimy w zakres pełnej tajemniczości nauki o zmniejszonej i zwiększonej odporności względem pierwiastków zakaźnych, która, jak wiadomo, i w rozpoznawaniu gruźlicy odgrywa ważną rolę, gdyż przez wywołanie odczynu gorączkowego po zastrzyknięciu bardzo małej ilości tuberkuliny możemy wnosić o gruźliczej naturze danego cierpienia. Wkraczamy również w dziedzinę nauki o odporności, gdy wnosimy o naturze cierpienia z działania specyficznych (swoistych) środków, jak to ma miejsce z chininą w zimnicy, z rtecją i preparatami jodu przy syfilisie. Rozpoznawanie *ex juvantibus* będzie, być może, wkrótce i przy dyfteryecie odgrywało ważną rolę. Ja przynajmniej przekonałem się już, że jeżeli we wczesnych okre-

sach cierpienia gardła, podejrzanego o dyfteryt środek podany przezemnie nie usuwa ogólnych i miejscowych objawów, to napewno w tym razie mam do czynienia w innym rodzaju zakażenia lub też ze skomplikowaniem zakażeniem.

III) *O istocie odporności.*

W ścisłym związku z nauką o odporności stoją współczesne usiłowania zapobiegawcze i lecznicze, zarówno te, które mają jakoby wywierać dobroczynny wpływ na przebieg choroby za pomocą dowolnie wywołanych swoistych odczynów, jako też te, które polegają na leczeniu surowicą krwi, czyli na wprowadzeniu do organizmu środka, mającego wywierać wpływ zapobiegawczy i leczniczy zarazem.

Nie mam zamiaru dziś szerzej się rozwódzić nad naukowymi podstawami, na których opiera się stosowanie leczenia surowicą krwi i nadzieje jakie w niem pokładamy; odnośnie do dyfrerytu lekarze już mogli się przekonać, że w dotychczasowych moich doniesieniach, raczej zamało niż zawiele obiecywałem. Nie od rzeczy wszakże będzie zwrócić uwagę na to, że metoda uodporniania dużych zwierząt w celu otrzymania surowicy leczniczej jest, rzec można, świetnym potwierdzeniem słuszności spostrzeżenia, przez R. Kocha naukowo uzasadnionego, że stopniowo powiększane dawki tego samego jadu, od którego chcemy zabezpieczyć danego osobnika, rzeczywiście posiadają wpływ leczniczy. Jeżeli będziemy zadawali hodowle lub jad dyfterytyczny koniom, krowom, owcom lub kozom, to w końcu zwierzęta te zostaną dotknięte chronicznym cierpieniem, chudną, dostają gorączki o typie zwalniającającym, wreszcie wpadają w charłactwo, które grozi śmiercią, jeżeli zwierze zostawić bez pomocy. U takich właśnie dotkniętych chronicznym cierpieniem zwierząt osiągałem zadziwiające rezultaty, nieraz zupełne wyzdrowienie, postępując tak, jak to robiono z tuberkuliną Kocha, t. j. podając im stale stopniowo powiększane dawki jadu dyfterytycznego.

Moi Panowie! Te fakty, jakkolwiek na pierwszy rzut oka mogą się nam wydawać paradoksalnymi, jednakże jeszcze przed rozpoczęciem nowoczesnych badań etiologicznych były znane i głoszone przez obdarzonych spostrzegawczym umysłem lekarzy, pomimo że wówczas jeszcze nie były stwierdzone doświadczalnie. Hunter o tem wyraźnie wspomina, a Sydenham nawet wprost zwraca na to uwagę, przedewszystkiem jednak muszę tu wymienić tegoż samego Bretonneau, który tak dobrze rozumiał zagadkę odporności i tak jasno określał stosunek uodporniania do leczenia, że nie mogę sobie odmówić przyjemności przełożenie na język niemiecki jego rozumowań. W odnoszących się do tej kwestyi ustępach Bertonneau mówi.

„Rasori dowiódł, że przy stopniowym powiększaniu dawek emetyku już nie można za pomocą nich wywołać wymiotów.

Wiemy również, że najsilniejszej z trucizn, arsenikowi, arsenofagi zawdzięczają piękność, zdrowie i siłę i że człowiek i koń po spożyciu dawki arseniku, do której przywykł, może iść bez zmęczenia szybciej i daleko dłużej, nawet po stromej drodze. W Turcyi opium jest uważane za źródło dobrego humoru, uczucia zdrowia i wojowniczego usposobienia i to w takich dawkach, któreby niezawodnie zabiły człowieka, nie przyzwyczajonego do stałego używania opium. Tu też odnieść należy zwyczaj palenia opium, który w Chinach ma wielką doniosłość, nawet bywa przyczyną gwałtownych przewrotów społecznych. A nasi namietni palacze tytoniu! Jakże oni delektują się, paląc a przecież jest to rzecz nie zwykła, żeby można było płuca wypełnić obłokami dymu, zawierającego nikotyne, bez obawy przed szkodliwym działaniem trucizny, bez porównania straszniejszej niż ta, którą przygotowywała czarownica Circe.

Działanie tychsamyh trucizn, do jakich myśmy już przywykli, było wręcz przeciwne w tych krajach, w których zwyczaj używania tych środków został świeżo zaprowadzony; wszakże zatrucie alkoholowe w połączeniu z jadem ospowym, (którego szkodliwość zmniejsza się również przez przyzwyczajenie) prawie wytepiło mieszkańców północnej i południowej Ameryki.

Możności przyzwyczajania się przez ciągłe powtarzanie jednej i tej samej rzeczy zawdzięcza organizm ludzki zdolność przystosowywania się, która jest zdolnością wrodzoną. Zjawia się ona i zaczyna się rozwijać z chwilą przyjścia na świat i nie ogranicza się tylko do możności uniknięcia działania trucizn, lecz wogólności jest środkiem, za pomocą którego człowiek może wszystko osiągnąć. Bez wprawy zaś i nawyknienia niczego nie dopnie i nie nieprzezwycięży. Posiadaniu tych zdolności zawdzięcza człowiek swą potęgę i panowanie nad przyrodą; one są źródłem władzy jego nad innymi stworzeniami, które obłaskawia, tresuje i przywiązuje do siebie.

Gdyby tylko nie obracano na złe tej zdolności dowolnego przystosowywania się, jakieżby ztąd dobrodziejstwa mogły spłynąć na ludzkość! Odwróćmy jednak wzrok swój od złych nalogów, które powstają dzięki złemu wychowaniu i głupocie, a skierujmy go na liczne dobrodziejstwa, które pan stworzenia zawdzięcza zdolności przyzwyczajania się. Ona to uczy go, jak można podolać każdej pracy, ona czyni go panem zwierząt i roślin, i dzięki jej rodzaj ludzki udoskonala się.

Jej też zawdzięcza człowiek możność ułożenia ptaków i psów do polowania i wykształcenie odpowiedniej dla każdego gatunku zwierzyny rasy psów; ona sprawia to, że jedne psy potrafią zająć na łowach najodpowiedniejsze stanowiska, a inne umieją pokazywać najprzedziwniejsze sztuki; ona uczy ptaki mówić, a konie tańcować; ona robi z psa przewodnika niewidomych, i budzi

w nim takie przywiązanie do człowieka, że wierne zwierzę po śmierci swego pana z tęsknoty i żalu zdycha na jego grobie.

Nawyknienie, zdolność przystosowania się i wprawa są źródłem licznych dobrodziejstw, jakie ludzkość osiąga przy pomocy tych magicznych sił, którym zawdzięczamy możliwość podjęcia najmozolniejszych przedsięwzięć i posiadanie najcenniejszych *zdolności*, nabytych przez kształcenie ich i zwracanie na nich uwagi. Wszakże zmysły zaostrzają się przez ćwiczenie i kształcenie ich, wola się kształci przez silne postanowienie.

Miałbym sobie do wyrzucenia to zboczenie ód przedmiotu, gdybym nie był pewny, że to samo przyzwyczajenie, które poskramia dzikie zwierzęta czyni też i trucizny nieszkodliwymi.

(Je me repentirais de m'être laissé aller à cette longue digression, si je n'avais la certitude, que l'acoutumance qui dompte les bêtes féroces, apprivoise aussi les virus, á la différence des poisons et des vaccins“)

Chorobotwórcze materyje, przeniknąwszy w nasz organizm i rozmnażając się w nim, mogą pomimo to zachowywać się w taki sposób, że każda cząsteczka, która stopniowo uległa wessaniu, będzie wywierała wpływ osłabiający działanie całej ilości jadu. Dzięki temu w czasie epidemii lekarze, którzy mają rozległą praktykę i, chodząc od chorego do chorego, przejmują od każdego minimalne ilości zarazka, osiągają w końcu znaczną odporność, której nabycie w ogóle jest fałszywie pojmowane.“

Na innym zaś miejscu czytamy:

„Jeżeli oddaliłem się od przedmiotu, to uczyniłem to jedynie dla tego, żeby wskazać na godny uwagi stosunek pomiędzy chorobami zakaźnymi i środkami, za pomocą których możemy je leczyć. Stosunek ten, którego poznanie zawdzięczamy badaniom klinicznym, należy do rzędu pewników w medycynie, nie dających się obalić żadnym przesądom. A jednakże pomimo to często pisma lekarskie są przepełnione najosobliwszemi i godnemi pożałowania protestami, a przecie nawet ten kto niechce uznawać prawdy, powinien przynajmniej starać się nakłonić do jej uznania“

Z tych cytat widać jak dobrze już dawniejsi lekarze wiedzieli o tem, że stosowanie przez czas dłuższy małych dawek swoistych pierwiastków chorobotwórczych może być środkiem leczniczym w wielu chorobach i nawet dziś jeszcze nie możemy zbudować mądrzejszej hipotezy nad tę, jaką podał Bretonneau, który działanie lecznicze jadowitych ciał tłumaczył uodpornieniem, a to ostatnie stawiał w zależności od wrodzonych człowiekowi zdolności, przyzwyczajania się i wprawy. Hufeland również musiał o tem dobrze wiedzieć, gdy mówił: „Nawet uzdrawianie za pomocą tak zwanych specyfików jest niczem więcej jak dziełem natury, gdyż i w tym razie środek leczniczy jest tylko bodźcem,

który wywołuje reakcyę i zmianę na lepsze jedynie przy pomocy sił natury; homeopatya, którą stawiają wyżej ponad naturę, jest właśnie najlepszym dowodem leczenia siłami natury, gdyż jest ona niczem więcej, jak tylko metodą leczenia za pomocą specyfików. Wybierając środki *podobnie działające, uzdrawia ona organ dotknięty cierpieniem przez obudzanie w nim reakcyi natury i wywołanie przez to spraw, dążących do wyleczenia choroby*“ (Einleitung zum Enhiridion medicum von Hufeland).

Wprawdzie, mówiąc to, Hufeland nie stoi na takim ściśle naukowym gruncie, jak Bretonneau, jednakże i w tych jego słowach znajdujemy już zapowiedź tej zdobyczy naukowej, która polega na wykryciu przez Kocha stosunku jadu, wytworzonego przez laseczniki gruźlicze, do samej sprawy gruźliczej i jest, rzecz można, nabytkiem, rozpoczynającym nową erę a w nauce. Hahnemann z całą stanowczością, chociaż w sposób nie zupełnie przekonywający potwierdza wynikający z odkrycia Kocha fakt leczniczego działania chorobotwórczego jadu na wywołane przezeń cierpienie; gdy jednak zastanowiemy się nad tem, co on sam, a tem bardziej ci, którzy za nim na ślepo powtarzają uczynili dla praktyki dzięki poznaniu tego faktu, który sam przez się nie ulega wątpliwości, natenczas żywo stanie nam w pamięci mądre zdanie Bretonneau: „Dla sztuki lekarskiej będzie to w każdym razie mniejszem złem jeżeli nawet pierwszorzędnej wagi fakty zostaną zupełnie zapomniane, niż żeby były fałszywie tłumaczone i źle użytkowane“. Z tego względu należy nawet za zasługę poczytywać oficyalnej nauce lekarskiej, że ignorując słuszną zasadę homeopatyi, z dwojga złego wybrała mniejsze. Lepiej jest nie wiedzieć o czemś wcale, niż wiedzieć zamało.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby nerwowe.

61. L. d'ASTROS. **Patologja odnóg mózgowych.** (*Pathologie du pédoncule cérébrale. Revue de Médecine Nr. 1—2, 1894.*)

Większe ogniska w odnogach mózgowych dają, jak wiadomo, tak zw. *Syndrom Herm. Webera* t. j. *hemiplegia alternans* (porażenie n. oculomotorji com. po stronie ogniska i porażenie kończyn i twarzy po str. przeciwległej) inaczej *paralysis alternans superior* (z powodu, że jądro n. oculom. leży najwyżej ze wszystkich jąder nerwów ruchowych). Ogniska jednak w odnogach prócz porażenia ruchu, mogą powodować zmiany czucia,

naczynioruchowe, lub zależnie od umiejscowienia może być dysocjacja syndromu Webera. Aby to wytłumaczyć, należy przede wszystkim uprzytomnić sobie *stosunki anatomiczne i fizjologiczne okolicy odnóg mózgu*.

Dolne piętro odnóg składa się wyłącznie z przewodników idących od kory mózgowej. Na podstawie zwyrodnień zstępujących odróżniono w niem:

1) *Pęczek wewnętrzny* (t. zw. psychiczny) zwyrodniający się w następstwie zmian w korze okolicy czołowej. Zewnętrzną część jego Raymond i Artand opisali p. n. *pęczka afazy*, bo zawiera przewodniki idące od 3-go zawoju czołowego do rdzenia przedłużonego.

2) *Pęczek średni* obejmuje przewodniki ruchów dowolnych i dzieli się na: a) *pęczek wewnętrzny* mniejszy zw. *fasciculus geniculatus* zwyrodniający się w następstwie zmian w zawoju czołowym wstępującym i zawierający przewodniki dla m. żwaczy, ram. facialis inferior i hypoglossus, których do jąder w rdzeniu przedłużonym udaje się po skrzyżowaniu w moście. b) *pęczek zewnętrzny czyli piramidalny* zawiera przewodniki, idące od okolicy ruchowej kory do rogów przednich rdzenia, skrzyżowawszy się z drugostronnym częścią w piramidach rdzenia przedłużonego (pęczek skrzyżowany), częścią niżej w commiscura anterior rdz. kręgowego (pęcz. piramid. prosty).

3) *Pęczek zewnętrzny czuciowy* jest anatomicznie przedłużeniem pęczków bocznych czuciowych rdzenia i udaje się do zrazów potylicowych. Do osobliwości należą jego zwyrodnienia, lecz obserwowali je Rossolimo w przyp. rozległego rozmięczenia kory, Jilgersma w przyp. podwójnego ropnia mózgu i Winkler w przyp. cierp. korowego gyrus angularis.

Górne piętro odnóg oddzielone od dolnego subst. czarna Soemmeringa, składa się z wielu pęczków, z których najważniejszym jest pęczek zw. *wstęgą Reila*. Jest on przedłużeniem pęczka rdzeniowego Gowersa (dośrodkowego), zajmuje boczną część bulbi, w moście nie krzyżując się przedstawia pęczek z góry na dół spłaszczony. Niektóre z jego włókien gubią się w retykularnej formacji odnóg, inne można śledzić aż do corp. mammilaria. Lecz największa ilość zewnętrznych włókien tego pęczki zagina się na zewnątrz i wychodzi na wysokości brzozy boczna isthmus, tworząc właściwą *wstęgę Reila*. Kierują się one tutaj ku górze i na wewnątrz i krzyżują na linii środkowej, okrążają lub przechodzą przez corp. *quadrigemina*, przez ich odnogi, dotykają corp. *geniculata*, okrążają tylną część *thal. opt.* i ostatecznie podług Meynerta gubią się w koronie promienistej Reila

Nieokreślono anatomicznie ściślej do jakiej okolicy kory udają się przewodniki powyższe, prawdopodobnie jednak do okolicy średniej i tylnej półkul.

Jaki jest stosunek czynnościowy przewodników czuciowych dolnego piętra (pęczek zewnętrzny) do takich przewodników górnego piętra odnóg (wstęga Reila) doświadczalnie nie rozstrzygnięto.

W górn. piętrze znajduje się jeszcze *pęczek podłużny* po obu stronach linii środkowej pod wodociągiem Sylwiusza a oddzielony od tego ostatniego jądrami n. oculomotorii com. W nim leżą włókna anastomozujące między jądrami oculomot. com. a jądr. oculomotorii externi po str. przeciwnej (M. Duval).

Umieszczenie przewodników naczynioruchowych w odnogach nie zostało dotąd określone.

Odnogi mózdkowe górne. Po wyjściu z mózdku i skrzyżowaniu na linii środkowej przechodzą pod corp. quadrigem. przez jądro czerwone Stillinga, dalej pod thal. optic. U człowieka podł. Fere'go tylko sprawy irytacyjne w tych odnogach mają wywoływać naruszenie równowagi podobne do doświadczalnie otrzymywanego u zwierząt.

Corpora quadrigemina najwyżej w okolicy odnóg położone składają się z jądra szarej substancji i białych włókien różnego rodzaju, z których jedno są przedłużeniem wstęgi Reila, inne zaś wchodzi w skład narządu wzrokowego. Z *corp. quadrigem. anter. i corp. genicul intern* wychodzą pęczek prosty i skrzyżowany szlaków n. wzrokowych. Natomiast *corp. quadrig. poster. i corp. genicul extern.* nie znajdują się w żadnym stosunku do narządu wzrokowego, a tylko do commissura Guddeni. Czynności fizjologiczne wzgórków czworaczych nie są jeszcze określone.

Nuclei et fibrae radicales n. oculomotorii com. Dwa jądra: 1) *jądro dolne* klasyczne, złożone z szarej substancji pod wodoc. Sylv. po obu str. linii środkowej. Najbardziej ku tyłowi w tej szarej subst. leży *jądro n. patetycznego*. Ku przodowi jądra n. oculom. com. sięgają rozbieżnie od linii środka do przedniej części wzgórka czworacz. przedn. Jądro dolne zawiera ośrodek nerw. dla m. zewn. gałki ocznej. 2) *Jądro górne*, leży ku przodowi od dolnego, dalej od linii środkow. wzdłuż podłogi 3-ciej kom. aż do tuberc. mammillaria. W przednim jego oddziale mieści się ośrodek akkomodacji, (centr. accomod.); w tylnym ośrodek żrenicy (centr. photomotor.).

Korzenie n. oculomot. com. wychodzące z *jądra dolnego* tworzą grupę przednio wewn. i tylnozewn., zstępują dookoła jądra czerwonego Stillinga do piętra górnego odnóg, następnie jako jeden pęczek przenikają przez subst. czarną do piętra dolnego, gdzie przebiegają na wewnątrz pęczka piramidalnego i wychodzą przez odstęp między odnogami.

Korzenie wychodzące z *jądra górnego* nie są anatomicznie prześledzone lecz z dośw. fizjol. wiadomo, że kierują się z przodu ku tyłowi wzdłuż ścianki 3-ciej komórki, i na wewnątrz doln. pię-

tra odnóg i łączą się z korzeniami, idącymi od jądra dolnego bezpośrednio przed wyjściem wspólnego pnia n. oculomotorii tuż nad górnym brzegiem mostu Varola.

Prócz tego w *górn. piętrze odnóg* leży jeszcze *korzeń zstępujący n. trigemini*, idący od jąder położonych na zewnątrz jąder n. oculomot. com. i wysyła doń nitki anastomozujące (Meynert).

Czynność czarnej subst. Soemmeringa i jądra czerw. Stillinga nie są znane.

Patologija spraw ogniskowych w okolicy odnóg takich jak *wylewy krwi* (pęknięcie tętnic) lub *rozmięczenia* (zakrzep w tętnicach) wymaga przypomnienia przebiegu tętnic w okol. odnóg, które autor na podstawie badań własnych z udziałem Dr. Alezais dokonanych w 1892 r. streszcza w sposób następujący. Tętnice odnóg powstają z art. cerebr. posterior i jej gałęzi i dzielą się na tętnice odżywcze odnóg i tętnice, przechodzące przez odnogi do okolic sąsiednich. Najbardziej unaczynione są corp. quadrig, potem piętro dolne, najmniej piętro górne.

Najważniejszą w patologii wylewów krwawych jest 1) *art. nucleorum n. oculomot con.* Powstaje z pnia *art. cerebr. poster.* w samym jego początku i przenika na wewnątrz n. oculom. com. w wewn. część dolnego piętra, bieży dalej w kierunku korzonków nerwu dzieli się na 6—7 gałęzi, z których przednie idą poziomo do jądra akomodacji i ruchów źrenicy, średnia zaś i tylne kierują się pionowo i skośnie ku górze i tyłowi do jądra m. zewnętrznych gałki ocznej. Tętniczki te są znacznego kalibru, w przebiegu wewnątrz odnóg nie anastomozują z sobą, dopiero tworzą siatkę naczyniową końcową i stanowią przeto odrębny układ naczyniowy, niezależny od układu tętn. górn. piętra. Powstają z niej duże wylewowe ogniska w wewn. części odnóg *haemorrhagiae pedunculares internae*, którym właśnie odpowiada syndrom kliniczny: *paralysis alternans*. 2) *Inne tętnice odżywcze wewnątrzodnogowe* powstają z pnia *art. cerebr. poster.* lub z jej części wstępującej przed ujściem *art. communican. poster.* i topograficznie dzielą się na 5 grup: *tętn. wewnętrzne* wprost udające się do wewn. części doln. piętra odnóg, *tętn. przednio-zewn.* również do piętra doln., *tętn. brzozy*, piętra górnego i wzgórków czworaczych. Tętniczki te są cienkie tak, że choć i zdarzy się ich pęknięcie objawy ogniskowe mogą nie być wyraźne. Ważniejszymi w patologii wylewów krwawych są tętnice większego kalibru, przechodzące przez odnogi do wzgórków wzrokowych, t. j. 3) *Art. opticae*, mianowicie a) *art. opt. internae et posteriores*, powstające z *art. cerebr. poster.* nieco powyżej *art. nucleorum oculomotorii* i przebiegające w wewn. części odnóg, aby się udać do thal. opt. Mogą dawać ogniska wylewowe w *części górnej wewnętrznej odnóg*; b) *Art. opt. externae et posteriores* 2—3

powstawszy z cerebr. poster. zagłębiają się między corp. genicu extern. i intern. i krzyżują odnogi ukośnie z zewnątrz na wewn. i z dołu ku górze, aby się udać do thal. opt. Wylewy z nich krwawe mogą przesączać w odnogi (Duret).

1) *Haemorrhagiae pedunculares internae w skutku pęknięcia art. nucleorum oculomotorii.* Kazuistyka posiada 3 przypadki dokładnie opisane i zbadane pośmiertnie:

1) *Przyp. H. Webera* 52 letni chory. Zapowiednie bóle i tętnienie w głowie, zawrót, który chory słabym głosem oznajmia, poczem pada na prawy bok, przez kilka chwil nieprzytomny, kął ust zbacza na lewo. W 2 dni później poraż. praw. poł. twarzy, praw. połowy podnieb. (zb. w lewo) kończyn praw. str. i połowy kl. piersiowej oraz poraż. oculomot. com. totalis z lew. str. Czucie w poraż. połowie o $\frac{1}{3}$ zmniejszone, subiektywnie zaś uczucie większego ciepła i ciepłomierz wykazuje pod prawą pachą o $\frac{1}{2}^0$ wyżej. Porażenie czynności kiszek, pobudliwość elektr. mięśni, po str. poraż. wzmożona, poprawa stopniowa w ciągu 5 tyg., poczem śmierć w skutku pleuritis, *Autopsia:* miażdżyca art. basilaris, carot. int. cerebr. med. et poster po str. lewej. Lewa odnoga większa, niż prawa, na przekroju poprzeczn. w doln. piętrze, skrzep krwi 15 ccm. długi, 6 szeroki w części wewn. oddzielony od brzegu wewn. odnogi tylko cienką warstwą subst. nerwowej, poczyna się bezpośrednio przed mostem Varoła, nieco odbarwiony, otoczony tk. łączną. Zwyródnienie tłuszczowe oculomot. com. lewego, mózdzek, corp. quadrig, most Var., rdzeń przedłużony bez zmian.

2) *Przyp. Rickards'a.* U 64 letn. pijaka występuje w przededniu chód niepewny i opadanie prawej powieki, posługuje się zręcznieją prawą ręką, odpowiada bez związku, niechce przyjmować pokarmów, twierdząc że zatrute. Lewy policzek wygładzony, wkrótce i lewe oko się zamyka, głowa zwrócona ciągle w lewo choć dowolnie może ją skierować w prawo. Nie ma zez, źrenice oddziałują prawidłowo. Paresis kończyn lewej str. i zmniejszenie w nich czucia, ból w tyłogłowie, mocz oddaje pod siebie. W 10 dni przejściowo coma, kończyny obu str. przytem zesztwniałe i zgięte. W kilka dni coma głębsza i śmierć. *Autopsia.* Subst. mózgu przekrwiona i nieco miększa, boczne komórki rozszerzone zawierają 5 uncyj czystego płynu. *W głębi 3-iej komórki i w części wewn. i górnej odnóg skrzep. krwi* niesymetryczny, więcej w praw. odnodze ciągnący się do locus niger. Włókna wewn. i górne lewej odnogi także naruszone. Skrzep umieszczony pod wodoc. Sylv. uciskał go do corp. quadrig. Przedni koniec skrzepu sterczał pod ependyma w 3-iej kom., tylny sięgał na 1 linię od mostu Varoła. Skrzep już odbarwiony w środku.

3) *Przyp. Leubejo* 50-letnia kucharka. W ciągu 4-ch tyg. bóle głowy, wymioty, anorexia, zaparcie, potem senność, z tru-

dnocnością odpowiada i porusza tylko kończ. praw. str., kończ. lew. str. nieruchome, lewa połowa twarzy nietknięta. Wzmoczenie odruchów po praw. str. Ruchy atetotyczne w palcach obu stóp, po paru dniach senność mniejsza, pozostaje paresis i osłab. czucia w kończ. lewej str., źrenice zwężone nie oddziałują, lekka ptosis z praw. str. W ciągu 4-ch dni świadomość wraca, wymioty ustały, zmniejsza się pareza lewostr., lecz znieczulenie większe. Lewa źrenica szersza niż prawa. 5-go dnia pareza lewo-str. zwiększa się, wymioty wracają, silny ból głowy z praw. str. i z tyłu, puls powolny, sopor, źrenica prawa szersza od lewej, lekka pareza lew. połowy twarzy, coma, śmierć.

Autopsia: Zastój krwi w nac. opony miękkiej zwłaszcza lew. półkuli. Boczne komórki zawierają dużo płynu. W praw. gyrus fornicatus stary gruzełek. Prawa odnoga wypuklejsza niż lewa, lecz na przecięciu nie rozmięczona. Gl. pinealis zwapniała i powiększona. Zresztą nic więcej. Po stwardnieniu w płynie Müllera znaleziono pod drobnowidzem 4 małe ogniska wylewowe w prawej odnodze. Na przekroju między przedn i tylnymi wzgórk. czworaczemi 2 ogniska wielkości soczewicy, jedno pod wod. Sylv. nieco na lewo między jądrami n. oculom., drugie w górn. odcinku prawego jądra ocul. narusza górne komórki jądra oraz kilka najbardziej i najbardziej z boku położonych korzeni tego nerwu. Trzecie ognisko w zewn. części czarnej subst. w miejscu, gdzie włókna górnego piętra, udające się do wstęgi Reila i włókna zewn. dol. piętra zstępujące tak zbliżają się ku sobie, że nawet małe ognisko może naruszyć przewodnictwo w obu tych drogach, ku dołowi ognisko łytyka odnóg mózdkowych górnych. Wreszcie 4-te ognisko nieco na zewnątrz 3-go narusza wyłącznie pęczek pyramidalny.

Epicrasis. W przyp. opisanych ogniska wylewowe pochodzą z pęknięcia art. oculomotorii w różnych odcinkach jej przebiegu.

Pęknięcie tej tętnicy w 1-ym, najbliższym początku odcinka od ognisko bezpośrednio nad mostem Varola w cz. wew. doln. piętra blisko linii środkowej (przyp. Webera). Klasyczny typ. pęknięcia tej tętnicy więcej ku przodowi t. j. w piętrze górnem odnogi, które będzie zajmowało cz. wewn. odnogi ponad subst. czarną i może się rozciągać od mostu aż do 3 komórki (przyp. Rickards'a). Wreszcie mogą pękać ostateczne rozgałęzienia art. oculomotorii i utworzą małe ogniska zawsze w wewn. części górn. piętra, bliżej lub dalej od wodoc. Sylv. nawet w jądrach oculomotorii (prz. Leubego).

Kliniczny obraz haemorrhagiae peduncul. internae przedstawia się jak następuje: Chorzy mają więcej nad lat 50 z miażdżycą. Syndrom kliniczny *paralysis alternans superior* może przedstawiać odmiany i stopnie: 1) *Porażenie oculomot. po str. wylewu* jest najstarszym objawem, ponieważ pęka jego tętnica

odżywcza. 2) *Hemiplegija po str. przeciwnej* zależy od ucisku wylanej krwi przewodników ruchu i czucia ściśle skupionych w odnogach, lecz mogą być różne stopnie, ztąd należy utrzymać podział na:

1) *Haemorrhagia peduncularis interna dolnego piętra* daje najklasycniejszy obraz kliniczny *paralysis alternans*. Poprzedzać mogą bóle głowy, szum w uszach, po nich przychodzi napad udarowy, wkrótce jednak wraca świadomość. Porażenie n. oculom jest całkowite (totalis), czyli ma charakter poraż. obwodowego, zależy zaś to od tego, że w doln. piętrze zbiegają się wszystkie korzenie n. oculom. Hemiplegia po str. przeciwnej, przy większych ogniskach zupełna, twarzy, miękiego podnieb., kończyn, m. połowy tułowia. Równolegle choć w mniejszym stopniu hemianaesthesia i porażenia naczynioruchowe (podnies. ciepłoty). Hemiplegia zależy od uszkodzenia więcej na wewnątrz leżących fascic. geniculatus i pyramidaln., hemianaesthesia zaś od ucisku pęczka czuciowego.

2) *Haemorrhagiae pedunc. internae górn. piętra*. Może nie być właściwego napadu udarowego. Poprzedzać mogą wymioty, bóle w tyłogłowi. Brak napadu udarowego zastępuje śpiączka i torpor intelektualny lub delirium. Rickards objaśnia to zebraniem płynu w komórkach mózgu w skutku zniesienia drożności wodoc. Sylwiusza lub ugnieceniem z odległości żył Galena. Bywa jeszcze zwrócenie oczu w jedną stronę. Porażenie oculomotorii jest częściowe gdyż komórki tego nerwu są znacznie rozsunięte, a przy ognisku w jądrze porażenie może być nadto niezupełne. Hemiplegia nie jest konieczna, gdyż przewodniki ruchowe przebiegają w dolnym piętrze i trzeba dużego ogniska żeby działało przez ucisk z odległości i wtedy nawet stopień porażenia mniejszy. Małe ogniska położone bliżej wodoc. Sylv. mogą nie powodować hemiplegii, ani hemianaesthesii. Chwiejny chód zależy od dział. na odn. mózdk. górne, zwolnienie pulsu, zaparcie zależą od oddziaływania na vagus i symp. Śmierć notowano często w skutku pleuropneumonii pstr. porażenia.

D. c. n.

L. Rzeczniewski.

II. Chirurgja.

62. Ernst Aleksander REINICKE. **Badania bakteryologiczne w kwestyi dezynfekcyi rąk.** (*Centralblatt für Gynäkologie* 1894 Nr. 47).

Autor podaje wyniki badań bakteryologicznych, wykonanych w celu sprawdzenia sposobów wyjaławiania rąk, poleconych przez dawniejszych badaczy, jak *Kümmel* (szczotkowanie rąk w wodzie i

szarem mydle, potem w 5⁰/₀ kwasie karbolowym lub też w wodzie chlorowej \overline{aa} z wodą destylowaną, *Forster* (taką mechaniczną dezynfekcyą, następnie traktowanie rąk 0,5—1⁰/₀₀ sublimatem), *Fürbringer* (1 min. szorowanie jak wyżej, 1 min. mycie w 80⁰/₀ alkoholu, 1 min. w 3⁰/₀ kwasie karbolowym, lub w 1—2⁰/₀₀ sublimacie).

W swych badaniach jako kryterjum czystości rąk przyjmował autor jałowość „przestrzeni podpaznokciowej“; do doświadczeń używał jałowych drewniek, któremi po zdezynfekowaniu rąk tym lub owym sposobem, wyskrobywał wspomnianą przestrzeń podpaznokciową, a następnie owe drewnienka wrzucał do rozpuszczonego agaru, wylewał go na płytki, a rozwijające się ewentualnie kolonie drobnoustrojów liczył po upływie trzech dni. W celu porównania skuteczności rozmaitych sposobów dezynfekcyi, autor częstokroć stosował sztuczną infekcyę i do takiej używał zarodników pewnego gatunku lasecznika kartoflowego, otrzymanego przezeń z katgutu; zarodniki tej bakteryi odznaczają się taką żywotnością, że znoszą bez szkody dla siebie dwugodzinny pobyt w strumieniu pary wodnej, oraz półgodzinne gotowanie. Używał też autor w tym samym celu *micrococcus prodigiatus* i *bacillus pyocyaneus*. W rezultacie autor dochodzi do następujących wniosków.

1) Za pomocą obecnie używanych chemicznie działających środków antyseptycznych: kwasu karbolowego, sublimatu, wody chlorowej, trikresolu i lysolu, w granicach czasu możebnych w praktyce, przytem w koncentracyi nie uszkadzającej naskórka, nie można otrzymać zupełnie dokładnego wyjałowienia rąk, zwłaszcza silniej infekowanych.

2) Po uprzednim oczyszczeniu rąk za pomocą możliwie gorącej wody, mydła i szczotki w przeciągu 5 minut, następnie po 3—5 minutowem szczotkowaniu rąk w około 90⁰/₀ alkoholu i po ostatecznem opłukaniu rąk w aseptycznem płynie, otrzymujemy z wielkiem prawdopodobieństwem absolutne wyjałowienie rąk.

3) Możliwie pewną i prędką dezynfekcyę osiągnąć można za pomocą szczotkowania rąk w przeciągu 5 minut w alkoholu, któremu autor przepisuje li tylko mechaniczne działanie.

M. Bełżyński.

63. KRÖNNIG'A **O dezynfekcyi rąk za pomocą spirytusu.** (*Centralbl für Gynakologie 1894 Nr. 52*).

Autor dochodzi w porównaniu z *Reinicke*'m do wręcz przeciwnych wniosków w kwestyi dezynfekcyi rąk za pomocą spirytusu.

Ponieważ autor uważa metodę poszukiwań stosowaną przez *Reinicke*'go za niedostateczną, modyfikuje ją więc w ten sposób, że po

dezynfekcyi według pewnego systemu poddaje bakterjologicznemu badaniu nie zeszkrobiny z powierzchni skóry, lecz wycięte jej kawałki, uprzednio zainfekowane kulturą węglistą. Jako odrzywkę stosuje Krönig agar rozlany na płytkach Peri'ego. Daleko większy wszakże nacisk kładzie autor na te ze swych doświadczeń, gdzie owe kawałeczki skóry szczepi podskórnie zwierzętom (myszom i morskim świnkom) w celu wywołania, w razie obecności na dyzynfekowanej skórze zarodków węglistki, swoistych objawów. Skóra do doświadczeń brana jest ze świeżych trupów, a jeden raz nawet z żywego człowieka (w agonii przy raku).

Rezultaty badań autora są następujące.

1) Nawet półgodzinne mechaniczne czyszczenie skóry jest niedostateczne do jej wyjałowienia.

2) Za pomocą alkoholu, nawet po 15 minutowem użyciu, nie można dokładnie zdezynfekować skóry.

3) Przy połączeniu mechanicznego czyszczenia z chemiczną dezynfekcją za pomocą sublimatu (10 minut. szorowanie wodą z mydłem i 10 minut sublimatu 1⁰/₀₀), w niektórych wypadkach skóra odkażała się do tego stopnia, że nawet po strąceniu sublimatu chlorkiem ammonu kawałki skóry, zaszczeplone myszom, nie zarażyły ich.

4) Sublimat w tych wypadkach zarodników nie zabija, lecz prawdopodobnie, dając chemiczny związek (albuminat rtęci) z powierzchnią skóry, hamuje na czas dłuższy rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych.

M. Bełżyński.

64. SCHEIER. **Nowy sposób leczenia zębów martwych.** *Revue internationale d'odontologie* 3. 1894.

Dr. Scheier Wiednia podaje nowy sposób sterylizowania kanałów w zębach, dotkniętych gangreną miazgi, za pomocą potasu i sodu w stanie metalicznym.

Dobre rezultaty, jakie dotąd otrzymywano i łatwość zastosowania powinny zachęcić do nowych prób, gdyż każdy ze specjalistów wie, jakie trudności przedstawia leczenie podobnych zębów.

Zęby, dotknięte gangreną miazgi spotykające się codziennie w praktyce naszej, mają prawie zawsze ten sam wygląd. Otwór i kanały są wypełnione masą septyczną, której skład chemiczny jest różny. Zawsze się znajduje woda, w której są rozpuszczone lub w zawieszeniu produkty rozkładu białka, tłuszcze, amoniak, kwasy z seryi tłuszczowej, siarkowodor i etc., nakoniec ogromna ilość najrozmaitszych drobnoustrojów.

Celem naszym jest zniszczyć wszystkie bakterye, ażeby otrzymać otwór zupełnie aseptyczny. Dwa są sposoby pozbycia się pasożytów. Jeden polega na tem, żeby działać na nie bezpośrednio, niszcząc je za pomocą produktów chemicznych. Drugi

zasadza się na tem, żeby odjąć pożywienie, potrzebne dla ich bytu i rozwoju.

Dużo środków ma własności antyseptyczne, ale zarazem posiadają takie działanie, że w obec niego użycie ich w dentyście i chirurgii jest przeciwwskazane. Sublimat i nadmanganian potasu zabarwiają dentyne i nie mogą być użyte w celu dezynfekcyi zębów przez czas dłuższy. Kwas salicylowy rozpuszcza sole wapienne. Cała serya fenolów powoduje ścinanie się białka i przez to nie może działać skutecznie dla odkażania kanałów. Pozostają więc nam tylko oleje eteryczne i kilka preparatów amerykańskich, jak *listeryna*, której skład jest nawet mało znany.

Wszystkie te środki nie dają dotąd pożądaných wyników, a nadto nie raz są niebezpieczne, gdyż muszą być wprowadzane do kanałów za pomocą zgłębnika, owiniętego wata, przez co bardzo łatwo materye septyczne mogą być posunięte aż do szczytu, przejść otwór i spowodować zapalenie okostny.

Nowy sposób leczenia Dr. Scheiera ma za punkt wyjścia zmianę chemiczną zganrenowanej miazgi w kanałach, którą można stwierdzić przez zupełną zmianę zapachu. Przed użyciem lekarstwa wydzielnina kanałów ma silny zapach gnilny, po wprowadzeniu zaś do kanałów preparatu zawartość ich wydaje zapach alkaliczny, mydlany. Ponieważ nie znane są inne związki potasu i sodu jak: $H^2O + K=KOH + H$ albo: $H^2O + Na=NaOH + H$, a także nie wiadome są własności antyseptyczne wodoru i potasu żrącego, trzeba więc przypuszczać, że bakterye giną w skutek podniesionej ciepłoty, jaka się wytwarza podczas rozkładu wody. Jeśliby zaś jakie drobnoustroje i ocalały po tej eksplozyi, to pobyt ich byłby nie możebnym w tej masie mydlanej, jaka się wytwarza w kanałach podczas reakcyi chemicznej.

Sposób użycia. Działanie lekarstwa jest gwałtowne i zawsze towarzyszy mu zjawisko świetlane co wskazuje na potrzebę nałożenia Kofferdamu, gdyż najmniejsza cząstka metalu padając na błonę śluzową, sprawia silne oparzenie. Otrzymujemy preparat Dr. Scheiera w małych flakonikach cylindrycznych, hermetycznie zamkniętych za pomocą stearyny. Przed użyciem trzeba przekłuć w stearynie otwór o tyle tylko, żeby przeszedł nerwestraktor (cienki zgłębnik z drobnymi haczykami) i uważać, żeby zaraz po nabraniu zatknąć znowu otworek kroplą stearyny; tak postępując można używać tej samej flaszeczki przez kilka tygodni lub miesięcy. Dostęp powietrza rozkłada metal.

I tak, gdy już kofferdam nałożony, otwór zębowy rozszerzony i wysuszony, trzeba włożyć newrekstraktor do flakonika zawierającego preparat i pokręcić go w ten sposób, żeby małe cząstki metalu przyczepiły się do zębów igły, następnie wprowadzić ją pomału do kanału, z którego zaraz wybucha mała iskier-

ka i słyzy się szmer podobny do tego, jaki się tworzy przez dotknięcie gorącego żelaza do wody.

Rękoczyn ten trzeba powtórzyć kilka razy, wkładając zglęb-
nik ten co raz dalej. Zawartość, wychodząca z kanałów jest
zmieniona w płyn brunatny, pieniający się. Wówczas zakrywa się
zab na kilka dni, a na następnem posiedzeniu wyjmuje się reszt-
ki masy zgęstniałej i łatwej do usunięcia. Następnie przemywa
się otwór i kanały alkoholem, wkłada się do kanałów watę na-
syconą tą samą substancją i ostatecznie się *plombuje*.

Zamiast alkoholu może być użyty wyciąg cynamonowy,
który w ostatnich czasach wchodzi w coraz większe użycie
w dentystyce.

Dr. Miller z Berlina robił pod tym względem liczne doświad-
czenia i znalazł, że *Oleum cinamoni cassiae* jest jednym z naj-
lepszych antyseptyków, niszczących bakterye w jamie ustnej.

Lek.-dent. M. Linda.

Do zmydiania zawartości kanałów rekomenduje w ostatnich
czasach *Schreiber* z Chemnitz *potas żrący in substantia* (kalium
causticum fusum). Otrzymał rezultaty nie gorsze niż od potasu
i sodu metalicznego, potas gryzący znajduje się w każdej aptece
w postaci powszechnie znanych pałeczek. Pałeczkę taką należy
skruszyć na drobne cząsteczki ostatnie na zglębniku możliwie pręd-
ko i głęboko w kanał wprowadzić. Na powietrzu kali causticum
prędko się rozpuszcza. Szczegóły zastosowania potasu żrącego są
mniej więcej też same, co potasu i sodu metalicznego. (*Deutsche*
Monatshefte für Zahnkeilkunde September Heft. 1894 str. 335
i nast. (*Przypisek Redakcyi*).

65. HEINAC. **Hydrocele u kobiet.** (*Chirurg. Wiestnik. Sierpień—*
Wrzesień 1894).

Autor spostrzegł na klinice następujący przypadek: młoda
dziewczyna zauważyła jeszcze przed dwoma laty niewielki guz
w lewej pachwinie, który uwidocznił się przy chodzeniu, a zni-
kał w postaci leżącej; z czasem guz coraz rzadziej chował się,
wreszcie od dwóch miesięcy jest stały i przytem bolesny. Przy
badaniu znaleziono jajowaty twór, wielkości $10 \times 7 \times 7$ sz. ctm.,
którego górny koniec sięga zewnętrznego otworu pachwinowego
i jest do niego jakby przymocowany, dolny zaś odcinek zajmuje
górną część wargi sromnej. Powierzchnia guza gładka, tylko
w tylno-dolnej części jego wyczuć się daje twardy, rozgałęziający
się sznurek, który biegnie z dołu do góry w samej ścianie guza.
Skóra nad guzem ruchoma i nie zmieniona. Guz jest spężysty
i elastyczny, wyraźnego chelbotania nie daje. Przy kaszlu cho-
rej guz nie powiększa się; wprowadzić guza do kanału pachwi-
nowego nie zdołano. Po rozpoznaniu otoku wodnego przystą-
piono do operacyi i znaleziono torbiel wielokomorowa, która wi-

siała na nóżce, wychodzącej z kanału pachwinowego; nóżkę odcięto i przyszyto do zewnętrznego pierścienia pachwinowego, wreszcie zaszyto ten ostatni, jakoteż ranę skórą.

Badanie drobnowidzowe stwierdziło, iż guz był rzeczywiście torbielą więzu obłego. Przypadek ten jest siódmym, znanym w piśmiennictwie lekarskim, oddzielną bowiem grupę stanowią te przypadki hydrocele u kobiet, które polegają na nagromadzeniu się płynu (surowiczego) w niezarośniętym kanale Nuck'a, a przypadków takich, nb. wiarogodnych, istnieje 19. Odróżnienie jednej postaci otoku wodnego od drugiej jest niekiedy bardzo trudne; jeśli uda się nam wyczuć wiąz obły oddzielnie od torbiele, wówczas rozpoznanie jest ułatwione.

Przy rozpoznawaniu otoku wodnego (hydrocele) należy zwracać uwagę na przeświecalność guza (podobnie jak przy hydrocele u mężczyzny), na tępy odgłos opukowy i na wąską nóżkę; niekiedy pomoc bywa zbadanie wewnętrznego otworu pachwinowego. Dla uniknięcia pomyłki trzeba zawsze wykluczyć przepuklinę, powtórne nagromadzenie się płynu w worku przepuklinowym, pozbawionym zawartości (kiszki, sieci etc.) i odsznurowanym od jamy brzusznej; potrzenie, torbiele narządów płciowych zewnętrznych w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, jako to: kaszaki, torbiele skórzaste, torbiele retencyjne gruczołu Bartolini'ego etc.

W. Żurkowski.

66. Hans SCHLANGE. **O niedrożności kiszek.** (Ueber den Ileus).
(*Sammlung. klin. Vorträge Nr. 101, 1894 r.*)

Niedrożność kiszek powstaje skutkiem niedostatecznej siły przepychającej—ileus dynamicus, lub skutkiem przeszkody, zamykającej światło kanału—ileus mechanicus. Niedrożność dynamiczna zależy od bezwładu pewnego odcinka кишки; bezwład ten występuje najczęściej zależnie od zapalenia otrzewny, rzadziej jako następstwo zaburzeń w krwiobieganiu np. po rękoczynach znacznie większych w jamie brzusznej (1 spostrzeżenie skutkiem zatoru tętnicy kręzkowej), jeszcze rzadziej bezczynność tłoczni brzusznej przy cierpieniach rdzenia kręgowego prowadzi do rozciągnięcia nadmiernego okrężnicy przez zatrzymujący się kał i jej bezwładu. Niedrożność mechaniczna polega: 1) na skręceniu się odcinka кишки wraz z częścią kręzki, lub na wewnętrznym uwięźnięciu, ileus strangulatorius, 2) na zatkaniu światła od wewnątrz lub przez ucisk zewnętrzny, ileus obturatorius.

Oznaki. Cierpienie przejawia się w pięciu zasadniczych oznakach: zaparcie stolca, bolesność i wzdęcie brzucha, wymioty, wymioty kałowe; stan chorego zazwyczaj bywa bardzo ciężki. Bolesność brzucha zależy od podrażnienia nerwów, wzdęcie zaś od nagromadzenia się gazów; ten nadmiar gazów powstaje skutkiem gnicia zatrzymanych istot białkowych i utrudnionego ich wchła-

niania wobec zaburzeń znacznych krwiobiegu. Wymioty kałowe nie zależą od ruchów przeciwróbowych, lecz od przesuwania się zawartości ku górze, od regurgitacji zatrzymanych w pętlach doprowadzających mas, które skutkiem gnicia otrzymały zapach kałowy. Skład moczu nie dostarcza danych rozpoznawczych stałych; często znajdujemy białko i jako wessane wytwory gnicia istot białkowych fenol i indykan (ostatni przy niedrożności kiszki biodrowej).

Badanie ściśle niejednokrotnie pozwala nam rozróżnić przyczynę i postać niedrożności, dla tego też należy poznać bliżej główne jej czynniki.

1) *Zapalenie otrzewny*. Przy tej postaci spotykamy zawsze pewne rozdęcie i osłabienie ruchów porażonej kiszki; przy zapaleniach rozlanym napięcie brzucha jest wielkie, bezwład kiszek zupełny. W razie zapalenia ograniczonego pozostają lekkie ruchy robaczkowe, pozwalające na przechodzenie gazów przy większym napięciu, pętlice zaś sąsiadnie są wyraźnie wyczuwalne, cokolwiek lub wcale nie rozdęte; bolesność jest umiejscowiona brak zapaści ogólnej. Jednak zapalenia ograniczone, przebiegające mniej ostro, zostawiają często nawarstwienia włóknikoworopne ze skłonnością do sklejeń i otorbień, szczególnie w miednicy małej i okolicach bocznych jamy brzusznej. Cierpienie wywołują pasożyty, przeważnie bakterium coli commune; pęknięcia ściany kiszki najczęściej wyrostka robaczkowego, a prawdopodobnie i zmiany kiszki mięsiste przy znacznych zaburzeniach krwiobiegu ułatwiają przejście drobnoustrojów do jamy otrzewnej.

Ileus strangulatorius. Przy uwięźnięciach wewnętrznych, przegięciach i skręceniach, prócz zaciśnięcia światła przewodu, istnieje wielkie niebezpieczeństwo dla odżywiania dotkniętego odcinka; przy uszkodzeniach dużych obraz kliniczny jest dość wybitny: bardzo szybko następuje obrzmienie części chorej, szypuła umocowana mechanicznie nie dopuszcza przemieszczania się pętlicy, zaburzenia zaś nerwowe i krążenia krwi powodują jej bezwład. Prawie zawsze po godzinach + 12 do jamy brzusznej wylewa się płyn wodnisty. Odcinek odprowadzający opróżnia się szybko i ściąga, doprowadzający zaś wypełnia się i rozdyma; jednak im większe jest skręcenie i wybitniejsza zapaść, tem później występuje rozdęcie; śmierć lub wyzdrowienie uprzedzają zazwyczaj wyraźną w nim zmianę; przy małych zaś skręceniach spostrzegamy wkrótce powyżej napęczniałego, skręconego odcinka rozdęty—doprowadzający, z wyraźnymi ruchami robaczkowymi; stopniowo jednak ruchy te nikną, rozdęcie szerzy się po części doprowadzającej, wreszcie ze zwiększeniem ciśnienia wewnątrzbrzuszego otrzymujemy obraz bezwładu kiszki rozlanego. Osznurowania małe, t. j. takie, które nie mogą być wyczuwane przez

pochwę lub prostnicę, tem bardziej, że zwykle znajdują się w części brzucha dolnej, przylegając mocno do kręgosłupa, przedstawiają wielkie trudności rozpoznawcze. Przekręcenie kiszki podejrzewamy zwykle, jeżeli u chorego raptownie rozwijają się objawy niedrożności; dopóki jednak nie stwierdzimy przyczyny, rzadko przystępujemy do operacji.

Ileus obturatorius. Przy badaniu brzucha znajdujemy część odprowadzającą, opróżnioną i spadniętą, doprowadzającą zaś wypełnioną i to tem więcej, im bliższą ona jest żołądka. Zależnie od stanu otrzewny spostrzegamy ruchy robaczkowe w różnym stopniu; ruchy te są względnie większe w niedrożności rozwijającej się powolnie, gdzie jednocześnie wytwarzał się przerost warstwy mięśniowej. Wogóle w tym rodzaju zamknięcia światła warunki dla odżywiania kiszki są wiele lepsze, niż w poprzednim, brak wybitnej ogólnej zapaści, brak początkowych, trwałych bólów, za to wyraźniej stwierdzamy rozdęcie pętlicy doprowadzającej w naprężonym brzuchu; wywiady wskazują na cierpienie poprzednie w jamie brzusznej resp. w przewodzie.

Najczęstszą przyczyną bywają guzy, zwykle natury rakowej, mieszczące się w okolicy wzgórka kości krzyżowej, a więc niewyczuwalne; rozpoznanie często ułatwia szlam, podobny do ikry żabiej, wypływający ze stolcem; w przypadkach wątpliwych autor radzi otworzyć przetokę w okolicy kiszki ślepej; po opróżnieniu kiszki badanie staje się łatwiejszem. Do przyczyn częstych zaliczamy zwężenia bliznowate, wreszcie ciała obce, głównie zaś kamienie żółciowe, większe od orzecha laskowego, które skutkiem pęknięcia pęcherzyka żółciowego przedostały się do sąsiedniej pętlicy, czemu towarzyszą żółtaczka i bóle w okolicy pęcherzyka; czasami udaje się wyczuć kamień przez powłoki brzuszne. W razie wklinowania się ciała obcego wysoko, rozdęcie odcinka doprowadzającego, wobec krótkości jego jest niewielkie, i brzuch sprawia wrażenie zapadniętego; przy wklinowaniu zaś w pętlach dalszych, mogą wystąpić objawy wzdęcia.

Niedrożność skutkiem zrostów kiszek objawia się bądź to w przypadłościach lżejszych, bądź to w zaburzeniach gwałtownych; ruchy robaczkowe dzięki rozrostowi warstwy mięśniowej są dość ożywione. Zazwyczaj poprzestajemy na leczeniu wewnętrznem.

Wpochwienie (invaginatio) zajmuje stanowisko środkowe między ileus obturatorius i strangulatorius. Cierpienie, spotykane najczęściej w wieku dziecięcym, rozpoczyna się u poprzednio zdrowych raptownymi znacznymi bólami w brzuchu, nudnościami, wymiotami, parciem w stolcu, wypływaniem krwi i śluzu przez odbył. Przy badaniu zewnętrznem lub wewnętrznem wyczuwamy w jamie brzusznej guz wałowaty, którego jeden biegun łączy się z szypułą krezki (radix mesenterii) a więc pozostaje w zwię-

zku z kręgosłupem, drugi zaś jest ruchomy, wolny. W razie zamknięcia światła kanału pętlice doprowadzające są rozdęte i, o ile nie wystąpi zapalenie otrzewny, zachowują ruchy robaczkowe.

Leczenie niedrożności kiszek, szczególnie operacyjne, wymaga możliwie ścisłego rozpoznania rodzaju cierpienia. Autor stanowczo potępia coeliotomię wobec rozlanego zapalenia otrzewny, ze względu na niebezpieczeństwa i trudności rękoczynów nad rozdętymi bezwładnymi kiszkami, wytwarzanie zaś przetok, wypompowywanie gazów przy wzdęciu brzucha uważa za niedostateczne i ryzykowne; przy zapaleniach zaś ograniczonych ropnie pojedyncze należy otwierać. Bez operacji przychodzi do zdrowia trzecia część chorych, a w tej liczbie niezaprzeczenie wiele przypadków peritonitis diffusa; leczenie nieoperacyjne polega na okładach prysznicowskich, przemywaniu żołądka przy częstych wymiotach, środkach pobudzających, wreszcie na zastrzykiwaniu morfiny. Środki odciągające jako wzmagające ruchy robaczkowe są szkodliwe, makowiec zaś jako hamujący przynosi pożytek (w zapaleniu otrzewny rozlanem wobec bezwładu kiszek bezcelowy). Przekręcenie, uwięźnięcia wewnętrzne, zatkania światła częściej wymagają energicznego zabiegu—coeliotomii, niejednokrotnie nadto zmuszeni jesteśmy wykonywać wycięcie odcinka кишки, a w razie ciężkiego stanu pacyenta wytworzyć odbyt sztuczny. Przy ileus strangulatorius jako wskazanie do operacji służy rozdęcie кишки wobec lekkich ruchów robaczkowych po nad zasznurowaną pętlą, makowiec wskutek swej zdolności hamowania ruchów kiszek, pozbawia nas w tym razie wskaźnika cennego. Wpochwienie leczymy początkowo przemywaniami Hegar'owskimi, wtłaczaniem powietrza, wreszcie wykonywamy coeliotomię z dezinwaginacją lub wycięciem pętlicy w razie obawy jej obumarcia, przy wzdęciu znacznem kiszek i trudnem lub niemożliwem ich odprowadzeniu wytwarzamy czasowo odbyt sztuczny.

L. Kozicki.

67. CLADO. **O rezeckyi pęcherza moczowego z przyczyny nowotworów tegoż.** (*Archive général. de médecine. Septembre, Octobre, Novembre 1894*).

Rezeckyi pęcherza moczowego dokonywa się z otwarciem lub bez otwarcia worka otrzewnowego, co zależy od rozległości i umiejscowienia nowotworu. Jeżeli ten ostatni zajmuje u mężczyzny dno lub ścianę przednią, a dalej jedną ze ścian bocznych lub wreszcie szyję pęcherza, operacya w tych razach daje się skutecznie na zewnątrz otrzewny. Pierwsze próby takiej zewnątrzotrzewnowej rezeckyi ściany przednio górnej pęcherza (Antal Czerny i inni) nie uchroniły wprawdzie chorych od nawrotu cierpienia, późniejsze jednak przypadki Guyon'a, Leguen'a oraz

jedno spostrzeżenie autora dowiodły, że tam, gdzie otrzewna w sprawę nowotworową wciągnięta nie była i gdzie rezekowano przynajmniej na 1 cm. na zewnątrz od granic nacieczenia nowotworowego, wyniki zabiegu mogą być dobre. Przekonano się również, że z uwagi na możliwość rozdarcia otrzewny i przeszczepienia do niej tworów rakowatych lepiej jest unikać gwałtownego oddzielania tejże, a operować, w razie mocnego przyrostu, wewnątrz otrzewny. Rzecz się ma całkiem inaczej, gdy chodzi o rezekcyę ścian bocznych, tu bowiem, dzięki słabemu wzrostowi z otrzewną pokrywającą je z góry, oddzielanie błony surowiczej palcem nie jest niebezpieczne. Co się tyczy wreszcie rezekcyi dna, t. j. części pęcherza na przestrzeni od tylnego brzegu trójkąta do zagięcia (cul de sac) otrzewny rękoczyn ten staje się znacznie trudniejszym w przypadku nowotworowego zwyrodnienia moczowodów, które po wyrezekowaniu części zajętych należy koniecznie przemieszczać, wszywając końce narządów zgodnie z poglądem Sonnenburg'a, Albarran'a i Bazy'ego do pęcherza (uretero-neo-cystotomia) lub też do cewki. Cały zabieg składa się wówczas z trzech części a) *oddzielenie moczowodu* po wprowadzeniu doń dostatecznie twardego zgłębnika (bougie) i pochwytceniu brzegów otworu w kleszczyki, operujący cięciem ku dołowi i dokoła moczowodu oddziela tenże od pęcherza, poczem dokonuje b) *rezekcyi* tegoż i, zaszywszy ranę, przystępuje bezzwłocznie do c) *wszycia moczowodów*; niezdejmując kleszczyków, należy wówczas wyciąć w ścianie każdego moczowodu otwór, mający przeszło 1 cm. średnicy, na kął górny i boki tegoż otworu, nałożyć po jednym szwie, oraz trzy szwy na brzegi otworu, dokonanego w ścianie pęcherza, potem szwy wiąże się, moczowód rozcina ku dołowi do końca i, po wyjęciu zgłębnika, nakłada się szew ostatni. Dla uniknięcia następczego skurczu albo rozszerzenia się pęcherza należy do moczowodów przez ranę w podbrzuszu lub przez cewkę wprowadzić zgłębnik na nowo i pozostawić go tamże á demeure. Jeżeli wynalezienie otworu moczowodu ukrytego w nowotworze staje się niepodobnem, należy w tym razie pomagać sobie mięsieniem brzucha wzdłuż przebiegu narządu oraz częściowo wycinać guz, torując sobie drogę ku miejscu, z którego mocz wycieka.

Wewnątrzotrzewnowa rezekcyja po raz pierwszy u mężczyzny dokonana została w r. 1885 przez Sonnemberg'a a lubo chory po upływie 5 tygodni zmarł z wyniszczenia, wynik operacyi uważać trzeba za pomyślny, oględziny bowiem pośmiertne wykazały miejscowo zagojenie zupełne oraz brak zmian chorobowych w otrzewny. Niepowodzenie Clarke'a i Dittel'a (1890), uwarunkowane następczém zapaleniem otrzewny, nie bez słuszności przypisywano gwałtownemu téjże odklejaniu podczas operacyi i tu bowiem szwy trzymały dobrze. Według statystyki

Jackson'a, obejmującej 67 spostrzeżeń mimowolnego otworzenia lub rezekcyi pęcherza w przebiegu laparatomij, zawsze w tych razach otrzymywano rychłozrost; i autor był obecny podczas jednej z takich operacyj w Berlinie, która zakończyła się wyzdrowieniem chorego. Widzimy stąd, że zranienie pęcherza i przedostanie się do jamy otrzewnowej pewnej ilości moczu nie jest bezwarunkowo niebezpiecznym, czego jednak powiedzieć nie można o złośliwych guzach pęcherza, wywołujących prawie zawsze w ścianach tegoż stan zapalny i zakażenie moczowe. W tych więc razach należy po dokładnym uprzednim odkażeniu pęcherza, wymyć dobrze ręce na nowo przed otwarciem otrzewny, cały zaś zabieg wykonywać o ile możności szybko. Dr. Clado podaje dalej swój własny sposób wewnątrzotrzewnowej rezekcyi, wypróbowanej przezeń na 40 trupach ze zdrowym lub przez nowotwór zajęтым pęcherzem. Ułożywszy operowanego sposobem Morand-Trendelenburg'a przedewszystkiem wytwarzamy 1) *szypulę guza*; w tym celu po dokonaniu cystotomii należy palcami wcisniętymi po za guz w tem miejscu ściany pęcherza, w którym rezekcyja ma być dokonana, wytworzyć fałdę, a po przsunięciu jakby uszypulonego na owej zmarszce guza ku środkowi jamy pęcherza, wprowadzić po za nowotwór dużą, zakrzywioną pensetę, którą nakłada się w położeniu pionowém (palec pomocnika w odbytnicy) na szypulę w obrębie tkanek zdrowych. Po wypełnieniu jamy pęcherza i nałożeniu na ranę szwów tymczasowych dokonywa się 2) *laparotomii* i bezzwłocznie zeszywa się szwem dwupiętrowym otrzewną, przytykającą do pęcherza ze ścianą tegoż powierzchownie, po zabezpieczeniu zaś w ten sposób jamy otrzewnowej od moczu, zaszyciu brzucha i zdjęciu z pęcherza szwów tymczasowych, dokonywa się 3) *rezekcyi nowotworu*, prowadząc cięcie po za kleszczykami; w końcu zaszywa się ranę z pozostawieniem sączka w cewce moczowej. Co stę tyczy wreszcie nowotworów pogranicza ścian np. tylnodolnego, albo bocznego, w przypadkach takich część rękoczynu wykonać wypadnie na zewnątrz otrzewny, pozostałą zaś resztę operować od jamy pęcherza.

Wdzięczniejsze stosunki anatomiczne czynią omawiamy zabieg u kobiet łatwiejszym, z wyjątkiem dna pęcherza. Sposób rezekowania dna z 1) *wewnątrz na zewnątrz* jest z wielu względów niedogodny. Lepiej już operować 2) *odwrotnie*, przyczem cewnikowanie przedwstępne przy pom. cystoskopu Leiter'a staje się tu niezbędnem. Po wyrezekowaniu kości oraz wypełnieniu pochwy gazą w celu lepszego napięcia ścian pęcherza, po oddzieleniu zewnętrznej tegoż ściany i założeniu palca pomiędzy ten narząd i pochwę, odkleja się pęcherz od tej ostatniej aż do granic przyczepu, pomagając sobie przy tem nożem lub nożyczkami. Sam pęcherz otwierać należy, w kierunku linii środkowej, a nowotwór kolistym rezekować cięciem, poczem w pewnej odległości od rany

w ścianie pęcherza, wycina się otwór po obu stronach linii środkowej dla umocowania tamże moczowodów. Nałożywszy szwy na brzegi rany, szyję macicy, oraz na pochwę (poniżej cewki) i po zawiązaniu tychże, otrzymujemy od strony pochwy fałdę poprzeczną, przybliżającą ściany pęcherza do siebie, a więc stanowiącą dobry punkt oparcia dla szwu pęcherzowego, który teraz zyskując na trwałości, do nałożenia staje się o wiele łatwiejszym.

Jeżeli odklejenie pęcherza od pochwy dokonane być nie może, wskazane jest wówczas 3) *cięcie pęcherzo-pochwowe*, wykonywane od strony jamy pęcherza. Tutaj po oddzieleniu moczowodów i uniesieniu dna pęcherza ku górze, prowadzi się przez pęcherz i pochwę dwa poprzeczne cięcia, obejmujące pomiędzy sobą nowotwór, z tych jedno tylne przebiega bezpośrednio po za zwieraczem cewki moczowej, drugie zaś przednie znajduje się na wysokości szyi macicy; końce więc łączy się dwoma poziomo prowadzonymi cięciami, wyrezekowany wówczas odcinek zawiera w sobie całkowity guz. Teraz należy szyję macicy przyciągnąć do sromu, na pochwę zaś i na pęcherz nałożyć szwy.

Wycięcie pęcherza całkowite, które u mężczyzny daje wyniki stale niepomyślne, winno być, zdaniem autora, zaniechane zupełnie u płci niewieściej zabieg ten w jednym przypadku Pawlicdak'a (1889) uwieńczony został powodzeniem świetnym, operacja jednak w owym przypadku dokonana została na dwóch pewnym odstępie czasu oddzielonych posiedzeniach, a nadto na skutek wszycia moczowodów do pochwy, pęcherz przed wyluszczeniem przestał już istnieć jako zbiornik moczowy.

K. Niedzielski.

III. Choroby gardła i nosa.

68. DMOCHOWSKI Z. Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Higlmora. (*Pam. Tow. lek. 1894*).

Autor w doskonałej pracy, nagrodzonej na konkursie im. Kaczorowskiego, zaczyna od anatomii jamy szczękowej górnej, którą wbrew przyjętym (Zuckerkandl etc) opisom, nie uważa za piramidę, lecz nieprawidłowy sześciokąt, posiadający ścianę górną (dolna ścianka oczodołu,) dolną (odpowiada ona mniej więcej powierzchni wyrostka zębowego), przednią (jedynie dostępną dla bezpośredniej palpacji), tylną (odpowiada ściśle miejscu przylegania proc. palat. ossis sph. do max. sup.), zewnętrzną leżącą pomiędzy górną, dolną, tylną i przednią ścianami, wreszcie najważniejszą wewnętrzną, która stanowi jednocześnie ścianę zewnętrzną nosa, z którego jamą komunikuje za pomocą otworu

t. zw. foramen maxillare, umiejscowionego pod górną ścianką. Mniej więcej w 10⁰/₀ 0⁰/₀ zdarzają się jeszcze w niej t. zw. otwory dodatkowe (Giraldes). Jama Highmora na całej przestrzeni wyściłana jest cienką (nierówną) błoną śluzową, pokrytą wielowarstwowym nabłonkiem migawkowym.

Autor nie odróżnia, jak to czynią niektórzy, w tkance łącznej (pod nabłonkiem) dwóch części t. j. części zawierającej gruczoły śluzowe, oraz dolnej bez gruczołów t. j. właściwej okostnej. Co się tyczy gruczołów samych to autor, podobnie jak Zuckerkandl i Paulsen, wbrew swym autorom spotykał je wszędzie mniej więcej w ilości jednakowej. Również nie zgadza się z Paulsenem jakoby w gruczołach były dwa odrębne typy komórek (śluzowe i surowicze), lecz jest zdania na podstawie między innymi najnowszych badań Seidenmanna w pracowni tutejszej prof. Hoyer'a, że są to jedne i te same komórki, tylko w rozmaitych stadiach swej czynności fizyologicznej. T. zw. guziczków limfatycznych w błonie śluzowej zatoki Highmora nie spostrzegają.

Następnie autor pokrótce rozpatruje fizyologię jamy szczękowej górnej. Najpierwszą i najwięcej mającą zwolenników jest teoria Muellera, według której przeznaczeniem jamy Highmora jest utrzymanie równowagi całej czaszki. Oprócz tej istnieją inne teorie, np. odwilżania błony śluzowej nosa przez spływający śluz z gruczołów jamy Highmora (Bidden), i że jamy te są rezerwoarem, ogrzewającym wdychane przez nos powietrze (Meyer) etc. etc.

Wreszcie przystępuje autor do właściwego tematu t. j. do anatomii patologicznej, zaczynając od rozpatrzenia wszystkiego co dotąd w tej kwestyi zrobiono (prace Zuckerkandla, Heymana i wielu innych).

Po tym wstępie przechodzi do swoich własnych anatomicznych badań na podstawie 152 przypadkach sekcyjnych (304 zbadanych zatok Highmora). Badania bakteryologiczne przeprowadził autor na 15 przypadkach empyematów (na sekcji) i w 6 przyp. ropni (od chorych.)

Następnie autor podaje technikę, jakiej się trzymał w swoich badaniach anatomicznych (otwieranie jam Highmora), oraz bakteryologicznych (hodowle, szczepienia—przeważnie na psach) oraz szczegółowo opisuje 34 przypadki sekcyjne, w których przeprowadził makro i mikroskopowe, a w niektórych przypadkach i bakteryologiczne badania.

Na podstawie powyższych badań autor podaje następujący podział spraw zapalnych, na błonie śluzowej Highmora występujących:

- 1) Zapalenie kataralne ostre.
- 2) Zapalenie nieżytowe przewlekłe i ich następstwa a) cysty b) polipy c) osteomaty d) hydrops inflammatorius.

3) Zapalenie ropne: a) ostre i b) przewlekłe.

4) Zapalenie dyfterytyczne.

5) Zapalenia specyficzne: a) syfilityczne b) gruźlicze.

Przy *ostrem nieżyłowym zapaleniu*, „błona śluzowa początkowo ulega przekrwieniu, do pewnego stopnia obrzęka t. j. zostaje przepojona przez płyn surowiczy, wydzielina jej znacznie wzmacnia się, a do śluzu dołącza się trochę płynu surowiczego i morfologicznych elementów. Pod mikroskopem widzimy nieznaczny infiltrację, prawdopodobnie tylko górnych warstw błony śluzowej przez białe ciała krwi. Nabłonek bywa niezmienny. Włóknienka tkanki łącznej są porożsowane przez gromadzący się pomiędzy nimi płyn surowiczy“.

Zapalenia ostre najczęściej przechodzą w stan przewlekły, t. zw. przewlekłe nieżytowe zapalenie, którego autor odróżnia dwie postaci samodzielne: obrzękową i rozrostową. W pierwszej postaci zbliżonej do t. zw. hydrops antri Highmora i (Zuckerkanndl) „błona śluzowa jest zgrubiała, bladą prawie przejrzyta, koloru żółtego. Zgrubienie czasami bywa tak wielkie, że ściany przylegają prawie do siebie“ przy nakłuciu błony śluzowej sączy się z niej płyn surowiczy, mętawy. Nabłonek zwykle niezmienny gdzieś częściowo złuszczone. Pęczki tkanki łącznej są zgrubiałe, porożsowane, wskutek czego tworzy się sieć, w której oczkach spotykamy płyn surowiczy i nieco leukocytów.

Gruzoły wogóle są naciezione białymi ciałkami krwi, pęcherzyki ich wysłane przeważnie komórkami, wydzielającymi śluz, chociaż spotykamy i komórki t. zw. surowicze z ziarnistą protoplazmą, dużym jądrem, leżącym pośrodku. Wydzielina bywa wzmoczoną i mętą. Po dodaniu kwasu octowego mętnieje jeszcze bardziej. Składa się ze śluzu, płynu surowiczego, komórek nabłonkowych i małej ilości ciałek ropnych.

Przy drugiej hyperplastycznej (rozrostowej) postaci nieżyty przewlekłego jamy Highmora błona śluzowa mocno zgrubiała, blada, twarda, częściej gładka. Nabłonek również zwykle niezmienny; tkanka łączna w stanie mocnego bliznowatego zwyrodnienia. Gruzołów śluzowych mało. Duża ilość cyst mniejszych lub większych, spotyka się wszędzie. W ogóle nacieczenie zapalne błony śluzowej jest bardzo nieznaczne. Wydzielina b. mała.

Najprawdopodobniej postać pierwsza (obrzękowa) przechodzi w drugą (rozrostową), krócej zejście bywa dwojakie: status quo ante, lub jeśli podrażnienie trwa dalej cała jama wypełnia się mocno zbitą tkanką łączną. Zwykle zapalenie przechodzi na okostną i ściany kostne, dając początek osteomatom.

Najczęściej jednak sprawa przechodzi w ropną (przy udziale drobnoustrojów).

Czasami sprawa zapalna ogranicza się do pewnej przestrzeni, dając początek torbielom, które powstają z zamkniętych przewo-

dów gruczołów śluzowych. Prawdopodobniejszą przyczyną takiego zamknięcia według autora jest rozrastanie i następne kurczenie się otaczającej ją tkanki łącznej (dowodem wielka ilość torbieli przy bliznowatym zwyrodnieniu błony śluzowej), aniżeli zmiany w wydzielinie gruczołów.

Torbiele te w pewnych razach mogą być punktem wyjścia spraw ropnych w jamie Highmora, jak o tem mógł się autor przekonać w jednym ze swoich przypadków. Co się tyczy polipów, to autor na 152 sekye widział je raz jeden. Inni autorowie (Heyman) po większej części za polipy brali cysty retencyjne, lub poprostu zgrubienie błony śluzowej jamy.

Nierównie częściej, bo na 18 przypadków kataru chronicznego jamy Highmora 7 razy widywał autor t. zw. osteomaty (pochodzenia zapalnego) t. j. równomiernych zgrubień blaszek, guzików kostnych.

Pod nazwą hydrops inflamatorius autor nie pojmuje, jak inni zwykłego, zastoinowego obrzęku błony śluzowej, lecz nagromadzenie się wolnego płynu surowiczego w jamie Highmora, wypełniającego całkowicie jamę i wywierającego ucisk na ściany, tak że ostatecznie światło jamy coraz bardziej się powiększa. Jednem słowem autor na zasadzie swojego przypadku przyjmuje hydrops antri Highmori pochodzenia zapalnego (inflamatorius). Wreszcie istnieje i dyfterytyczne zapalenie błony śluzowej jamy Highmora, które być może jest początkowem stadyum ostrych, ropnych zapaleń tej okolicy. Pod nazwą, empyematu rozumiemy ropne zapalenie błony śluzowej, wyściełającej jamę Highmora.

Przy ostrym empyemacie mamy do czynienia z przekrwieniem, obrzmieniem i infiltracją błony śluzowej, połączone z wydzieliną ropną.

Zejsście w wyzdrowienie samoistne zdaje się jest niemożliwem natomiast albo wytwarzają się w następstwie owrzodzenia na błonie śluzowej z ropieniem i pruchnieniem kości z fistułami etc. lub sprawa staje się chroniczną,

Autor dzieli chroniczne empyematy na dwie grupy: mianowicie sprawy, będące następstwem 1) ostrych empyematów, lub 2) ostrych i chronicznych zapaleń kataralnych. Obie te postaci różnią się jedynie swą zawartością, w pierwszych jest ona czysto ropną, w drugich śluzowo-ropną. Zmiany zaś w błonie śluzowej, odbywające się w obu tych sprawach są identyczne i odpowiadają zmianom, widywanym w chronicznych kataralnych zapaleniach (bliznowate zwyrodnienie tkanki łącznej, cysty, zgrubienie okostnej iścianek kostnych) Jako zejście tych spraw możliwem jest zgęstnienie (massa serowata zawartości, która jako ciało obce jest otorbiona mocno zbitą tkanką łączną lub zawartość się gromadzi coraz bardziej, a jama zamiast zwięzać roz-

szerza się. Często jednak przebieg bywa mniej pomyślny: sprawa się zaostrza, występują nowe ostre zapalenia.

Co się dotyczy specyficznych zapaleń, to raz tylko autor w jamie Highmora u suchotnika znalazł przy zdrowych ściankach zawartość śluzowo-ropną z dużą ilością laseczników gruźliczych.

Raz również spostrzegł zapalenie syfilityczne błony śluzowej jamy Highmora, która przedstawiała cechy zwykłego chronicznego zapalenia kataralnego.

Etyologia. Zapalenia kataralnych i ropnych w zatoce Highmora dzielą się na kilka grup.

1) bezpośrednie zranienie ściany zatoki.

2) sprawy patologiczne, odbywające się w nosie.

a) zapalenie kataralne ostre i chroniczne b) zamknięcie foraminis maxillaris c) polipy nosowe d) zapalenia ropne i dyfterytyczne e) ozena.

3) sprawy patologiczne, odbywające się w zębach i wyrostku zębowym a) pruchnienie zębów b) nieropne zapalenie okostny c) ropne zapalenie okostny d) torbiele zębowe.

4) sprawy patologiczne, rozwijające się w górnej szczęce a) gruźlica b) syfisy c) nowotwory. Autor jest zdania, że w przeważnej ilości przypadków przyczyną zapaleń w jamie Highmora są sprawy, odbywające się w nosie. Wątpliwą jest rzeczą, aby ostry katar nosa mógł wywoływać poważniejsze zaburzenia w jamie Highmora. Czy ostry katar nosa wogóle może per continuum przejść na jamę Highmora, autor niepodejmuje się rozstrzygnąć, chroniczne katary nosa, przedewszystkiem przez zamknięcie foraminis maxillaris mogą stać się źródłem zapaleń błony śluzowej jamy Highmora zarówno kataralnych jako też i ropnych. W ten sam sposób polipy mogą stać się przyczyną tych spraw. Co się dotyczy wpływu spraw zakaźnych, to autor poprzedził je zestawieniem rezultatów badań bakteryologicznych w 19 przypadkach i tak:

1) w 2 cystach, zawierających ropę znalazł bac. pyogenes foetidus.

2) w błonach dyfterytycznych streptococcus pyogenes.

3) w dwóch empyematach ostrych a) staphylococcus pyogenes aureus i b) bacillus pyogenes foetidus.

4) w 6 empyematach chronicznych a) staphylococcus pyogenes albus b) staphylococcus pyogenes aureus c) 3 razy bacillus pyogenes foetidus d) bacillus pyogenes e) pneumococcus Friedlaendera.

5) w 3 empyematach chronicznych obostrzonych a) bacillus pyogenes foetidus b) pneumococcus Friedlaendera c) streptococcus pyogenes, wreszcie.

6) w 6 ropach z nieznanymi (od chorych) empyematów: c) 3 razy bacillus pyogenes foetidus b) 1 nieokreślone gatunki

i c) 2 streptococcus pyogenes. Czyli że na 19 badań ropienia w jamie Highmora prócz licznych form niechorobotwórczych, chorobotwórcze pasożyty znaleziono:

- 3 razy staphylococcus pyogenem aureum.
- 10 razy bacillum pyogenem foetidum.
- 3 razy streptococcus pyogenem.
- 2 razy pneumococcus Friedlaenderi, wreszcie
- 1 raz bacillum pyocyaneum.

Wracając do wpływu spraw zakaźnych, odbywających się w nosie na powstawanie ropienia w jamie Highmora, to przypadek autora, podobnie jak to już dowiódł Onodi wykazuje, że zawartość nosa łatwo do jamy Highmora dostać się może, jeżeli więc jest ona zakaźną, jak to bywa przy ropnych i dyfterytycznych zapale niach, to i w jamie Highmora może wywołać sprawę zakaźną.

Również i fakt, choć nie zupełnie jeszcze stwierdzony, że w wydzielinie nosa znajdowano pasożyty identyczne z temi, jakie były w ropie z zatoki Highmora, przemawiałby za przypuszczeniem, że jama Highmora może być infekowaną przez wydzielinę z nosa.

Również i na podstawie dotychczasowych badań bakteriologicznych nie możemy stanowczo orzec, czy t. zw. ozaena jest przyczyną, czy też następstwem spraw ropnych w zatokach. Autor skłania się raczej do przypuszczenia, że są to zupełnie odrębne sprawy chorobowe.

Co się tyczy wpływu zębów resp. spraw chorobowych w nich zachodzących na powstawanie ropienia w jamie Highmora to według autora jest on minimalny. Twierdzenie to opiera autor na przekonywających rozumowaniach anatomicznych, oraz na podstawie rezultatu ze swoich 152 przyp. sekcyjnych. Autor raczej skłonił by się do przypuszczeń Wernher'a. że cierpienia zębów (próchnienie, ból) są następstwem spraw chorobowych, odbywających się w zatoce Highmora.

Wreszcie i sprawy chorobowe kości szczękowej górnej (cysty dermoidalne, rozpadające się nowotwory, gummaty, wreszcie gruzlica) mogą wywierać wpływ na powstawanie empyematów tej okolicy.

Oto jest treściwy referat z tej obszernej (137 stron) i niezwykle interesującej pracy, która wypełnia lukę w literaturze rinologicznej, dotyczącej spraw zapalnych jamy Highmora.

Jan Sędziak.

69. GAREL. (Lugdun). **O pewnej odmianie zapalenia gardzieli, pozwalającej rozpoznać moczówkę (diabetes), lub białkomocz.** (Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaître le diabète ou l'albuminurie). (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx etc. Nr. 2 1895 r.*).

Wiadomo, jak trudnem jest czasami rozpoznanie diabētu i białkomoczu. W praktyce szpitalnej badanie moczu stanowi

najważniejszą metodę rozpoznawczą. Natomiast w praktyce prywatnej badanie to częstokroć jest zaniedbywane. W obec tego każdy objaw, pozwalający na wczesne rozpoznanie tych cierpień zasługuje na zaznaczenie.

Autor od 4 lat zwrócił uwagę na jeden z takich objawów mianowicie na odrębną postać zapalenia gardzieli, pharyngitis congestiva, różniącą się zasadniczo od zwykłych codziennie napotykanych zapaleń gardzieli.

Pierwszy Joal w r. 1882 ogłosił zajmującą notatkę o suchym katarze gardzieli, jako objawie rozpoznawczym przy cukro i białkomoczu. Na objaw ten zresztą nie zwrócono w następstwie dostatecznej uwagi. Dopiero w roku 1885 Löri, autor znakomitej pracy o objawach gardlano-krtaniowych w przebiegu różnorodnych ogólnych spraw chorobowych, zajął się specjalnie zmianami na błonach śluzowych w moczwóce i białkomoczu. Potwierdza on spostrzeżenia Joal'a, jednak sądzi, że katar suchy gardzieli spotyka się w mniejszej ilości przypadków cukromoczu. W przebiegu choroby Bright'a autor ten spostrzegał niedokrwistość, oraz przekrwienie błony śluzowej, jako też nieżytowe zapalenie, zanik i obrzęk. Utrzymuje on, że hyperaemia i katar gardzieli, krtani i tchawicy bardzo często zdarzają się w zapaleniu nerek, stanowiąc do pewnego stopnia objaw rozpoznawczy, po części prognostyczny przy tem cierpieniu. Natomiast suchy katar gardzieli należy, według tego autora, do późniejszych okresów zapalenia nerek.

Autor, opierając się na własnych spostrzeżeniach przyjmuje, podobnie jak Löri, dwie postaci objawów gardzielowych pochodzenia cukro lub białkomoczowego. Jedną z nich jest postać opisana przez Joal'a t. j. pharyngitis sicca, drugą na którą szczególny kładzie nacisk jest postać hyperemiczna z mniej, lub więcej wyrażonym nieżytem gardzieli.

Przyczem obie te postaci są według autora dwoma etapami jednej i tej samej sprawy chorobowej. Postać sucha należy do okresu późniejszego, forma zaś hyperemiczna przeciwnie występuje w początkach glycosurii i albuminuryi.

Pharyngitis sicca charakterem swoim nie różni się od zwykłych suchych nieżytów gardzieli, tak częstych w różnorodnych cierpieniach nosowych.

Inaczej się rzecz ma z postacią hyperemiczną przewlekłą, która ma do tego stopnia cechy charakterystyczne, że odrazu nasuwa na uwagę badanie moczu, które zawsze wykrywa obecność cukru, lub białka.

Jakież to są te cechy charakterystyczne? Chory, u którego nie podejrzewamy cierpienia moczowego, skarży się na uczucie przeszkody w gardle, pewien rodzaj ciągnięcia, lekkie utrudnienie w połykaniu śliny, lepkość w okolicy nasady języka. Przy ba-

daniu jamy ustnej spostrzegamy przekrwienie dość znaczne całej błony śluzowej gardzieli, jakoteż łuków i miękiego podniebienia. Błona śluzowa jest przytem dość obrzmiała, czasami nawet utrudnia wprowadzenie lusterka krtaniowego. Chorzy tacy w większości przypadków przedstawiają odruchy niezwykle podniesione, błona śluzowa jest niezmiernie czuła, często pokryta warstwą śluzu mniej więcej obfitego i ciągnącego się. W większości przypadków głos jest również nieco zamatowany, wskutek przekrwienia strun głosowych.

Badanie białka takich chorych wykrywa zawsze obecność cukru, lub moczu (w 21 przyp. autora 10 razy była glycosuria 11 zaś albuminuria, 3 razy przejściowo, lub ostatecznie cukier i białko). Autor spostrzegł „pharyngitidem hyperaemicam“ zarówno w lżejszych, jakoteż i cięższych (z dużą zawartością cukru) diabetach, przeciwnie odnośnie do białkomoczu, zwykle był on nieznaczny.

Co się tyczy patogenii tej postaci zapalenia gardzieli, jakoteż kwestyi, czy ona poprzedza lub nie ogólne cierpienie, autor nie jest w stanie dać dostatecznego wyjaśnienia.

Jan Sędziak.

70. DANZIGER. **O dnawem zapaleniu gardła (Ueber angina urica).**
(*Monat. f. Ohrenheil.* 1, 1894).

Powikłanie „arthritis uricae“ zapaleniem gardzieli, należy do bardzo rzadkich. Autor podaje jeden taki przypadek: 44 letni chory, pochodzący ze zdrowej rodziny, zawsze zdrow, bez nadużyć ani in Baccho ani in Venere, przymiotu nie przechodził, nagle jak opowiada, w 28 roku swego życia w miesiącu Lipcu 1879 r. zapadł na gwałtowne bóle gardła, połączone z utrudnionem przełykaniem. Następnej nocy wystąpił typowy atak podagry (prawy wielki palec u nogi mocno bolesny i obrzmiały). Dna trwała wówczas 2 tygodnie, tyleż wówczas trwało cierpienie gardzieli, z ustąpieniem pierwszej znikła i angina.

W pięć lat potem wystąpił drugi atak, również połączony z bólami gardła i dysphagią. Po 3 dniach znikły zarówno objawy dny, jakoteż i cierpienia gardlanego. Po roku pauzy znowu pojawiać się zaczęły dwa razy na rok napady dny, trwające za każdym razem od 2—3 dni. Zawsze w wigilię ataku (zwykle w nocy występującego) chory doznawał bólu w gardle.

Trwało to około 4 lat. W lecie 1889 r. niezwykle silnie zapadł na gardło, poczem jak zwykle wystąpił niestychanie silny atak dny. Oba te cierpienia trwały tym razem bardzo długo (4 tygodnie), 11-go z prawego migdałka wylała się ropa. Chory po przeprowadzeniu kuracyi w Teplitz, czuł się zdrow w ciągu lat 3, ani razu nie miał cierpienia gardzieli, ani razu cierpienia dny.

Od roku 1892 znowu wystąpiły napady dny a nawet częściej, niż w latach poprzednich, mianowicie 6—8 razy do roku, a nawet w ostatnich czasach co miesiąc i stale w dniu poprzedzającym atak chory doznawał bólów w gardle, bolesnego łykania, którego natężenie zawsze odpowiadało natężeniu ataku, występującego zawsze następnej nocy. Po upływie mniej lub więcej długiego czasu oba cierpienia ustępowały jednocześnie. W końcu Sierpnia 1892 roku chory znowu zaczął się skarżyć na ciężkie bóle w gardle i bardzo ciężkie połykanie i znowu w nocy, jak zwykle wystąpił silny bardzo atak dny. Prawy palec duży u nogi jakoteż prawy staw kolanowy bardzo silnie obrzmiały i bolesne. Gardziel, miękkie podniebienie przedstawiają różycowe zaczerwienienie, zwłaszcza prawy łuk podniebienny, przy palpacji wyczuwa się chęłbotanie. Po przecięciu ropnia wyszło sporo ropy. Pomimo to bóle w gardle nie ustąpiły, ataki dny w dalszym ciągu się zjawiały. Powoli dopiero objawy zapalenia gardła, jakoteż objawy dnawe zaczęły się zmniejszać i po 6 tygodniach razem ostatecznie ustąpiły.

Szczegółowa ta historia choroby wykazuje dowodnie związek, zachodzący między obydwoma temi cierpieniami. Charakterystycznym w przypadku autora jest to, że cierpienie gardła ustępowało dopiero po ustąpieniu ataków dny, tymczasem dotąd autorzy, opisujący cierpienia gardzieli natury podagrycznej np. Lõri wspominają, że anginy te, poprzedzając ataki dny, ustępują zawsze z chwilą występowania tych ostatnich.

Jan Sędziak.

71. JOAL. **Nerwice pochodzenia migdałkowego (réflexes amygdaliens).** (*Bull. et mem. de la Société française d'otol. de laryng. et de rhin. 1894*).

Już w poprzednich pracach autor zwracał uwagę na związek przyczynowy, jaki istnieje między pewnymi cierpieniami nosa i gardła a skurczami przełyku (oesophagismus). W ostatnich czasach autor miał znowu sposobność stwierdzić ten związek na jednym przypadku, dotyczącym 25 letniej chorej, u której z powodu spazmatycznego zwężenia przełyku bezskutecznie stosowano: hydoterapię, elektryzację, wreszcie sondowanie.

Cierpienie zaczęło się przed 2 miesiącami nagle silnem zakatarzeniem, kaszlem, bólem gardła etc. Objawy te wkrótce ustąpiły chora jednak zaczęła doznawać od czasu do czasu utrudnienia w połykaniu z początku stałych, następnie zaś i płynnych pokarmów. Chora wyraźnie neuropatycznego usposobienia lecz bez objawów hysterii, przy badaniu zgłębnikiem okazuje się przeszkoda w górnej części przełyku, przyczem sonda czasami zupełnie nie przechodzi.

Przy badaniu nosa, nosogardzieli i krtani nie znaleziono nic anormalnego, natomiast lewy migdał podniebienny dosięgał olbrzymich rozmiarów. Podejrzewając związek między tem cierpieniem, a wyżej wymienionymi objawami (na zasadzie poprzednich obserwacyj), autor zalecił płukanie i pulweryzację gardła z kokainy. Po trzech dniach chora czuje się znacznie lepiej: płyny przechodzą z łatwością, stałe przedstawiają jeszcze pewne trudności. W następstwie dokonano wycięcia przerosłego migdałka, poczem wszystkie objawy oesophagizmu po upływie 10 dni znikły bezpowrotnie. Wyleczenie było zupełne.

Oprócz powyższego ciekawego przypadku autor przytacza jeszcze jeden, w którym cierpienie migdałków podniebiennych było punktem wyjścia dla nerwobóli międzyzębrowych.

23 letni mężczyzna, usposobienie neuropatyczne. Przerost znaczny obu migdałków podniebiennych. W przebiegu ostrego z gorączką zapalenia migdałków, na 3-ci dzień wystąpił gwałtowny ból w lewym boku, bez zmian (przy opukiwaniu i wysłuchiwaniu) ze strony opłucny lub płuca lewego. Sprawa w gardzieli ustąpiła, ból jednak w lewym międzyżebżu trwał z nasileniami w ciągu dni 10 t. j. do wyjazdu chorego. W rok potem autor znowu widział chorego, który opowiedział, że w ciągu zimy kilkakrotnie zapadał na gardło i że *za każdym razem pojawiał się ów ból międzyżebrowy po stronie lewej*. Że między temi obiema sprawami istniał rzeczywiście związek przyczynowy t. j. że nerwoból międzyżebrowy był po prostu nerwicą zwrotną, dowodzi również ten fakt, że przy zastosowaniu galwanokaustyki (ostre kautery) na migdałku lewym, wystąpił znowu gwałtowny ból w tejże okolicy co i poprzednio t. j. w 6 i 7 międzyżebżu. Ból ten, nie ustępujący żadnym środkom trwał 8 dni. Godnym zaznaczenia jest fakt, że nerwoból ten wystąpił dopiero po przypaleniu dolnej części migdałka, podczas gdy kauteryzacja górnego i środkowego odcinka lewego migdałka podniebiennego nie wywołała żadnych następstw. Na fakt ten już poprzednio zwrócił uwagę Ruault, że pewne nerwice jako to kaszel, bóle in epigastrio etc. występują przy podrażnieniu najwięcej ku dołowi położonych punktów migdałka.

Jan Sędziak.

72. BOUFFÉ. O wpływie „Sequardiny“ na cierpienia górnego odcinka dróg oddechowych, dodatni jej wpływ na głos. (De l'influence de la Sequardine dans les affections des voies aériennes supérieures, ses bons effets sur la voix. (Bull. et mem. de la Soc. franç. d'ot. de lar. et rh. 1894).

Pierwsze spostrzeżenie autora dotyczy 54 letniego mężczyzny, dotkniętego gruźlicą płuc oraz gruźliczem zajęciem błon śluzowych górnego odcinka dróg oddechowych (na wargach, policzku prawym owrzodzenia, zajęcie nieżytowe gardzieli i krtani,

głos bardzo słaby). W ciągu 1^{1/2} miesiąca chory otrzymał 20 wstrzyknień płynu jądrowego. Objawy miejscowe subiektywnie i obiektywnie o wiele lepsze (zaczerwienienie błon śluzowych w gardzieli i krtani ustąpiło), owrzodzenia się zagoiły (poprzednie najróżnorodniejsze leczenie miejscowe bez skutku), głos zyskał wiele na mocy i jasności. Jednocześnie i stan ogólny się poprawił, objawy fizyczne płuc mniej wyraźne.

Drugi przypadek dotyczył 33 letniej chorej neurasteniczki. Od 5 lat głos (poprzednio bardzo ładny sopran) zaczął słabnąć do tego stopnia, że śpiewać nie była w stanie.

W krtani zmian niema. Po 7-ej iniekcji Sequardiny, głos chorej zaczął się poprawiać wróciwszy następnie do pierwotnej swej świeżości i siły. Jednocześnie i psoriasis, jaką była dotknięta zaczęła ustępować.

Również pomyślnym okazał się wpływ Sequardiny w przypadku 3-im, dotyczącym 38 letniego mężczyzny, który po 25 iniekcjach odzyskał swój silny i piękny głos tenorowy.

Na podstawie powyższych i wielu innych obserwacji, autor stanowczo utrzymuje, że wstrzykiwania płynu Brown-Séquarda wywierają wpływ korzystny na cierpienia górnego odcinka dróg oddechowych a zwłaszcza na głos.

Jan Sędziak.

73. MOURE. O wpływie wycinania jajników (owaryotomii) na głos kobiety. (De influence de l'ovariotomie sur la voix de la femme). (Bull. et mem. de la Soc. franç. d'ot. de lar. et de rh. 1894).

Wycięcie jajników (owaryotomia) należy obecnie do bardzo częstych operacji. Autor zajął się niezwykle ciekawą kwestią mianowicie jakie ta operacja wywołuje zaburzenia w aparacie głosowym. Wiadomo powszechnie, że następstwem wycięcia jąder u dziecka, bywa powstrzymanie rozwoju krtani, przyczem głos nabiera wówczas odcienia specjalnego (t. zw. timbre eunuchoidé). Że i u kobiet również po owaryotomii czasami (nie zawsze) mogą istnieć zaburzenia głosowe dowodzą dwa spostrzeżenia autora pierwsze, jakie w tym kierunku były opisane.

Przypadek 1-szy dotyczył 30 letniej chorej, śpiewaczki, która skarży się, że od czasu wykonanej przed paru laty operacji (obustronne wycięcie jajników) nie jest w stanie śpiewać z taką łatwością, jak poprzednio. Jednocześnie zaznacza, że przed operacją miała wysoki sopran, obecnie zaś zupełnie nie może brać wysokich tonów (prawie kontr-alt).

Badanie krtani nie wykazało absolutnie żadnych zmian.

Przypadek 2-gi dotyczył 34 letniej chorej, która zasięgała porady autora z powodu głuchoty zależnej od suchego kataru (sclerosis) środkowego ucha. Przy rozpytywaniu zwrócił na siebie uwagę autora głos chorej z charakterem męskim. Na zapytanie czy nie przebyła jakiej operacji odpowiedziała, że rzeczy-

wiście przed 5 laty wycięto jej lewy jajnik z powodu guza. Od tego czasu jak utrzymuje, datuje się zmiana w głosie tak, że nie mogła już śpiewać jak dawniej z czego zresztą nie wiele sobie robiła, (chora zajmuje się szyciem).

W dyskusyi, jaka się nad tym ciekawym tematem rozwinęła, Dr. *Castex* zaznaczył, że od 2 lat obserwuje 26 letnią chorą, której wycięto jajniki, głos jednak najmniejszej w następstwie nie uległ zmianie. W drugim przypadku, przeciwnie nawet, operacja (wycięcie macicy i jajników z powodu włókniaka z krwawieniami macicznymi) u młodej osoby z bardzo pięknym wysokim sopranem, wywołała bardzo pożądaný efekt: głos bowiem odtąd zyskał na sile, rozległości oraz łatwości emisyi.

Dr. *Poyet* spostrzegł zaburzenia głosowe podczas ciąży u śpiewaczek, co kładzie na karb niedostatecznego funkcjonowania przepony brzusznej. Co się zaś tyczy wpływu ujemnego kastracyi u kobiet na głos, autor na podstawie własnego doświadczenia (przypadek słynnej śpiewaczki, której po dwakroć dokonano owaryotomii) sądzi, że wpływ ten jest żaden.

Dr. Jan Sędziak.

IV. Choroby dzieci.

74. Dr. WACHSMUTH. Przyczynek do teoryi krzywicy. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde XXXIX Band I Heft*).

Chociaż krzywica jest bardzo rozpowszechnionem cierpieniem wśród dzieci, istota tej choroby nie jest jednakże zupełnie wyjaśniona. Teorye tłumaczące to cierpienie zamałym dowodem wapnia do organizmu, lub zaobfitem wydzielaniem, nie są dostateczne; obecnie zozostała na widowni teorya Kassowitza, który uważa krzywicę za swoisty proces zapalny w układzie kostnym. Chociaż nie łatwo zgodzić się na tę jego teoryę, ale trzeba mu oddać sprawiedliwość, że położył duże zasługi, zbadawszy dokładnie anatomiję patologiczną systemu kostnego w krzywicy.

Dominującym objawem krzywicy jest niedostateczna ilość soli wapiennych w kościach i fakt ten w różny sposób starano się wytłumaczyć. Kassowitz zauważył, że w miejscach kostnienia (*puncta ossificationis*) u dzieci rachitycznych rozwijają się obficie naczynia krwionośne i takowe są rozszerzone, w najbliższem ich sąsiedztwie sole wapienne nie odkładają się, a kostnienie ma miejsce cokolwiek dalej od naczyń. Obraz ten Kassowitz uważa za proces zapalny, a nieodkładanie się soli wapiennych tłumaczy sobie prądami soków (*Plasma-strömung*), które po pro-

stu mechanicznie przeszkadzają kostnieniu. Autor nasz najzupełniej zgadza się z Kassowitz'em co do zjawisk mikroskopowych, tylko w inny sposób tłumaczy sobie takowe.

Dla normalnego biegu procesu kostnienia potrzebne są dwa warunki: 1) prawidłowy rozwój średniej wielkości komórek chrząstkowych, mających własność rozkładać białkany wapniowe pochodzące ze krwi, przyczem sole wapnia odkładają się w tkankach i 2) *nieobecność* w tkankach swobodnego lub lekko związanego kwasu węglowego, który by mógł odkładające się sole rozpuszczać i kostnieniu przeszkadzać. Otóż dwa te warunki cierpią w krzywicy: zaobfite mnożenie się i bujanie komórek chrząstkowych przeszkadza ich prawidłowemu średniemu rozwojowi, a obecność w tkankach kwasu węglanego utrudnia kostnienie. Zkądże się bierze CO_2 w tkankach w krzywicy? Zdaniem autora źródłem kwasu węglanego są niehigieniczne warunki życia, a szczególnie powietrza, które będąc bogate w CO_2 utrudnia wydalanie jego płucami tak że takowy zbiera się we krwi, a z drugiej strony więcej się go produkuje przez spalanie się kwasu mlecznego, który się obficie wytwarza w cierpieniach żołądkowych i kiszkiowych tak często spotykanych w krzywicy. Wobec więc zwiększonej zawartości CO_2 w krwiobiegu występuje powolna dyfuzja jego do tkanek.

Kwas węglany, wywołując zwężenie naczyń włosowatych, utrudnia odpływ żylny i wtórnie wywołuje zastój w żyłach i ich rozszerzenie tak, że te rozszerzenie naczyń, o którym Kassowitz wspomina, autor uważa jako *hyperaemia venosa*. Tym to objawem dadzą się wytłumaczyć i kliniczne objawy krzywicy: kałary błon śluzowych, powiększenie śledziony, a jeśli to dotyczy żył powierzchownych całej skóry, to wytłumaczyć się dają obfite poty, tak częste w krzywicy. Z drugiej strony obecność CO_2 we krwi może wywoływać szereg przypadłości nerwowych, jako to bezsenność, niepokój, skurcz głośni, drgawki i t. d.

W końcu autor dodaje kilka słów o leczeniu krzywicy fosforem.

Wiadomo, że krzywica łatwo ustępuje racjonalnemu leczeniu fosforem, jak że to pogodzić z teorią autora. Ponieważ fizjologicznie udowodniono w pracowni Voit'a przez Bener'a że fosfor wywołuje rozpad białka w organizmie, co się zdradza obfitym wydzielaniem się moczanów, i że jednocześnie organizm mniej zużywa tlenu i mniej produkuje CO_2 , a zatem mniej się wytwarza substancji rozpuszczającej sole, tym sposobem stosowanie fosforu usuwa przeszkody do kostnienia.

Chociaż ta metoda pozornie daje dobre rezultaty, byłoby jednak pożądanem udawać się do środków, ułatwiających wydalanie nagromadzonego CO_2 w organizmie przez płuca, a nie stosować środki wywołujące rozpad białka organicznego. Reasumu-

jąc wszystkie motywa tej teorii, możemy powiedzieć, że krzywica, jest zdaniem autora, *chronicznym zatruciem organizmu kwasem węglowym*, odbijającym się głównie na systemie kostnym.

W. Sawicki.

75. Julius Grósz. **O plamicy w wieku dziecięcym.** (*Arch. f. Kinderheilk. T. XVIII 1894*).

Autor spostrzegł ogółem 12 przypadków (5 chłopców, 7 dziewcząt) tej choroby w szpitalu dziecięcym Stefanii w Budapeszcie u dzieci w wieku od 1 do 11 roku.

Z objawów plamicy na pierwszym planie postawić należy *wysypkę plamicową* rozmaitego kształtu, wielkości i umiejscowienia. Ulubionem siedliskiem plamicy są kończyny dolne, następnie górne, w dalszym zaś ciągu klatka piersiowa, twarz, plecy i brzuch. W jednym przypadku zajmowała ona całą niemal skórę. Plamica występuje nie odrazu a najczęściej napadami, których bywa 2—3 a nawet więcej. Oprócz skóry występują przy tejże chorobie krwawienia i w innych narządach, przede wszystkim zaś na błonie śluzowej ust następnie na wargach, języku i podniebieniu miękkim.

Krwawienia z nosa również często miały miejsce, w jednym przypadku krwotok nosowy był tak silny, że trzeba było czempredziej nos zatamponować i energicznie podawać excitantia choremu wskutek znacznego upływu krwi.

W 2 przypadkach zauważył autor *wymioty krwawe*, w 3 *krwawe wypróżnienia*, w 3 również *mocz krwawy*. Zaslugują na uwagę w kilku przypadkach *zaburzenia w stawach*, polegające na silnym bólu reumatycznym i obrzmieniu.

Gorączka towarzyszyła wszystkim przypadkom, trzymając się w granicach od 38°—39° a nawet 40°; w każdym razie nie pozostawała ona w ścisłym związku w wystąpieniem plamicy.

W 2 przypadkach wystąpiły *wylewy krwi w mózgu* (około sulcus Rolandii i w mózdzku).

Co się tyczy *przebiegu*, to wogóle był on pomyślny. Na 12 chorych zmarło 2, jeden zaś był wypisany ze szpitala bez poprawy.

Czas trwania choroby wahał się od 8 dni do 4 miesięcy. W jednym przypadku choroba przeciągnęła się prawie 2 lata.

Wnioski do jakich doszedł autor, są następujące:

1) Pod mianem plamicy w wieku dziecięcym należy rozumieć rodzaj usposobienia krwotocznego, przy którym występują krwawienia w skórze, tkankach podskórnych i innych narządach.

2) Plamicę podzielić można na dwie grupy: a) przypadki którym towarzyszą objawy ze strony stawów (*peliosis rheumatica*), b) przypadki, przebiegające bez objawów stawowych.

3) Nazwa „plamica“ przy obecnym stanie naszej wiedzy jest pojęciem zbiorowem, pod które podciągnąć należy przypadki znane jako plamica prosta, plamica krwotoczna (*morbus maculosus Verlhofii*) i wreszcie *peliosis rheumatica*. *Koral.*

76. L. FÜRST. **O chorobie Barlow'a. (*Rhachitis haemorrhagica*).** (*Arch. f. Kinderheilk. T. XVIII z. 1 i 2 1894 str. 50—90*).

Obszerną swą pracę autor poprzedza wstępem historycznym, w którym zwraca uwagę, iż choroba rzeczona znana już była i opisywana od dość dawna. Pierwszy Möller w r. 1857 dał jej nazwę „*rhachitis acuta*“, której to nazwy trzymali się i następni badacze jak Senator, Bohn, Förster i inni. W r. 1875 Thomas Smith określił ją jako „*periostitis haemorrhagica*“ trzonów rozmaitych kości z oddzieleniem się nasad. Angielski autor Chadle (1878) podciągnął ją pod miano kostnej lub okostnej kacheksyi połączonej z gnilcem. Wreszcie Barlow w r. 1883 podał dokładny opis rzeczonej sprawy chorobowej, którą też późniejsi badacze, przeważnie niemieccy, ochrztili jego nazwą.

Podawszy wyczerpującą literaturę przedmiotu (na 6 stronicach) a następnie opis spostrzeganego przez się przypadku choroby Barlow'a u 8 miesięcznego niemowlęcia, autor przystępuje wreszcie do skreślenia patologii i terapii tejże choroby.

Statystyka. Do r. 1894 zebrano wogóle 166 przypadków, z których najwięcej przypada na Holandję (60) i Anglję (52). Z tej liczby wyzdrowiało 111 (67⁰/₀), zmarło 31 (18⁰/₀), przebieg niewiadomy był w 25 (16⁰/₀).

Patogeneza. Ani dziedziczność, ani pozycja społeczna rodziców nie wpływa na powstawanie omawianego cierpienia. Również nieodpowiednie mieszkanie, o ile się zdaje, nie odgrywa tu wybitnej roli. W większym już stopniu zauważono wpływ pory roku, mianowicie spostrzegano największy rozwój choroby B. ku końcowi zimy i w początkach wiosny.

Niektórzy autorzy upatrują pewien związek pomiędzy chorobą B. z t. zw. ostrą krzywicą (*rhachitis acuta*) w okresie szybkiego wzrostu kości dziecka, w tym bowiem czasie okostna jest nader unaczyniona i skłonna do krwawych wybroczyn.

Znaczna część znowu autorów jako główną przyczynę podaje *nieodpowiednią dyetę*, albowiem, jak się Fürst przekonał z zebranych przez się przypadków, mała tylko tylko cząstka dzieci karmiona była mlekiem matki lub mamki, po największej zaś części rozmaitemi mączkami i surrogatami, jak mączką Nestle'a, skondenswanem mlekiem szwajcarskiem, mączką Kufek'e'go, biszkoptami, mięsnymi ekstraktami i wreszcie białym chlebem. Widzimy więc tu pewną analogiję z *gnilcem*, którego rozwojowi również sprzyja brak świeżych produktów pokarmowych, zwłaszcza roślinnych.

Inni badacze przypisują rozwój choroby B. *brakowi w pożywieniu soli potasowych* (spec. węglanu i fosforanu potasu), co pociąga za sobą odpowiednie zmiany we krwi, łamliwość naczyń krwionośnych i skłonność do wynaczynień.

Wreszcie upatrywano związek pomiędzy przymiotem lub urazem a chorobą B.

Anatomija patologiczna. Zmiany anatomo-patologiczne są następujące: dziecię nie jest wycieńczone, skóra jedynie jest barwy woskowo-bladej; w okolicy uda lub goleni (zwykłe miejsce choroby B.) muskulatura nie jest zmieniona lecz dość znacznie nacieczona, pomiędzy mięśniami, tu i owdzie, krwawe wybroczyny. Okostna nadzwyczaj unaczyniona, zgrubiała. Na całej niemal długości trzonu (femur, tibia) pomiędzy okostną a kością zauważyć się daje znaczny wylew krwi, w którym znaleźć można włóknik, czerwone ciała krwi, komórki wędrujące i endoteljalne. Kość sama wydaje się jakby cieńsza, rzadko jednak następuje jej złamanie. Dość częstem zjawiskiem jest oddzielenie się nasad od trzonu, zwłaszcza przy powikłaniu krzywicą.

Co się tyczy danych histologicznych, to autor w samej substancji kostnej znalazł mało zmian. Szpik kostny bywa jedynie dość często unaczyniony. Z innych kości podobne, w mniejszym atoli stopniu, wylewy krwi napotymano na żebrach, łopacie, kościach czaszkowych, szczęce górnej i dolnej. Stawy same nie biorą udziału w sprawie chorobowej; niekiedy tylko spostrzegano lekki obrzęk w ich okolicy.

Po kościach zasługują na uwagę ważne zmiany na błonie śluzowej dziąseł, polegające na silnem ich obrzmieniu, krwawych wybroczynach, a nawet i znaczniejszych wylewach krwi i wreszcie owrzodzenia, co dawniejsi badacze przyjmowali za sprawę gnilcową.

Wylewy krwi w rozmaitych narządach wewnętrznych należą do nader rzadkich.

Objawy i przebieg. Pierwsze objawy choroby B. występują najczęściej pomiędzy 9 a 12 miesiącem życia t. j. w okresie ząbkowania oraz pierwszych prób stania i chodzenia; przed 4 miesiącem i po 2^{1/2} latach choroby nie napotymano ani razu. Początek choroby przedstawia się rozmaicie; po największej części dziecię traci ochotę do stania lub chodzenia, niechętnie nawet porusza się lub siada. Przy najmniejszej manipulacji (mycie, kąpanie) krzyczy przeraźliwie, jak gdyby uczuwało silny ból fizyczny, ciepłota przy tem jest normalna lub nieco podwyższona; jestto *okres zwiastunów*, który nieznacznie przechodzi w okres samej choroby, cechującej się przedewszystkiem rozlanem obrzmieniem dolnej kończyny w okolicy trzonu kości kształtu walco watego lub wrzecionowatego. Skóra w tem miejscu staje się twardą, naprężoną, lecz pozostaje bladą; sama kończyna przyj-

muje najczęściej położenie nawpół zgięte. Ruchy czynne, a nawet biernie stają się wskutek bólu niemożliwymi. Takież obrzmienie pojawia się niekiedy i w innym miejscu tejże kończyny, niekiedy na drugiej kończynie dolnej, a nawet w okolicy innych kości. Gorączki przytem niema wcale lub też jest nieznaczna. Stan taki trwa zwykle całe tygodnie z tą różnicą, że naprężenie skóry stopniowo się zmniejsza, samo jednak obrzmienie nie mięknie; niekiedy tylko po wielu tygodniach czuje się w niej jakby rodzaj chęłbotania. Badanie chirurgiczne (incyzje wykonana aseptycznie) wykazuje krwistek (haematoma) pomiędzy okostną a kością, zawartość jego pod mikroskopem wykazuje zmniejszoną ilość białych ciałek krwi, poikilocytozę, oraz zmniejszoną ilość hemoglobiny. Próby przeszczepiania dokonane przez Rehn'a dały wynik ujemny. Obecność pod okostną krwisteku pozwala nam z całą dokładnością wykazać i przyczynę cierpienia dziecka mianowicie, w początkach choroby, gdy okostna jest silnie przekrwioną, ból jest najgwałtowniejszy, zmniejsza się zaś dopiero, gdy następuje wylew krwi.

Stosunek krzywicy do tegoż wylewu nie jest stały. Przeważnie, w niektórych przypadkach znajdowano w początkach cierpienia objawy krzywicy, jak craniotabes, zgrubienie nasad żeber i t. p. w innych atoli nie spostrzegano najmniejszych objawów rachitycznych.

Zapalenie dziąseł (przeważnie górnego) podobne do gnilcowego również nie jest objawem stałym, a u niemowląt bezzębnych wcale się nie spotyka. Niekiedy spostrzegano na dziąsłach krwawe, nieznaczne wybroczyny, w innych zaś przypadkach błona śluzowa przyjmowała typowe cechy gnilca i krwawiła za najmniejszym dotknięciem. Gorączka nie była spostrzegana; po największej części miała przebieg nietypowy, rzadko jednak przekraczała $38,5^{\circ}$. Tętno bywa małe, miękie i szybkie. Cheadle zauważył przy chorobie B. skłonność do zapaści. Łaknienie się zmniejsza, sen bywa niespokojny.

W dalszym przebiegu choroby B. spostrzegano niekiedy powiększenia ze strony przewodu pokarmowego, płuc etc. Sprawa kończy się niekiedy spontaneo miodo przy nastaniu ciepłej pory, przyczem obrzmienie i ból zmniejszają się stopniowo, a kontury kończyn wobec wessania krwisteku przyjmują poprzedni wygląd; w podobnych wypadkach przychodzi niekiedy do miejscowego ropienia. Nie zawsze jednak przebieg bywa tak pomyślny, po największej zaś części dzieci umierają przy objawach kacheksyi. Choroba trwa zwykle 2—3 miesiące, rzadko dłużej.

Rozpoznanie nie jest trudne, jeżeli się ma na uwadze powyżej przytoczone objawy. Od ostrej krzywicy różni się choroba B. charakterystycznym, umiejscowieniem na trzonach przeważnie dolnych kończyn oraz tem, że stawy i nasady kości są zwykle

niezajęte sprawą chorobową i że ból jest znacznie większy. Również nietrudno jest odróżnić ją od urazu, pseudobezwładu kończyn przymiotowego pochodzenia, ostrego gośca stawowego, zapalenia kości lub szpiku kostnego.

Rokowanie zależy od przebiegu. Przy znacznych lub licznych wylewach krwi, połączonych z niedokrwistością i wycieńczeniem jest ono złem. Powikłania ze strony narządu pokarmowego lub oddechowego również pogarszają rokowanie.

Leczenie jest przeważnie higieniczno dyetetyczne: świeże, czyste powietrze, dokładne przewietrzanie mieszkania, czyste, przygotowane lub pasteryzowane mleko i świeży wyciąg z mięsa, wreszcie (dla starszych cokolwiek dzieci) t. z. antignilcowe t. j. roślinne pokarmy zawierające fosforan potasu, jak kasztany, pomidory, cochlearia i t. p. Niektórzy zalecają sok ze świeżo wyciśniętych cytryn lub pomarańczy, Cheadle zaś kartofle. Ze środków farmaceutycznych zalecano z mniej lub więcej pożądanym skutkiem żelazo, jodek żelaza, liq. kali acetic, chininę. Zewnętrznie stosują nalewkę jodową, a przy znacznych objawach zapalnych głębokie cięcie w miejscu chęlboczącem z opróżnieniem krwisteku i przedrenowaniem rany.

Epicrisis. W końcu swej pracy autor zadaje sobie pytanie, czy choroba B. jest identyczną z gnilcem? przeciwko temu twierdzeniu przemawia wiele danych: rzadkość występowania jej w Rosyi, gdzie, jak wiadomo, gnilec stale panuje, sporadyczność przypadków tejże choroby w przeciwieństwie z gnilcem, rzadkość pojawiania się gnilca w pierwszym i drugim roku życia i wreszcie co najważniejsza, brak opisanych powyżej danych anatomo-patologicznych przy gnilcu. W każdym razie choroba B. jako zbyt mało podziśdzień znana wymaga długich jeszcze badań. (Porów. ref. z pracy Heubnera: „O podobnej do gnilca chorobie rachitycznych ssawców“. Kronika Lek. 1892). *Koral.*

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

77. **Czynność sieci (omentum).** Byron Robinson w *Nouvelles Arch. de gynéc. et de d'obst.* (Listopad. 1894) wyłuszcza swój pogląd na rolę sieci u psa i u człowieka. Sieć tedy ma:

1-o przeszkadzać wtargnięciu infekcyi, sadowi się bowiem natychmiast u brzegów ran ściany brzusznej i trzew, a wskutek wytworzonych zrostów zmniejsza doniosłość ewentualnego uszkodzenia;

2-o przeszkadzać powstawaniu zrostów pomiędzy ścianą brzuszną a trzewami; to też po operacyach należy sieć bardzo starannie wprowadzić, ponieważ zawsze znajdowano na znacznej przestrzeni zrost

jelita ze ścianą brzuszną, ile razy B.-R. nie wykonał tego zabiegu;

3-o sieć ma ułatwiać ruchy jelit. Im wyższy gatunek zwierzęcia, tem mniejsza stosunkowo sieć: człowiek ma najmniejszą, krowa, owca, świnia ma sieć znacznych rozmiarów, małpa już wyraźnie mniejszą.

Wrażliwość otrzewny u różnych zwierząt rozmaicie się zachowuje: zapalenie otrzewny bardzo łatwo występuje u koni, rzadko u świń; odporność krów jest mniejsza. (Lyon médical N. 1, 1895).

J. D. G.

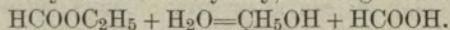
78. D. R. Pfeiffer z Berlina podaje w Zeitsch. f. Hyg. u Infectionskrankh. **Nowy sposób różniczkowego rozpoznania laseczników cholery azjatyckiej za pomocą immunizacji.** Sposób ten polega na tem, że laseczniki cholery, zmieszane z surowicą zwierząt uodpornionych przeciwko cholery i rozpuszczone w buljonie giną w krótkim czasie, gdy je do jamy brzusznej śwince morskiej wprowadzić, inne zaś wibrjony przy tej samej manipulacji żywotności swej nie tracą. Autor zwraca uwagę na doniosłość tego odkrycia dla różniczkowego rozpoznania cholery i rozróżniania laseczników cholerycznych od zupełnie podobnych pod względem morfotycznym innych wibrjonów. Prof. Dinbar z Hamburga sprawdził doświadczenia Pfeiffra (Deut. Med. Woch 1895, Nr. 9) i doszedł do tych samych wniosków. Metodę tę chce on również zastosować przy rozpoznaniu i rozróżnianiu lasecznika duru brzuszego od bact. coli.

H. Kuch.

79. Dr. Drosbach w tymczasowem doniesieniu streszcza wyniki babań swoich nad **lotnymi środkami antyseptycznymi.** Amoniak, kwas węglany, tlenek węgla, węglan amonu, eter alkohol chloroform i inne związki w stanie lotnym wywierają bardzo nieznaczny tylko wpływ na rozwój bakteryj. Silniejsze działanie antyseptyczne posiadają olejki eteryczne, zwłaszcza olejek terpentynowy i gorczycowy. Najsilniejsze działanie dało się zauważyć w działu tych środków, które dopiero pod wpływem pary wodnej tworzą związki, posiadające własności bakterjobjęcze.

Tu przedewszystkiem wspomnieć należy o chlorku benzoilu, który łącząc się z wodą, daje kwas benzwinowy i kwas solny.

Podobne bakterjobjęcze działanie wywiera mrówczan etylu, środek zupełnie nieszkodliwy; w obecności pary wodnej rozpada się on na kwas mrówczany i alkohol etylowy, według wzoru następującego:



Mrówczan etylu; zdaniem autora, mógł by znaleźć zastosowanie w terapii chorób zakaźnych dróg oddechowych, ważnym jednak warunkiem jest chemiczna czystość środka. (Wiener medic. Presse. 1894 Nr 53).

J. Brunner.

80. Jako nowe **antyseptyki kiszkowe** poleca Jasiński z pracowni M. Nenckiego fenolbismut, krezolbismut oraz β -naftolbismut. Działanie tych środków w ustroju polega na rozszczepieniu ich w kiszkach na tlenek bismutu i fenol, krezol oraz β naftol. *J. Z.*

81. Getang jako **środka znieczulającego** używa wstrzykiwań następującego składu: aetheris sulf. 2,0 aquae destil. glycerini aa 100,0 gm. Stosował ten środek przy drobnych operacjach chirurgicznych oraz w nerwobólach. (Bul. med. Nr. 48). J. Z.

82. Hübbenet opisuje w „Chirurg. Wiestn.“ (1894 r.) przypadek **dwukrotnego przekłucia osierdzia**, dokonanego w celu wypuszczenia z jamy jego płynu. Przypadek ten dotyczył młodego żołnierza, który zachorował na ciężką postać gnilca, powikłaną przez surowicze zapalenie osierdzia; gdy wszelkie środki wewnętrzne pozostawały bez skutku, a natomiast stan ogólny ulegał pogorszeniu (sinica, napady duszności, tętno prawie niewyczuwalne etc.), zdecydowano wypuścić część płynu, mieszczącego się w jamie osierdzia. Pomiedzy 4 a 5 żebrem, w odległości 1—4 palców od mostka wkłuto najpiew Pravaz'a, później zaś trójgraniec i wypuszczono 400 sz. c. przezroczystego płynu; stan chorego znacznie się poprawił. Gdy jednakże po pewnym czasie objawy chorobowe powróciły, dokonano powtórnego wypuszczenia płynu surowiczego w ilości 750 sz. c., poczem chory stopniowo powrócił do zdrowia. W. Z.

83. So wietow, badając (na psach i kotach) **wpływ** jednego ze sposobów trzebieńcia samicy, używanego przez sektę „skopców“ w Rosyi, mianowicie **odcinanie brodawek u piersi na czynność gruczołu sutkowego**, doszedł do następujących wniosków: jeśli odciąć brodawkę na $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ jej długości, wówczas brodawka kurczy się, a przewody wyprowadzające po większej części zarastają; czynność zatem gruczołu sutkowego może trwać i nadal. Jeśli zaś brodawkę odciąć u podstawy jej, wówczas otrzymamy bliznę gwiazdowatą, wciągniętą; gruczoł mleczny stopniowo zanika (zanik pierwiastków gruczołowych) dzięki zarośnięciu przewodów mlecznych resp. dzięki zniesieniu czynności gruczołu, oraz wskutek sprawy zapalnej, szerzącej się na istotę gruczołu (Rozpr. doktor. Petersburg, 1894). W. Z.

84. Łamp s a k o w otwierał jamę brzuszną w sześciu przypadkach gruźliczego zapalenia otrzewny, rozpoznanego przed operacyą; we wszystkich przypadkach wypuszczono znaczną ilość płynu surowiczego i pooddzielano zrosty cieńsze. W pięciu przypadkach przeprowadzono dokładne badanie bakteriologiczne i znaleziono pasożyty kochowskie. Wynik operacyi był następujący: w 4-ech przypadkach trwałe wyleczenie, w jednym powrót objawów chorobowych w 6 $\frac{1}{2}$ miesięcy, w ostatnim wreszcie śmierć po upływie 40 dni, przy objawach szybko postępującej gruźlicy płuc, jelit oraz otrzewny. Wnioski autora dadzą się streścić tak: 1-o rozpoznawanie gruźliczego zapalenia otrzewny jest dość trudne, pewności co do niego nabieramy dopiero po dokładnem zbadaniu bakteriologicznem i drobnowidzowem, 2-o Laparotomja w gruźliczem zapaleniu otrzewny daje dobre wyniki, lecz wskazania do niej winny być ściśle określone. 3-o Wskazania te są: wysięk swobodny lub otorbiony, nb. jeśli choroba postępuje, mimo leczenia dyetetycznego i wewnętrznego; natomiast w postaciach

zlepnego zapalenia otrzewny (p. adhaesiva) otwarcie brzucha wskazane jest tylko w wyjątkowych wypadkach. 4-o Znakomite wyniki rzezczonej operacji są przez wielu lekarzy przesadzone. 5-o W pewnych przypadkach laparotomia dawała, jakoby, wyleczenie zupełne. (Rozpr. dokt. Petersburg. 1894). W. Z.

85. Prof. E. Albert z Wiednia podaje w „Wien. Med. Woch.“ **kilka przypadków paliatywnej trepanacji przy guzach mózgowia**. Chorzy po trepanacji zazwyczaj doznawali pewnej ulgi, która jednakże niezbyt długo trwała. Pożądanymi będą dalsze spostrzeżenia w tym kierunku, dla określenia istotnej wartości tego rękoczynu

H. K.

86. Dr. de la Roche zaleca **fosfor przeciwko cukrzycy** po 0,001 rano i wieczorem. Autor widział przypadki wyleczenia po tej kuracji. (Tribune Méd. 1894).

H. K.

87. Lekarze Chiaiso i Isnareli opisują przypadek **wysiękowego zapalenia opłucny**, w którym badanie bakteriologiczne **wykryło obecność gonokoków Neisser'a**. Przypadek ten dotyczył dziesięcioletniej dziewczynki, która przy zgwałceniu tryprem zarażoną została. Do ropnego zapalenia pochwy i cewki moczowej przyłączyło się jeszcze zapalenie stawów oraz wśierdzia, wreszcie wspomniane wyżej zapalenie opłucny z wysiękiem.

H. K.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— W miesiącu bieżącym w Warszawie wybuchła epidemja influenzy o natężeniu większem, niż w r. 1889 i 1890. Epidemja dotyka całych rodzin, a nawet domów i w słabszym lub silniejszym stopniu przechodzi ją prawie każdy mieszkaniec naszego miasta. Przebieg choroby w wielu razach łagodny, niekiedy, szczególnie u osób starszych przybiera cechy złośliwe i wikła się zapaleniem płuc, bądź krupowem, bądź kataralnem. Nadto w epidemji obecnej występuje cały szereg przypadków, gdzie zaburzenia umiejscowione są przeważnie w przewodzie pokarmowym. Poczynając od gardzieli a kończąc na kiszkiach, obserwujemy zajęcie błon śluzowych całego kanału pokarmowego, co objawia się wymiotami, rozwolnieniami, parciem na stolec bólami w brzuchu i t. p. Zauważyliśmy nadto, że w tych ostatnich razach wszelkie preparaty salicylowe oraz chinina znacznie obostrzają sprawę.

— Mamy do zanotowania niebывały fakt w naszych stosunkach lekarskich—sprawę przeciw lekarzowi wolnopratykującemu o łapówki i szantaż. Podajemy tę sprawę według sprawozdania Kur. Por. (Nr. 77 r. b.).

„W dniu 13 marca r. b. I wydział kryminalny Sądu okręgowego Piotrkowskiego na sesji wyjazdowej w Bendzinie rozpatrywał sprawę, wytoczoną przeciwko lekarzowi Hipolitowi Przanowskiemu o nadużycia służbowe. W lipcu 1894 r., w celu walki z cholera, która się pojawiła w powiecie Bendzińskim, został urządzony oddział sanitarny, do składu którego był wyznaczony wolnopracujący lekarz p. Hipolit Przanowski w charakterze pomocnika naczelnika oddziału.

Wkrótce jednak po rozpoczęciu czynności tegoż oddziału do naczelnika powiatu zaczęły dochodzić wieści, że Przanowski, korzystając z zajmowanego stanowiska dopuszcza się nadużyć, a mianowicie fałszu, przedajności i wymagania wziętek, wobec czego przeciwko Przanowskiemu wytoczone zostało śledztwo, które wykazało następujące fakty:

I) 26 sierpnia 1894 r., zmarła w Bendzinie niejaka Franciszka Frysztacka. Miejscowy lekarz Piotr Nazarewicz pewny, że Frysztacka umarła na cholere, odmówił mężowi zmarłej wydania świadectwa, że śmierć nastąpiła od choroby niezaraźliwej, tymczasem F. tegoż samego dnia przedstawił miejscowemu proboszczowi świadectwo, wydane przez lekarza Hipolita Przanowskiego, że żona jego umarła na tyfoidalne zapalenie mózgu. (?) Na zasadzie takiego świadectwa ciało zmarłej było wstawione do kościoła, odprawione zostało nabożeństwo, a następnie pogrzeb i dopiero po pogrzebie proboszcz otrzymał list od Przanowskiego, w którym między innymi Przanowski uprzedza, że ze względu na panującą epidemiję byłoby lepiej ciała Frysztackiej nie wprowadzać do kościoła, lecz wprost odnieść na cmentarz. Jak zeznał Frysztacki, za wspomniane świadectwo Przanowski wziął od niego 25 rubli.

II) D. 2 września 1894 r. w kolonji Konstantynów pod Bendzinem zmarła na cholere Otylja Gildner. Z pozwolenia miejscowego lekarza fabrycznego Pfabe, pogrzeb został odłożony do g. 6 rano dnia następnego. Wkrótce po odejściu lekarza Pfabe, przyszedł do Gildnera lekarz Przanowski w towarzystwie sołtysa i oznajmił, że zmienia decyzję lekarza Pfabe i że ciało zmarłej ma być zaraz pogrzebane, zgodził się jednakże na odłożenie pogrzebu wtedy dopiero, gdy Gildner zapłacił mu żądane rs. 10.

III) W tym samym prawie czasie w Bendzinie w domu, gdzie był sklep Szlamy Lejzerowicza, był wypadek zasłabnięcia na cholere. Dowiedziałwszy się o tem Przanowski przyszedł do Lejzerowicza i wydał rozporządzenie, aby sklep natychmiast zamknięto. Usłuchawszy rady towarzyszącego Przanowskiemu sanitara Sztajnica, Lejzerowicz poprosił Przanowskiego do siebie do mieszkania i tutaj Przanowski na migi dał do zrozumienia Lejzerowiczowi, że za wiadome wynagrodzenie sklep może pozostać otwartym, wskutek czego Lejzerowicz wtedy zaraz dał Przanowskiemu rubla, lecz ten zażądał rs. 3, a dostawszy od Lejzerowicza 10-rublowy papierek, zobowiązał się oddać re-

szte na drugi dzień. Przy oddawaniu owej reszty zaledwie w kilka dni, Przanowski i wtedy chciał jeszcze wytargować dla siebie parę rubli i w tym celu dawał Lejzerowiczowi najpierw 4 ruble, później 5 rubli. Fakt ten w zupełności potwierdził Moszek Sender, który wypadkowo znajdował się na korytarzu i słyszał całą tę rozmowę, czyli targowanie się. Zupełnie w takich samych warunkach Przanowski przyjął pieniężne wynagrodzenia w ilości 3 rs. od piekarza Icka Zysmona, 5 rs. od Ioska Laska i 4 rs. od piekarza Cyprjana Buczkowskiego. Dwaj pierwsi sami dobrowolnie ofiarowali powyższe wynagrodzenia, a od trzeciego Przanowski domagał się owego wynagrodzenia za zdjęcie pieczęci z jego piekarni, pomimo jednak, że Przanowski dostał żądane 4 ruble—pieczęcie zdjęte nie były. Joachim Sztajnic, posługacz sanitarny—zeznał, że chociaż Przanowski w jego obecności od nikogo pieniędzy nie brał, jednakże nie mogło nie zwrócić jego uwagi to, że Przanowski po przybyciu do sklepów, które ze względu sanitarnego należało zamknąć i opieczetować, wydawał odpowiednie w tym względzie decyzje, lecz po porozumieniu się z właścicielem takiego sklepu (na osobności), często zmieniał pierwotne swoje decyzje i sklepów nie zamykał.

Przanowski zbadany w charakterze oskarżonego, nie przyznał się do winy i objaśnił, że wydając świadectwo Frysztackiemu był przekonany, że żona jego umarła nie na cholera i że innych wziętek nie pobierał i że fałszywe w tym względzie zeznania Lejzerowicza, Zysmona i innych, objaśnia ogólnem niezadowoleniem, jakie w pośród przeważnej części mieszkańców Bendzina wywołało jego energiczne spełnianie swych obowiązków służbowych.

Na zasadzie powyższych danych wolnopraktykujący lekarz Hipolit Przanowski lat 33 oskarża się z art. 362, 373, 377 i 378 kod. kar.

Po zbadaniu kilkunastu świadków i wysłuchaniu wniosków przedstawiciela urzędu prokuratorskiego i obrony obrońcy Przanowskiego—adwokata przysięgłego Krzyckiego (z Warszawy), Sąd ogłosił wyrok, mocą którego lekarz wolnopraktykujący Hipolit Przanowski na zasadzie art. 362, 2 cz. 377, 378 i 152 kod. kar. został skazany na pozbawienie wszystkich szczególnych praw i przywilejów i na zesłanie na mieszkanie do gub. Tomskiej albo Tobolskiej ze skutkami z art. 46 kod. kar.

Na zasadzie 1 cz. 945 art. ust. post. kar. Sąd postanowił powyższy wyrok przedstawić przez Ministra sprawiedliwości do konfirmacji Cesarskiej.

Podając sprawozdanie ze sprawy p. Przanowskiego wstrzymujemy się od komentarzy, które są w tym razie chyba zbyt liczne. Sprawa ta hańbiącą wywołała wśród lekarzy nader przygnębiające wrażenie.

— „Goniec Urzęd.” donosi, że geolog wydelegowany przez Instytut Górniczy do gub. Kieleckiej, przyszedł do następujących wniosków: 1) w okręgu Buskim istnieje samodzielny wodny poziom, za-

wierający wodę mineralną składu żelazistego 2) w Busku wykryto nowe źródło obfite (7000 wiader na dobę).

Badacz ten wykrył, że czynne obecnie źródła lecznicze Buskie znajdują się w niekorzystnych warunkach; leżą one w pasie nieobfitującym w wodę mineralną i zbierają wodę nie tylko siarkowo-solanową ale i żelazistą i zaskórną, które wywierają wpływ ujemny na naturalne własności Buskiej wody. Więcej szans przedstawia pas leżący na południe od obecnych źródeł, jak to wykazały badania świdrowe wykazane w 8 miejscach na głębokości 10—32 sążni. (Wrzecz 6).

— Od pewnego czasu zaczęły ukazywać się w „Mosk. Wied.“ korespondencye, dotyczące Warszawskiego Uniwersytetu a w szczególności wydziału medycznego, zarówno pełne fałszywych informacji jak i insynuacyj, swoistych temu pismu. Doniesienie, jakoby w Uniwersytecie tutejszym odbywały się jeszcze wykłady w języku polskim budzą śmiech w każdym, znającym miejscowe stosunki. Ostatnia korespondencya trwoży się bardzo o zdrowie nowego dyrektora terapeutycznej kliniki szpitalnej, p. Szczerbakowa, dotychczasowego prywat. docenta Uniw. Moskiewskiego, ze względu, że ma on pracować w klinice, w której jakoby pochorowali się profesorowie Jefremowski, Stolnikow i Tumas.

Zapomniał wprawdzie korespondent, że i zmarły prof. Lewickij również pracował na klinice terap. szp. w szpitalu Dz. Jezus, ale za to, dla większego efektu, kazał wszystkim wymienionym profesorom pracować i chorować na jednym miejscu, kiedy, jak wiadomo, profesor Jefremowski był chirurgiem, a prof. Tumas miał klinikę gdzieindziej.

Nie bronimy tu bynajmniej niehygienicznych warunków klinik, pomieszczonych w szpitalu zdawien dawna zakazanym na skasowanie, ale nie jest on jeszcze jaskinią Neapolitańską, wszakże prof. Baranowski, który tyle lat pracował na kl. dyagnostycznej, cieszy się dzięki Bogu dobrem zdrowiem, a prof. L. Popow także się nie rozchorował.

Może być przeto korespondent „Mosk. Wiedom.“ spokojnym o p. Szcz., który w swych staraniach o lepszą klinikę zapewne kieruje się nie tyle względami osobistego zdrowia, ile losem cherych, przebywających w tych lokalach dłużej niż profesorowie.

Gdzie zaś schowane zostały lepsze kliniki, które jakoby wpiężej służyły do wykładów klinicznych, może czujny korespondent dojdzie i wykaże w przyszłym doniesieniu.

— Nr. 7 „Czas. Lek. Czes.“ poświęcony został Profesorowi Dr. Bogumiłowi Eiseltowi, założycielowi i pierwszemu Redaktorowi „Czasopisu“ gwoili uczczenia jego czterdziesto letniego jubileuszu służby lekarskiej szpitalnej. Numer ten zdobi portret jubilata.

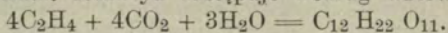
— Na bieżący semestr zimowy zapisało się na 20 wydziałach lekarskich w Niemczech 7796 słuchaczy. Z liczby tej 5510 stanowią Niemcy, 3286 zaś przypada na cudzoziemców. Najwięcej słuchaczy ma wydział berliński (1220), potem idzie monachijski (1125), najmniejszą ilość słuchaczy medycyny posiada uniwersytet w Giessen (109).

— XVI zjazd balneologów odbędzie się pomiędzy 7 a 11 Marca r. b. w Berlinie w sali wykładowej królewskiego farmakologicznego zakładu. Przewodniczyć zjazdowi będzie będzie Prof. Dr. Liebreich, znany farmakolog.

— Towarzystwo wzajemnego ubezpieczania się lekarzy na wypadek choroby, istniejące od lat kilku w departamencie Sekwany, rozwija się b. pomyślnie i stale. Obecnie posiada ono już 120000 fr. kapitału zapasowego i około 40000 fr. wpływów rocznych. Członkiem może zostać każdy lekarz przedstawiony przez 2 stowarzyszonych, jeżeli uznany zostanie za zdrowego przez komisję wyborczą, wniesie wpisanego 40 fr. i będzie płacił co miesiąc 10 fr. Za to na wypadek choroby, niezależnie od jej trwania, otrzymuje po 10 fr. dziennie. Już od lat trzech pobiera rocznie po 3650 fr. jeden z członków chory na tabes dorsalis. Początkowo rozwój tego pożytecznego stowarzyszenia, którego twórcą jest Dr. Lagoguey, szedł b. tępo, napotykał drwiny, powątpiewania lub obojętność. (Wracz 8).

— W Paryżu założoną została wypożyczalnia książek dla lekarzy. Ponieważ lekarz, mieszkający zdala od większych ognisk życia, nie jest w stanie mieć pod ręką wszystkich wydań zarówno krajowych jak i zagranicznych przeto Dr. Baudouin, sekretarz związku prasy lekarskiej francuskiej postanowił założyć bibliotekę, na podobieństwo Circulating Library w Londynie. Każdy lekarz francuski, wnoszący rocznie 20 fr. i 5 fr. zastawu, może otrzymywać każde wydawnictwo na czas mu potrzebny przez pocztę. Opłata wysyłki wylicza się z zastawu. Oprócz tego Dr. B. założył biuro informacji bibliograficznych, które dostarcza abonentom wykazów dzieł, broszur etc. jakie wyszły w danej specjalności. Z biura tego szeroko korzystają doktoranci, przygotowujący swe rozprawy. Dr. B. nosi się z myślą utworzenia przy swem biurze oddziału w celu dostarczania życzącym sobie potrzebnych dzieł w oryginale, tłumaczeniach lub referatach. (Rev. Sc. Luty).

— Chemikowi włoskiemu Pellegrini udało się otrzymać **cukier na drodze syntezy chemicznej**. Przez pumeks, którego pory wypełnione zostały drobno sproszkowaną platyną, pomieszczony w hermetycznie zamkniętej skrzynce przepuszczają pod ciśnieniem z jednej strony kwas węglowy, a z drugiej etylen i parę wodną. Reakcja trwa około 30 minut. Gazy, przechodząc drogą osmozy przez pory pumeksu, łączą się ze sobą. Wtedy dopływ gazów przerywają i otwierają kran odpływowy, przez który wycieka wytworzony syrop, podlegający dalszemu obrobieniu. Reakcja następuje według wzoru:



Cena produktu ma być bardzo niska, 6 centymów za kilogram! (La med. mod. II).

— **Matematyka i medycyna.** Leduc, profesor fizyki w Nantes, zrobił następującą uwagę:

„Teorya energii, lekceważona przez biologów, jest bardzo ważna dla lekarza. Człowiek, podobnie jak motory mechaniczne, przekształca energije; zarówno jeden jak i drugie dostarczają nauce wielkości (grandeurs) wymiernych. Badanie kliniczne dopiero wtedy posiadać będzie ścisłość naukową, gdy wszystkie te wielkości zostaną dokładnie wyliczone z uwzględnieniem możliwych wahań. Dotychczasowe prowadzenie badania lekarskiego możnaby porównać z procedurą mechanika, który zamiast oceniać uszkodzenia maszyny na podstawie zmniejszonej wydajności siły ograniczył by się na auskultacji składowych jej części, aby usłyszeć tarcie, na opukiwaniu ich, aby wykryć pęknięcia, na zmierzeniu temperatury trących się powierzchni i na poszukiwaniu pod mikroskopem ziarenek piasku lub plam rdzy“. (Le Progrés médical N. 1, 1895).

W tem jaskrawem porównaniu metod badania uderza jednostronność. L. w swoim desiderium uwzględnia jedynie fizykalne metody badania człowieka, któremi przecie mutatis mutandis posilkują się i kontrolujący sprawność maszyn; natomiast oprócz danych subiektywnych pomija zupełnie spostrzeganie i analizę zjawisk chemicznych i funkcjonalnych, co przecie jest nieodzowną stroną ścisłego badania lekarskiego; wiadomo wreszcie, że na tej drodze osiągnięte dane są często jedyną miarą zboczenia, którą właśnie możnaby porównywać z jednostkami energii w motorze mechanicznym, mającym istotnie daleko mniej punktów stycznych z ustrojem zwierzęcym, niżby się to napozór zdawało. Obyśmy kiedyś znaleźli się w posiadaniu nawet jakiegoś „biometru“; choć znów śmiała myśl ujęcia zboczeń chorobowych w ramy liczb wydaje się dziś niedoścignionym poematem przyrodniczym, wobec wielce różnorodnych czynności ustroju i niezliczonych wahań indywidualnych. (Przyp. łom.).

J. D. G.

— 15 Lutego zmarł znakomity terapeuta *Dr. Dujardin Beaumetz* w wieku lat 62. Liczne jego prace mają przeważnie za przedmiot terapię (Leçons de Cl. therap. Dictionnaire de Therapeutic, l'Hygiene Therapeutique etc.).

Zmarły był założycielem Societé de Med. et de Chirurgie pratique. Zbiegiem okoliczności nieprzyjaznych mu Dujardin-Beaumetz nie był nawet agrégé.

— W d. 25 z. m. zmarł profesor kliniki wewnętrznej wydziałowej Uniwersytetu Warszawskiego dr. med. *Duszan Lambl*. Z pochodzenia Czech urodził się w 1824 r. w Letinach w Czechach, gimnazjum kończył w Pilźnie, uniwersytet w Pradze w r. 1849. Przez czas pewien pozostawał przy uniwersytecie jako docent. W r. 1861 ofiarowano mu współcześnie katedry anatomii patologicznej w Turynie, Würzburgu i Charkowie. Zmarły przyjął tę ostatnią ofertę i pozostawał w Charkowie do 1870 roku, poczem objął zajmowaną do śmierci katedrę w Warszawie. W r. z. obchodzono uroczyste jubileusz 70 letnich jego urodzin w Pradze, a na uczczenie jubileuszu zmarły złożył 20000 rs. jako fundusz stypendyalny dla studentów Pragskich.

Pozostawił po sobie liczny poczet prac naukowych w najrozmaitszych gałęziach, pisanych w językach czeskim, włoskim, niemieckim, ruskim i polskim. Najbardziej w czasach ostatnich zajmował go kregozmyk i za pracę napisaną w tym kierunku otrzymał w r. z. 4000 rs. nagrody od Akademii petersburskiej.

Zmarły odznaczał się wielce krytycznym i trzeźwym umysłem oraz wielką systematycznością i pracą. Umysł jego pracował do chwili ostatnich, a jego dar obserwacyjny wszystkich co się z nim bliżej stykali wprowadzał w podziw. Dodać należy, że zmarły był od chwili przybycia do Warszawy członkiem czynnym Towarzystwa lekarskiego.

Asyentom swoim pozostawiał zupełną swobodę działania i rozporządzania materiałem klinicznym, to też z kliniki jego wyszło wiele spostrzeżeń klinicznych i prac pierwszorzędno znaczenia.

Nadesłano do Redakeyi.

N. J. Bruchanow: Słuczaj echjínokokka pieczeni, oporzniwszagosia czezez niepowrzeđdiennyje żetecznyje protoki. Odb. z Boln. gaz. Botkina.

H. Uliński: Casnistische Mittheilungen aus d. Hosp. zum Kindlein Jesu zu Warschau. Odb. z Inter. kl. Schau.

Z. Dmochowski: Przyczynek do etyologii i anat. patol. spraw zapalnych w jamie Higor'a. Odb. z Pam. Tow. Lek.

W. A. Gluziński: O wpływie podwiązywania tętnic wieńcowych na narząd nerwowo-ruchowy serca. Kraków, 1895.

Prof Gluziński: Dusznica bolesna prawdziwa, a tętnice wieńcowe serca. Odb. z Przegl. Lek.

A. Beck i W. A. Gluziński: Wpływ podwiązania moczowodów na czynność nerek. Kraków, 1895.

Pryw. Dal. A. A. Kisiel: Słuczaj tiazołoj istericzeskoj anoreksii u diewoczki 11 liet. Odb. z Med. Obozr., 1894.

Tenże: K. Kazuistiki riedkich form soczlenownago rewmaticzma u dietiej. Odb. z Med. Obozr.

Tenże: Dwa słuczaja Werlho'owej boliezni u dietiej (6 i 10 liet), koncziwziejasia smiertju. Odb. z Wracza.

Tenże: Jeszcze dwa słuczaja uzłowatago rewmaticzma u dietiej. Odb. z Bibliot. Wracza.

W. E. Nieszel: O sostojanii zubow u krestjan. Odb. z Wracza.

Tenże: Słuczaj łonosiecznia. Odb. z Wracza, 1895.

Priv. Doc. Nr. Gawronskij: Ueber das Vorkommen v. Mikroben in der normalen Urethra de Weibes. München 1894.

Tenże: Uber Verbreitung und Endigung d. Nerwen i d. weiblichen Genitalien. Berlin, 1894.

W. G. Mackewicz: Kirgiskija Stepi Turgajskoj Oblasti w choler. epid. 1892 g. St-Petersb. 1892.

Tenże: Otczet o diejatelnosti Dietskoj Bolnicy Sw. Olgi w Moskwie za 1893 god.

Tenże: Description de l'hôpital d'enfans S-te. OIga á Moscou pendant 1887 1893 Moskwa 1894.

A. Majewski: O zmianach, jakim podlegają komórki kielichowate kiszki w okresie wydziel. śluzu. Odb. z Pam. Tow. Lek.

A. Majewski: Granice kąta maksymalnego a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka. Odb. Pam. Tow. Lek.

P. Klejn: Stento Gips. Odb. z Przegl. Chirurg.

J. Sędziak: Przyczynek do etiologii t. zw. ang. follic. Odb. z Now. Lek.

Tenże: Przyczynek do etyologii t. zw. czarnego języka. Odb. z Przegl. Chirurg.

Tenże: Rozpoznawanie skrytych postaci ropotoków. Odb. z Gazety Lek.

John Sędziak: The treatment of tuberculosis of the larynx Odb. z J. of Laryng.

J. Sędziak: Casuistique des tumeurs de la cavité naso-pharyngienne. Odb. Revue de Laryngol. etc.

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.

Picie wód, kąpiele mineralne, Stacja Klimatyczna i pukuracyjna.

Najlepszy napój dyjetetyczny i orzeźwiający.

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