

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O ZASTOSOWANIU MIĘSIENIA

W CHOROBAK KOBIECYCH

podług metody Thure Brandt'a

podał

Dr. ADOLF WINAWER.

(Dalszy ciąg).

1. Rękoczyn przy zapaleniu mięszu, katarze błony śluzowej i źle zwiniętej macicy, przy zaniku i krwawieniu z macicy.

Przy wyż wymienionych cierpieniach macicy stosuje się metodę t. zw. podwójnego ucisku, mianowicie wskaziciel lewy wprowadza się do pochwy i wywiera ucisk na część pochwową macicy, aby takową odsunąć ku tyłowi i nieco ku górze, a tem samem przechylić trzon macicy jeszcze bardziej ku przodowi, bądź iż takie położenie macicy zastaliśmy już w danym przypadku, bądź iż otrzymaliśmy je po odprowadzeniu macicy tyłozgiętej lub tyłopochylonej; następnie za pomocą trzech palców (2, 3, 4) ręki prawej mięsi się tylną i boczne powierzchnie macicy.

Mięsienie w tych przypadkach polega bądź na szybkich ruchach kolistych, które odbywamy końcami palców, bądź na drżącym ucisku i drżącym głaskaniu. Ruchy te wykonywamy silniej lub słabiej i odbywamy mięsienie na całej powierzchni tylnej i bocznej trzonu macicy, począwszy od dna aż do otworu wewnętrznego i od linii środkowej ku bocznym częściom trzonu macicy.

Przy przeroście i przewlekłym zapaleniu mięszu macicy, gdy takowa jest powiększoną i twardą, odbywa się mięsienie dość silnie, jeżeli tylko niema powikłań, gdy błona

surowicza nie jest zajęta (perimetritis) a macica przy ucisku zaledwie nieco bolesną, również gdy niema nacieczenia w więzadłach szerokich. W przeciwnym razie należy, przeważnie z początku, mięść nie tylko słabiej, lecz z daleko większą oględnością. Przy zapaleniu mięszu Brandt zwykle ugniata nie tylko macicę, lecz również parametria, odbywając mięsienie więzadeł szerokich po części wzdłuż bocznych części trzonu w kierunku ku dołowi, po części w kierunku od linii środkowej ku bocznym częściom miednicy, mając zawsze na uwadze przebieg naczyń chłonnych i żylnych.

Przy katarze błony śluzowej trzonu macicy (endometritis) odbywa się mięsienie również jak to powyżej podalem, lecz nieco słabiej.

Przy katarze błony śluzowej szyjki (endocervicitis), obrzmieniu szyjki i erozyjach części pochwowej Brandt ugniata szyjkę w kierunku od otworu zewnętrznego do wewnętrznego macicy, rozumie się, zawsze za pomocą ręki prawej przez powłoki brzuszne, gdyż wskaziciel ręki lewej podtrzymuje jedynie szyjkę i spoczywa w pochwie nieruchomo.

Jakkolwiek à priori zdawać by się mogło, iż tego rodzaju mięsienie jest tylko w razach wyjątkowych wykonalne, gdyż po większej części przy śledzeniu wyczuwamy zaledwie, górny odcinek trzonu macicy, jednakowóż zapewnić mogę, iż mięsienie trzonu i szyjki macicznej, gdy macica jest ruchomą, wykonalnem jest już po kilku posiedzeniach; przy powikłaniu zaś z wypocinami lub nacieczeniem zapalnym okołomacicznem, unieruchamiającem macicę, po usunięciu wypocin lub nacieczenia, jakkolwiek wtedy należy jednocześnie odbywać mięsienie choćby górnej części trzonu.

Przy erozyjach części pochwowej, o ile takowe nie znikły pod wpływem mięsienia szyjki, Brandt dawniej wprowadzał tampony z ałunem lub zalecał przemywania pochwy za pomocą czystej wody; obecnie zaś sądzi, iż to jest zbyt szkodliwym, gdyż przekonał się w wielu przypadkach, iż nawet dość zaniedbane erozyje znikają pod wpływem mięsienia szyjki. Sądzę, iż pod tym względem Brandt nie znajdzie wielu naśladowców, gdyż podobne leczenie erozyj jest zbyt trudnem i uciążliwym zarówno dla lekarza, jak i dla chorej, tembardziej, iż pod tym względem nasza dotychczasowa terapia ginekologiczna, z bogactwem nowymi środkami, jest zupełnie dostateczną.

Co się tycze kwestyi, jak leczyć zapalenie błony śluzowej przy metritis chron., to podług Profanter'a przede-wszystkiem należałoby usunąć takowe, a dopiero później przystąpić do mięsienia macicy.

Nie możemy przyjąć tego poglądu, gdyż widzimy dość często, iż upławy przez mięsienie macicy ustępują. Pod tym względem zgodziłbym się w zupełności ze zdaniem Seiffart'a, ażeby tylko w tych przypadkach przystępować do leczenia kataru błony śluzowej, gdy przekonamy się za pomocą tamponu, (sposób Schultze'go) o obfitości i jakości wydzieliny. Jeżeli tampon wykaże, iż zmiany błony śluzowej macicy nie są zbyt znaczne, możemy wprost przystąpić do mięsienia. Gdyby po skończonem posiedzeniu okazało się, iż wydzielina macicy jest krwią zabarwioną, co może nastąpić w nieznacznym stopniu, gdy wykonywamy mięsienie nieoględnie, mianowicie zbyt silnie, wtedy nie należy się obawiać, gdyż to wkrótce ustaje. Niekiedy widzimy, iż podobne zabarwienie powstać może w nieznacznym stopniu z erozji, a to przez nieoględne pocieranie palcem podczas samego mięsienia, lub nawet odprowadzenia macicy.

Ja w podobnych przypadkach zalecam zastrzykiwanie do pochwy roztworu kwasu bornego, lub karbolowego.

Przy zaniku macicy należy odbywać mięsienie zapomocą nadzwyczaj słabych ruchów, zaledwie dotykając macicy. Brandt z przypadków, jakie obserwował, wspominał podczas mego pobytu o jednym, który zasługuje choć na krótką wzmiankę. W przypadku tym macica była znacznie mniejsza, niż jak to bywa normalnie, szyjka dość twarda, otwór zewnętrzny rozszerzony, tak iż można było wprowadzić podczas badania koniec wskaziciela (*laceratio cervicis*), a trzon był w stanie zaniku. Już po kilku posiedzeniach nastąpiła poprawa, a następnie macica przyjęła wymiary normalne, otwór macicy i szyjka ukształtowały się prawidłowo.

Przy krwawieniu z macicy, zależnem od zmian w błonie śluzowej, cierpienia jajników i innych (Brandt wyklucza naturalnie obecność uklejęw, włókniaków, raka) odbywa się mięsienie również za pomocą nadzwyczaj słabych ruchów na całej powierzchni macicy. Posiedzenie trwa w tych przypadkach krótko, lecz powtarza się często: 2—3 razy dziennie. Zwykle mięsienie odbywa się codziennie i trwa 10—15 minut; w bardzo przewlekłych przypadkach nawet dłużej.

Przeciwnicy metody Brandt'a mogliby zarzucić, iż mię-

sienie macicy spowodować musi wzmożony przyływ krwi do macicy i krwawienie lub nawet krwotok sprowadzić. Rzeczywiście, umiejętnie wykonane mięsienie zwiększa przyływ krwi do narządów miednicy, lecz rezultatem tego będzie nie krwawienie, lecz usunięcie zastoju, wessanie limfy czyli wysięku, zwiększenie sprężystości tkanek i skurczenie macicy.

Że tak jest w samej rzeczy widzimy ztąd, iż np. przy przewlekłym zapaleniu macicy lub przy krwawieniu z macicy bez widocznej przyczyny (Brandt) krwawienie, wkrótce ustępuje, mięsączkowanie powtarza się w regularnych odstępach czasu i nie jest zbyt obfitem; objętość macicy powoli się zmniejsza i takowe wraca do normalnej wielkości.

Gdy macica jest w położeniu tyłopochylenia lub tyłozgięcia i odprowadzenie macicy z przyczyny zrostów jest niemożliwym, wtedy, chcąc stosować mięsienie macicy ze względu na krwawienie, zależne od zastoju przy macicy tyłozgiętej lub źle zwiniętej, należy stosować mięsienie przedniej ścianki macicy.

Odbywa się to w ten sposób, iż wskaziciel lewej wprowadzamy do tylnego sklepienia pochwy i odsuwamy część pochwową ku przodowi, przechylając trzon jeszcze więcej ku tyłowi i odbywamy mięsienie przedniej ściany trzonu macicy.

Zwracam uwagę, iż stosując rękoczyn w ten sposób, należy unikać zbytniego drażnienia pęcherza, gdyż możemy łatwo boleści przy oddawaniu moczu wywołać (stranguria).

Nie tylko Brandt i Nissen stosowali mięsienie przy zapaleniu i źle zwiniętej macicy. Asp z 35 przypadków otrzymał w 5 uzdrowienie, w 13 poprawę. Jackson Reeves stosował w 3 przypadkach przy macicy źle zwiniętej z doskonałym skutkiem, również Bunge, Prochownik (10 przypadków: w 4 — wyleczenie, w 3 poprawa), wreszcie prof. Hartelius, Seiffart, prof. Vulliet i inni.

Rezultaty są w ogóle dobre, jednakowoż efekt nie jest tak widocznym, jak przy innych wskazaniach, jeżeli zmiany w mięszu macicy są zbyt wielkie. Z tego powodu Hegar i Kaltenbach⁴³⁾ wyrażają zdziwienie, iż za pomocą mięsienia prędzej wypadnięcie, niż przewlekłe zapalenie macicy usunąć się daje. Lecz, zdaje się, iż nie powinniśmy za-

⁴³⁾ Hegar und Kaltenbach. Die operative Gynaekologie etc. Zweite Auflage. Stuttgart, 1888, p. 146.

pominać o zmianach, jakie powstają w przewlekłych przypadkach zapalenia mięszu macicy (hypertrophia, sclerosis).

2. Rękoczyn przy przewlekłym i podostrem zapaleniu okołomacicznem, zamacicznem, okołojajnikowem i krwisteku zamacicznym; przy przyczepinach macicy i jajnika.

Przy wypocinach w więzadłach szerokich lub jamie Douglas'a, gdy takowe przedstawiają się w postaci większej lub mniejszej objętości guza, po wprowadzeniu lewego wskaziciela do pochwy lub odbytnicy, który, spoczywając nieruchomie ma służyć tylko za podstawę, należy odbywać brzuściami 3 palców ręki prawej, ruchy koliste, zlekka zwiększając, następnie zmniejszając ucisk, z początku naokoło guza zapalnego, następnie w jego obwodowych częściach i dopiero, odpowiednio do zmniejszania się objętości i ustępowania bolesności, odbywać również mięsienie części środkowej guza.

Ruchy te odbywa się nadzwyczaj ostrożnie i zawsze w kierunku przebiegu naczyń chłonnych, wykonywając na każdym posiedzeniu, zanim się przystąpi do mięsienia wysięku, t. z. mięsienie odprowadzające czyli przygotowawcze (Ableitungsmassage). Polega ono na lekkim pocieraniu, a właściwie ugniataniu naczyń chłonnych i gruczołów limfatycznych, lędźwiowych, które znajdują się, jak wiadomo, przed częścią lędźwiową kręgosłupa, w kierunku ku górze, ażeby takowe opróżnić, a tem samem ułatwić wessanie i odpływ mass wysiękowych. Mięsienie wysięków, nawet znacznych rozmiarów, wypełniających prawie całkowicie jamę miednicy, pod wpływem systematycznego i umiejętnego mięsienia, znikają bez żadnych zaburzeń i niebezpieczeństwa dla chorej.

Oprócz właściwego mięsienia przy wysięku przewlekłym w więzadłach szerokich lub na tylnej ścianie miednicy, a nawet przy sprawach zapalnych macicy Brandt stosuje rękoczyn, który nazywa „Målning“, co odbywa za pomocą lewego wskaziciela, wprowadzonego do odbytnicy. Rękoczyn ten polega na ucisku, a właściwie pocieraniu, które się odbywa w odbytnicy palcem wzdłuż ścianki miednicy ku tyłowi i ku górze, w kierunku przebiegu naczyń chłonnych i żylnych, ażeby takowe opróżnić. Nie należy przytem zbyt drażnić nerwów tu przebiegających, gdyż to sprawia ból zbyt znaczny.

Jakkolwiek wydawać by się mogło, iż te rękoczynny, jakie Brandt przy wysiękach stosuje, są dość łatwe do wykonania, jednakowoż wymagają one umiejętności, nadzwyczajnej oględności i wprawy. W przeciwnym bowiem razie zamiast poprawy, nastąpi obostrzenie sprawy zapalnej, czyli zamiast wessania wysięku może powstać nawet ropień, w miednicy, co jest uważanem, jak się łatwo domyśleć, za następstwo bardzo przykre. Dla tego zwracam uwagę, iż za pomocą mięsienia podług Brandt'a, dążymy do powolnego usunięcia wysięku, bez żadnego odczynu bądź miejscowego, bądź ogólnego. Z tego powodu już po kilku posiedzeniach bolesność podbrzusza ustępuje, ciepłota nie podnosi się wcale lub bardzo nieznacznie.

Co się tycze tego ostatniego punktu, to pożądanem by było, a nawet koniecznem mierzenie ciepłoty ciała, ażeby przerwać mięsienie, jeżeli ciepłota zbyt się podniesie. (Küstner)⁴⁶⁾.

Że przy sprawie wysiękowej w miednicy ćwiczenie gimnastyczne ogólne ma ważne znaczenie, pojąć łatwo, gdy się zwróci uwagę na wpływ, jaki ogólne ćwiczenia ciała wywierają na wymianę materji, odżywianie tkanek i wessanie produktów chorobowych. Przytoczę tu tylko, iż Baumgärtner na zjeździe lekarzy w Magdeburgu wspomniał, iż widział zniknięcie wysięków okołomaciczych w 2 przypadkach pod wpływem ćwiczeń gimnastycznych mięśni brzusznych.

Te same rękoczynny, jakie stosujemy przy wypocinach należy stosować również przy krwisteku zamacicznym, lecz z jeszcze większą oględnością, a to ze względu na istotę samego cierpienia. Prochownick sądzi, iż w tych przypadkach należy stosować mięsienie w jakie 3—8 tygodni, po wytworzeniu się krwisteku. Brandt w przypadku, opisanym przez Profanter'a, rozpoczął mięsienie w 8 dni, w przypadkach zaś Resch'a po 2 tygodniach. Jabym sądził, że to zależy przede wszystkim od przypadku, głównie od objawów miejscowych, powikłań, również od ogólnego stanu chorej. Przy znacznej niedokrewności i objawach ostrych zapalnych ze strony otrzewnej należałoby się bezwarunkowo z mięsieniem wstrzymać.

Przy nacieczeniu w więzadłach szerokich lub fałdach

⁴⁶⁾ Ber. über die Sitz. d. gyn. Sek. d. 57 Vers. d. Naturf u. Aerzte zu Magdeburg. C. f. Gyn. 1884. N. 42.

Douglas'a (parametritis post. Schultze) rękoczyny należy odbywać podług tych samych prawideł, o ile mamy na celu usunięcie samego nacieczenia, a następnie dopiero przystąpić do rozciągania ściągniętych lub stwardniałych fałd, unieruchamiających macicę, o czym będzie mowa poniżej.

Jeżeli takowe nacieczenie lub wysięk znajduje się około jajnika, należy podług tych samych prawideł mięsienie stosować lecz ze względu na bolesność jajnika nadzwyczaj oględnie. W tych przypadkach Brandt odbywa mięsienie po wprowadzeniu lewego wskaziciela do odbytnicy, gdyż wtedy rękoczyny są łatwiejsze i mniej bolesne.

Gdyby, po usunięciu wysięku, okazało się, iż jajnik jest unieruchomiony za pomocą fałd lub błon pozapalnych, wtedy należy powoli te błony lub fałdy rozciągnąć i jajnik uruchomić, a to w ten sposób iż końcem lewego wskaziciela, spoczywającego w odbytnicy należy ująć górny brzeg jajnika, a palcami ręki prawej przez powłoki brzuszne nadzwyczaj ostrożnie rozciągnąć fałdę go utrzymującą i jajnik uruchomić, odbywając jednocześnie mięsienie podług ogólnych prawideł.

Co się tycze przyczepin, fałd, powrozków i blizn, unieruchamiających macicę i pociągających za sobą zmianę położenia tejże, to Brandt odbywa tu przedewszystkiem rozciąganie przyczepin, a następnie odbywa mięsienie. Rozciąganie przyczepin odbywa bądź w pozycji stojącej chorej, bądź w położeniu leżącym.

W pozycji stojącej chorej wprowadza przedewszystkiem paluch lewy do pochwy i odciąga szyjkę maciczną, kombinując ten rękoczyn z rozciąganiem przyczepin za pomocą wskaziciela wprowadzonego do odbytnicy. Następnie dopiero w położeniu leżącym chorej odbywa w dalszym ciągu rozciąganie przez powłoki brzuszne za pomocą ręki prawej, wprowadzonej po za trzon macicy, odciągając powoli macicę w przeciwnym kierunku, ażeby przyczepiny rozciągnąć i macicę uruchomić, a następnie odbywa właściwe mięsienie fałdy lub blizny, unieruchamiających macicę.

Rękoczyny odbywa w ten sposób zarówno, gdy trzon macicy będzie unieruchomiony, pochylony lub zgięty ku przodowi lub ku jednej z dwóch stron miednicy (*anteversio*, *flexio*, *positio*, *latero-versio*, *flexio*, *positio fixata*), jak i przy unieruchomieniu szyjki (*fixatio cervicis*).

Przy tyłozgięciu lub tyłopochyleniu macicy, gdy trzon macicy jest unieruchomiony (*retro-versio*, *flexio fixata*) do

kości krzyżowej resp. do odbytnicy należy również w pozycji stojącej chorej lub leżącej—dwuręcznie—zrosty powoli rozciągnąć i macicę odprowadzić. Rękoczyn ten odbywa się przez wprowadzenie lewego wskaziciela do odbytnicy, a palucha tejże ręki do pochwy, co nie zawsze jest koniecznem. Otóż wywierając powolny ucisk za pomocą lewego wskaziciela, który powinien o ile się da ująć dno macicy od tyłu i z góry, należy odciągać trzon macicy ku przodowi i na dół, a jednocześnie za pomocą palucha lewego uciskać szyjkę maciczną w kierunku ku górze i tyłowi. Już po kilku lub kilkunastu posiedzeniach jesteśmy w stanie ręką prawą w położeniu leżącym chorej dwuręcznie wprowadzić przez powłoki brzuszne po za trzon macicy, i wtedy udaje się szybciej zrosty rozciągnąć i macicę do położenia przodozgięcia odprowadzić.

Rękoczyny te należy odbywać nadzwyczaj powoli i ostrożnie, a gdy w ciągu pierwszych posiedzeń uda się nam choć na szerokość palca odchylić trzon macicy ku przodowi, stanowić to będzie już znaczną poprawę, gdyż, stosując w dalszym ciągu rękoczyn, przyczepiny rozciągniemy bez niebezpieczeństwa dla chorej i obostrzenia sprawy chorobowej. Rozumie się, iż jednocześnie należy wykonywać oprócz rozciągania również mięsienie fałd ręką prawą przez powłoki brzuszne.

Wogóle wszystkie tu opisane rękoczyny należy wykonywać ostrożnie, oględnie i umiejętnie, a przy pewnej wprawie bez niebezpieczeństwa w ciągu kilku tygodni lub miesięcy uzdrowienie sprowadzimy nawet w tych przypadkach, jakie w ogóle za nieuleczalne uważać zwykliśmy.

Jeżeli ktoś postawi zarzut, iż wysięki okołomaciczne znikają nawet bez żadnego leczenia, o czem wcale nie wątpię, to przy bliznach starych, stwardniałych resztkach wysięku, fałdach i błonach pozapalnych już organizowanych przyznać musi, iż zwykle sposoby leczenia są bardzo niezadawalniające.

Jakkolwiek znane są nam sposoby rozciągania przyczepin prof. Schultze'go, Ter-Gregorianz'a Pouilet'a, prof. Vulliet'a i innych, jednakowoż musimy metodzie Th. Brandt'a przyznać pod wieloma względami wyższość nad wszystkimi dotychczas znanymi sposobami. Uznaje to zresztą w zupełności prof. Schultze, którego należy uważać pod tym względem za największego w Niemczech specjalistę, zarówno w przedmowie do pracy Profantera, jak i w nowszej swej

pracy⁴⁷⁾, mówiąc między innymi: „Ein vortreffliches Mittel zur Dehnung und Lösung alter parametritischer Fixationen des Uterus habe ich kürzlich kennen gelernt in der von Thure Brandt in Stockholm geübten Methode der Massage“.

Zresztą po bezstronnej ocenie każdy przyzna, iż metoda Thure Brandt'a jest daleko pewniejszą i bezpieczniejszą, niż wszystkie w tym celu zalecane.

Co do laparotomii i przyszywania dna macicy do przedniej ścianki brzucha (Koeberle, Olshausen, Sängner, Klotz, Leopold), w celu usunięcia tyłozgęcia macicy, to pomijając już niebezpieczeństwo, wynikającego z samego zabiegu chirurgicznego, niemożemy nawet tego rękoczynu uważać za radykalny i sprawę rozstrzygający ze względu na powikłania, jak cierpienia jajników, więzadeł szerokich, które tak często zastajemy przy tyłozgęciu macicy unieruchomionej, a oprócz tego w obec niewielkiej ilości ogłoszonych przypadków, niewiadomo, czy świeże blizny, powstałe na miejscu starych nie spowodują na nowo zmiany położenia i unieruchomienia macicy.

Dobre wyniki ogłosili Asp, Oerum z kliniki prof. Howitza, Bunge, Prochownik, prof. Bandl i inni.

Przy krwistekach ogłosili swe przypadki: Rosenstirn jeden, Profanter—jeden, Resch—również jeden, Prochownik—5, z doskonałym skutkiem. Ja również miałem w dwóch przypadkach rezultat bardzo dobry.

3) Rękoczyny przy wypadnięciu i opuszczeniu macicy.

Brand odbywa w tych przypadkach następującą rękoczyny:

1) Tak zwane trzepanie, tapotement—Kreuzbeinklopfung. Rękoczyn ten opisaliśmy już, gdy była mowa o ogólnych ćwiczeniach gimnastycznych. Rękoczyn ten odrzucają po większej części uczniowie Brandt'a, jako zbyt cenny.

2) Unoszenie macicy, liftingar—Gebarmutterlüftung oder hebung. Rękoczyn ten stosować należy we dwóch, lecz można i pojedynczo. W ambulatoryjum Brandta unoszenia te odbywa masażyстка (panna Johanson), która wykonywa ten rękoczyn z wielką dokładnością. Unoszenie macicy, wykonywane przy pomocy asystenta resp. asystentki, są o wiele dokładniejsze i prędzej prowadzą do wyleczenia, niż gdy się takowe

⁴⁷⁾ prof. B. S. Schultze, Ueber Diagnose und Lösung peritonealer Adhaesionen des retroflectirten Uterus und der entsprechend verlagerten Ovarien Wiener medizinische Blätter, 1887, N. 44.

bez pomocy stosuje. Brandt utrzymuje, iż, stosując we dwóch swą metodę, potrzebuje obecnie do zupełnego wyleczenia tyle tygodni, ile dawniej miesięcy.

Rękoczyn unoszenia odbywa się w następujący sposób: Chora kładzie się na sofce w położeniu, jak to było podanem powyżej. Jeden z lekarzy (Brandt) siada po lewej stronie chorej, i, wsunąwszy wypadłą macicę do pochwy, ustawia takową w położeniu przodopochylenia, uciskając wskazicielem lewym część pochwową ku górze i tyłowi, a prawą rękę kładzie na brzuch i oznacza, gdzie się dno macicy znajduje. Assystent resp. assystentka staje na prawej nodze i, oparłszy lewe kolano o krawędź sofki, tak iż udami obejmuje odnogi dolne chorej, przechyla tułów ku przodowi, i kładzie dłonie obu kończyn górnych na brzuch chorej, iżby palce leżały tuż po nad spojeniem łonowem. Następnie, gdy macica jest już ustalona w przodopochyleniu, wprowadza palce obu rąk po tylnej powierzchni spojenia łonowego głęboko do jamy miednicy, ażeby ująć macicę i unieść takową ku górze. Gdy rękoczyn jest dobrze wykonany, lekarz, unoszący macicę czuje dokładnie, zarówno jak macica podnosi się ku górze, jak i to, gdy się takowa z pod palców wysuwa; kontrolujący zaś czuje, jak się pochwa wydłuża, a część pochwową unosi ku górze tak, iż palcem dosięgnąć jej nie może.

Ażeby rękoczyn ten, trudny i wymagający wprawy, dobrze wykonać, należy układając dłonie na podbrzuszu, utworzyć fałdę skóry, ażeby przez zbytne naprężenie podczas unoszenia nie sprawić chorej niepotrzebnego bólu; następnie podczas samego unoszenia należy przechylić górną część tułowia ku chorej, co pozwala dokładnie rękoczyn wykonać. Chora powinna podczas rękoczynu oddychać spokojnie i zwolnić, o ile możności, naprężenie mięśni brzusznych, odnogi dolne zgiąć silnie w stawach biodrowych i kolanowych. Unoszenie macicy należy powtarzać trzykrotnie na jednym posiedzeniu. Odbywać je najodpowiedniej, gdy chora jest naczczo lub po lekkim śniadaniu. Pęcherz moczowy należy przed rękoczynem opróżnić.

W ten sposób stosuje się rękoczyn unoszenia podwójny. Gdybyśmy chcieli bez pomocy obcej rękoczyn ten stosować, wykonywać należy w ten sam sposób z tą różnicą, iż już nie utrzymujemy macicy przez pochwę, lecz jedynie unosimy przez powłoki brzuszne. Rozumie się, iż takie stosowanie rękoczynu wymaga doskonałej techniki, gdyż, po

odprowadzeniu macicy, chcąc zrobić właściwe unoszenie, zamiast unieść łatwo wypchniemy już nieco opuszczoną macicę z jamy miednicy. Brandt obecnie pojedynczo tego rękoczynu nigdy nie stosuje.

3) Ruchy odwodzące czyli odsiebne (abductio) kolan ze zwalzeniem oporu odbywa się w ten sposób, iż chora spoczywa na sofce, i, opierając się na łokciach, wznosi krzyże ku górze (Kniethellung unter Kreuzbeinhebung), a lekarz wykonywa ruch oddalający od siebie kolana chorej, podczas gdy ta stawia opór z umiarkowanym wysileniem. Ćwiczenia te powtarza się 3 – 5 krotnie i stosuje się bez zbytecznego wysiłku dla chorej, kontrolując przez wypytywanie, czy chora nie odczuwa podczas tego rękoczynu skurczu w otworze stolcowym lub sromnym. Jeżeli nie, to należy chorej zalecić, ażeby własnowolnie podczas rękoczynu kiszkę stolcową wciągała, a nawet po powrocie do domu, założywszy jedną kończynę dolną na drugą, powtarzała to kilkakrotnie. Po tych rękoczynach zaleca się chorej, iżby się położyła na brzuch i pozostała w tej pozycji 5—10 minut.

Rezultaty, jakie osiągnięto, stosując metodę Brandt'a przy opuszczeniu i opadnięciu macicy, są tak zdumiewające, iż sądzono przez czas dość długi, iż jest wprost niemożliwym, ażeby za pomocą tak prostych rękoczynów, bez noża lub krążka, bez niebezpieczeństwa i bólu można było usunąć opuszczenie lub wypadnięcie macicy; tembardziej, iż rezultaty, potwierdzone przez sumiennych lekarzy, wykazały, iż wyleczenie jest długotrwałem, gdyż Brandt ani razu nie widział powrotu cierpienia.

Ażeby przekonać kolegów, którzyby mieli pod tym względem jaką wątpliwość, zebrałem statystykę przypadków dotychczas ogłoszonych. Pojmuję dostatecznie, iż przy obecnym stanie mięsienia ginekologicznego statystyka nie może być ścisłą; jednakowoż wykazała ona może, iż już dziś mamy materiały naukowe, którego żaden lekarz sumienny lekceważyć nie ma prawa, iż metoda Brandt'a, nie tylko przełamała pierwsze lody w dziedzinie nauki poważnej, lecz zyskała już sobie cały zastęp pracowników z wielkim pożytkiem dla nauki — i chorych.

Z przypadków Brandt'a dotychczas ogłoszonych podałem tylko te, których wyleczenie zaświadczyli lekarze, zbadawszy chore przed i po wyleczeniu.

Przypadki te są następujące:

Rok	Autor i kontrola lekarza	Cierpicie	Od jak dawna się datuje	Rezultat	W jakim czasie kontrolowano
1 1861	Brandt Dr. Lundberger Dr. Varenius	Descensus uteri	—	Wyzdrowienie	po 4 ² / ₃ latach
2 1861	"	"	—	"	po 4 ² / ₃ l. (od- była poród szczęśliwie)
3 1861	"	"	od 20 lat	"	po 4 ² / ₃ latach
4 1862	Brandt prof. Collin	"	—	"	—
5 1862	"	"	—	"	—
6 1863	Brandt Dr. Aaberg	Prolapsus uteri	od 8 lat	"	po 5 latach
7 1863	"	"	od 4 lat	"	po 5 latach
8 1863	Brandt Dr. Ullén	Descensus uteri	od 12 lat	"	—
9 1862	Brandt Dr. Lundberger	"	od 4 lat	"	—
10 1863	Brandt Dr. Erlandsson Dr. Reuterman	"	od 3 lat	"	—
11 1867	Brandt Dr. Sylvén Dr. Thorstenson	Prolapsus uteri	od 8 lat	"	—
12 1867	Brandt Dr. Ryding	"	—	"	—
13 1863	Brandt Dr. Sylvén	"	—	"	—
14 1864	Brandt Dr. Lewin	Descensus uteri	—	"	—
15 1864	Brandt Dr. Lewin	Prolapsus uteri	od 8 lat	"	—
16 1864	Brandt Dr. Lewin Dr. Erlandsson	"	od 15 lat	Znaczna poprawa	—
17 1864	Brandt Dr. Lewin	"	od 8 lat	"	—
18 1887	Brandt Dr. Profanter Prof. Schultze Dr. Skutsch	Prolapsus uteri totalis	od 13 lat	Wyzdrowienie	po roku

Rok	Autor i kontrola lekarza	Cierpienie	Od jak dawna się dotuje	Rezultat	W jakim czasie kontrolowano
19 1874	Dr. L. Faye	Descensus uteri	—	Wyzdrowienie	—
20 1874	"	Prolapsus uteri	—	Poprawa	—
21 1874	"	Prolapsus uteri totalis	—	Wyzdrowienie	—
22 1878	Dr. Asp	Descensus uteri	—	"	—
23 1878	"	"	—	"	—
24 1878	"	"	—	Poprawa	—
25 1878	"	"	—	"	—
26 1878	"	"	—	"	—
27 1878	"	"	—	Żadnego skutku	—
28 1878	"	"	—	"	—
29 1875	prof. Hartelius	Prolapsus uteri	—	Wyzdrowienie	Przypadki te były w obserwacji: jeden—2 miesiące, jeden 6 tygodni, inne przez rok i lat kilka
30 1875	"	"	—	"	
31	"	"	—	"	
32	"	"	—	"	
33	"	"	—	"	
34	"	"	—	Żadnego skutku	
35	"	"	—	"	
36	"	Descensus uteri	—	Wyzdrowienie	
37	"	"	—	Żadnego skutku	
38	"	"	—	"	
39	"	"	—	"	
40	"	"	—	"	

Rok	Autor i kontrola lekarza	Cierpienie	Od jak dawna się datuje	Rezultat	W jakim czasie kontrolowano
41 1876	Norström *)	Prolapsus uteri	—	Uzdrowienie prawie zupełne	recydywa po 8 miesiącach
42	"	"	—	Poprawa	—
43	"	"	—	Uzdrowienie prawie zupełne	recydywa po 4 miesiącach
44	"	"	—	"	recydywa po 5 miesiącach
45	"	"	—	"	recydywa po 6 miesiącach
46	"	"	—	"	—
47	"	Descensus uteri	—	"	—
48	"	"	—	"	—
49	"	Prolapsus uteri	—	"	—
50	"	Desc. cystocele	—	"	—
51	"	"	—	"	—
52 1888	prof Preuschen	Prolapsus uteri totalis	od lat 31	Wyzdrowienie	po 3½ m.
53	"	"	od lat 30	"	po 2½ m.
Ot. 54	"	"	2½ miesiąca	"	po 2 m.
55	"	"	od lat 40	"	po 1 m.
56 1888	Seiffart	"	od lat 26	Poprawa	—
57	"	"	od lat 9	"	—
58 1888	prof. Vulliet	Prolapsus uteri	—	Wyzdrowienie	—
59	"	"	—	"	—
60	"	"	—	Poprawa	—
61	"	"	—	"	—
62	"	"	—	"	—
63 1888	E. Fränkel	"	od 8 lat	"	—

*) Oprócz tych 6 przypadków nieznacznego opuszczenia macicy, których tu nie podaję.

Rok	Autor i kontrola lekarza	Cierpienie	Od jak dawna się datuje	Rezultat	W jakim czasie kontrolowano
64 1888	Stroynowski	Prolapsus uteri	od 15 lat	Znaczna poprawa	—
65	„	„	od 10 lat	„	—
66 1888	Winawer	Prolapsus uteri totalis	od 10 lat	Uzdrowienie prawie zupełne	—
67	„	„	od 2 lat	Znaczna poprawa	—

Z zestawienia 40 przypadków wypadnięcia, wliczając tu już przypadki Norströma, rezultaty których on określa, jako guérison presque complète, nastąpiło wyzdrowienie w 24, co stanowi 60⁰/₀; poprawa w 14, co stanowi 35⁰/₀; żadnej poprawy nie było w 2, co stanowi 5⁰/₀. Z zestawienia 27 przypadków opuszczenia macicy wynika, iż nastąpiło: wyzdrowienie w 18, co stanowi około 67⁰/₀; poprawa w 3, co stanowi 11⁰/₀; żadnej poprawy nie było w 6, co stanowi 22⁰/₀.

Jakkolwiek wnioski, wprowadzone z zestawienia dotychczas ogłoszonych przypadków, są dość względne, dowodzą jednakowoż, iż rezultaty ujemne są częstsze przy opuszczeniu macicy i wypadnięciu przedniej ściany pochwy (cystocele), niż przy wypadnięciu macicy, co Brandt już dawno wypowiedział. Dalej widzimy z tego zestawienia, iż nie wszystkie, lecz większa część wypadnięć macicy za pomocą metody Brandt'a da się usunąć, co naturalnie zależy nie tylko od natury samego przypadku, jak się poniżej okaże, lecz bardzo wiele od osobistej techniki, a także od różnych zmian, jakie wprowadzili np. Norström lub prof. Vulliet, którzy nie byli dobrze obznajmieni z metodą Brandt'a, jak o tem łatwo przekonać się można, przeczytawszy podany przez nich opis rękoczynów. To nam również tłumaczy dla czego Norström widział tak często powrót cierpienia.

Dr. Nissen twierdzi, iż w każdym prawie przypadku wypadnięcia możemy za pomocą rękoczynów Brandt'a, poprawę lub wyleczenie osiągnąć. Brandt podaje, iż 80⁰/₀ wypadnięć w ten sposób wyleczyć jest w stanie, podczas gdy Prochownik z 13 przypadków nie widział poprawy w żadnym. Nie należy się temu wcale dziwić, gdyż Prochownik stosował w tych przypadkach mięsienie macicy i wię-

zów, a nie specjalne rękoczynny Brandt'a, które właściwie nie mają wiele wspólnego z masażem.

Co do wskazań szczegółowych, w jakich przypadkach wypadnięcia należy tę metodę stosować, nie możemy dać jeszcze pewnej odpowiedzi. Fränkel sądzi, iż w wielu przypadkach wypadnięcia nie da się ta metoda zastosować z pożądanym skutkiem, a mianowicie: a) przy takim powikłaniu, jak ostre lub podostre zapalenie macicy, przy zapaleniu okołomacicznym i narządów sąsiednich, b) przy prolapsus senilis i wypadnięciach, jakie niekiedy występują po chorobie ciężkiej, wyniszczającej, a to z przyczyny szybkiego zaniknięcia tłuszczu w narządach i tkankach miednicy, c) w tych przypadkach wypadnięcia, gdzie ze względu na długoletnie noszenie krążka nastąpiło nadmierne rozciągnięcie i zupełna utrata sprężystości pochwy, dalej d) gdy powłoki brzuszne zawierają gruby pokład tłuszczu, lub gdy są nadzwyczaj niepodatne lub bolesne, i wreszcie e) przy znacznych defektach krocza.

Rzeczywiście niektóre z tych zastrzeżeń zasługują na uwagę, lecz wszak i przy chirurgicznym leczeniu wypadnięć macicy pewna ich część stanowi przeciwwskazanie. Zresztą słusznie utrzymuje prof. Preuschen, że przy obecnym stanie tej kwestyi, nie możemy jeszcze ostatecznie nic powiedzieć o właściwych przeciwwskazaniach przy stosowaniu metody Brandt'a.

Co do tego, czy za pomocą tej metody jesteśmy w stanie radykalnie usunąć wypadnięcie macicy, na to również bardzo trudno dać odpowiedź rozstrzygającą.

Wprawdzie przypadki Brandt'a, zaświadczone przez lekarzy po kilku i kilkunastu latach, w których powrót choroby nie nastąpił, również przypadek Brandt'a, leczony na klinice jenajskiej, zaświadczony przez Skutsch'a w rok po wyleczeniu, nakazuje dać odpowiedź twierdzącą, lecz z drugiej strony ze względu na to, iż metoda Brandt'a zyskała sobie uznanie ginekologów dopiero od lat dwóch i że materiały naukowy jest jeszcze b. niewielki, nie jesteśmy w stanie wyprowadzić ostatecznych wniosków.

W każdym razie nie możemy nie uznać tych rękoczynów Brandt'a za postęp w leczeniu wypadnięć macicy, tembardziej, iż mają one dodatnie strony, jakich leczenie chirurgiczne nie posiada, a mianowicie: a) macica utrzymuje się po wyleczeniu w prawidłowym położeniu przodozgięcia

ub pochylenia, podczas gdy po wycięciu płatów z przedniej i tylnej ściany pochwy, pozostaje ona zwykle w położeniu tyłozgięcia, następnie b) rękoczyny Brandt'a nie pociągają za sobą żadnego niebezpieczeństwa, dla chorej, podczas gdy chirurgiczne leczenie połączone jest zawsze z pewnem niebezpieczeństwem, jeżeli nie tyle ze względu na powikłanie lub zejście śmiertelne wskutek samego rękoczynu, co z przyczyny nadzwyczajnego postępu antyseptyki jest obecnie zjawiskiem coraz rzadziej spotykanem, to przez wzgląd na długotrwałą narkozę chloroformową. Z tego względu nawet chora chętniej się podda leczeniu za pomocą rękoczynów Brandt'a, niż operacyi chirurgicznej.

Najodpowiedniejsze do metody Brandt'a są te przypadki, gdzie, przy innych sprzyjających okolicznościach, wypadnięcie trwa nie zbyt długo, następnie u kobiet w nie zbyt podeszłym wieku, wreszcie tam, gdzie krocze jest całkowicie zachowanym.

4. Rękoczyny przy tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy.

Przy tyłopochyleniu lub tyłozgięciu macicy, gdy takowa jest ruchomą lub po usunięciu przyczepin Brandt stosował dawniej unoszenia, jak to było podane przy opuszczeniu macicy. Lecz obecnie stosuje unoszenia odmiennie i sądzi, iż rezultaty nie tylko, że są o wiele lepsze, lecz że z taką samą pewnością może usunąć tyłozgięcie macicy, jak wypadnięcie takowej. Chora spoczywa przytem na sofce, jak to było podane powyżej, a rękoczyny odbywa się w następujący sposób:

1) Przedewszystkiem po odprowadzeniu macicy do położenia przodopochylenia, ustawia się pionowo na podbrzuszu palce (2, 3, 4) obu rąk na linii, odpowiadającej kolcom biodrowym przednim górnym tak, ażeby dłonie były ku sobie zwrócone, a następnie wprowadza się je dość głęboko do jamy miednicy, wywierając jednocześnie z obu stron drżący ucisk w kierunku ku górze i na zewnątrz. Podczas tego rękoczynu należy zwracać uwagę, ażeby pod wpływem ucisku trzon macicy nie przechylił się ku tyłowi, co może nastąpić, gdy rękoczyn jest wykonany nieumiejętnie. Brandt objaśnia, iż rękoczyn ten przez podrażnienie nerwów wywiera działanie na więzadła okrągłe, gdyż gałązka splotu lędźwiowego je inerwuje i że z tego powodu rękoczyn ten może mieć

ważne znaczenie w celu utrzymania macicy w położeniu przodopochylenia.

2) Natychmiast po wykonaniu tego rękoczynu odbywa się unoszenie macicy, mniej więcej tak, jak przy wypadnięciu, lecz tu należy robić unoszenia nadzwyczaj lekko, nie mamy bowiem na celu, ażeby macicę unieść wysoko, lecz jedynie naprężyć więzadła szerokie i fałdy Douglas'a. Gdy pomocnik za pomocą wskaziciela lewego, który uciska szyjkę maciczną mniej więcej w okolicy wewnętrznego otworu w kierunku ku tyłowi i górze, sądzi, iż macica jest dostatecznie uniesioną, wtedy mówi: „still“, a unoszący macicę szybko swe palce usuwa, poczem trzon zwykle silnie się ku przodowi przechyla, że tak powiem, opada, co palec kontrolujący w pochwie doskonale odczuwa, rozumie się, gdy unoszenie jest dobrze wykonane. Rękoczyn ten powtarza się trzykrotnie, poczem

3) odbywa się mięsienie zarówno macicy jak i więzów, a następnie

4) trzepanie krzyżów, jak to było powyżej podane.

Gdy po skończonem posiedzeniu chora ma się podnieść, wtedy nie należy jeszcze palca z pochwy usuwać, lecz w pozycji stojącej chorej szyjkę ku tyłowi i ku górze odsunąć, ażeby podczas wstawania trzon się ku tyłowi nie przechylił i żeby macica pozostała w położeniu przodopochylenia.

Dobre rezultaty podają Asp, Norström, Resch i Skutsch.

5. Rękoczyny dodatkowe.

Oprócz wyż opisanych rękoczynów Brandt posiłkuje innymi, o wartości których mógł się w długoletniej swej praktyce przekonać.

Między innymi odbywa jeszcze następujące rękoczyny:

a) po wykonaniu unoszeń macicy lub w ogóle po mięsieniu Brandt kładzie dłoń na podbrzusze na 10 sekund, co wywiera działanie uspakajające, szczególnie u kobiet nerwowych lub wrażliwych;

b) odbywszy mięsienie i usuwając palec z pochwy Brandt wywiera końcem średniego palca lekki ucisk w otworze stolcowem w okolicy guzów kulszowych, ażeby przez ucisk na nerwy usunąć to przykre uczucie, jakie masaż po sobie pozostawia.

c) przy cystocele Brandt stosuje niekiedy u starszych

kobiet drżący ucisk, wykonany końcem lewego wskaziciela na przedniej ściance pochwy z obu stron cewki moczowej (vaginaldarrtryckning). Ten rękoczyn, który Brandt niekiedy stosuje jedynie u kobiet w podeszłym wieku, gdyż wtedy sprężystość pochwy jest w nieznacznym stopniu zachowaną, a który uczniowie jego, a zarówno ci wszyscy, którzy stosowali jego metodę, zupełnie zarzucili, wywołał całą masę zarzutów przeciw tej metodzie. Brandt, objaśniając przeważnie skutek swych rękoczynów wpływem na nerwy, sądzi, iż również podrażnienie nerwu sromnego w pochwie, może mieć ważny wpływ na wzmożenie sprężystości przedniej ścianki pochwy i usunięcie cystocele, tembardziej, iż rękoczyn ten połączony jest z bólem, a o podrażnieniu erotycznym mowy być nie może. Idąc za radą Nissen'a, nie stosowałem ani razu tego rękoczynu, tembardziej, iż unoszenie macicy w tych przypadkach okazuje się już dostatecznym. Oprócz powyższych, Brandt stosuje wiele innych rękoczynów, które mają na celu usunięcie cierpień odbytncy i pęcherza moczowego, a nawet nerki wędrującej.

Opis tych rękoczynów rozszerzyłyby znacznie zakres mej pracy i dla tego tylko je wyliczę. Tu należą:

a) Unoszenie okrężnicy (S. Romanum lyfting) — rękoczyn specjalny przy wypadnięciu odbytncy, również przy rectocele.

b) Specyjalne rękoczyny przy nerce wędrującej.

c) Rękoczyny przy kurczu m. sphincteris ani.

d) Rękoczyny przy cystitis i stranguria.

e) Rękoczyny przy incontinentia urinae i enuresis.

Kończąc opis rękoczynów powiem jeszcze słów kilka, w jaki sposób pacjentka po skończonym rękoczynie podług Brandt'a wstawać powinna.

Chora, cierpiąca na opuszczenie, wypadnięcie lub tyłzgięcie macicy nie powinna wstawać po skończonym posiedzeniu bez pomocy obcej, gdyż w przeciwnym razie przez zbytne naprężenie przepony i tłoczni brzusznej i zwiększenie ciśnienia wewnątrzbrzuszego, macica i pochwa opuszczają i na nowo wypaść mogą. Po skończonym posiedzeniu Brandt nie usuwając palca z pochwy ujmuje swą prawą ręką pacjentkę za rękę i pomaga jej powstać, usuwając palec z pochwy, gdy pacjentka już powstała. To ma na celu iżby macica podczas wstawania chorej przez ucisk

na część pochwową nie zmieniała nadanego jej położenia przodozgięcia.

Również przy sprawach zapalnych w miednicy Brandt po skończonem posiedzeniu zaleca chorej, ażeby naprężyła mięśnie tułowia, a wtedy bierze ją za ręce i pomaga powstać. Łatwo się jest przekonać, iż wtedy mięśnie ścianki brzusznej zaledwie nieznacznie są naprężone, i że z tego powodu chora może się podnieść bez bólu.

Ukończywszy opis rękoczynów Brandt'a, zwrócę jeszcze uwagę na przeciwwskazania.

Prof. Schauta uważa za przeciwwskazanie, pomijając ostre sprawy zapalne narządów miednicy lub sąsiednich narządów, ciążę, zapalenie jajowodów, rzerzączkę, silne podrażnienie systemu nerwowego i zbyt grube powłoki brzuszne.

Co się dotyczy ciąży, to Brandt stosował niejednokrotnie mięsienie podczas ciąży w pierwszych miesiącach, przeważnie przy cierpieniach jajników, bez złych następstw.

Przy cierpieniach jajowodów w niektórych przypadkach Brandt również stosuje mięsienie jajowodu, ażeby opróżnić zawartość jajowodu do jamy macicznej. Jakkolwiek podobne rękoczyny stosował już dawniej Frankenhäuser przy hydrosalpinx, zarówno jak i prof. Bandl, jednakowoż tego rodzaju mięsienie jajowodu na zasadzie tych danych naukowych, jakie o cierpieniach jajowodów posiadamy, może być dość niebezpieczne, co sam Brandt potwierdza, gdyż widział w jednym przypadkach lekkie i wkrótce ustępujące zaburzenie ze strony otrzewnej ⁴⁸⁾. Jedynie dalsze doświadczenie może tę rzecz dostatecznie wyświecić. Ja podczas mego pobytu u Brandt'a obserwowałem trzy przypadki cierpienia jajowodów, w których mięsienie stosowano z bardzo dobrym skutkiem.

Jeżeli powłoki brzuszne są grube, mięsienie macicy lub jajnika nie może być właściwie przeciwwskazanem, lecz jest niewykonalnem, co zresztą w niektórych przypadkach bardzo wiele zależy od osobistej wprawy i cierpliwości lekarza.

Podczas regularności Brandt, idąc za radą O. Nissen'a, stosuje często mięsienie i przekonał się na ogromnej ilości chorych, iż w wielu przypadkach przewlekłego zapalenia

⁴⁸⁾ A. Winawer. Ueber die Thure Brandt'sche Methode, als Mittel die erkrankten Tuben palpierbar zu machen. Centr. f. Gyn. 1888. N. 52.

i przyczepin macicy mięsienie podczas regularności prowadzi szybciej do celu, niż jak to się ma rzecz zazwyczaj. W moich przypadkach nie stosowałem mięsienia podczas regularności, lecz sądzę na podstawie tych danych naukowych, jakie obecnie posiadamy, iż może to wyrzeć jedynie wpływ dodatni na usunięcie cierpienia, jakkolwiek stosowanie mięsienia może być wtedy przykrem zarówno dla chorej, jak i lekarza.

Kończąc opis rękoczynów Brandt'a, uważam za niezbędne objaśnić, iż mięsienie ginekologiczne nie stanowi wcale metody niemoralnej, jak to niektórzy lekarze, nie obznajmieni z metodą Brandt'a zarzucają.

Przedewszystkiem Brandt wprowadza zawsze tylko jeden palec do pochwy, następnie badając lub odbywając mięsienie wprowadza, jak wiemy, palec do pochwy pod lewym udem chorej, tuż przy wędzidelku; podczas mięsienia palec ten spoczywa na tylnej ścianie pochwy, na pewnej odległości od łechtaczki. Wreszcie prawie wszelkie rękoczyny odbywa się nie przez pochwę, lecz przez powłoki brzuszne, a palec w pochwie stanowi jedynie podstawę i nie wykonywa ruchów. Jeżeli do tego dodamy, iż mięsienie odbywa się bez obnażania sromu chorej, iż ono ze względu na sprawę chorobową, wprawdzie zwykle nie bywa zbyt bolesnym, lecz jest w każdym razie nieprzyjemnym, zrozumiemy łatwo, iż zarzuty takie mogą stawiać ci tylko, którzy tej metody nie znają.

Że tak jest w samej rzeczy, przekonywa nas literatura, gdyż żaden z autorów (prof. Schauta, prof. Preuschen, prof. Schultze, prof. Vulliet, docent Skutsch, docent Jordan, lekarze Profanter, Resch, Theilhaber, Nikolska i inni) nie wspominają nawet o tym zarzucie — o tej ujemnej stronie metody Brandt'a — nie uważając za potrzebne bronić tej metody od niesłusznych napaści osób bliżej z metodą Brandt'a nie obeznanych (prof. Dujardin-Beaumetz, Léon Petit, Reibmayr).

Wreszcie pragnę tu zwrócić uwagę szanownych kolegów, iż jakkolwiek starałem się tu podać zasady rękoczynów Brandt'a, lecz wcale nie sądzę, iżby opis mój mógł stanowić przewodnik dla tych, którzy z opisu chcą tę metodę praktycznie poznać. Jest to niepodobieństwem, jak to wszyscy autorzy ogólnie twierdzą, a co lekarz szwedzki z Upsali

Lindblom ⁴⁰⁾, który przez czas dłuższy u Brandt'a pracował dobitnie określa, mówiąc: „Die Technik so zu beschreiben, dass ein wenn auch geübter Gynäkologe nur aus dem Buche sich dieselbe aneignen könnte, halte ich indessen für an das Unmögliche grenzend“ etc.

Dla tego sądzę, iż można z opisu poznać metodę w ogólnych zarysach, lecz nie nauczyć się jej praktycznie.

Fizjologiczne podstawy mięsienia ginekologicznego.

Podstawy fizjologiczne metody Thure Brandt'a nie są dotychczas prawie wcale opracowane. Nie będziemy się temu dziwić, gdy zwrócimy uwagę, iż zaledwie upłynęły dwa lata, jak metoda ta przyjęła kierunek naukowy. Dotychczas prace o mięsieniu ginekologicznem, przeważnie w postaci artykułów i odczytów prof. Schauta'y, prof. Preuschen'a, prof. Vulliet'a, Resch'a, Fränkel'a, Theilhaber'a, Jordan'a) zaledwie pobieżnie zaznajamiają czytelnika z opisem rękoczynów, a cóż dopiero żądać naukowego wyjaśnienia tego nowego działu ginekologii.

Nie sądzę wcale, ażeby to było już obecnie możebnem.

Jeżeli Brandt tłumaczy działanie swych rękoczynów przez wpływ na nerwy, jeżeli inni ograniczają się wzmianką, iż mięsienie wywiera wpływ przez uregulowanie obiegu krwi w narządach miednicy, przyspiesza wessanie produktów chorobowych, zmacnia zbyt rozciągnięte więzy, to przy takim stanie wiedzy nie można jeszcze żądać ścisłego, naukowego wyjaśnienia rękoczynów Brandt'a.

Tylko w sprawie rękoczynów przy wypadnięciu macicy, mamy już wyjaśnienie prof. Preuschen'a, które podam poniżej.

Jeżeli przy takim stanie fizjologii mięsienia ginekologicznego, mam zamiar tę sprawę poruszyć, to czynię to, ażeby czytelnik nie sądził, iż metoda ta niema żadnych podstaw naukowych, że rękoczyny można stosować bez jasno oznaczonego celu i bez krytyki naukowej, a skutek będzie niewątpliwy. Rzecz ta ma się w rzeczywistości inaczej.

Działanie mięsienia w ogóle podług Schreiber'a, Hühnerfanth'a i innych przejawia się jako: mechaniczne—bezpośrednie przez zwiększenie odpływu limfy, wessanie wysięku

⁴⁰⁾ Frans Lindblom. Ueber Thure Brandt's Gynaekologische Gymnastik. Sep. Abdr. aus Münchener Med. Wochen, 1888. N. 46 u. ff. p. 7.

i usunięcie produktów zapalnych i przyczepin, i jako dynamiczne—pośrednie przez wzmożenie obiegu krwi, jako środek pobudzający lub przytłumiający czynność nerwów i mięśni i wywołujący zmiany w odżywianiu tkanek i narządów.

Ażebym wyjaśnić mechaniczne działanie mięsienia ginekologicznego, należy choć w krótkości przypomnieć sobie układ naczyń i zwojów chłonnych miedniczych.

Wiemy, iż chłonicę poczynają się w postaci kanalików sokowych, przestrzeni okołonaczyniowych lub w postaci szparek w ściankach jam surowiczych, które z tego powodu uważać należy, jako wielkie jamy chłonne. Podług v. Recklinghausen'a kanaliki sokowe łączą się z naczynkami chłonnymi włoskowatymi, a te ostatnie znowu—z naczyniami chłonnymi większemi, zaopatrzonemi w zastawki i przedstawiającemi w ciągu swego przebiegu zwoje chłonne.

A teraz przystąpimy do krótkiego opisu gruczołów, czyli zwojów chłonnych i chłonic miedniczych.

A. Co się tycze gruczołów chłonnych, to tu należą:
a) gruczoły pachwinowe i b) gruczoły miednicze.

Pierwsze, jak wiadomo, zajmują okolice pachwinowe pod więzłem Pouparta; drugie zaś stanowią: 1) gruczoł szyjki macicznej (ganglion de l'isthme uterin Lucas Championnière), z którym się łączą chłonicę szyjki, 2) gruczoły biodrowe, które leżą pod otrzewną wzdłuż naczyń biodrowych zewnętrznych i wewnętrznych, 3) gruczoł krzyżowy—leży na powierzchni przedniej kości krzyżowej, z którym się łączy chłonicę odbytnicy, 4) gruczoł lub kilka gruczołków zasłonowych (ganglion obturateur de Guérin) i 5) gruczoł łonowy (ganglion pubien ou retropubien Cruveilhier), z którym się łączą naczynia szyjki macicznej. Gruczoły te zostają w związku z gruczołami lędźwiowemi, które się znajdują przy osadzie kręzek, przed częścią lędźwiową kręgosłupa. Te ostatnie zaś zlewają się w górze z początkiem przewodu piersiowego.

B. Naczynia chłonne czyli chłonicę: 1) chłonicę narządów sromnych zewnętrznych stanowią liczne sploty na powierzchni wewnętrznej warg sromnych około otworu sromnego i otworu cewki moczowej, przedsionka i łechtaczki. Chłonicę te zmierzają do gruczołów pachwinowych, do których udają się również naczynia czwartej części dolnej pochwy; 2) chłonicę pochwy, trzech czwartych części górnych i szyjki macicznej podług Sappey'a zmierzają do gruczołów

biodrowych, podług zaś Le Bec'a naczynia chłonne pochwy wraz z chłonicami szyjki macicznej udają się do gruczołów zasłonowych; 3) chłonicy trzonu macicy przebiegają wzdłuż więzadeł szerokich i wraz z chłonicami jajników i jajowodów udają się do gruczołów lędźwiowych. Podług Le Bec'a naczynia chłonne szyjki przebiegają pod więzadłem, chłonicy zaś trzonu wzdłuż górnej więzadeł szerokich.

Co do naczyń chłonnych macicy, to Leopold sądzi, iż błonę śluzową macicy należy uważać, jako powierzchnię chłonną, nie zawierającą właściwych naczyń, lecz posiadającą zatoki chłonne, wysłane przybłonkiem. Otóż limfa ze szczelin chłonnych błony śluzowej dąży do przestrzeni i naczyń chłonnych mięszu macicy, aż do błony surowiczej, a stąd do naczyń chłonnych w więzadłach szerokich.

W ogóle naczynia chłonne macicy na zasadzie poszukiwań Lucas Championnière'a, Fioupe'a, Fridolin'a i Leopold'a stanowią trzy warstwy: śluzową, mięszową i podsurowiczą, które przedstawiają ścisłe spojenia i, tworząc grubsze pnie chłonne, spajają się z naczyniami więzów okrągłych, jajowodów i jajników i zmierzają ostatecznie do gruczołów lędźwiowych.

Co do krążenia limfy, to naczynia chłonne, kurcząc się, napierają i przepychają treść w nich zawartą, a zastawki zwracają kierunek limfy do większych naczyń, zapobiegając wstecznemu odpływowi limfy w chwili kurczenia się naczyń chłonnych.

Obecnie przejdziemy do wyjaśnienia mechanicznego działania mięsienia.

Opierając się na doświadczeniach Mosengeil'a, który, po zastrzyknięciu tuszu do stawu kolanowego zwierzęcia poddawał staw mięsieniu i dowiódł, iż tusz daleko szybciej ulega wchłanianiu po mięsieniu, niż bez takowego, i pracy Lassar'a, który, wcierając w łapę zwierzęciu olej krotonowy lub zanurzając takową do wody o temperaturze 55° R., wywoływał zapalenie i, po wprowadzeniu kaniuli do naczynia chłonnego chorej łapy, obserwował, iż pod wpływem mięsienia limfy odpływało ośm razy więcej, niż bez mięsienia, możemy uważać za niewątpliwie dowiedzione, iż pod wpływem mięsienia układ chłonny zwiększa swą czynność wchłaniania.

Jeżeli obecnie wspomnimy doświadczenia Wegner'a, iż jama otrzewnej zwierzęcia w ciągu godziny jest w stanie

wessać ilość płynu, odpowiadającą 2—3% wagi ciała, to przechodząc do wysięków lub nacieczeń okołomaciczych i otrzewnowych, przyjdziemy do wniosku iż, zwiększając czynność naczyń chłonnych przez systematyczne i umiejętne ugniatanie, które odgrywa rolę pompy ssąco-tłoczącej, możemy znakomicie ułatwić wessanie się wypocin. Lecz nie tylko świeże wysięki, lecz stare, stwardniałe resztki wysięków pod wpływem ucisku udaje się rozgnieść i rozmiękczyć, a takowe następnie w postaci drobinek zostają usunięte, czyli jak Mesengeil określa, rozgniecione pod wpływem mięsienia komórki zostają pochłonięte, pożarte przez inne. W ten sposób w ogóle sprawy zapalne, które całe lata trwają, udaje się usunąć, jeżeli ognisko zapalne dostępnem jest dla leczenia mechanicznego. A gdzież mamy pod tym względem lepsze warunki, jak w jamie miednicy?

Lecz dla czego mięsienie należy odbywać w obwodowych częściach lub nawet z początku naokoło guza zapalnego, a nie w jego części środkowej?

Otóż wiemy na zasadzie badań Glax'a i Klemensiewicz'a, iż w środkowej części ogniska zapalnego z przyczyny zwiększenia się przesięku z naczyń, przestrzenie chłonne są tak przepełnione, iż odpływ staje się niedostatecznym. Z tej przeto przyczyny naczynia odprowadzające ulegają uciskowi, i zastój się zwiększa. Gdybyśmy mięsienie rozpoczęli w środkowej części ogniska zapalnego, zwiększylibyśmy niewątpliwie ucisk naczyń odprowadzających, i przesięg by się zwiększył. Odbywając zaś mięsienie z obwodu opróżniamy przedewszystkiem naczynia uciśnięte, ułatwiamy wchłanianie z części środkowych: naprężenie i ucisk na nerwy się zmniejsza, bolesność ustępuje i guz zapalny powoli znika.

Dla tego należy pilnie przestrzegać, ażeby mięsieć w kierunku naczyń chłonnych i podczas mięsienia przy sprawach zapalnych opróżnić przedewszystkiem naczynia i gruczoły lędźwiowe (mięsienie przygotowawcze—Ableitungsmassage), następnie stosować mięsienie naokoło guza wysiękowego, przechodząc w dalszym ciągu do obwodowych i wreszcie do środkowych części ogniska zapalnego.

Co się tycze wyjaśnienia przyczepin: błon pozapalnych organizowanych, blizn, powrozków i fałd unieruchamiających jajniki lub macicę, to tu działanie mięsienia tłumaczyć należy bądź przez rozciągnięcie fałd i blizn, przezco macica lub jajniki stają się więcej ruchome, przestają wywierać

ucisk na sąsiednie narządy i tkanki i same nie odczuwają ucisku, co ma jak wiadomo bardzo ważne znaczenie, bądź przez rozerwanie drobnych naczyń w fałdach i błonach, powstałych wskutek sprawy zapalnej, przezco przyływ materyału odżywczego zostaje przerwany, a tkanka taka pozbawiona odżywiania ulega, jak wiadomo, zwyrodnieniu tłuszczowemu, i następuje zanik tkanek już organizowanych.

Te same podstawy fizjologiczne, co przy wysiękach ma również mięsienie przy krwistekach, które pod wpływem mięsienia giną bardzo szybko.

Co do przewlekłego zapalenia macicy i macicy źle zwinętej, to sędzę, iż tu oprócz mechanicznego wpływu mięsienia na wchłanianie wysięku, należy wziąć pod uwagę również dynamiczne działanie mięsienia na naczynia krwionośne, na nerwy i miąższ macicy mianowicie na kurczliwość, samego narządu.

Ażeby wyjaśnić wpływ mięsienia na nerwy i mięśnie, należy zwrócić się do fizjologii nerwów i mięśni.

Pozwolę sobie zatem powtórzyć tu niektóre fakta, które są dla nas najważniejsze.

Wiemy dobrze, iż umiarkowany ucisk i umiarkowane rozciąganie nerwu zwiększają jego pobudliwość i że podług Wundt'a jeżeli słabe podrażnienie, jednokrotnie stosowane nie wywołuje skurczu, często powtarzana pobudliwość zwiększa i kurcz mięśnia wywołać jest w stanie. Następnie co do wpływu na mięśnie, wiemy, iż mechaniczne podrażnienie, niezależnie od nerwów, zwiększa również pobudliwość mięśni i wywołuje skurcz. Gdy zwrócimy zaś uwagę, iż nie tylko podrażnienie bezpośrednie gałązek nerwu ruchowego lub zwojów ruchowych narządu, lecz że podrażnienie nerwów czuciowych, jak np. przedniej ściany brzucha, wywołuje kurcz odpowiednich mięśni—skurcz macicy, pojmiemy łatwo wpływ leczenia mechanicznego.

Gdy jeszcze dodamy, iż pod wpływem drażnienia mechanicznego, jak wykazało doświadczenie, następuje zwężenie, a następnie rozszerzenie światła naczyń krwionośnych, zarówno po bezpośredniem podrażnieniu zwojów ruchomych w ściankach naczyń jak i na drodze odruchowej przez podrażnienie nerwów zewnętrznych, to przyznać musimy, iż mięsienie stanowić powinno czynnik leczniczy pierwszorzęd- nego znaczenia.

Na zasadzie tych danych wpływ mięsienia przy zapaleniu przewlekłym i źle zwiniętej macicy, należy tłumaczyć sobie w ten sposób, iż przez wpływ mechaniczny wysięk w mięszu macicy ulega wessaniu, przez wpływ zaś dynamiczny, macica się kurczy i zmniejsza swą objętość, obieg krwi się zwiększa, a odżywianie poprawia.

Tyle co do mięsienia przy sprawach zapalnych macicy i w ogóle tkanek i narządów miednicy.

Co do wpływu rękoczynów Brandt'a przy tyłozgięciu lub wypadnięciu macicy, to Brandt i inni sądzą, iż unoszenia macicy stanowią tu najważniejszy rekoczyn, gdyż wzmacniają i zwiększają sprężystość więzów i tkanek, potrzymujących macicę, natomiast prof. Preuschen jest przeciwnego zdania.

Prof. Preuschen utrzymuje, iż nie unoszenia macicy, lecz ruchy odnóg dolnych przyczyniają się przeważnie do utrzymania macicy wypadniętej w jamie miednicy, unoszenie zaś macicy pozwala jedynie utrzymać takową w położeniu przodopochylenia, co również jest bardzo ważnem, gdyż jak wiadomo, wypadła macica po wprowadzeniu do miednicy jest zawsze prawie w tyłopochyleniu. Do takich wniosków autor przyszedł, na tej zasadzie, iż podczas odprodzania kolan chorej skontrolować można za pomocą palca wprowadzonego do pochwy, iż mięśnie, tworzące przepoń mięsną miednicy, a głównie mięsień unoszący odbyt kurczą się. Poglądy swe Preuschen opiera się na wywodach Schultze'go i Ziegenspeck'a.

Podług tych autorów mięsień unoszący odbyt okrąża pochwę mniej więcej w wysokości linii oścowej, a więc w wysokości części pochwowej. Podczas kurczu tego mięśnia nietylko światło pochwy ulega zwężeniu—w kierunku od przodu ku tyłowi, lecz również zwiększa się odległość linii oścowej czyli części pochwowej od tego otworu pochwy w przepoń miednicy. Pochwa przeto będzie podzieloną na dwie części: górną o kierunku poziomym i dolną, która ma kierunek skośno zstępujący. Wiedząc, iż na części górnej spoczywa część pochwowa i że położenie jej będzie o tyle trwalszem, o ile ta część pochwy będzie dłuższą i bardziej poziomą, pojmiemy czynność mięśnia podtrzymującego odbyt. Ma on zatem podwójne zadanie: zwęży światło pochwy w przepoń miednicy i czyni położenie części pochwowej macicy, przez wydłużenie górnej części pochwy trwalszem, czyli innemi sło-

wy, tworzy zaporę dla opuszczającej się macicy. Ażeby zaś ta opuszczać się nie było w stanie, należy ją utrzymać w przodopochyleniu, co też osiągamy za pomocą unoszeń macicy.

Zatem przez wzmocnienie przepony mięsnej miednicy, a właściwie mięśnia unoszącego odbytu, tworzymy zaporę dla usuwającej się macicy, a jednocześnie przez unoszenia utrzymujemy takową w położeniu przodopochylenia. Co do zmniejszania się objętości macicy wypadniętej, to o ile takowa zależy od zastoju krwi lub przewlekłego zapalenia usunąć się daje przez mięsienie samej macicy i więzów.

Jakkolwiek Profanter i Fränkel zgadzają się na wyjaśnienie Preuschen'a, sędzę jednakowoż, iż jest ono jednostronnem.

Że ćwiczenie kończyn dolnych powoduje kurcz mięśnia unoszącego odbytu, przekonać się można po wprowadzeniu palca do pochwy podczas tego rękoczynu, lecz wszak Brandt dawniej od roku 1861—76 nie odbywał wcale tego rękoczynu, a usunął kilkadziesiąt przypadków wypadnięcia, następnie, o ile ja wiem, Nissen nawet obecnie leczy opuszczenie i wypadnięcie macicy bez tego dodatkowego rękoczynu i ma rezultaty bardzo dobre. Dr. Latzko z Wiednia, podczas mego pobytu u Brandt'a, zapewniał mię, iż stosował umyślnie w przypadkach wypadnięcia macicy jedynie ten ostatni rękoczyn, lecz nie widział żadnej poprawy, co, zresztą, było do przewidzenia.

Wprawdzie podczas unoszeń macicy mięsień unoszący odbytu ulega również kurczeniu, jakkolwiek w nieznacznym stopniu, lecz nie jest w stanie utworzyć w pochwie zapory dla opuszczającej się części pochwowej.

Preuschen zwraca uwagę na jeszcze jedną ważną okoliczność, mianowicie, iż, przyjąwszy poglądy Freunda i Ziegenspeck'a co do powstawania tyłozgięcia macicy, a mianowicie—bliznowate ściągnięcie się tkanki pomiędzy macicą a pęcherzem, przeco szyjka zostaje odciągniętą do przedniej ścianki miednicy, a trzon przechyla się ku tyłowi; otóż przyjąwszy ten pogląd, przyznać musimy, iż przez odsuwanie części pochwowej macicy za pomocą palca, spoczywającego w pochwie, i unoszenia macicy, rozciągamy tkankę, unieruchamiającą szyjkę macicy, a tem samem przyczyniamy się do utrzymania jej w położeniu przodopochylenia.

Tyle co do podstaw naukowych rękoczynów Brandt'a. Zgadza się, iż są one obecnie niedostateczne, lecz

jedynie doświadczenia specjalne tę sprawę ostatecznie wyjaśnią.

W każdym razie powinniśmy być przeświadczeni, iż żaden rękoczyn, żaden ruch, żaden dotyk naszej ręki nie powinien być nieopatrnie wykonany, lecz mieć swój jasno określony cel i swoje fizyologiczne podstawy, gdyż tylko w takim razie możemy mówić o naukowem stosowaniu metody Brandt'a.

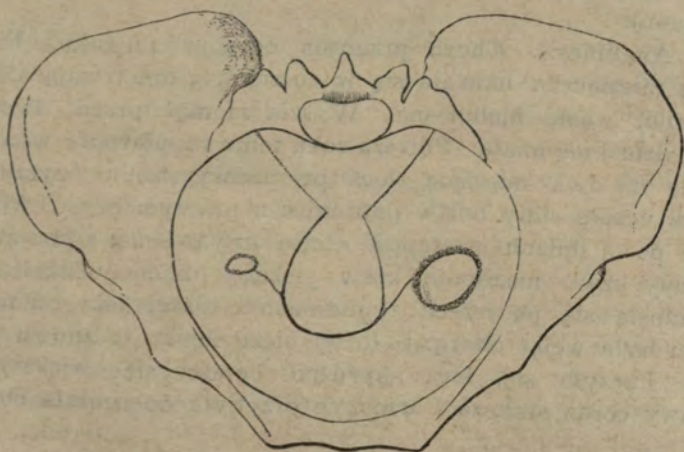
K a z u i s t y k a.

Przypadek I. Perioophoritis sinistra.

L. Ć., mężatka, lat 29, jest chorą od lat 3, skarży się na bóleści w podbrzuszu z lewej strony, bóleści w okolicy kości krzyżowej, ból w lewej kończynie, dość silny; częsty ból głowy, częste mdłości, upławy białe od lat 9; miesiączka b. nieregularna, co 4—5—6 tygodni, po 3—5—6 dni trwająca, to umiarkowana, to bardziej obfita, bolesna.

Stan ten o tyle się pogorszył, iż przybyła do oddziału ginekologicznego kol. J. Rosenthala d. 28 sierpnia 1888 r. Anamnesis. Regularność ukazała się po raz pierwszy w 17 roku, 3—4 dni trwająca, w 18 roku przebyła szkarlatynę, lecz wróciła prędko do zdrowia; wyszła za mąż w 20 roku, dzieci nie miała, nie roniła.

St. praesens. Otwór sromny dość wązki, pochwa umiarkowanie szeroka; macica w położeniu przodozgięcia, dość ruchoma, nieco powiększona; prawe parametrium zupełnie wolne, podatne, lewe płytsze i węższe przedstawia guz wielkości jaja kurzego, dość sprężysty, nieruchomy i bolesny.



Zalecono mięsienie.

- 1) 30. VIII. mięsienie.
- 2) 31. " " "
- 3) 1. IX. " "
- 4) 3. " Jajnik lewy nieco mniejszy, ból w kończynie dolnej nieznaczny.
- 5) 4. " St. melior.
- 4) 5. " Jajnik lewy znacznie się zmniejszył, dość ruchomy; bolesność prawie ustąpiła; upławów niema, zaledwie plamy białe się pokazują.
- 7) 9. " St. melior.
- 8) 10. " St. idem.
- 9) 11. " Jajnik lewy normalnej wielkości, ruchomy, niebolesny; lewe parametrium wolne i podatne, wszelkie objawy jak ból krzyża, ból w kończynie dolnej i podbrzuszu ustąpiły, bólu głowy niema, upławy się nie pokazują; czuje się zupełnie zdrową.
- 10) 12. " St. idem.

Chora wypisała się ze szpitala, jako zupełnie zdrowa.

Przypadek II. Lateroflexio uteri dextra fixata. Perioophoritis sinistra. Peri-para-metritis dextra et posterior. Fixatio ovarii dextri. Salpingitis dextra

I. C., mężatka, lat 24, jest chorą od 1½ roku, skarży się na silne bóleści w podbrzuszu, przeważnie z prawej strony, silny ból w okolicy kości krzyżowej, zaparcie i ból przy oddawaniu stolca, oprócz tego częsty ból głowy, bicie serca, napady histeryczne (kurcz in scrobiculo cordis, napady płaczu etc.).

Anamnesis. Chora przebyła odrę w 12 roku. Pierwsza miesiączka ukazała się w 16 roku, 3 dni trwająca, regularna, wcale niebolesna. Wyszła za mąż przed dwoma laty, dzieci nie miała. Półtora roku temu regularność wstrzymała się na dwa miesiące, lecz po nadwyreżeniu fizykiem chora uczuła silny ból w podbrzuszu, prawym boku i krzyżu, i po 3 dniach nastąpiło obfite krwawienie: z początku skrzepy krwi, następnie krew jeszcze obficie odchodziła. Podniosła się po trzech tygodniach z łóżka, lecz od tego czasu była wciąż chorą: było jej nieco lepiej, to znowu gorzej. Leczyła się, lecz napróżno—boleści się zwiększyły, upławy coraz obfitsze i wreszcie przybyła do szpitala Dzie-

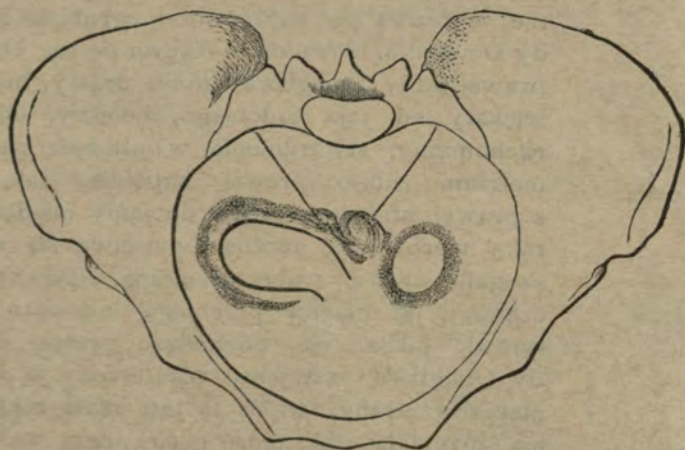
ciątka Jezus do oddziału kol. W. Matlakowskiego d. 21 lipca 1888 r., którego zastępował kol. W. Krajewski.

St. praesens. Chora średniego wzrostu, delikatnej budowy ciała, upośledzonego odżywiania. Stan bezgorączkowy.

Krocze i wędzidelko nienaruszone; otwór sromny, dość wązki, pochwa umiarkowanie szeroka; część pochwowa nieco powiększona, wydłużona nieco i stożkowata; otwór macicy okrągły; macica in toto przesunięta nieco na prawo, trzon silnie przegięty ku prawej stronie, macica unieruchomiona (trzon z prawej strony, szyjka od tyłu), przy ucisku bolesna. W prawem parametrium wyczuwa się stwardnienie bolesne w postaci guzowatości nierównej, sięgającej dość wysoko w jamie miednicy i otaczającej trzon macicy, tak iż ta wraz z masą wysięku stanowi guz wielkości głowy dziecka; w lewym parametrium wyczuwa się guz prawie okrągły, dość gładki, wielkości pomarańczy, sprężysty, nieruchomy i bolesny; lewe sklepienie pochwy dość szerokie, lecz płytkie, wypełnione przez dolny odcinek wzmiankowanego guza; po za szyjką maciczną w jamie Douglasa wyczuwa się również guzowatość więcej miękka, wielkości pięści, bardzo bolesna.

Rozpoznałem: Lateroflexio dextra fixata, Peri-parametritis dextra et posterior. Perioophoritis sinistra, co koledzy Krajewski i Ciechomski łaskawie potwierdzić raczyli.

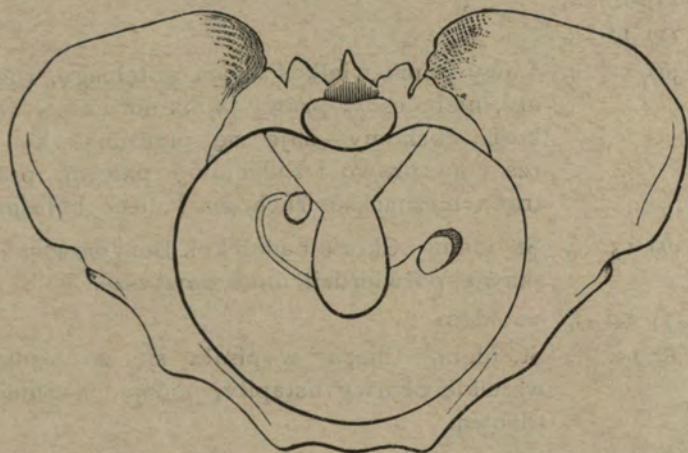
Chorej zalecono już poprzednio vesicans na podbrzusze z prawej strony i zastrzykiwania gorącej wody do pochwy, a po trzech dniach przystąpiłem do mięsienia.



- 1) 25 VII. Mięsenie. Bolesność znaczna. Rękoczyzny stosowałem b. ostrożnie i powierzchownie.
- 2) 26. „ St. melior.
- 3) 27. „ Bolesność nieco mniejsza.
- 4) 28. „ Bolesność znacznie się zmniejszyła. Rękoczyzny stosować można prawidłowo.
- 5) 30. „ Wysiłek z prawej strony nieco mniejszy, jajnik również się nieco zmniejszył.
- 6) 31. „ St. idem.
- 7) 2. VIII. Wysiłek stale się zmniejsza, zarówno z prawej strony, jak i w jamie Douglas'a, bolesność nieznaczna.
- 8) 3. „ St. melior.
- 9) 4. „ „
- 10) 7. „ „
- 11) 8. „ Wysiłek zarówno w jamie Douglas'a jak i z prawej strony znacznie się zmniejszył; trzon macicy daje się nieco odchylić i przesunąć ku przodowi, lecz wraca natychmiast do dawnego położenia; jajnik lewy zmniejszył się znacznie, bolesność ustąpiła; chora czuje się znacznie lepiej, podnosi się częściej z łóżka, przechadza się.
- 12) 9. „ St. melior.
- 13) 10. „ „
- 14) 11. „ „
- 15) 13. „ „
- 16) 14. „ Wysiłek po za macicą znikł prawie zupełnie, wyczuwa się naprężone i zgrubiałe fałdy Douglas'a, również wyczuwa się tuż obok prawej fałdy Douglas'a jajnik prawy, nieco większy od jaja gołębiego, bolesny, unieruchomiony; stwardnienie w prawem parametrium znikło prawie zupełnie, tak, iż z prawej strony głęboko do jamy miednicy rękę wprowadzić można i wyczuwa się doskonale prawą trąbę maciczną, która począwszy od macicy przebiega łukowato ku tyłowi, gdzie, nie dochodząc prawej fałdy Douglas'a zastajemy rozszerzony jej koniec zewnętrzny; trąba ta jest mało ruchoma zgrubiała (jak pióro gęsie), przy ucisku

dość bolesna. Trzon macicy skierowany ku przodowi, macica dość ruchoma, lewy jajnik zmniejszył się o połowę więcej ruchomy, nieco bolesny. Zanotowałem: *fixatio ovarii dextri, salpingitis dextra*.

Chorą badali koledzy Krajewski i Ciechowski i dane powyższe potwierdzić raczyli.



- 17) 16. „ St. melior; upławy zupełnie znikły.
 18) 17. „ „
 19) 18. „ „
 20) 20. „ Chora skarży się na ból w lewym ramieniu, który się zwiększa przy ucisku lewego jajnika i macicy Przerwałem z tego powodu posiedzenie na trzy dni.
 21) 23. „ St. melior.
 22) 24. „ „
 23) 25. „ „
 24) 27. „ „
 25) 28. „ „
 26) 30. „ „
 27) 31. „ „
 28) 1. IX. Macica w położeniu prawidłowego przodozgięcia, nie powiększona, niebolesna, ruchoma, daje się przesunąć ku przodowi i ku górze, ku prawej stronie i ku lewej bez bólu i swobodnie; lewy jajnik znacznie mniejszy, ruchomy, niebolesny; sklepienie tylne wolne,

podatne; prawy jajnik zmniejszony, daje się przesunąć nieco ku górze i na prawo. Chora czuje się prawie zupełnie zdrową.

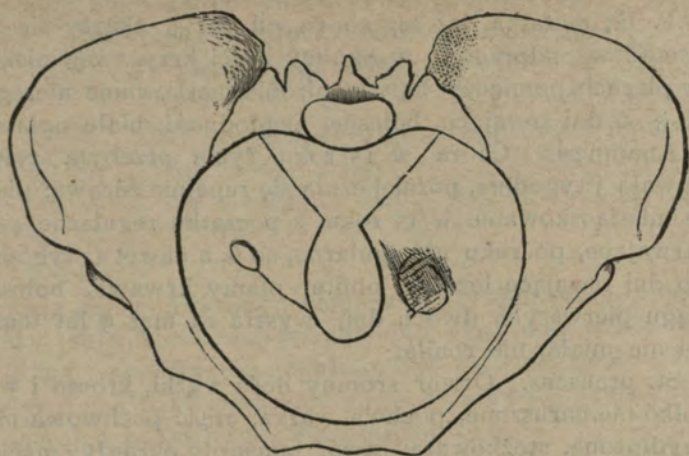
- 29) 3. „ St. idem.
 30) 4. „ „
 31) 5. „ „
 32) 6. „ „
 33) 10. „ „
 34) 11. „ „
 35) 12. „ Lewy jajnik wielkości jaja gołębiego, ruchomy, niebolesny; prawy jajnik normalnej wielkości, ruchomy—daje się przesunąć ku górze i na prawo i znika pod palcem; prawa trąba nieznacznie ruchoma i nieco bolesna.
 36) 13. „ St. idem. Chorą badał kol. Boryssowicz i łaskawie potwierdził dane powyższe.
 37) 14. „ St. idem.
 38) 15. „ St. idem. Chora wypisała się ze szpitala: wszelkie objawy ustąpiły, podaje, iż czuje się zdrową.

Przypadek III. Residua parametritidis sin. c. fixatione uteri. Erosiones laeves port. vag.

G. D., mężatka, lat 24, skarży się na ból uporczywy w podbrzuszu z lewej strony, w krzyżu, który się wzmaga podczas regulaności. Cierpienie to trwa od lat trzech.

Anamnesis. Chora przebyła odrę w 3-im roku; pierwsza regularność ukazała się w 15 roku, powtarzała się co 4—5—6 tygodni, niebolesna, 6 dni trwająca; wyszła za mąż przed 8 laty, odbyła szczęśliwie dwa porody—ostatni przed 5½ rokiem. w położu była zdrową.

St. praesens. Krocze nienaruszone, wędzidelko przerwane, otwór sromny i pochwa umiarkowanie szerokie; część pochwowa nieco obrzmiała, gruba; os uteri—poprzeczne; na tylnej wardze macicznej niewielkie erozyje; macica nie powiększona, niebolesna; prawe sklepienie pochwy podatne, niebolesne, lewe dość płytkie, przy ucisku dość bolesne, w lewym parametrium wyczuwa się stwardnienie nierówne, płaskie, unieruchamiające szyjkę maciczną; prawy jajnik wyczuwalny, lewy nie.



Zalecono mięsienie.

- 1) 13. X. mięsienie.
- 2) 14. „ „
- 3) 16. „ St. melior; ból mniejszy zarówno w lewym podbrzuszu, jak i krzyżu.
- 4) 18. „ St. melior.
- 5) 21. „ „
- 6) 23. „ Macica w położeniu anteflexio, szyjka dość ruchoma, sklepienie lewe pochwy dość podatne nieznacznie bolesne; stwardnienie w parametrium prawie ustąpiło.
- 7) 25. „ St. idem.
- 8) 3. XI. Miała regularność 5 dni trwającą, niebolesną, umiarkowaną. Macica ruchoma; lewe sklepienie dość podatne, lewy jajnik wyczuwalny, mały, ruchomy; bolesność ustąpiła prawie zupełnie.
- 9) 5. „ Macica normalnej wielkości, szyjka zupełnie ruchoma. Parametrium lewe podatne, rozciągliwe, wcale niebolesne.
- 10) 7. „ St. idem. Chora podaje, iż czuje się zupełnie dobrze, lecz skarży się, iż upławy jeszcze są dość obfite.

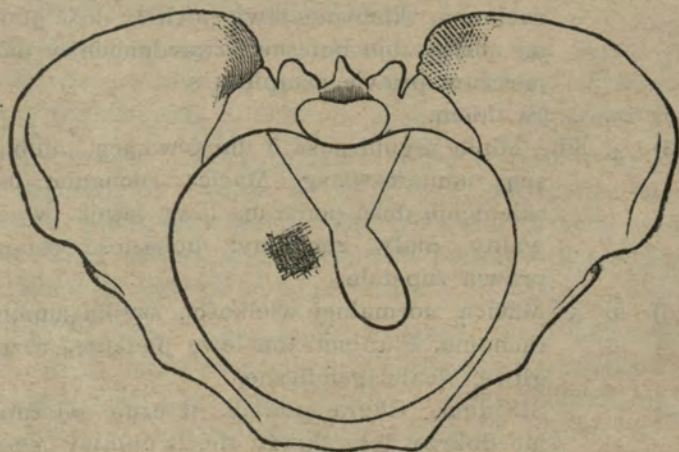
Przystąpiłem do pędzlowania erozji za pomocą nalewki jodowej i później liq. Bellostii. Erozyje po 3 tygodniach ustąpiły.

Przypadek IV. Parametritis chron. dextra c. fixatione cervicis dextra. Lateroflexio uteri sinistra.

P. F., mężatka, lat 29, chora od lat 3, skarży się na bolesność w podbrzuszu, w okolicy kości krzyżowej, niekiedy w plecach, pomiędzy łopatkami; miesiączkowanie nieregularne, 5—6 dni trwające, bolesne; nieplodność; białe upławy.

Anamnesis. Chora w 15 roku życia przeżyła tyfus, chorowała 3 tygodnie, później czuła się zupełnie zdrową; pierwsze miesiączkowanie w 15 roku, z początku regularne 4—5 dni trwające, po roku nieregularne, co 6, a nawet 12 tygodni, 6—10 dni trwające lecz nie obfite — plamy krwawe, bolesne w ciągu pierwszych dwóch dni; wyszła za mąż 9 lat temu, dzieci nie miała, nie ronila.

St. praesens. Otwór sromny dość wązki, krocze i wędzidelko nie naruszone, pochwa wązka; część pochwowa nieco wydłużona, stożkowata; otwór maciczny okrągły; macica nie powiększona, zgłębnik 6.5 ctm., dziewicza, trzon przegięty ku lewej stronie, lecz daje się odprowadzić do linii środkowej, szyjka skierowana ku prawej stronie i unieruchomiona; lewe sklepienie pochwy podatne, dość głębokie, niebolesne; prawe—dość wązkie, płytkie, bolesne, w prawem parametrium wyczuwa się niewielkie stwardnienie, unieruchamiające szyjkę macicy.



Zalecono mięsienie.

1) 5. VII. Mięsienie.

2) 7. „

3) 8. „

4) 13. „ Część pochwowa daje się przesunąć więcej na

- prawo; stwardnienie i bolesność w prawem parametrium mniejsze.
- 5) 19. „ Regularność trwała 5 dni, nieco bolesna. Mięsień.
 - 6) 20. „ Prawe parametrium coraz więcej podatne.
 - 7) 21. „ St. idem.
 - 8) 22. „ St. melior.
 - 9) 23. „ „
 - 10) 24. „ „
 - 11) 25. „ Prawe parametrium wolne, podatne, niebolesne; szyjka zupełnie ruchoma, macica w położeniu prawidłowego przodzgięcia. Objawy wszelkie ustąpiły, upławów niema. Chora czuje się zupełnie zdrową.

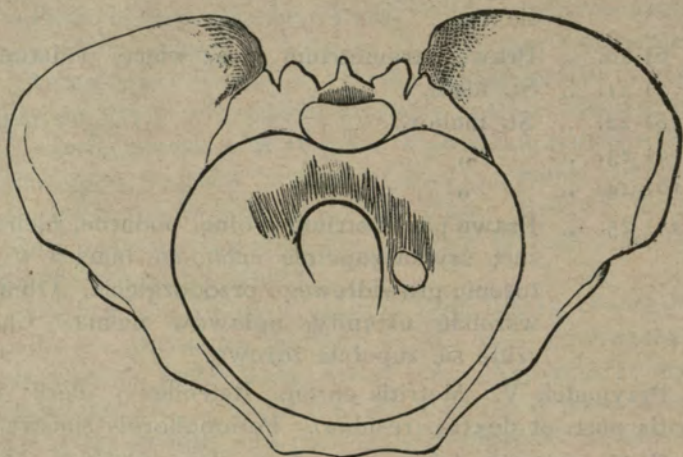
Przypadek V. Metritis chron. Retroflexio uteri. Parametritis post. et dextra (residua). Perioophoritis sinistra.

C. N., mężatka, lat 31, jest chorą od 9 miesięcy, skarży się na boleści w brzuchu, w okolicy kości krzyżowej dość znaczne, ból pomiędzy łopatkami; częsty ból i zawroty głowy, znaczne osłabienie i niezdolność do pracy. Sen niespokojny.

Anamnesis. Będąc dzieckiem była zdrową, przebyła odrę w 3-im roku; regularność pierwszą miała w 14 roku 5—6 dni trwającą, nieco bolesną, przebyła tyfus w 20 roku; była chorą 4 tygodnie, lecz przez lat kilka czuła się jeszcze osłabioną; wyszła za mąż 13 lat temu, lecz pierwszy poród odbyła przed dwoma laty—mąż słabowity, przez 5 lat był nieobecny; w położu była chorą—leżała w łóżku 3 miesiące, gorączkowała, miała silne boleści w podbrzuszu, karmiła sama w ciągu 11 miesięcy.

St. praesens. Otwór sromny dość szeroki, krocze nieco naderwane; wargi mniejsze obwisłe, pochwa szeroka, dość rozciągliwa; część pochwowa nieco powiększona, gruba i twarda; macica powiększona, twarda, zgłębnik — 8 ctm.; trzon przegięty ku tyłowi ruchomy; w prawem parametrium i po za macicą po odprowadzeniu wyczuwa się resztki wysięku w postaci bolesnego stwardnienia; z lewej strony w okolicy jajnika wyczuwa się niewielkie stwardnienie bolesne i nierówne; jajnik lewy nieco opuszczony, nieruchomy. Białe upławy dość obfite, miesiączka obfita, nieregularna i bolesna.

Chora zgłosiła się do ambulatorjum ginekologicznego w szpitalu starozakonnych d. 28 czerwca 1888.



Zalecono mięsienie.

- 1) 28. VI. Mięsienie.
- 2) 29. „ „
- 3) 30. „ Bolesność w lewem parametrium mniejsza.
- 4) 2. VII. St. idem.
- 5) 2. „ „
- 6) 4. „ „
- 7) 7. „ Macica w położeniu tyłopochylenia, stwardnienie po za macicą ustąpiło, uczuwa się naprężone fałdy Douglasa; resztki wysięku z prawej strony prawie znikły; stwardnienie z lewej strony znacznie mniejsze, mniej bolesne. Upławy mniej obfite. Chora czuje się znacznie lepiej.
- 8) 8. „ St. idem.
- 9) 9. „ „
- 10) 10. „ Macica w położeniu antelateroflexio dextra, ruchoma; w prawem parametrium nieznaczne nacieczenie; lewe parametrium więcej podatne, mniej bolesne; jajnik lewy mniej bolesny; prawie ruchomy.
- 11) 11. „ St. idem.
- 12) 12. „ Macica przechylona ku tyłowi; po za macicą fałdy naprężone, lecz niebolesne.

- 13) 15. „ Chora przebyła lekkie zapalenie gardzieli.
St. idem.
- 14) 16. „ Bolesności i stwardnienia naokoło macicy nie
ma; prawe sklepienie mniej podatne i sprę-
żyste.
- 15) 17. „ St. idem.
- 16) 18. „ St. idem. Macica w położeniu przodozgięcia.
- 17) 19. „ St. idem.
- 18) 25. „ Miała regularność 5 dni trwającą umiarkowa-
ną, niebolesną. Naokoło macicy ani śladu
stwardnienia.
- 19) 29. „ Macica w położeniu przodozgięcia; parametria
wolne, podatne, wcale niebolesne.
- 20) 30. „ Macica w położeniu przodozgięcia, ruchoma
niepowiększona, niebolesna; parametria wolne
podatne, ani śladu sprawy zapalnej; bolesność
ustąpiła zupełnie; białych upławów niema.
Wszelkie objawy ustąpiły—czuje się zupełnie
zdrową.

Dnia 31 lipca chora, jako zdrowa była badaną przez
kolegę Rosenthala, który łaskawie potwierdził dane po-
wyższe.

(Dokończenie nastąpi).

ZAPALENIA ŁĄCZNICY.

Wskazówki praktyczne przy ich rozpoznawaniu i leczeniu.

Napisał

Michał Kępiński.

(*Dokończenie*).

VI.

Zapalenia łącznicy follikularne.

Przychodzimy do najważniejszego a niestety równocześnie do najwięcej zawikłanego rozdziału nauki o zapale niach łącznicy, mianowicie do zapaleń follikularnych. Z całą otwartością przyznać musimy, iż prócz nauki o jaskrze, nie ma w oftalmologii drugiego działu, gdzieby tyle rozmaitych było teoryi i poglądów, wiele nawet prawdopodobieństwa częstokroć za sobą mających, jak właśnie niniejszy. Zakres tej pracy nie dozwala nam na rozbiór historyczny rozwoju odnośnych teoryi i poglądów, podajemy naukę o zapaleniach follikularnych tak, jak się nam w naszym własnym zrozumieniu najlepiej przedstawia, oraz jak według naszych pojęć najłatwiej dla celów praktycznych użytkową być może. W ostatnich latach przez Raehlman'a, Nuel'a, Jacobson'a jun. i innych w kwestyach anatomicznych odnośnych chorób, a przez Jacobson'a sen. ¹⁾ w kwestyi klinicznej przedsięwzięte prace, były dla nas rozstrzygającami.

Cechą charakterystyczną zapaleń follikularnych są nowowytwarzające ²⁾ się w łącznicy follikuły i nacieczenia lim-

¹⁾ J. Jacobson Beiträge zur Pathologie des Auges. Leipzig. 1888.

²⁾ Jest dotychczas kwestyją sporną, czy w łącznicy normalnej są follikuły lub nie. Jedni jak Raehlman, Waldeyer i t. d. twierdzą, że ich sta-

fatyczne (infiltratio lymphatica), oraz towarzyszące temu przekrwienie samejże błony i zmiany tak jej nabłonka jakoteż i mięszu. Rozróżniamy dwa rodzaje follikularnych zapaleń:

1. Jeżeli pod wpływem rozmaitych, bliżej później określić się mających przyczyn, wytwarzają się na łącznicy follikuły i limfatyczne nacieczenia bardzo ograniczone, które z czasem bez pozostawienia jakichkolwiek bądź śladów znikają, to ten rodzaj zowiemy zapaleniem follikularnem kataralnem (Conjunctivitis follicularis);

2. jeżeli jednak te same przyczyny w wyższym stopniu lub przez dłuższy przeciąg czasu na łącznicę działały, albo jeżeli szkodliwy wpływ ich osiągnął już poprzednio chorej błony, to powstają zmiany tego samego rodzaju, lecz cięższe, a te przy zejściu pozostawiają ślady tak na samejże łącznicy, jak i na otaczających ją częściach składowych powiek. Ten rodzaj choroby nazywamy zapaleniem ziarnistym czyli jaglicą (Conj. granulosa v. trachoma).

Biorąc za podstawę w rozróżnianiu zapalenia follikularnego od ziarnistego zmiany anatomiczne łącznicy, ich przebieg, zejście i następstwa, to przychodzimy do przekonania, że w obu chorobach mamy te same zmiany t. j. nowo wytwarzające się follikuły i nacieczenia limfatyczne, tylko w rozmaitym stopniu rozwinięte, a od tego znów różnica w przebiegu, zejściu i następstwach zależy. Ponieważ leczenie nasze od każdorazowych zmian, przez te nowotwory na łącznicy wywołanych, zależy, więc i między postępowaniem naszym przy zapaleniu follikularnem a ziarnistym znaczne zachodzić będą różnice.

1. Zapalenie follikularne kataralne.

(*Conjunctivitis follicularis; Ophtalmie catarrhale contagieuse; Schwellungs—Catarrh.*)

Wśród mniej lub więcej rozwiniętych objawów nieżytytu wytwarzają się na łącznicy powieki i fałdy przejściowej dol-

nowczo nie ma, a więc uważają je za twory patologiczne, inni jak W. Krause, Kölliker, Horner, Baumgarten i t. d. utrzymują, że w mięszu łącznicy są w normalnym stanie próżne torebki follikułów i dopiero pod wpływem właściwego podrażnienia ciążkami limfatycznymi się zapełniają. Jakkolwiek to ostatnie przyjmujemy, to pomimo tego mówimy jednak o nowo wytwarzających się follikułach, dla tych powodów, iż w klinicznym znaczeniu są dla nas nowością, bo ich przedtem nie widzimy.

nej małe wyniosłości. Są one koloru różowego, przezroczyste, okrągłe, mają około 1 milimetra średnicy, usadowione są bardzo powierzchownie, a czasami w równych i równoległe do fałdy przejściowej położonych rzędach. Na powiece górnej wytwarzają się nieco później, znajdujemy je tam głównie na fałdzie przejściowej, oraz nad chrząstką tarczykową ku kątowni zewnętrznemu. Łącznica cała, głównie fałdy przejściowe są nabrzmiące, nigdzie jednak śladów jakichkolwiek infiltratów nie znajdujemy, z wyjątkiem fałdy przejściowej górnej, gdzie tu i owdzie, wśród zwiększonych brodaweczek, małe, szare i płaskie plamy spostrzegamy. Objawy, wytwarzaniu się tych wyniosłości towarzyszące, są rozmaite, czasami powieki są nabrzmiące, gorące, cała łącznica w stanie silnego bardzo przekrwienia, wydzielina obfita, mętna, prawie aż do ropnej zbliżona, gdy niekiedy objawy te tak są mało znaczne, że chory o nich wcale nie wie i tylko przypadkiem wyniosłości te spostrzeżemy.

Badania anatomiczne wykazują, że te większe wypukłe twory są follikułami limfatycznymi zamkniętymi, te drugie zaś szarawe i płaskie plamy tylko wolnem nagromadzeniem ciałek limfatycznych bez żadnej osłonki. Tak w zawartości jednych i drugich tworów, jak i w wydzielinie, chorobie tej towarzyszącej, znaleziono mikroorganizmy w znacznej obfitości, których kultury na łącznicę kota przeszczepione, tę samą chorobę wywołały ¹⁾.

Co się tyczy dalszego przebiegu tej choroby, to po jakim czasie widzimy, iż drobne naczynia pokrywają te nowotwory, powierzchnia powiek pozostaje jednak nadal gładką i świecąca, a tylko w rzadkich wypadkach nabłonek jej nieco się zmienia, nigdy zaś żadnych owrzodzeń nie napotykamy. Jeżeli choroba dłuższy czas się przeciąga, to po kilkakrotnem polepszeniu i pogorszeniu wydzielina zaczyna się zmniejszać, przekrwienie łącznicy znika, cała błona powraca do normalnego stanu a z owych nowotworów nie pozostaje ani śladu. Jeżeli te nowotwory bez żadnych objawów zapalnych się rozwinęły, to mogą bardzo długi czas trwać bez najmniejszej szkody dla oka. Ten lekki i nieszkodliwy przebieg zapalenia follikularnego kataralnego nie jest jednako-

¹⁾ Kucharsky. Centralblatt f. Pract. Augenheilkunde. August — September 1887, pag. 235.

woż regułą, gdyż w każdym okresie zamienić się może w formę ciężką—ziarnistą.

Powikłania ze strony rogówki zdarzają się, ale bardzo rzadko i to głównie w postaci infiltratów lub owrzodzeń powierzchniowych, przybrzeżnych, które przez unaczynienie się goją.

Choroba ta powstaje sama z siebie wśród warunków niepomyślnych, o jakich przy nieżycie łącznicy obszerniej mówiliśmy; raz jednakże wywiązawszy się, jest bardzo zaraźliwą i łatwo między osobami w jednym miejscu przebywającymi się rozszerza, zwłaszcza wtenczas, gdy z obfitą wydzieliną jest połączona. Zdarza się czasami, że dłuższe używanie maści z żółtego tlenku merkurjuszu lub atropina, przez dłuższy czas do worka łącznicowego wkraplana, chorobę tę wywołuje.

Zapaleniu follikularnemu podlegają głównie ludzie młodzi a między tymi szczególnie chorowici i w złych żyjący warunkach.

Leczenie jest nader prostem; ponieważ choroba nie jest groźną a w każdym razie długotrwałą, więc i postępowanie nasze przeważnie tylko na przepisach ogólnych higienicznych ograniczyć się powinno. Jeżeli choroba występuje wśród silnych objawów zapalnych, to stosujemy okłady lodowe lub zimne antyseptyczne, według ogólnych zasad, dla utrzymania należytej czystości worka łącznicowego i części otaczających oko, najodpowiedniejszym jest częste powtarzanie przemywań 4^o/_o roztworem kwasu bornego. Przy zwiększonej wydzielinie, towarzyszącej silnie rozwiniętym objawom zapalnym, stosujemy zimne okłady i środki ściągające. Jeżeli zapalenie follikularne jest następstwem wkraplania atropiny, to zastępujemy takową roztworem extr. belladonnae lub duboizyny i wkraplamy 1^o/_o roztwór octanu ołowiu.

Powikłania ze strony rogówki o tyle tylko na uwzględnienie zasługują, by roztwory saletranu srebra i octanu ołowiu na rogówkę z nabłonka ogołoconą się nie dostały, zresztą na zmianę sposobu leczenia nie wpływają.

2. Zapalenie ziarniste czyli jaglica.

(*Conjunctivitis granulosa, Trachoma; Granulations, Conjunctivite granuleuse*).

Co się tyczy obrazu choroby, to ten jednolicie w całości przedstawić się nie da, gdyż zależnym jest od obja-

wów zapalnych, czy to towarzyszących wytwarzaniu się follikułów i nacieczeń, czy też w czasie późniejszym, gdy one już egzystują, do nich się przyłączających. Dla celów praktycznych najodpowiedniejszym jest rozróżnianie zapalenia ziarnistego ostrego (Conjunctivitis granulosa acuta) i chronicznego (Conj. granul. chronica), tego ostatniego w dwóch odmianach, stósownie do jego początku, czy powstało z zapalenia ostrego, po ustąpieniu pierwszych silniejszych objawów, czy też od razu powolnie się rozwijało.

W zapaleniu ziarnistym ostrem, które zwykle równocześnie, albo przynajmniej w krótkich ustępach czasu po sobie, na obu występuje oczach, znajdujemy łącznicę tak gąbkową jak i powiekową mocno zaczerwienioną i nabrzmiałą; ta ostatnia również jak i fałdy przejściowe tracą swój połysk i pokrywają się drobnymi, okrągławymi, powiększonymi brodawkami. Wśród tych powiększonych brodawek, których czerwony kolor od reszty łącznicy mocno odbija, widzimy tu i owdzie szarawe wypukłości, po całym obszarze łącznicy, przeważnie jednak na fałdach przejściowych, zwłaszcza górnej, porzrucane. Wielkość ich również jak i ilość jest rozmaita, mają zwykle kształt okrągły i około 1 millimetra średnicy, nie widać ich jednakże dobrze, gdyż są nabrzmiałe błoną i zwiększonymi brodaweczkami przykryte. Wydzielina w tym okresie jest znacznie zwiększona i mętna, do tego stopnia, że prawie ropny czasami przybiera charakter, co w połączeniu z wyglądem łącznicy, robi obraz choroby tej wielce do ostrego nieżyty lub w niektórych razach, do śluzotoku zbliżonym. Im więcej objawy zapalne ustępują i brodaweczki się zmniejszają, tem wybitniej wyróżniają się nowowytworzone follikuły już to pojedynczo stojące, już to w zbitych massach całą okolicę nad chrząstką tarczycowatą pokrywające. W rzadkich wypadkach łącznica powraca po kilku miesiącach do stanu normalnego i tylko tu i owdzie w miąższu jej jak srebrne nitki przebijające blizny, są ostatecznymi śladami szczęśliwie przebytej tej ciężkiej choroby. Zwykle jednak po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych choroba jakiś czas pozostaje w stanie jednakowym, brodaweczki zaczynają się powoli rozrastać, follikuły brzmieją, pękają i przechodzą zmiany, o których później pomówimy, jednym słowem choroba z ostrej, staje się chroniczną. Zdarza się także często, iż od

czasu do czasu stan się zaostrza, wydzielina a z nią wszystkie objawy zapalne się wzmagają, są to okresy, w których zwykle świeże nacieczenia i follikuły się wytwarzają.

Powikłania ze strony rogówki przy ostrem ziarnistym zapaleniu łącznicy nie należą do rzadkości, przedstawiają się zwykle jako przybrzeżne infiltraty lub owrzodzenia i odznaczają się tem, że jak jedne tak drugie nader łatwo się unaczyniają.

Jeżeli zapalenie ziarniste od razu w formie chronicznej występuje, to trudno nam bardzo pierwsze początki choroby oznaczyć, gdyż zwykle są one tak mało znaczącemi, iż sam pacjent ich nie zauważył. Chorzy uskarżają się na pewien rodzaj ciężkości i suchości powiek, co im szczególnie wieczorami przy pracy dłuższej lub nocnem czuwaniu dolega. Wydzielina jest normalną albo o tyle zaledwie zmienioną, że rano jako drobne strupki na rzęsach zasycha. Badając w tym okresie choroby łącznicę, znajdziemy na niej, głównie na górnej powiece po nad wypukłym (górnym) brzegiem chrząstki tarczykowatej tu i owdzie rozrzucone, czasami w rzędach równoległych ustawione, żółtawe, płaskie i okrągłe nierówności, które nie są niczem innym, jak nowowytworzonymi follikułami. Powieka dolna jest zwykle jeszcze zdrową lub tylko tu i owdzie na jej łącznicy znajdujemy mniejsze, różowe wyniosłości, w rodzaju tych jakie przy zapaleniu follikularnem opisaliśmy; czasami widzimy na niej także większe nowotwory, nigdy jednak w takiej ilości i takiej wielkości, jak na powiece górnej. Po kilku tygodniach follikuły te zwiększają się i przybierają na fałdach przejściowych kształt kulisty; nad chrząstkami tarczykowatemi nieco spłaszczony, od ucisku gałki ocznej zależny. Łącznica cała grubieje, nabiera żółtego odcienia, fałdy przejściowe oraz część gałkowa przybierają w niektórych cięższych wypadkach wygląd galaretowaty, na którym pojedyncze follikuły, jak guziczki wystają. Jest to rozlane nacieczenie limfatyczne, w rozmaitym stopniu rozwinięte, zajmujące nie tylko łącznicę ale i tkankę łączną podłącznicową oraz chrząstki tarczykowe; od stopnia jego rozwoju zależy zwiększenie i zgrubienie powiek, co zwłaszcza na powiece górnej jest bardzo charakterystycznym i ruchy jej ku górze utrudnia. Nowowytworzone follikuły i infiltraty limfatyczne rozszerzają się tak daleko ku brzegom powiekowym, jak daleko sięgają chrząstki tarczykowe,

pasek więc przybrzeżny mniej więcej 1 millimeter szerokości mający, wolnym od nich pozostaje i będąc przez to cieńszym od pozostałej części powieki, nie przylega szczelnie do gałki, lecz pozostawia między sobą a nią pewną wolną przestrzeń, gdzie łyż i wydzielina się zatrzymują. W skutek tego zatrzymywania się tak łoż jak i wydzieliny zapalnej, może przejść, ten pasek łącznicowy przybrzeżny, również jak i sam brzeg w stan podrażnienia, nabłonek się łuszczy, występują powierzchowne owrzodzenia, zapalenia tak gruczołów łojowych tamże umieszczonych, jak i osad rzęsów oraz samej tkanki łącznej brzeg powiek tworzącej, przez co tenże zaokrągla się i punkciki łzowe od gałki ocznej odsuwa.

Ten powyżej opisany stan łącznicy oraz powiek uważamy za pierwszy okres zapalenia ziarnistego, może on długo—bardzo długo, nieraz całe miesiące i lata trwać bez zmiany, aż nareszcie przechodzi w okres drugi, rozrostem brodawek i zmianami follikulów się odznaczający. Tak nacieczenia limfatyczne jak i follikuly nowowytworzone wywierają pewien rodzaj podrażnienia na mięsz łącznicy, czego następstwem jest zwiększony przyływ krwi do naczyń krwionośnych i przerost brodaweczek. Ponieważ do follikulów idą z mięszu drobne naczynia, więc przy zwiększonym przyplywie krwi pęcznieją te ujścia nie mające i cienką warstwą tkanki łącznej, w rodzaju torebki, ograniczone nowotwory, pękają, zawartość ich komórkowata wypływa a tkanka łączna rozrasta się i stanowi pewną część owych krwawiących, po łącznicy powiekowej i fałdzie przejściowej rozgałęzionych granulacyi. Odpowiednio do tych zmian anatomicznych łącznica w drugim okresie ziarnistego zapalenia jest zgrubiałą, pokrytą czerwonymi, łatwo krwawiącymi wyrostkami, które są częścią przerosłemi brodaweczkami łącznicy a częścią właśnie owymi granulującymi popękaniem follikulami. Tu i owdzie na tej czerwonej powierzchni widzimy w głębi żółtawy odcień, są to jeszcze nie zmienione infiltraty i follikuly. Najważniejsze zmiany odbywają się w tym czasie na brzegu powiekowym oraz w chrząstkach tarczykowatych. Jeżeli, jak to powyżej wspominaliśmy, przybrzeżny pasek tkanki łącznej oraz sam brzeg powiekowy w pierwszym okresie przeszedł w stan zapalny, to teraz tkanka łączna zamienia się w bliznę, wskutek czego brzeg krzywi się ku środkowi i rzęsy, kierunek swój

zmieniając, rogówki dotykają, przez co zapalenie jej, o którym pomówimy, wywołują, „przy nieskrzywionej chrząstce tarczykowej powstałe skrzywienie brzegu powiekowego z nierównym i w fałszywym kierunku zwróconym wzrostem rzęsów (entropium, trichiasis et districhiasis) jest następstwem procesu zapalnego paska przybrzeżnego tkanki łącznej, znajdującego się między chrząstką tarczykową a brzegiem powiekowym.“ W tym samym okresie choroby krzywią się częstokroć chrząstki tarczykowe powieki górnej, pomimo, że bliznowate zmiany jeszcze się nie rozwinęły. Jest to następstwem skurczu mięśnia zwieracza powiek, który będąc na drodze zwyczajnego nerwowego odczynu (refleks) przez dłuższy przeciąg czasu stale podrażnionym, ściąga się, w tym stanie pozostaje (blepharospasmus) i przez to już i tak rozmiękczonej procesem zapalnym chrząstce tarczykowej górnej nowy kształt nadaje.

W trzecim okresie choroby granulujące brodaweczki i torebki follikułów znikają, w miejsce ich wytwarzają się w rozmaitych kierunkach tak w łącznicy jak i chrząstkach tarczykowatych błyszczące blizny. Cała łącznica staje się gładką i lśniącą, lecz nie ma na niej nigdzie tych drobnych wyrostków, które w stanie normalnym podobną ją do aksamitu robią, powierzchnia jej z zewnętrznego wyglądu więcej do cienkiej skóry, niż do błony śluzowej jest podobną. Powieki, a zwłaszcza górna, pozostaje czasem grubą i prostą, trudno się unosi, a to w skutek zrostów łącznicy powiekowej i gałkowej, częściej jednak w następstwie zmian bliznowatych chrząstki tarczykowej krzywi się ku środkowi.

W rzadkich wypadkach, utracą łącznica zupełnie swój charakter błony śluzowej, staje się twardą, szorstką i suchą skórą, stan ten przechodzi i na rogówkę, a w ten czas oko bezpowrotnie za stracone uważać należy.

Jak to już powyżej wspominaliśmy, w każdym okresie tej choroby mogą powstać powikłania ze strony rogówki, od których właściwie stan oka chorego bezpośrednio zależy. Przedstawiają się one w początkach choroby jako drobne, ograniczone, na brzegu rogówki usadowione infiltraty, które z czasem się zlewają. Oprócz tych przybrzeżnych nacie-

czeń znajdujemy po całym obszarze rogówki tu i owdzie rozrzucone zmętnienia, również jak i małe ropnie oraz powierzchowne owrzodzenia, wszystkie jednak te zmiany mają jeden wspólny charakter, mianowicie skłonność do szybkiego unaczyniania się (pannus trachomatosus). W zmętnieniach i owrzodzeniach rogówki, tak w czasie ich wytwarzania się jak i gojenia przez unaczynienie, znajdujemy nowo-wytworzone follikuły we wszystkich stadiach rozwoju, tak samo jak w łącznicy, co upoważnia nas do twierdzenia, że powikłania ze strony rogówki są tutaj anatomicznie tym samym procesem ziarnistego zapalenia, a nie tylko następstwami mechanicznego i chemicznego drażnienia, wywołanego przez nierówności na powiekach powstałe.

Ogólny ten obraz chronicznego ziarnistego zapalenia łącznicy zmienia się o tyle, o ile objawy przekrwienia mu towarzyszą, co przy tak wielkiej długotrwałości procesu, często się zdradza.

Badania nad etylogią jaglicy nie doprowadziły dotychczas do stanowczych i ostatecznych rezultatów. Pierwszy Sattler a za nim Koch, Michel, Straderini znaleźli tak w wydzielinie jak i w zawartości follikułów liczne koki, zwykle po dwa ułożone (diplococcus) a do Neisserowskich podobne, które za swoiste dla zapaleń follikularnych łącznicy uważają. Michel hodowlę na agar-agar oraz na bulionie zaszczerpił na łącznicę ludzką z dobrym a u królika z ujemnym rezultatem; Straderini natomiast takąż samą hodowlą i u królika jaglicę wywołał.

Obserwacya kliniczna uczy nas, że ziarniste zapalenie łącznicy rozszerza się przeważnie u ludzi w złych warunkach żyjących; mieszkania szczupłe, wilgotne, nie przewietrzane dostatecznie, dostarczają nam głównego kontyngensu chorych. Wielki wpływ na rozszerzanie się jaglicy wywiera wilgoć gruntowa, wiadomo bowiem dzisiaj powszechnie, że mieszkańcy okolic nadmorskich i nizin nad rzekami i moczarami położonych bez porównania częściej chorobie tej podlegają niż mieszkańcy gór. O ile wpływy telluryczne przy rozszerzaniu się tej choroby wielką odgrywają rolę, o tyle możliwość bezpośredniego udzielania się choroby z osoby na osobę nader jest małą, zwłaszcza w okresach późniejszych, gdy albo żadnej nie ma wydzieliny, albo tylko bardzo nieobfita. Co do zaraźliwości zachodzi właśnie wielka różnica między zapaleniem follikularnem kataralnem a ja-

glicą. Na okoliczność tę prócz innych zwrócił uwagę zwłaszcza Foerster ¹⁾ wykazując, że nie zdarzyło mu się nigdy widzieć, by osoba jedna od drugiej się zaraziła, oraz że często spotykamy chorobę na jednym tylko rozwiniętą oku i przez kilka lat trwającą, co przy większej bezpośredniej zaraźliwości, niemożliwym by było. Najwłaściwszem jest przypuszczenie, iż grzybki chorobotwórcze wywiązują się w wilgotnym gruncie i złych mieszkaniach, a im mniejszą jest siła oporna łącznicy czy to wskutek ogólnych warunków odżywiania organizmu, czy też tylko w skutek miejscowego osłabienia tej błony przez inną chorobę, tem łatwiej się rozmnażają i tem cięższe zakażenie wywołują.

Jaglica należy do najcięższych chorób ocznych: już to z powodu jej długotrwałości, już to dla smutnych następstw, jakie za sobą pociąga; jeżeli zaś zwrócimy uwagę naszą i na tę okoliczność, że w niektórych okolicach 50% całej ludności, a jak np. u nas w Królestwie więcej niż 30% wszystkich chorych ocznych, chorobą tą jest dotkniętych, to nie będzie nas dziwić, iż lekarze wszelkich czasów i narodowości nad skutecznem leczeniem tej klęski ludzkości pracowali.

Dziwnem zdawać to się może czytelnikowi, że autor piszący o leczeniu jakiej choroby zaleca sposób postępowania nie według wymagań stanu chorego, lecz według... zdolności i wprawy lekarza. Jest to rzeczą dziwną, a w tym jednak razie konieczną. Ponieważ istota choroby polega na wytwarzaniu się i dalszych zmianach follikulów, więc rzeczą jest prostą, iż im szybciej je usuniemy, tem krócej choroba trwać a choremu niebezpieczeństwo utraty wzroku zagrażać będzie. Szybkie usunięcie nowowytworzonych follikulów fałdy przejściowej górnej oraz łącznicy nad chrząstką tarczykową da się tylko na drodze chirurgicznej skutecznie, dla tego też ten sposób leczenia najwięcej jest zalecanym jako najwłaściwszy i najszybciej do celu prowadzący. Operacje odpowiednie mogą jednak tylko przez lekarzy większą już wprawę w technice chirurgicznej ocznej posiadających być wykonane, a przez to dla biedniejszej ludności po prowincyi zamieszkałej, która właśnie najwięcej jaglicą bywa dotknięta, są niedostępne, w braku więc pomocy chirurgicznej musimy i za innymi sposobami leczenia się oglądać.

¹⁾ Foerster. Die pseudo-aegypt. Augenentzündung. Breslauer aerztliche Zeitschrift. 1888.

Przy leczeniu jaglicy zalecane bywają następujące operacje:

1. W przypadkach ostrych z silnem przekrwieniem łącznicy całych powiek i fałd przejściowych robimy głębokie nacięcia, przez co przekrwienie zmniejszamy i rozwój procesu zapalnego wstrzymujemy.

2. Jeżeli na łącznicy powiekowej i na fałdach przejściowych znajdują się follikuły dobrze rozwinięte i pojedynczo stojące, to nakłuwamy je wązkim nożykiem lub igłą i zawartość ich szczypczykami lub paznogciami wygniatamy.

3. Przy umiejscowieniu follikułów na fałdach przejściowych, zwłaszcza górnej, lub w razie większego nacieczenia limfatycznego, wycinamy krzywemi nożyczkami te części łącznicy, które najwięcej są zmienione.

4. Jeżeli follikuły lub nacieczenia całą zajmują fałdę przejściową górną, to ją zupełnie wycinamy, ranę ztąd powstałą albo pozostawiamy otwartą lub też, co więcej bym zalecał, zaszywamy cienkim jedwabiem.

5. Jeżeli follikuły i nacieczenia dłuższy czas już trwające zajmują nietylko fałdę przejściową górną ale i łącznicę nad chrząstką tarczykowatą oraz w samej chrząstce są usadowione, to odcinamy całą łącznicę od górnego brzegu gałki ocznej począwszy aż do środka chrząstki tarczykowatej, następnie oddzielamy górną część chrząstki i wyjmujemy ją tak, że tylko mały pasek z rzęsami pozostaje. Ranę ztąd powstałą pokrywamy przez połączenie brzegów łącznicy pozostałej za pomocą kilku szwów.

Operacyi tych dokonywać można bez narkozy tylko przy wkropleniu kilkakrotnem 5^o/_o roztworu kokainy lub po wstrzyknięciu w powiekę i grana kokainy rozpuszczonego w 2^o/_o roztworze kwasu karbolowego. Przed i po operacyi należy worek łącznicowy dobrze z nagromadzonej wydzieliny roztworem sublimatu 1 : 4000 oczyścić, ranę czy to otwartą, czy zaszytą jodoformem zasypać i założyć opaskę uciskającą. Po 24 a najpóźniej 48 godzinach szwy wyjmujemy, ranę w zwykły sposób sublimatem opatrujemy, a jeżeli bezpośrednio lub później po operacyi silne opuchnięcie powieki by nastąpiło, to robimy okłady z oziębionego roztworu kwasu bornego (4^o/_o). Postępowanie takie głównie przez Jacobsona sen. w ostatnich czasach zalecane daje rzeczywście świetne rezultaty, o czem tak w własnej praktyce, jak

i przy zwiedzaniu w r. 1885 Kliniki prof. Jakobsona w Królewcu miałem sposobność się przekonać.

Jeżeli by lekarz nie chciał lub nie mógł przedsięwziąć chirurgicznego leczenia jaglicy, to postępowanie lecznicze stosować się winno przede wszystkim do tego, jak dalece są rozwinięte objawy zapalne. W jaglicy ostrej polecamy lodowe lub zimne okłady, czy to bez przestanku, czy też kilkakrotnie w przeciągu 24 godzin stósowane, nie mniej jednak jak godzinę każdorazowo na oku trzymać je należy. Przy silnem przekrwieniu i bólu miejscowe upusty krwi za pomocą nacinań łącznicy są wskazane. Gdy wydzielina jest bardzo obfitą, to silniejszych rozczyńców azotanu srebra używamy, przy mniej obfitej rozczyńcy siarczanu cynku lub octanu ołowiu. Jeżeli jaglica ostra przechodzi w chroniczną lub gdy od początku jako taka się rozwija, to staraniem naszym powinno być zawsze utrzymywać pewien rodzaj przekrwienia łącznicy w mniejszym stopniu, gdyż tylko od tego zależy szybkie zejście wszystkich zmian, jakie follikuły i nacieczenia przebyć muszą, nim zabliznienie ich nastąpi. W razie gdy łącznica jest bladą, follikuły lub już granulujące brodawki są bezbarwne i wiotkie, to stósujemy przyżegania siarczanem miedzi, którego nadmiar u osób wrażliwych wodą zmywamy. Chorym, którzy codziennie lub co drugi dzień odwiedzać nas nie mogą, dajemy do domu rozczyń siarczanu miedzi w glicerynie (1 : 50) lub maść taką z waseliną (1 : 100). Gdy środki te silniejszy proces zapalny wywołują, polecamy znowu zimne okłady. Przy dłużej trwającej chronicznej jaglicy zdarza się częstokroć, iż i przyżegania siarczanem miedzi dostatecznego przekrwienia nie wywołują, to wtenczas zalecamy gorące okłady.

Powikłania ze strony rogówki na przebieg leczenia w głównych zarysach nie wiele wpływają. Jeżeli towarzyszą im silne bóle newralgiczne, to wkraplamy atropinę oraz kokainę, (tę ostatnią w 3% rozczyńcie co 1/2 godziny po 1 kropli) i zakładamy opaskę uciskającą na tak długi czas, póki boleści się nie uśmierzą. Gdy zmiany na łącznicy są już w okresie zablizniania a unaczynienie i infiltraty rogówki nie ustępują, to zalecamy żółtą maść silniejszą (Hydrarg. oxydat. flavi 1.00 Vaselini 30.00), tę raz na dzień pod powiekę zakładamy i przynajmniej przez 5 minut dosyć silnie rogówki przez zamknięte powieki nacieramy.

Jakkolwiek zmiany rogówki przy ziarnistym zapaleniu

za takiż sam proces follikularny uważać należy, to jednak musimy pamiętać o tem, że zwiększone tarcie i ucisk, przez zgrubiałe i nierówne powieki wywierany, wywołuje go i podtrzymuje. Zauważywszy wobec tego, że powieki za nadto wskutek zgrubienia lub skurczu mięśnia zwieracza na rogówki ugniatają, należy je z pod tego ucisku zwolnić przez rozszerzenie szczeliny powiekowej, o czem przy ogólnem leczeniu zapaleń łącznicy bliżej mówiliśmy. Gdy punkciki łzowe źle są umieszczone i przez to łez oraz wydzieliny dokładnie nie odprowadzają, powinniśmy to przez rozcięcie kanałików łzowych poprawić. Zapalenie brzegów powiekowych, gruczołów i osad rzęsów należy starannie według powyżej wskazanych sposobów usunąć, jednym słowem starać się, by rogówki na żaden ucisk ani tarcie nie były narażone. Częstość zdarza się, iż proces follikularny przenosi się na górną część kanałów łzowych, co przez ropienie i powstrzymane odprowadzenie łez się objawia, to w takim razie należy kanały sondować a następnie cieczami antyseptycznymi i ściągającymi za pomocą wstrzykawki Anel'a przepłukiwać.

Tak w przebiegu jak i przy zejściu jaglicy wytwarzające się skrzywienie powiek i zły wzrost rzęsów należy jak najprędzej za pomocą odpowiedniej operacji usunąć, by ile możliwości drażnieniu rogówek zapobiedz. Po zupełnem zbliżeniu się łącznicy pozostające na rogówce plamy nieprzeźroczyste można czasami przez wkraplanie codzienne olejku terpentynowego nieco rozjaśnić; w razie zupełnego stwardnienia tak łącznicy jak i rogówek następuje stan bezwarunkowo już nieuleczalny, przy którym dla odwilżania gałki ocznej można tłuszcze np. olejek migdałowy, glicerynę, oliwę lub ciepłe mleko wkraplać.

VII.

Zapalenie łącznicy pryszczykowe.

(*Conjunctivitis phlyctaenulosa v. eczematosa, Ophthalmia scrofulosa; Conjonctivite phlycténulaire, Ophthalmie scrofuléuse*).

Zapalenie pryszczykowe odróżnia się od innych tem, że zajmuje nie całą, lecz tylko pewną część łącznicy, dalej że w przebiegu jego nie ma żadnej wydzieliny lub czasami tylko bardzo nieznaczna, oraz iż zależnem jest nie tyle od zewnętrznych miejscowych wpływów, ile raczej od upośledzo-

nego odżywiania całego organizmu, z którego to powodu nie jest zaraźliwym. Jego cechą charakterystyczną jest ograniczony nastrzyk naczyń, który powstaje wśród mniej lub więcej rozwiniętych objawów zapalnych na łącznicy gałkowej bezpośrednio przy rąbku albo w niedalekiej odległości od niego, czasami z nacieczeniem surowiczem jest połączony, i na swym wierzchołku, ku rogówce zwróconym, zakończy się mniejszym lub większym pęcherzykiem napelnionym cieczą surowiczą, a czasami nawet ropną. Po pewnym przeciągu czasu pęka nabłonek pęcherzyk ten tworzący, w skutku tego powstaje wrzodzik, który po pewnym przeciągu czasu bez dalszych następstw się goji. Ponieważ pęcherzyki te powstają przez oddzielenie się nabłonka, a ten na rogówce jest tylko dalszym ciągiem łącznicowego, więc stąd zapalenie pryszczkowe przechodzi nader łatwo z łącznicy na rogówkę, lub też równocześnie na obu powstaje błonach.

Stosownie do wielkości i ilości tych pęcherzyków różniamy kilka rodzajów zapaleń pryszczkowych, a mianowicie:

a. Zapalenie pryszczkowe zwyczajne (*Conjunctivitis phlyctenulosa simplex*) odznaczające się tem, że na samym rąbku łącznicowym lub na łącznicy w pobliżu niego jeden a niekiedy kilka pęcherzyków się wytwarza. Są one zupełnie przezroczyste, kształtu okrągłego, wielkości mniej więcej ziarenka prosa i napelnia je ciecz surowicza. Łącznica jest tylko w okolicy tych pęcherzyków nastrzykniętą, często nader charakterystycznie w kształcie trójkąta, którego wierzchołkiem ku rogówce zwróconym jest właśnie sam pęcherzyk, a podstawa podobna do różowej miotłki ku brzegom oczodołu jest skierowaną. Po pęknięciu nabłonek tworzącego pęcherzyk powstaje wrzodzik częstokroć o żółtawem nacieczonem dnie, który czasami od strony naczyń się zbliżając, posuwa się naprzód ku rogówce, następnie na nią przechodzi i nieraz aż do jej wierzchołka dochodzi. W miarę posuwania się tego owrzodzenia postępują za niem i przekrwione a na rogówce nowowytworzone naczynia, powstaje rodzaj różowej, z naczyń złożonej a ku wierzchołkowi rogówki zmierzającej miotłki, od czego ten rodzaj zapalenia pryszczkowego rogówki *Kératite en bandelette*, *büschelförmige Keratitis*, nazwano. Gdy wrzodzik się zbliżni, zgina i nowowytworzone naczynia, lecz na rogówce pozostaje już na zawsze szara blizna, która gdy wierzchołek rogówki

pokrywa, może znacznie wzrok upośledzić. Czasami zdarza się, iż kilka pęcherzyków bardzo blisko siebie około rąbka łącznicowego się wytwarza, wtenczas wrzodziki z nich powstałe łączą się z sobą i tworzą w skutku tego większe owrzodzenie w kształcie półkola rogówkę okrążające, a ulcus elevatum zwane.

Zapalenie pryszczkowe zwyczajne powstaje czasami bez wszelkich objawów zapalnych, w niektórych jednak przypadkach towarzyszą mu bóle newralgiczne i światłowstręt. Zdarza się często, iż ten właśnie rodzaj zapalenia pryszczkowego połączonym jest równocześnie z zapaleniem łącznicy follikularnem kataralnem lub z zwykłym nieżytem, przez co obraz choroby jest więcej skomplikowanym. W tych przypadkach, oprócz wybitnych a poprzednio opisanych cech innym rodzajom zapaleń łącznicy właściwych, spostrzeżemy obok rogówki lub na niej pęcherzyki albo też już powierzchowne owrzodzenia, które właśnie cechą charakterystyczną zapalenia pryszczkowego stanowią.

b. Zapalenie drobnopryszczkowe (*Conjunctivitis phlyctenulosa miliaris*) rozróżniamy wtenczas, gdy na rąbku łącznicowym lub nawet już na samej tej błonie zobaczymy dużą ilość bardzo drobnych pęcherzyków, wśród silnego nastrzyku przyrogówkowego powstałych. Są one nie raz drobniejsze od ziarenek piasku i zaledwie przy bocznem oświetleniu rozróżnić je można. Tej postaci choroby towarzyszą zwykle bardzo silne bóle newralgiczne i światłowstręt, który uważamy za objaw refleksu przy podrażnieniu kończyn nerwu trojstego w nabłonku rogówki.

c. Zapalenie pryszczkowe złośliwe (*Conjunctivitis phlyctenulosa maligna vel pustulosa*) odznacza się tem, że na rąbku łącznicowym, na rogówce samej, a czasami na łącznicy i rogówce równocześnie (à cheval) wytwarza się jeden lub dwa, rzadko więcej pęcherzyków, 3 do 4 millimetry średnicy mających i napełnionych cieczą żółtawą i ropną. Znajdują one się zwykle na dolnej połowie rogówki; gdy utracą pokrywający je nabłonek, to zamieniają się w głębokie wrzody o nacieczonych żółtych dnach i prowadzą często do przedziurawienia oraz zniszczenia częściowego rogówki z wszystkimi smutnemi dla oka następstwami. Rozwojowi tej postaci zapalenia pryszczkowego towarzyszą bardzo silne bóle newralgiczne i światłowstręt, w przypad-

kach częstych łączy się ona z zapaleniem kataralnym lub śluzoropnym.

Zapalenie pryszczykowe należy do tych chorób łącznicy, które głównie u dzieci do lat około 15 się rozwija. Jak to już powyżej powiedzieliśmy jest ono zwykle następstwem złego odżywiania organizmu, powstaje u dzieci słabowitych, skrofulicznych lub też innymi chorobami ocz dotkniętych. U osób starszych napotykamy je tylko w rzadkich przypadkach i uważamy je wtenczas również za objaw złego odżywiania. Ponieważ trudną jest rzeczą częstokroć zmienić ogólne warunki odżywiania i przemiany materii w organizmie, a od tych zależy właśnie powstawanie zapalenia pryszczykowego, więc ma ono tę własność, iż jakkolwiek szybko przy odpowiednim leczeniu ustępuje, to znowu często powraca, do tego stopnia, że dzieci nie raz z drobnymi przerwami po kilka lat i dłużej nań cierpią.

Leczenie miejscowe powinno być zastosowaniem do tego:

1) czy zapalenie pryszczykowe połączone jest z innym cierpieniem łącznicy lub nie,

2) czy i o ile jest rogówka dotknięta,

3) czy objawy zapalne są silnie rozwinięte lub nie.

Jeżeli zapalenie pryszczykowe połączone jest z innym czy to ostrem, czy chronicznym zapaleniem łącznicy, to należy przedewszystkiem starać się o usunięcie odpowiednie tej komplikacji, gdyż wydzieliną towarzyszącą wszelkim innym rodzajom zapaleń łącznicy jest tutaj środkiem drażniącym, zapalenie pryszczykowe wywołującym. Stosujemy więc w przypadkach ostrych zimne okłady i środki przyżegające lub ściągające, w nieżycie lub śluzotoku zwłaszcza rozczynu saletranu srebra bardzo korzystny wpływ wywierają. W ostrem follikularnym kataralnym zapaleniu octan ołowiu w połączeniu z okładami zimnymi z kwasu bornego a w cięższych przypadkach nawet scaryfikacje są wskazane. W razie światłowstrętu, z jakiegokolwiek przyczyny by on pochodził, polecamy co 1/2 godziny wkraplać po 1 kropli 5% roztworu kokainy oraz zanużać 2 razy dziennie całą twarz nagle w zimną wodę. Gdy to nie pomogło, lub gdy w skutku długotrwałego skurczu mięśnia zwieracza powiek zgrubienie jego nastąpiło, to zalecamy koniecznie rozszerzenie szczeliny powiekowej przez kantoplastykę. Operację tę uważam wprost za konieczną, gdy przy owrzodzeniach rogówki silniejszy skurcz mięśnia zwieracza się rozwinie.

Jeżeli rogówka jest procesem chorobowym, ale tylko powierzchownie dotkniętą, to zalecamy wkraplanie atropiny, przy silnem podrażnieniu zapalnym okłady z zimnego rozczyну kwasu bornego i zakładanie pod powiekę 4% maści z kwasu bornego z dodatkiem atropiny. Gdy proces zapalny minie lub mało od początku jest rozwiniętym, to stósujemy wtrzępywanie kalomelu codziennie lub zakładamy żółtą maść. Przy głębokich owrzodzeniach zagrażających przedziurawieniem rogówki wstrzymujemy wkraplanie atropiny, polecamy 1% rozczynek ezeryny 3 razy dziennie po 1 kropli w oczy wpuszczać i zakładamy opaskę uciskającą. Jeżeli przedziurawienie rogówki staje się nieuchronnem, to lepiej nań nie czekać, lecz po należytem zwężeniu źrenicy zapomocą ezeryny powinniśmy dno owrzodzenia przekłuć i założywszy choremu opaskę naciskającą zalecić bezwarunkowy spokój.

Przy zapaleniu pryszczykowem występującem bez żadnych komplikacyi polecamy z początku, wrzecie bardzo silnych objawów zapalnych, okłady z kwasu bornego i wkraplanie kokałny, później zaś przechodzimy do środków drażniących, między któremi kalomel i żółta maść do leków głównie używanych należą. Kalomel wtrzępujemy raz na dzień czysty, bez żadnych domieszek, żółtą maść zaś w rozmaitym stosunku z wazeliną (Rp. Hydrargyri oxydati flavi 1.00, Vaselini 15.00 — 30.00 pod powiekę wprowadzamy i po oku rozcieramy. Z ustąpieniem procesu zapalnego nie należy jednak zaprzestać używania tych leków, lecz owszem po zupełnem wyleczeniu jeszcze przez czas dłuższy, przynajmniej 2 — 4 tygodni je stósować a to celem uchronienia od powrotu choroby.

Ponieważ choroba, o której mówimy, głównie u dzieci słabowitych, źle odżywianych i skrofalicznych występuje, więc prócz leczenia miejscowego i na ogólne warunki higieniczne uwagę zwrócić należy. Świeże powietrze, pokarmy mięsne, nabiał i napoje wysokokowe, obok tego staranne pielęgnowanie skóry przez częste letnie kąpiele oraz codzienne wycierania ciała zimną wodą, zrobią więcej nie raz, niż wszelkie medykamenta. Jakkolwiek bezpośredniego związku między chorobami oczu i skóry nie ma, to jednak widzimy często, iż dzieci cierpiące na zapalenie łącznicy pryszczykowe mają równocześnie wyprysk na głowie i twarzy, zwłaszcza w okolicy nosa, warg i uszu (Eczema capitis et faciei), co ztąd pochodzi, że obie choroby szczególnie często

i łatwo u dzieci skrofulicznych się rozwijają. Jeżeli taki wyprysk spostrzeżemy, to należy go równocześnie leczyć, a to według ogólnych zasad leczenia chorób skórnych. Nadmienić tutaj muszę, iż maść żółta, ale słabsza (1 : 100), lub maść z białego merkursu (Hydrargyrum praecip. album 1 : 30) do zagojenia wyprysków są czasami nader odpowiednie.

U dzieci bardzo skrofulicznych polecamy w czasie leczenia zapalenia pryszczkowego w razie bezkrwistości przetwory żelazne, same lub w połączeniu z goryczkami oraz jod i tran. Przypomnieć tutaj winniśmy, iż w czasie używania wewnątrz przetworów jodowych do oka kalomelu ani żółtej maści wprowadzać nie można, gdyż powstały by połączenia chemiczne o gryzących własnościach.

VIII.

Zapalenie wiosenne rąbka łącznicy.

(*Conjunctivitis marginalis hypertrophica; Conjonctivite printanière; Frühjahrscatarrh*).

Choroba ta należy do nader rzadkich, spotykamy ją głównie u chłopców w wieku 7 do 14 lat, przy tem słabowitych, źle odżywianych, a niekiedy odziedziczonym przymiotem dotkniętych. Dla organu wzroku nie jest ona niebezpieczną, lecz z powodu długotrwałości i łatwości powrotu bardzo przykrą. Głównem umiejscowieniem jej jest rąbek łącznicowy, który wśród dosyć znacznego przekrwienia twardnieje i grubieje, przez co znaczną część rogówki przykrywa. Te zmiany nie zajmują całego rąbka, lecz z początku tylko pewne jego części, zwłaszcza kąt zewnętrzny i wewnętrzny szczeliny powiekowej, później dopiero i części inne, tak że z czasem cały rąbek ma wygląd wałka żółtawo różowego, nierównego, trwardego i na rogówkę zachodzącego. Oprócz tych zmian na rąbku widzimy jeszcze mniejsze lub większe przekrwienie naczyń łącznicy gałkowej, oraz powiekowej, zwłaszcza powieki górnej i fałdy przejściowej, która się niekiedy przerosłemi brodawczkami i nielicznymi follikułami pokrywa. Wydzielina bywa czasami zwiększoną i do kataralnej podobną.

Co się tyczy zmian anatomicznych, to owe zgrubienie rąbka zależy na zwyrodnieniu tkanki adenoidalnej i nagromadzeniu ciałek limfatycznych w teje. Oprócz tego gru-

bieje nabłonek i tkanka łączna miąższ łącznicy stanowiąca, odpowiednio więc do zmian anatomiczno-patologicznych choroby ta do zapaleń follikularnych jest zbliżoną.

Dziwnym jest przebieg zapalenia rąbka łącznicowego: na wiosnę lub w lecie rozpoczynają się wśród objawów zapalnych mniej lub więcej rozwiniętych zmiany na rąbku, trwają około 8 do 10 tygodni i znikają, częścią bez śladu, częścią z pozostawieniem zgrubienia. W jesieni tego samego roku lub na wiosnę roku przyszłego powraca choroba znowu i trwa tak przez 3 lub 4 lata, poczem z pozostawieniem znacznie zgrubiałego rąbka zupełnie ustępuje.

Co się tyczy leczenia, to w okresie początkowym, gdy objawy zapalne, jakoto: przekrwienie i światłowstręt występują, polecamy zimne okłady z octanu ołowiu oraz kokainę; później, gdy zgrubienie rąbka łącznicowego się wytworzyło i nie znika, można stosować przyżeganie zapomocą galwanokaustyki lub wyskrobywanie zgrubiałego rąbka ostrą łyżeczką. Wcieranie maści z żółtego tlenku rtęci (1 : 50) oraz podawanie wewnątrz przetworów arszeniku lub jodoformu może być również zaleconem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

33 Prof. D. HERMANN SAHLI. **Najnowsze poglądy w patologii chorób zakaźnych.** (*Volkmanns Sammlung 319, 320*).

Choroby zakaźne są to cierpienia organizmu, powstałe wskutek wniknięcia weń organizowanego zarazka w postaci niższych, roślinnych ustrojów, zwanych zwykle grzybkami. Cechują się one: szerokiem rozprzestrzenieniem się, gwałtownością niektórych, zdolnością zakażenia i udzielaniem ustrojowi odporności po jednorazowym przebyciu choroby. Trudno oznaczyć ściśle granicę pomiędzy chorobami wywołanymi przez roślinne i zwierzęce organizmy, ponieważ niektóre choroby pochodzenia zwierzęcego (*trichinosis*) przebiegają podobnie jak choroby zakaźne, wiele zaś chorób powodują takie niższe ustroje, jak *mycetoza*, *flagellatae*, *monerae* i *sporoza*, które nie należą ani do zwierząt, ani do roślin. Najważniejsze miejsce pomiędzy chorobami zakaźnymi zajmują choroby bakteryjne, któremi tylko zajmuje się autor w niniejszej pracy. Pomimo, iż od odkrycia mikroskopu, i bakteryj upłynęło już 200 lat (*Leuwenhoek*), bakteriologia dopiero w ostatnich latach stała się nauką samodzielną, dzięki udoskonaleniom instrumentów optycznych, wynalazkom metod badania i sposobów sztucznej hodo-

wli. Istnieją jednak granice spostrzegania najmniejszych przedmiotów i prawdopodobnie najmniejsze bakteryje pozostaną dla nas na zawsze niezbadane, a więc i przyczyna wielu chorób nieznaną. Są i inne trudności wstrzymujące postęp naszych wiadomości o przyczynach chorób zakaźnych. Tutaj należy niemożność wypełnienia wszystkich wymagań, jakie stawia bakteriologia, by uznać pewien grzybek za przyczynę choroby. Wymagania zaś te są następujące: 1) grzybek winien stale znajdować się w organizmie, uległym chorobie; 2) grzybek ten powinien podlegać sztucznej hodowli na zewnątrz organizmu; 3) zaszczerpiony zwierzęciu w czystej hodowli powinien wywoływać odpowiednią chorobę.

Znaczenie bakteryj w naturze organicznej, a szczególnie w patologii zależy w znacznej części od ich małości, ułatwiającej rozprzestrzenienie się na drodze mechanicznej, od zdolności prędkiego rozmnażania się i od wielkiej odporności na wpływy zewnętrzne wskutek prostoty ich budowy i organizacji ich protoplazmy. Obecnie rozróżniają choroby zakaźne: *endogenne* i *eksogenne*. Zarazek pierwszych rozwija się tylko wewnątrz organizmu (syfilis, gruźlica, nosacizna i t. d.), zarazek drugich istnieje i rozwija się na zewnątrz organizmu, podobnie jak każda roślina (malaria). Są jednak formy przechodnie, których grzybek rozwija się w organizmie i na zewnątrz; choroby podobne nazywają się *ambigenne*. Zresztą i tutaj nie ma ścisłych granic ponieważ gruźlica, choroba czysto endogenna nabywa się często przez przyjęcie zarazka ze świata zewnętrznego, gdzie się przechowuje przez dłuższy czas bez zmiany, lecz rozwijać się tam nie może. Podział ten odpowiada nieco starszemu podziałowi na choroby *kontagijne* i *miazmatyczne*. Kontagijne są to endogenne choroby zakaźne, rozszerzające się przez bezpośrednie zetknięcie zdrowego osobnika z chorym (ostre wysypki, ospa, odra i t. d.); miazmatyczne zaś choroby nabywają się przeważnie ze świata zewnętrznego (malaria). Trzecia grupa — kontagijno miazmatyczne choroby — odpowiada chorobom ambigenym (tyfus brzuszny, cholera), których zarazek powstaje w chorym organizmie, dostaje się następnie na zewnątrz, gdzie się dalej rozwija, a potem zakaża zdrowy organizm.

Bakteryje wnikają do organizmu 1) przez zewnętrzną powłokę ciała (róża), do której zalicza się i łącznica oka, błona śluzowa pochwy i cewki moczowej; 2) przez błonę śluzową dróg oddechowych (gruźlica) i 3) przez błonę śluzową przewodu pokarmowego (tyfus i cholera). Nie wszystkie jednak grzybki znajdujące się w powietrzu i w wodzie działają chorobotwórczo; chorobotwórcze zaś grzybki nie zawsze powodują chorobę. Wydzielanie śluzu z dróg oddechowych i działanie nabłonka rzęskowego przyczyniają się do wydalenia bakteryj z organów oddechowych, działanie zaś fermentów trawiennych niszczy bakteryje w przewodzie pokarmowym. Nadto we wszystkich przypadkach grzybek wywołuje chorobę zakaźną tylko wtedy, jeżeli poprzednio istniało mechaniczne obrażenie lub też jakaś sprawa chorobowa (np. katar).

Bakteryje znajdujące się w powietrzu i w wodzie ulegają rozmaitym wpływom szkodliwym, a przede wszystkim prawu starości t. j. giną z osłabienia, jeżeli nie natrafiają na odpowiedni grunt odżywczy, w którym mogłyby się odrodzić przez rozmnożenie. Światło, a szczególnie promienie słoneczne są potężnym wrogiem bakteryj. Po 24—30 godzinach działania słonecznego giną bakteryje czarnej krosty, a jeszcze prędzej mikrokoki. Chemiczne działanie tlenu powoli, lecz stale niszczy protoplazmę bakteryj, pozbawionych właściwego dla nich gruntu odżywczego. Pewne znaczenie w tym kierunku ma i wysychanie, jak to dowiódł Koch dla laseczników cholerycznych. Woda nie jest odpowiednim gruntem odżywczym dla bakteryj, a głównym czynnikiem, przeszkadzającym nieograniczonemu rozmnażaniu się ich w wodzie, jakoteż i w innych płynach odżywczych jest konkurencya innych organizmów, które działają antagonistycznie. Przykładem tego jest zachowanie się laseczników cholerycznych, które na agar żyją całe miesiące, jednocześnie zaś z bakteryjami gnilnemi w brudnej wodzie kanałowej giną po 6—7 dniach. Poszukiwania badaczy wykazały, że w świecie zewnętrznym, w powietrzu, ziemi i w wodzie znajduje się mnóstwo chorobotwórczych bakteryj (laseczniki tyfusowe w wodzie do picia, czarnej krosty w ziemi i wiele innych). Pomimo to zakażenie z powietrza jest zjawiskiem bardzo rzadkiem, a większość chirurgów i ginekologów utrzymuje, że najczęściej przyczyną infekcyi bywają mechaniczne zanieczyszczenia ran rękami i instrumentami. Ze względu na sposób rozszerzania się bakteryj w organizmie rozróżniają dwie grupy chorób zakaźnych: 1) z objawami miejscowymi na miejscu wniknięcia zarazka (typem takowych jest czarna krostka) i 2) bez objawów miejscowych (typ — septycemija). W pierwszej grupie bakteryje, wywołując zmiany na miejscu wniknięcia, rozmnażają się i przez naczynia krwionośne i chłonne dostają się do ogólnego krwioobiegu. Tak rozwijają się: syfilis i gruźlica. Druga grupa chorób zakaźnych, której typem jest posocznica królików (Davaine, Gaffky) cechuje się objawami ogólnymi, występującymi odrazu burzliwie bez wszelkiego umiejscowienia. Przy sekeyi oprócz obrzmienia śledziony nie spostrzega się żadnych zmian organów, a we krwi znajduje się ogromna ilość bakteryj. Można przyjąć i trzecią grupę chorób zakaźnych, do której należą wszystkie ostre wysypki, objawiające się w początku symptomami ogólnymi (okres prodromalny), poczem dopiero zjawiają się objawy miejscowe (wysypka).

Umiejscowienie bakteryj zależy części od dróg, któremi naczynia krwionośne i chłonne mechanicznie roznoszą je w organizmie i od miejscowego usposobienia lub miejscowej odporności niektórych organów. Usposobienie to i odporność zależą od rodzaju zarazki i od rozmaitych okoliczności towarzyszących przemianie materyi organu. W ogóle wszelkie uszkodzenia tkanki czynią ją wrażliwszą na przyjęcie krążącego w organizmie zarodka chorobotwórczego.

Bakteryje chorobotwórcze działają w organizmie fizycznie

lub chemicznie. W pierwszym wypadku (czarna krosta) wskutek nagromadzenia wielkiej ich ilości w naczyniach krwionośnych działają mechanicznie, jako ciała obce, drażniąc tkanki, zmieniając stosunki spójności krwi i zamykając światło naczyń i innych kanałów (np. kanalików moczowych i kłębków nerkowych). Chemicznie działają bakteryje odejmując ustrojowi pierwiastki niezbędne dla jego życia (tlen), wydzielając produkty szkodliwe dla organizmu lub też działają jak szkodliwe fermenty. Szkodliwe produkty bakteryj stanowią odkryte niedawno ptomainy (Brieger)—silnie działające trucizny, jak typhotoxina otrzymana z hodowli laseczników tyfusowych i tetanina i tetanotoxina z laseczników tężcowych. Lasecznik czarnej krosty podług Grohmana przyspiesza krzepnięcie krwi, działa więc jak ferment, a nie ulega wątpliwości, że ciężkie objawy choleryczne (stadium algidum) zależą również od ptomainów, wydzielanych w kanale pokarmowym przez laseczniki choleryczne.—Dwa zjawiska w chorobach zakaźnych: zapalenie i gorączka zależą prawdopodobnie od chemicznego działania bakteryj lub ich produktów. Zapalenie, jak obecnie ogólnie przyjęto, zależy od chemicznej zmiany w składzie tkanek, a szczególnie ścian naczyń. Zapalenia powstałe wskutek działania grzybków w jednych przypadkach ograniczają się do zapalnego obrzęku, w innych zaś dochodzą do ropienia, które obecnie ogólnie przyjmują, jako sprawę bezwarunkowo pochodzenia grzybkowego. Niekiedy zapalenie połączonem bywa z wytwarzaniem się gazów w tkankach, czego przy zapaleniach niebakteryjnych dotychczas nie spostrzegano.—Chociaż bezpośrednich dowodów zależności gorączki od chemicznego działania grzybków nie posiadamy, wskazują jednak na to niektóre zjawiska, jak odwrotne działanie środków antyfebrycznych (chininy i kw. salicylowego), doświadczenia Billrotha i Webera z wstrzyknięciem do krwi gujących zwierzęcych lub roślinnych substancyi, sepsyny (Bergmann) i t. p.

Ważnem zjawiskiem w patologii chorób zakaźnych jest dziedziczność. Bywa ona bezpośrednią wskutek przeniesienia zarazka z matki lub ojca na zarodek albo też objawia się przeniesieniem usposobienia, wrażliwości na chorobę. Pierwszy sposób dziedziczności spostrzega się u syfilitycznych noworodków; co się zaś tyczy gruźlicy kwestya bezpośredniego przeniesienia zarazka na zarodek nie jest jeszcze rozstrzygniętą (Landouzy, Martin, Koubassof i inni). Przy bezpośredniej dziedziczności zarazek znajdować się może w jajku lub w nasieniu (germinative), albo też dostaje się z organizmu matki za pośrednictwem łożyskowego krwiobiegu (placentare Heredität). Dziedziczenie usposobienia w obecnym stanie naszej wiedzy trudno dać się objaśnić. Najwidoczniej przedstawia się ono przy gruźlicy, gdzie istnieją pewne własności organizmu (habitus phthisicus), sprzyjające powstaniu choroby. Wiadomo również, że słabe osoby łatwiej ulegają gruźlicy, niż silne, i że dyabetycy okazują szczególne usposobienie do tej choroby, co łatwo objaśnić wobec faktu, że laseczniki gruźlicze dobrze się hodują na gruncie zawierającym cukier.

W walce z bakteryjami powstają w organizmie sprawy reakcyjne, które bronią go wobec chorobotwórczych grzybków, często jednak powodują śmierć ustroju (np. zapalenie). Walka ta odbywa się od chwili wniknięcia grzybków do organizmu w miarę posuwania się ich do gruczołów chłonnych, aż póki nie rozmnożą się we krwi i nie owładną całym organizmem. W każdym okresie tej walki nastąpić może zupełne zwycięstwo organizmu nad zgubnem działaniem bakteryj. Według Miecznikowa walka ta odbywa się pomiędzy specjalnymi komórkami, nazwanymi przez niego fagocytami, a grzybkami. Rolę fagocytów w ustroju zwierzęcym odgrywają białe ciała krwi i komórki tkanki łącznej; pochłaniają one w wielkiej ilości chorobotwórcze grzybki, które nie mogą się więcej odżywiać i ulegają rozpadowi. W przypadkach niepomysłnych pewna ilość grzybków nie ulega zniszczeniu, rozmnaża się dalej i wówczas organizm ulega w walce. Podobne zachowanie się komórek spostrzegał M. przy czarnej kroście, róży i gorączce powrotnej. W gruźlicy istnieją jeszcze komórki olbrzymie — makrofagi — pochłaniające właściwe fagocyty. Przeciwko teorii Miecznikowa powstały liczne zarzuty. Virchow przypuszcza nawet, że zjawisko spostrzegane przez Miecznikowa dowodzi właśnie napastniczego działania bakteryj na protoplazmę komórek, a Weigert i Baumgarten jeszcze bardziej uzasadniają to mniemanie ze względu na to, iż spostrzegali rozmnożenie laseczników gruźliczych w olbrzymich komórkach. Wobec zaś widocznego fagocytyzmu w czarnej kroście i gorączce powrotnej utrzymują, że bakteryje ulegają poprzednio osłabiającemu je działaniu organizmu i wówczas dopiero pochłonięte zostają przez komórki. W ogóle hipoteza Miecznikowa dotychczas nie jest dowiedziona, a przyjęcie jej byłoby wówczas uzasadnionem, gdyby nie istniały inne warunki, sprzyjające walce organizmu z bakteryjami.

Podobnie jak grzybki niepatogenne prędko giną w ustroju i niektóre bakteryje chorobotwórcze, ponieważ nie znajdują w nim odpowiedniego gruntu odżywczego lub natrafiają na nie sprzyjające ich rozwojowi okoliczności. W ten sposób powstają niektóre lekkie chirurgiczne zakażenia, prędko przemijające. — Wyleczenie chorób zakaźnych objaśniano zamieraniem bakteryj wskutek nagromadzenia się we krwi produktów ich rozkładu lub też wskutek wyczerpania gruntu odżywczego. Obydwa te przypuszczenia są nieprawdopodobne i zbyteczne, ponieważ lepiej wytłómaczyć to dobrowolnem zamieraniem bakteryj wskutek rozmaitości siły zakaźnej jednego i tego samego zarazka chorobowego i delikatnych chemicznych różnic u pojedynczych osobników, wywołujących rozmaitą wrażliwość. Nie objaśnia to sposobu wyleczenia wszystkich chorób zakaźnych: przy cholercie najprawdopodobniej grzybki przestają się rozwijać wskutek nagromadzenia produktów ich przemiany materji, a dla chorób, wytwarzających następczą odporność, przyjęć trzeba walkę pomiędzy organizmem i grzybkami, w której organizm hartuje się przeciw nowej infekcyi. Tutaj komórki nabywają pewnych

życiowych własności natury fizycznej lub chemicznej, a może działają przytem jeszcze nieokreślone siły życiowe, analogiczne tak zwanej sile nerwowej. Działanie komórek na bakteryje porównać można do antagonizmu, spostrzeganego pomiędzy rozmaitego rodzaju bakteryjami, hodowanymi w jednym naczyniu (Garré).

W wyleczeniu chorób zakaźnych mają jeszcze znaczenie: 1) otorbienie przez utworzenie wału naokoło grzybków z białych ciałek krwi, mechanicznie ograniczającego dalsze ich rozszerzanie się (tutaj należy też nowotworzenie tkanki łącznej w chronicznych zapaleniach i zwapnienie mas gruźliczych) i 2) wydalenie bakteryj z organizmu przez ropienie, odpadnięcie części zgorzeliowych albo drogami naturalnymi: przez nerki (Cohnheim, Philipowicz), kiszki (Emerich, Buchner) i z mlekiem (Escherich).

Wrażliwość pojedynczych osobników na choroby zakaźne zależną bywa od wieku, rasy i wielu innych warunków. Niektóre choroby występują tylko w wieku dzieciennym (ospa wietrzna), inne oszczędzają pewne rasy (syfilis nieznanym jest u negrów Afryki środkowej), w ogóle ludzie silniejsi łatwiej unikają chorób zakaźnych, niż ludzie słabi. A chociaż są choroby, jak tyfus i zapalenie płuc, częściej napadające osoby silne, to ściślejsze spostrzeżenia wskazują, że osoby te poprzednio uległy jakimś szkodliwościom, jak zmęczeniu, zaziębieniu, zbożeniu w trawieniu i t. p.

Odporność (Immunität) organizmu wobec chorób zakaźnych bywa wrodzoną lub nabytą. Organizm staje się odpornym na chorobę po jednorazowem przejściu tej samej choroby lub często lżejszej pokrewnej jej postaci (ospa krowia względem ospy naturalnej). Na tej zasadzie opartem jest szczepienie ochronne chorób i nowy sposób leczenia—bakteryjoterapija (Fehlevien, Cantani, Emmerich, Pawłowski i inni). Nabytą odporność objaśniają chemicznymi zmianami gruntu odżywczego albo wydzielaniem trujących substancyj, niedopuszczających dalszego rozwoju bakteryj, ale najprawdopodobniej zależy ona od życiowego zastosowania się komórek tkankowych do walki z bakteryjami, polegającym na nabyciu szczególnych zdolności i sił życiowych. Własności te przechodzą od jednej generacji komórek do drugiej, od jednego osobnika na jego potomstwo. Szczepienie wyjąłowych hodowli wywołuje u zwierząt odporność przez wywieranie szczególnego impulsu na życie komórek, wytwarzającego trwałą ich zmianę. Odporność zaś przez aklimatyzacyją objaśnia się tem, że organizm przyjmuje bardzo małą ilość bakteryj, które nie są w stanie wywołać choroby, jednakże wystarczają do zahartowania komórek tkankowych. Dla niektórych chorób powstaje wzmożona wrażliwość organizmu po ich przebyciu (np. zapalenie płuc, dyfteryt, róża); objaśniają to wrodzonym indywidualnem usposobieniem organizmu, wskutek którego staje się on wrażliwszym na niektóre choroby.

Nareszcie podczas przebiegu choroby zakaźnej organizm

łatwiej ulega powtórnemu zakażeniu, jak to widzimy przy tak zwanych zakażeniach mieszanych (Mischinfection). Łatwo to objaśnić zmniejszoną odpornością organizmu, a także jak przy tyfusie istnieniem otwartych dróg (wrzody kiszki), przez które łatwo zarazek dostaje się do ustroju.

Na większą lub mniejszą wrażliwość organizmu względem chorób zakaźnych wpływają jeszcze rozmaite zewnętrzne warunki, działające jednocześnie i na grzybki chorobotwórcze. Znanem powszechnie jest rozszerzanie się tyfusu za pośrednictwem wody do picia, a niewątpliwie ważne znaczenie posiada wpływ pory roku, klimatu, stosunku wody gruntowej i warunków meteorologicznych.

Grzybek chorobotwórczy zmienia swe własności, podobnie jak i wyższe organizmy. Chociaż doświadczenia Buchnera nad przemianą zwykłego lasecznika siennego w lasecznik karbunkułowy i odwrotnie drogą odpowiedniej hodowli okazały się błędne, udało się jednak otrzymać złagodzenie zaraźliwości zarazków chorobotwórczych. Pierwszy Pasteur otrzymał osłabiony zarazek cholery kur i przekonał się, że im późniejszą jest generacja bakteryj, tem mniej jest wytrzymała na wpływy szkodliwe i w mniejszym stopniu posiada własności trujące. Złagodzenie zarazka chorobotwórczego może nastąpić przez hodowlę przy dostępie powietrza lub tlenu, wskutek działania wysokiej temperatury (Toussaint, Chauveau), światła (Arloing), przez wysuszenie (lyssa), wskutek hodowli zarazka w rozmaitych ustrojach lub też przez ciągle hodowanie ich na sztucznych gruntach odżywczych (Emmerich). Dla bakteryj istnieje pewne maximum ciepłoty, przy którym one giną i optimum ciepłoty, przy którym najlepiej się rozwijają. Pomiędzy temi punktami jest sfera temperatury, w której następuje wyraźne osłabienie ich własności zakaźnych. Zarazek róży złośliwej świń (Schweinerotlauf) hodowany poprzednio u królików staje się łagodniejszym dla świń. Zarazki chorobotwórcze tracą nadto swą złośliwość przed dodaniem do hodowli środków antyseptycznych. Są także wpływy zwiększające zaraźliwość zarazków, t. j. sprzyjające ich rozwojowi, jak dłuższa aklimatyzacja ich na zwierzęciu lub poprzednie hodowanie na pośrednim gatunku zwierząt. Zarazek posocznicy królików przeniesiony na kurę wywołuje lekką chorobę, hodowany zaś na gołębiach wywołuje u kur cholere kur.

Miejsce wniknięcia zarazka do ustroju wpływa na ciężkość przebiegu choroby. Ospa zaszczerpiona na skórze jest lżejszą, niż powstała wskutek ogólnej infekcyi. Nadto widocznym jest wpływ ilości bakteryj na przebieg choroby. Owce berberyjskie odporne zwykle na karbunkuł mogą uleść tej chorobie, jeżeli wstrzyknąć im do krwi wielką dawkę zarazka. Doświadczenia nad wpływem ilości wstrzykniętego zarazka pozwalają przypuszczać, że nawet niewinne grzybki w wielkiej ilości przeniesione do organizmu mogą stać się chorobotwórczemi. W pochwie kobiet znajduje się ogromna ilość grzybków, nie mających żadnego znaczenia lub też najwyżej podtrzymujących

przewlekłe nieżyty; można jednak przypuścić że wskutek ich ilości i przystosowania do życia pasorzytniczego stają się one chorobotwórcami i powodują rozmaite choroby organów miednicy. W ten sposób wytłómaczyć można powstanie nowych chorób, podczas gdy znikanie pewnych chorób objaśnia się osłabieniem zarazliwości i utratą jej, albo też nabytą i odziedziczoną odpornością organizmu.

W ogóle grzybki chorobotwórcze podlegają ogólnym prawom filogenetycznym. Zmieniają się one wskutek działania zewnętrznych warunków i te zmiany są tem prędsze i tem ważniejsze, im prostszą jest ich budowa i organizacja. Uzasadnionem jest nawet przypuszczenie, że prawa Darwina najłatwiej mogą być sprawdzone na bakteryjach wskutek względnej prostoty ich biologicznych stosunków i z tego powodu ogólną patologija chorób zakaźnych posiada ogromne znaczenie dla badacza przyrody.

M. Hopfenblum.

34. P. W. LATHAN. **O stosunku drobnoustrojów do chorób.** (*The Harveian Oration, The Lancet. 1888. Nr. 3399.*)

Nie ulega wątpliwości, że przyczyną pewnych chorób są drobnoustroje. Znajdujemy je stale w narządach zaatakowanych. Oczyszczone drogą hodowli od możliwych domieszek i wprowadzone do ustroju zwierzęcego wywołują właściwą im postać choroby. Tak dzieje się np. z lasecznikami czarnej krosty, posocznicy u myszy i królików. Najmniejsza kropla krwi karbunkułowej, zawierającej laseczniki lub ich zarodniki, wprowadzona do ustroju zwierzęcia zabija je w ciągu 24—36 godzin, a w naczyniach włoskowatych wątroby, śledziony, płuc, nerek i żołądka znajdujemy kolosalne ilości tych laseczników. Rozwój laseczników w ciągu tak krótkiego czasu wydaje się bajecznym. Lasecznik sienny, niezależny, ale pod wielu względami podobny do lasecznika czarnej krosty, przy żyznej glebie i obfitości tlenu, oraz przy T° 86 F. (30° C.) podwaja swą długość i dzieli się raz w ciągu 30 minut, tworząc 2 oddzielne osobniki. Z tego raz wypada, że po upływie 24 godzin liczba potomków jednego osobnika dochodzi do 800 milionów-miljonów (!)

Przy gorączce powrotnej znajdujemy we krwi w okresie gorączkowym wicznie ruchliwe spirochety Obermeiera, podobne do niewinnych spirochet Cohna, znajdujących się na zębach. Na zewnątrz ustroju zamierają przy temperaturze gorączkowej. Przypuszczalnem więc jest, że sama gorączka zabija je, a z ich rozpadu pozostają cząsteczki, z których pewna część może stanowić zarodniki. Krew chorych na gorączkę powrotną wywołuje ją u ludzi i małp, jeżeli jest wziętą w okresie gorączkowym, ale krew w okresie bezgorączkowym jest jałową.

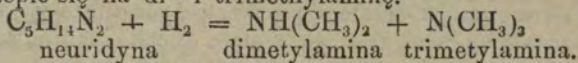
Lasecznik gruźliczy nie na każdym przyjmuje się gruncie: np. mysz domowa stanowi dla gruźlicy grunt dość odporny, a polna jest nadzwyczaj do niej skłonna. Tak samo dzieje się w rozmaitych rodzinach u ludzi.

Laseczniki t. zw. niechorobotwórcze wprowadzone do ustroju zwierząt niższych, nawet w wielkiej ilości, w krótkim czasie giną—w ciągu 3-ch godzin (Wysokowicz), a to dzięki własno-

ściom żywotnym krwi. Znajdujemy je w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym i tutaj giną, jeżeli nie zawierają zarodników. Jeżeli zarodniki wstrzykniemy do krwi tedy żyć mogą około 3 miesięcy, i nareszcie giną, ale w sposób odmienny, mianowicie w sposób opisany przez Miecznikowa, zasadzający się na walce o byt pomiędzy bakteryjami a białymi ciałkami krwi, obdarzonymi zdolnością pochłaniania ciał obcych i zatapiania ich w sobie, jako fala pochłaniania topielców. Według Miecznikowa każdy lasecznik pobity w walce z białym ciałkiem staje się bezsilnym wobec ustroju zwierzęcego, w przeciwnym zaś razie, jeżeli nie zostaje pochłoniętym przez białe ciała i zniszczonym albo jeżeli sprawa ta odbywa się zbyt wolno, tedy staje się dla ustroju groźnym.

Jakież zmiany sprowadza we krwi i tkankach lasecznik, nie pobity przez ciała krwi? Wiemy, że pośród wytworów rozkładu materji organicznej, któremu towarzyszy rozrost pewnych drobnoustrojów, pojawiają się jady chemiczne, zdolne do zburzenia życia zwierzęcego. Znany drobnoustroje (*bacillus lacticus*), sprowadzające fermentację kwaśną laktozy, a kwas mleczny zneutralizowany może pod wpływem innego lasecznika (*bacillus amylobacter*) przejść w kwas masłowy. W czasach nowszych odkryto pewne alkaloidy zwierzęce, jako wytwory rozkładu ciał białkowych, podobne z własności i budowy do alkaloidów roślinnych. Niektóre z nich są nieszkodliwe, inne posiadają w rozmaitym stopniu własności trujące. Już przed 70 laty Kerner zwrócił uwagę na podobieństwo między działaniem jadu kielbasy z atropiną. Nie ulega wątpliwości, że działanie to zależy od alkaloidu, wytwarzającego się przy rozkładzie kielbasy pod wpływem pewnego lasecznika (Cohn, Bienstock). Ser w rozkładzie (pod wpływem *Tyrophrix tenuis*), łosoś, śledzie wytwarzają też pewne alkaloidy. Panum (1856) wykazał, że otrucie w tych razach zależnem jest od obecności trucizn chemicznych, a Armand Gautier (1872) oddzielił pewną ilość tych ciał, następnie Selmi w Bolonji i nazwał je ptomainami. Brieger określił ich skład, np. neuridyna— $C_5H_{14}N_2$, neurina— $C_5H_{13}NO$, cholina— $C_5H_{15}NO_2$.

Neuridyna, alkaloid nie trujący, jest najstalszą i w znacznej ilości znajduwaną w okresach początkowych rozkładu, i może rozszczepić się na di- i trimetylaminę:



Po usunięciu neuridyny, z mięsa gnijącego możemy wyciągnąć dwie trucizny inne: neurynę i cholinę, różniące się w budowie tylko o cząsteczkę H_2O , a jednakże neuryna jest dziesięć kroć więcej trującą niż cholina. Z gnijącej ryby i żelatyny otrzymano muskarynę—alkaloid otrzymany poprzednio przez Schmiedeberga i Koppégo z muchomora pospolitego. Brieger otrzymał też inne jeszcze ciała przy rozkładzie białka w rozmaitej temperaturze i skład ich oznaczył: etylen diaminę, gadininę, trimetylaminę kadawerynę, putrescynę, saprynę i mydaleinę.

Z tych faktów wyprowadzamy wynik ważny, że trucizny te wytwarzają się podczas rozkładu, w czem laseczniki grają ro-

łę czynną, a prawdopodobnem jest, że wpływ na ustrój zwierzęcy, wywierany przez pewne laseczniki zależy od wytwarzania się tych alkaloidów. Pamiętać należy, że wytwarzają się one z tkanek zwierzęcych martwych, jeżeli więc stanowią wytwór tkanek żywych pod wpływem tychże laseczników, to jest to możebnem tylko w takim razie, gdy tkanki te utraciły t. zw. żywotność lub też gdy zmieniły się warunki ich bytu, stanowiące zdrowie. To jednakże nie da się zastosować do takiego zaburzenia, jak czarna krosta, albo nawet gruźlica u świnki morskiej, kiedy najoczywściej wprowadzenie czystej kultury laseczników do zwierząt zdrowych spowoduje chorobę właściwą. Fakt ten nasuwa pytanie, czy pozornie niewinne bakteryje mogą być tak kultywowane na zewnątrz ustrojów, aby mogły nabyć potężnej jadowitości i stać się chorobotwórczymi. Kwestyję tę rozstrząśniemy później. Tymczasem zaznaczyć wypada, że i żywe tkanki wytwarzają pewne ptomainy (leukomajny Gautier) bez współdziałania bakteryj (betaina, guanina, ksantyna, kreatinina etc.) Nagromadzenie się tych ciał w ustroju zapobiega ich rozkład dzięki utlenieniu, lub ich wydaleniu przez wątrobę i nerki; w przeciwnym razie—w zaburzeniu czynności narządów ustroju trucizny te nagromadzają się w nim, powodując zatrucie (mocznicą, dna, cukrzyca). Mocznicą zależy od nagromadzenia się w ustroju trucizn, których wydalenię nerki chore podobać nie mogą. Przy dnie trucizną działającą na ustrój jest kwas moczowy. W cukrzycy nie tylko glukoza jest powodem zaburzeń, ale mamy tu w skłonności do węgliku i gruźlicy płuc dowody, że w składzie tkanek zachodzą nieprawidłowe zmiany cząsteczkowe; z postępem choroby występuje ospałość, wskazująca na obecność we krwi wytworu nieprawidłowego, działającego na system nerwowy i nareszcie na krótki czas przed śmiercią w moczu ukazuje się aceton.

W r. 1886 autor wykazał, że związki białkowe żywe uważać możemy za pewne cyjanalkohole połączone z jądrem benzolowem, czyli innymi słowy, kombinując kwas cyjanowy z ciałami należącymi do grupy benzolowej i z 5-ciu aldehydami—metylowym, etylowym, propionowym, masłowym i waleryjanowym—otrzymujemy związki tego samego składu, co białko. Zarazem wykazał, że znaczna liczba takich ciał, jak glikokol, kwas mlekowy, leucyna etc. otrzymywanych z ciał proteiновых, może być otrzymana sztucznie z tychże cyjanalkoholów. Jeżeli warunki utrzymujące cząsteczki w związku zostają zmienione, tedy cząsteczki miasto przemian prawidłowych rozpadają się i utleniają się częściowo, tworząc takie związki jak glukoza z metylowego cyjanalkoholu, kwas masłowy i paraldehyd z etylowego, a kwas oksymasłowy i aceton z propionowego cyjanalkoholu. Takie pojmowanie składu białka objaśnia też powstawanie ptomain Briegera. Z metylowego cyjanalkoholu

$$\text{CH}_2 \begin{cases} \text{OH} \\ \text{CN} \end{cases} \text{—możnaby otrzymać glikokol—} \text{CH}_2 \begin{cases} \text{NH}_2 \\ \text{COOH} \end{cases}, \text{ który}$$

przy pewnych warunkach rozkłada się na kwas węglany i metylaminę — CH_3NH_2 . Ostatnia przy pewnych okolicznościach

tań była w możności opierania się intruzom pasorzytniczemu, może stać się urodzajną dla nich glebą. Rossbach i Rosenberger wykazali doświadczalnie, że po wstrzyknięciu do naczyń papajny lub sterylizowanej krwi septycznej, we krwi ustroju rozwijają się z niesłychaną szybkością micrococci — we krwi dotychczas dla drobnoustrojów nieprzystępnej. Inną ilustracją w tym względzie dostarcza nam sprawa fermentacji. Cukier może tą drogą zamienić się na kwas węglany i alkohol, ale roztwór czysty sachariny nie ulega fermentacji, choćby za dodaniem największej ilości drożdży lub bakteryj w stanie czystym. Trzeba w tym celu dodać nieco substancji azotowej, tworzącej karmę dla drobnoustrojów, a wtedy zaczyna się sprawa rozkładowa Świata roślinny dostarcza nam innych dowodów, że dla rozwoju bakteryj trzeba pewnych swoistych warunków w tkankach oraz pory specjalnej dla ich wzrostu. Rzeżucha pospolita (*Lepidium sativum*) często bywa nawiedzana przez grzybek (*Cystopus candidus*), sprowadzający rozliczne zmiany chorobliwe (biała rdza), dające się skonstatować z pierwszego rzutu oka. W zagonie — w porze kwitnienia rzeżuchy, możemy znaleźć pewną ilość okazów chorych pośród setki lub tysiąca innych, nie zaatakowanych przez pasorzyt, zupełnie zdrowo kwitnących aż do kresu roślinności; jednakże grzybek ten wytwarza niezliczoną ilość zarodników, rozpraszających się po zagonie i zdolnych do dalszego rozwoju na gruncie dogodnym. Co w tym razie stanowi skłonność lub odporność indywidualną rzeżuchy? Każdy zdrowy okaz jest w równej mierze skłonny do zarazy, ale skłonność ta ogranicza się do pewnego tylko znanego okresu rozwoju i ustaje raz na zawsze po przebyciu tego okresu (De Bary).

W osobnikach ludzkich widzimy to samo odnośnie do *Trichophyton tonsurans*, który często atakuje dzieci niżej lat 16; po tym roku życia, chociaż grzybek ten może osiąść na innych częściach ciała, *capillitium* zostaje zwykle nietykalmem. Muszą tu zachodzić pewne zmiany w tkankach, czyniące je mniej dla grzybka dostępnymi.

Czy zaburzenie czynności gruczołów odnośnie do alkaloidów nie wpływa na rozwój gruźlicy? Przypuśćmy istnienie w gruczołach pewnego osobnika t. zwana *Vulnerabilitas* — wrodzoną lub nabytą, t. j. że przy podrażnieniu najłżejszem błon śluzowych sąsiednie gruczoły chłonne podlegają powiększeniu i zapaleniu, i zamiast wrócić do stanu prawidłowego podlegają zserowaceni. Takie gruczoły nie będą więcej pełniły właściwej im czynności, a jeżeli tą czynnością jest niszczenie alkaloidów, tworzących się przy przemianie materji w błonie śluzowej, tedy alkaloidy przejdą przez nie transito do krwi, osłabiają żywotność ciałek białych lub komórek na — i śródbłonkowych, albo też zmienne warunki krwi, że lasecznik gruźliczy znajduje dla siebie glebę żyzną. Być też może, że to substancje trujące, działają na błony śluzowe, jako i inne irytamenta, sprowadzają nadmierny rozrost komórek nabłonkowych i w ten sposób przygotowują grunt dogodny dla osiedlających się tutaj laseczników. Ustrój ludzki w stanie zdrowym może być zdolnym do

niszczenia lasecznika gruźliczego, tak samo jak ciątka białe żaby w doświadczeniu Miecznikowa mogą zburzyć lasecznik czarnej krosty, ale nie przy warunkach odmiennych. U zwierząt którym zaszczepiono lasecznik gruźliczy gruczoły chłonne w sąsiedztwie ulegają obrzmieniu i zserowaceni, za czem w krótszym lub dłuższym czasie odstępie występuje gruźlica ogólna. Ale oprócz tej drogi, należy pamiętać o tem, że tkanki niezdrowe, takie, jakie wytwarzają się wśród atmosfery zatęchłej, przy strawie nędznej i niedostatecznej etc. stanowią również grunt dogodny dla tych pasorzytów. Często znajdujemy tkanki ustroju przed wtargnięciem laseczników w stanie, wskazującym na istnienie pewnych zmian anatomicznych, zanim jeszcze w nich osiadły laseczniki, gdzie zatem wystąpienie ich na scenę jest raczej konsekwencyją zaburzenia. Nieraz, np. w przypadkach ostrej gruźlicy narządów, znajdujemy oznaki zwykłego zapalenia osłon mózgowych bez śladu laseczników. A w płucach pierwszym okresem choroby jest stan podobny, mianowicie wypełnienie pęcherzyków komórkami nabłonkowemi, czyli innemi słowy, pneumonję nieżytową, a zmiany zachodzące w nabłonku zależą od jego żywotności. Niektóre z komórek mogą rozrastać się i wzajemnie się spajać, tworząc t. zw. komórki olbrzymie, które były niegdyś uważane za pierwiastki typowe gruźelka, a których własności fagocytów wykazał Miecznikow. Jeżeli siły żywotne tych komórek będą wyczerpane, tedy muszą umierać i uleść zserowaceni.

Gdy laseczniki opanowały już tkankę pewną i żyją kosztem jej zarodki, tedy już same mogą wytwarzać pierwiastki trujące, zdolne osłabić i zburzyć otaczające tkanki i komórki. W ten sposób drobnoustroje nie są tyle „podżegaczami“ ile „roznosicielami“ złego. To znaczy, że zapalenie pierwotne może wybuchnąć bez ich współdziałania, ale obecność bakteryj nadaje mu moc rozsiewania się w tkankach dotąd zdrowych (Sanderson). Czasami jednak już po osiedleniu się lasecznika gruźliczego w tkankach, komórki nabłonkowe mogą nabrać tyle energii, aby zapobiedz ich dalszemu przenikaniu i zniszczyć je; wtedy lasecznik znika, a na polu walki pozostaje jako jej ślad „gruzełek włóknisty“ zawierający komórki olbrzymie, ale nie laseczniki.

Czy nie powinniśmy wnioskować z tych faktów o metodach, jakich trzymać się mamy przy zapobieganiu i leczeniu chorób. Naszą rzeczą nie powinno być wojowanie z lasecznikami, ale raczej wyposażenie ustroju do walki skutecznej, t. j. wzmocnić krew i tkanki przez odpowiednie środki dyetetyczne, higieniczne i lecznicze. I czy takie postępowanie nie jest najzgodniejszym z doświadczeniem. Ani na chwile nie możemy przypuścić, aby laseczniki mogły zanieść chorobę w warunkach zwykłych osobnikom zdrowym. Statystyka zebrana przez Cottona Williams'a i Edwards'a w Brompton Hospital dostatecznie wykazała niezaraźliwość suchot. A zatem, jeżeli normalny ustrój ludzki może oprzeć się wtargnięciu lasecznika, tedy zdro-

wy rozsądek nakazuje baczyć na rozwój zdrowych tkanek w celu niedopuszczenia inwazyi lub wstrzymania rozwoju lasecznika. Niewielu chyba zaprzeczy znakomitych korzyści, jakie oddaje tran przy leczeniu suchot, albo masło, jako środek dyjetetyczny, lepiej nawet znoszone i chętniej przyjmowane. A cóż te środki mogą zrobić lasecznikom? Zaprawdę, odkrycie laseczników gruzliczych jest pod pewnemi względami dobrodziejstwem obosiecznem, a forsowne podawanie środków antyseptycznych może zabić pacyjenta, ale nie bacillusy.

Pozostaje jedna jeszcze kwestyja odnośnie do drobnoustrojów. Ze wszech stron otaczają nas pewne formy ich, które w warunkach zwykłych żadnej nie przynoszą nam szkody, i jako saprofity żyją na padlinie zwierzęcej lub roślinnej. Czy mogą te niewinne drobnoustroje nabrać przy pewnych warunkach własności jadowych, pozwalających im osiąść na żywej materji zwierzęcej? Czy lasecznik sienny może stać się lasecznikiem czarnej krosty? lub też czy może choroba swoista powstać *de novo*? W tym względzie w rzędzie bakteryjologów mamy 2 obozy przeciwne: z Buchnerem na czele z jednej, a Kochem i Kleinem z drugiej strony. Wszyscy jednak wierzą, że lasecznik czarnej krosty drogą hodowli odpowiedniej może być doprowadzonym do stanu bezbronności, jakkolwiek bliższej natury tego, tak powiedzieć rozbrojenia lasecznika nie znamy. Z drugiej strony przy pewnej metodzie łagodzenia lasecznika tenże może następnie odzyskać własności trujące, przy innych zaś traci je nazawsze. Oprócz tego jadowitość lasecznika może być zmieniana, zależnie od gatunku zwierzęcia, któremu został zaszczipionym. Jeżeli więc tak jest w istocie, dla czegożby, odwrotnie, pozornie niewinne saprofity nie mogły przy warunkach sprzyjających stać się złośliwemi? a jeżeli bakteryjology odrzucają tę możność, to chyba dla tego, że nie znamy jeszcze sposobu, w jaki ta metamorfoza do skutku dojść może. Trudno przypuścić, aby choroby swoiste i bakteryje złośliwe istniały od stworzenia świata. Musiały one przechodzić pewne fazy rozwoju, a co się rozwinęło w danym czasie okresie, to powstać może znowu przy warunkach jednolitych. Te zaś wypływają ze zbiegu współcześnie działających okoliczności, jako to pewnej temperatury i specjalnej karmy (pabulum), pewnego wytworu rozkładowego w odpowiednim okresie rozkładu, następnie warunków specjalnych żywego ustroju, podupadłej żywotności, warunków gruntu etc., a nareszcie może potrzeba na to pewnych wędrowek po przez rozmaite gatunki zwierząt, zanim lasecznik nabierze własności swoistych. Znamy wszak przykłady ze świata roślinnego, dowodzące, że komórki roślinne mogą raz posiadać własności trujące, drugi raz nie. Jadowitość migdałów gorzkich zależy od ilości zawartej w nich amigdaliny; migdały słodkie zaś nie zawierają jej, a jednak nie różnią się w sposób swoisty od pierwszych: roślina z migdałami gorzkimi może wyrosnąć z nasion słodkich, a słodkie i gorzkie nasiona mogą rodzić się na tym samym okazie (De Bary). Chociaż nie znamy powodu tego różnicowania, ale pomaga ono nam do zrozumienia tej możliwości, że pod wpływem drobno-

ustrojów mogą rozwinać się komórki zdolne wywierać wpływy odmienne na ustrój, i przypuszczać można, że przy prostym zaniedbaniu przepisów sanitarnych drobnoustroje niewinne nabierać mogą własności jadowitych i że zatem choroby mogą powstać *de novo*.

W rezultacie więc widzimy, że zachodzi związek niezaprzeczony między bakteryjami a chorobami, ale jaki tu jest modus operandi, to poznać możemy dopiero z badań dalszych, zwłaszcza na polu chemii fizyologicznej. Może badania te doprowadzą nas do lepszego pojęcia składu białka, do odkrycia jadu wytwarzanego przez laseczniki z jakiej mianowicie cząsteczki składowej białka się wytwarzają; druga cząstka może wytwarzać antidotum czyli odtrutkę względem tej, którą rodzą laseczniki. Być nawet może, że znajdziemy pewne substancyje, które znieważą działanie i rozwój laseczników a wstrzyknięte do krwi zapobiegną rozwojowi choroby, albo ją w biegu wstrzymają i ustrój uzdrowią.

D. Wassercug.

35. Prof. R. TRIPIER. **O stosunku zachodzącym pomiędzy posocznicą a strupem poślądkowym, lub innymi ropniami skórnymi w gorączce durzycowej.** *Note sur la relation constante qui paraît exister dans la fièvre typhoïde entre la septicopyhémie viscérale et la présence d'une eschare fessière ou d'autres suppurations cutanées.* (*Lyon Médical. T. LVIII, Nr. 24, 1888*).

Autor twierdzi, iż posocznica, wikłająca nieraz gorączkę durzycową, pochodzi zawsze od strupa poślądkowego, lub innych jakichkolwiek ropni skórných, a nigdy od uszkodzeń jelita; we wielu bowiem obserwowanych przezeń przypadkach posocznicy w przebiegu duru znajdował on zawsze w jelicie nieznaczne tylko uszkodzenia, lub owrzodzenia prawie już zagojone, na poślądkach zaś strup lub inne znaczne uszkodzenie skóry, które w każdym obserwowanym przypadku prędzej można było przyjąć za przyczynę zjawiska przerzutowego, aniżeli nieznaczne uszkodzenia jelita; skórne bowiem uszkodzenia i wewnętrzne ropnie zjawiają się zwykle jednocześnie w danym okresie choroby i w chwili, gdy owrzodzenia jelitowe są już w okresie zabliznienia.

Mylnem jest, podług autora, mniemanie co do pochodzenia, w podobnych przypadkach, uszkodzeń skórných od przerzutowych ropni wewnętrznych organów, które to ropnie ze swej strony pochodzić mają koniecznie od uszkodzeń jelita. A to:

1) dla tego, że autor, podczas długoletniej swej pracy nad tą kwestyją, ani razu nie widział spółistnienia ropni wewnętrznych organów z ograniczonymi a nieznacznymi uszkodzeniami jelita bez wszelkich uszkodzeń skórných.

2) Nawet opisane przez innych autorów przypadki podobnego spółistnienia mają względną tylko wartość; ponieważ nie zwracano w nich dostatecznej uwagi na uszkodzenia skóry.

(Sam autor opisał jeden przypadek, gdzie jednocześnie z ropniami płuc i wątroby okazały się dopiero przy badaniu zwłok owrzodzenia na brózdzie pomiędzy poślądkami).

3) Nareszcie uszkodzenia skórne występują zawsze przed objawami posocznicy, wywołującej szybko śmierć chorego.

Uszkodzenia skórne mogą się znajdować na różnych miejscach ciała, nie koniecznie na pośladku i pochodzić od najróżnorodniejszych przyczyn: ucisku długotrwałowego, wilgoci, od zanieczyszczania moczem i kałem u chorego bardzo osłabionego i t. p.

W końcu autor kładzie nacisk na to, iż, w celu zapobieżenia powikłania posoczniczowego u chorych na durzycę, nie powinny być lekceważone już istniejące uszkodzenia skórne, jako też baczna trzeba zwracać uwagę na możliwość i łatwość powstawania tych ostatnich u ciężko chorych. *O. Manson.*

II. Chirurgija.

36. LANGE. *Die Behandlung der Mastdarmfisteln mittels Excision und Naht.* (*Beilage zum Centralblatt. für Chir.* 87 N. 25, S. 73).

37. MORINI. *Sul trattamento delle fistoli Anali per primat intensione.* (*Centr. f. Chir.* 87 N. 34).

38. QUENU. *De la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus.* (*Bullet. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris* 1887, t. XIII, p. 533).

Leczenie przetok odbytowych za pomocą wycinania takich i gojenia rychłozrostem, zostało wprowadzone przez lekarzy amerykańskich. W tym celu należy najprzód rozciągnąć zwieracz i wprowadzić gąbkę z nitką do prostnicy. Następnie wprowadza się zgłębnik do całej przetoki. Gdyby to nie udało się z powodu krętości przejścia, należy użyć dwóch zgłębników, z których jeden wprowadzamy do otworu zewnętrznego, drugi zaś – do wewnętrznego, dopóki razem się obadwa nie zetkną. Lange nie uznaje przytem tak zwanych przetok niezupełnych zewnętrznych, z wyjątkiem gruzliczych. Zawsze można, zdaniem jego, przy dokładnem badaniu wykryć otwór przetoki wewnętrznej. Wprowadziwszy zgłębnik do przetoki, rozcinamy od strony kiszki części miękkie razem z błoną śluzową aż do zewnętrznej, twardej ściany kanału. Samego kanału otwierać nie należy, lecz trzeba go naokoło oddzielić od części miękkich. Operacyja zatem polega tu na wyluszczeniu całej przetoki bez jej otwierania.

Wyluszczenie przetok i gojenie per primam stanowi rękoczyn łatwy w przypadkach prostych; natomiast przy przetokach rozgałęziających się, połączonych z większemi podminowaniami błony śluzowej, operacyja jest mozolna i trudna. Od właściwości otrzymanej rany oraz od tego, czy udało się dokładnie usunąć ściany przetoki i czy nie znaleziono w jej okolicy nacieczenia zapalnego, zależy zupełne lub tylko częściowe zeszywanie samej rany. Nadmienić wypada, iż w tych nawet razach, w których nie cała rana była zeszyta, wyleczenie na-

stępowało prędzej, aniżeli przy prostem rozcinaniu z pozostawieniem modzelowatych ścian przetoki.

Do szwów używa L. katgut jodoformowy; nakłada przytem kilka szwów zluźniających (*Entspannungsnähte*) i resztę na błonę śluzową. Baczyć należy na dokładne przystosowanie powierzchni przecięcia zwieracza. Obklówanie i skręcanie naczyń L. przekłada nad podwiązkę. Leczenie późniejsze odpowiada leczeniu po perineoplastyce. Szwy zluźniające zdejmują się po dwóch tygodniach. Wyniki, otrzymane przez L., nie można nazwać idealnie dobrymi; ma on jednakże nadzieję otrzymać lepsze po ulepszeniu techniki. Z pomiędzy 13 przypadków 4 zagoiły się bez ropienia; w trzech przypadkach niewielkie ropienie przedłużyło nieco leczenie. W innych przypadkach (szwy przeważnie były nakładane tylko na część rany) następowało częściowe gojenie *per primam*, częściowe zaś — *per secundam*.

Morini w dwóch przypadkach przetok odbytowych bez podminowań, po uprzedniem przygotowaniu chorego rozciął przetokę, wyskrobał, oczyścił 20/100 roztworem sublimatu i wreszcie powierzchnie rany dokładnie zeszył za pomocą głębokich i powierzchownych szwów (raz 13, drugi raz 38). Opatrunek, zatrzymanie wypróżnień na dni 10, leżenie w łóżku i dieta. Przebieg bezgorączkowy. Szwy usunięto 10 i 9 dnia. Wyleczenie.

Postępowanie operacyjne, opisane przez Quénu, niewiele różni się od poprzednich. Radzi on także najprzód rozciąć przetokę, potem ściany jej wyciąć. Tylko w przetokach, leżących tuż pod powłokami (*sous-tégumenteuse*) dogodne jest wprowadzanie zglębniaka i wycinanie przetoki bez jej otwierania. Krwawienie zwykle bywa nieznaczne. Do szwu Q. używa grubego katgutu od strony кишки i drutu srebrnego na kroczu. Wprowadziwszy wziernik Sims'a Q. rozpoczyna szyć z góry ku dołowi. Szwy nakłada, jak przy perineorafii, nie wyklówołając igły w samej ranie, lecz prowadząc ją wciąż równolegle po powierzchni rany, pod dnem takowej i wyklówołając na drugiej stronie. W ten sposób nie zeszywa się samych tylko brzegów rany, lecz obklówa się szwem całą powierzchnię rany. Postępując w ten sposób, przystosowujemy dokładnie brzegi rany i nie dopuszczamy zbierania się wydzielin na dnie takowej. Q. gani postępowanie Smitha, który zeszywa tylko brzegi rany, na dno zaś rany zakłada sączek. Jako opatrunek, Q. używa tampon z waty jodoformowanej. Szwy zdejmuje 10 lub 11 dnia. Wrazie rozgałęziających się i podminowujących przetok, co można, trzeba usunąć nożyczkami, resztę — zeszkrobać. Na 9 przypadków, w ten sposób operowanych, w 6 powodzenie było zupełne, w 1 niezupełne, w 2 zaś otrzymano wynik ujemny.

W dyskusyi zabierali głos Berger, Segond, Pozzi i Terrillon, godząc się na to, że operacya może być pożyteczna w przypadkach przetok mniejszych i prostych. W razie przetok rozgałęziających się, jamistych, podminowujących lepiej leczyć za pomocą ziarninowania.

B. Sawicki.

39. SCHUCHARDT. *Ueber die tuberculöse Mastdarmfistel* (*Samml. klin. Vorf. Vollmann's, Nr. 296*).

40. GREFFRATH. *Casuistische Beiträge zur Operation der Mastdarmfisteln.* (*Deut. Zeitsf. f. Chir. B. XXVI, H. 1.*)

Celsus pierwszy zwrócił uwagę na trudność gojenia przetok odbytnicowych i zalecił przy ich operacyi jednoczesne usuwanie ziarniny oraz przyległych tkanek obrzmiałych i stwardziałych.

Następny sposób ten wielokrotnie zmieniali i modyfikowali. W wiekach srednich zwrócono uwagę na częstość jednoczesnego występowania suchot i przetok odbytnicowych; wyprowadzono stąd wnioski, że przetoki stanowią drogę za pomocą której szkodliwe soki wydzielają się z organizmem. Na tej zasadzie nie tylko uważano gojenie przetok za szkodliwe, lecz nawet starano się przy suchotach sztucznie je wywoływać. Obecnie związek ten pomiędzy obiema chorobami objaśniamy tem, że stanowią one zarówno miejscowy objaw tegoż samego cierpienia — gruźlicy. Że przetoki odbytnicowe, jeżeli nie zawsze to przynajmniej bardzo często są przejawem miejscowej gruźlicy, udało się Schuchardt'owi sprawdzić w większości spostrzeganych przez niego przypadków za pomocą ścisłych poszukiwań mikroskopowych, oraz szczepień do przedniej komory oka królików, gdy mikroskop odrazu lasecznikównie wykrywał.

Odnośnie anatomii przetok nic nowego autor nie mówi. Nadmienić tylko należy, że większość rzekomych przetok zewnętrznych przy ścisłem badaniu okazywała się przetokami zupełnemi. Otwór wewnętrzny leżał tu przeważnie w pobliżu zwieracza; ponad otworem wewnętrznym znajdował się tuż pod błoną śluzową przewód, sięgający wysoko do góry i zakończony ślepo. Otóż zgłębnik przedostawał się zwykle do tego ślepego wypuklenia, mijając po drodze otwór wewnętrzny. Otwór wewnętrzny leżał zazwyczaj w okolicy lub też ponad zwieraczem; rzadko znajdował się on wyżej, niż 5 cm. ponad otworem odbytu. Gruźlicze przetoki odbytnicowe rozwijają się często przy objawach gwałtownych, podobnie jak periproctitis acuta. Gdy jednak w ostatnim razie po wypuszczeniu ropy następuje rychło zupełne zagojenie, przy przetokach gruźliczych skóra często przedziurawia się w kilku miejscach, ulega podminowaniom, ziarnina i wydzielina przetok przyjmuje charakterystyczny wygląd. W innych przypadkach przebieg przetoki z samego początku bywa przewlekły.

Rozpoznanie tego rodzaju przetok opiera się zarówno na ich wyglądzie, jako i na obecności laseczników. Podczas operacyi znajdujemy często, że przetoka rozgałęzia się w różnych miejscach kończy się ślepo i t. d. Po wyskróbaniu gruźliczych mas ziarninowych znajdujemy na dnie ich nader twardą, modzełowatą, zbitą tkankę łączną, która otaczała ziarninę. Obecność tej twardej podściółki, z której bardzo łatwo zeskrobać ziarninę, odróżnia wyraźnie tego rodzaju przetoki od innych, zwłaszcza przymiotowych.

Z pomiędzy licznych spostrzeganych przez siebie przypadków S. zwraca szczególnie uwagę na jeden, w którym na bliźnie, otrzymanej po zagojeniu przetoki, rozwinął się lupus ex-

foliatus oraz obrzęk jednego z gruczołów pachwinowych. Z równo w porażonej wilkiem skórze, jako i w gruczole, znaleziono laseczniki grzlicze.

Co się tyczy powstawania cierpienia S. przypuszcza, że zarazek grzliczy przedostaje się do tkanki łącznej około odbytnicowej przez małe nadżarcia i pęknięcia błony śluzowej. Dostaje się on tu z pokarmami lub też z połkniętą plwociną. Pod tym względem odbytnica ma wiele podobieństwa do kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego, które także łatwo podlegają nadżarciom i owrzodzeniom; nadto większość przetok okołokatnicowych (fistulae perityphliticae) także ma charakter grzliczy. Tylko w tych przypadkach, w których najdokładniejsze poszukiwania nie wykrywają otworu wewnętrznego przetoki, S. przypuszcza możebność pierwotnej grzliczy tkanki łącznej bez współdziałania błony śluzowej. Pod względem umiejscowienia procesu grzliczego, prostnica i kiszka ślepa zachowują się; zupełnie odmiennie aniżeli kiszki cienkie i grube; podczas gdy w ostatnich wytwarzają się rozległe owrzodzenia na błonie śluzowej, w pierwszych proces zajmuje przedewszystkiem przyległą tkankę łączną. Objaśnia się to luznością tej tkanki, co czyni ją bardziej podatną od błony śluzowej do rozwijania się tu grzliczy.

Operacja przetok odbytnicowych, polegała zawsze na wprowadzeniu zgłębnika, rozcięciu tkanek, oddzielających światło odbytnicy od przetoki, i wreszcie na dokładnem usunięciu ziarniny oraz wszystkich tkanek zmienionych. Otaczający ziarninę zbitej tkanki łącznej usuwać nie należy. Oczyszczoną ranę wypełnia się gazą jodoformową i goi per secundam intensionem, co daje większą możność szybkiego usuwania podczas gojenia miejsc podejrzaných. Gojenie rychłozrostem, zalecane przez lekarzy amerykańskich, S. uważa za odpowiednie tylko przy przetokach zwyyczajnych, nie grzliczych.

Greffrath zestawia 61 przypadek przetok odbytnicowych, leczonych od 1877 do 1885 r. w klinice Czerny'ego w Heidelbergu. Z tych największa ilość, gdyż 35 czyli 57,4% ogólnej ilości przypada na okres czasu od 20 do 40 lat życia. Najniższy wiek chorego wynosił 6 miesięcy, w drugim zaś przypadku 4 lata. Poczynając od 40 roku życia ilość chorych z każdym dziesiątkiem lat coraz bardziej się zmniejsza. Co do płci znaczna przewaga była po stronie męskiej (60 mężczyzn i 1 kobieta). Przetokę niepełną zewnętrzną znaleziono 40 razy (65,5%), przetokę niepełną wewnętrzną 3 razy (4,9%), przetokę zupełną 18 razy (29,5%). Z pomiędzy 61 przypadków w 10 obok przetoki odbytnicowej znaleziono grzlicę płuc, w 7—dziedziczne usposobienie do takowej. Dwa razy przetoka występowała obok cukrzycy. G. przypuszcza, że zachodził tu taki sam stosunek, jaki bywa pomiędzy cukrzycą i czyrakami, flegmonami oraz innymi procesami zapalnymi. Cukrzyca zarówno, jak grzlica nie stanowi przeciwwskazania do operacyi, jeżeli nie sprzeciwia się temu znaczny stopień wyniszczenia chorego. W każdym razie lepiej przeprowadzić przedtem leczenie anti-diabetyczne. Każdy przypadek przetoki odbytnicowej powi-

nien być badany na cukier. Bardzo drobnostkowo opisuje autor historję przetok odbytnicowych, a zwłaszcza ich leczenia. Operacje, zalecane od czasów najdawniejszych do chwili obecnej dzieli na: 1) dążenie do zarośnięcia przetoki drogą: a) przyżegania, b) ucisku i c) podskórnego przecięcia zwieracza, i 2) rozcięcie tkanek, leżących pomiędzy przetoką i światłem kieszki dla wytworzenia jednej powierzchni, któraby zarosła za pomocą ziarninowania i zablźniania. W tym celu zalecono: a) wycięcie *excisio*, b) przecięcie (*incisio*), c) podwiązkę, d) odgniatanie (*ecrasement*), e) galwanokaustykę.

Z pomiędzy podanych przez autora przypadków 16 było operowanych za pomocą noża, 43 zaś — żegadłem Paquelin'a. Ostatni sposób autor przekłada, ponieważ: 1) strup chroni ranę od zakażenia, 2) operację wykonywa się szybko bez krwawienia, 3) w skutek podziałania wysokiej ciepłoty obficie wytwarza się ziarnina, 4) uniemożliwia się natychmiastowe zrastanie powierzchni rany. Nadto przypadki w których organy wewnętrzne były nienormalne, dawały 80% zupełnych wyzdrowień przy operowaniu nożem, 85% zaś przy operowaniu żegadłem.

Na końcu swej pracy autor stawia następujące wnioski: 1) do operacji najbardziej nadaje się przecięcie żegadłem Paquelin'a; 2) istnieje przyczynowy związek pomiędzy gruźlicą i przetoką odbytnicową. Gruźlica nie stanowi przeciwwskazania do operacji; 3) wskutek zapaleń łącznotkankowych powstają przetoki odbytnicowe u diabetyków. W każdym przypadku przetoki należy badać mocz na cukier.

41. BAZY. *Note sur le traitement des abcès de la fosse ischio-rectale ou espace pelvi-rectal inférieur, par l'incision simple.* (*Bull. et mém. de la soc. de Chir. de Paris T. XIII p. 428*).

W przypadkach ostrych ropni dołu kulszo-odbytowego (*fossa ischio-rectalis*) B. radzi wykonywać tylko szerokie przecięcie, przemycie sączków (sposób Foubert'a). Rozcinanie jednocześnie samej prostnicy i zwieracza, t. j. postępowanie, jak gdybyśmy mieli do czynienia z przetoką odbytową (sposób Faget'a), uważa B. w tych razach za niekonieczne, a często nawet szkodliwe z powodu późniejszej niemożności zatrzymywania kału. Samem przecięciem autor wyleczył zupełnie dwa przypadki ropni omawianych. W dyskusji Terrier zgadza się na poglądy autora; natomiast Reclus i Trélat przemawiają na korzyść jednoczesnego rozcinania zwieracza i prostnicy. Samo przecięcie ropnia, zdaniem Reclusa, może wystarczać tylko wobec ropni podskórnych lub znajdujących się li tylko w okolicy zwieracza.

B. Sawicki.

42. LANGE. *Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden.* (*Beilage z. Centralblatt f. Chir. 1887. Nr. 25*).

Wstrzykiwanie roztworów kwasu karbolowego dla leczenia hemoroidów rozpowszechniło się znacznie w Stanach Zjednoczonych. Autor, sam amerykańczyk, zachęca gorąco do stosowania tego środka, jako przy umiejętnem stosowaniu nieszkodli-

wego, względnie przyjemnego dla chorych, na chorobę skutecznego, wreszcie wymagającego niewielkiej zatruty czasu na leczenie. Narkoza nie jest potrzebna; wystarcza znieczulenie za pomocą kokainy, a następnie zastosowanie usmierzających ból czopków.

Przy wykonaniu operacji należy baczyć na następujące szczegóły: 1) Chory musi być do operacji dokładnie przygotowany; nadto nie powinno być żadnego podrażnienia zapalnego; 2) Po wydobyciu szyszek na zewnątrz należy je posmarować maścią jodoformową dla zapobieżenia nadżarciom błony śluzowej; 3) Igła winna być cienka, wkłówa się ją nieco ukośnie i wstrzykuje ilość roztworu, odpowiednią do wielkości szyszki. Dla małych szyszek wystarcza 2—3 kropli, większych 5—6. Używa się roztwór kwasu karbolowego w glicerynie w stosunku aa, jak 1 : 2 lub 1 : 3. Niektórzy używają roztworu słabszego w stosunku 1 : 10. 4) Należy przed wkłóciem igły obmyć jej powierzchnię zewnętrzną; inaczej znajdujący się na niej kwas wywoła strup zgorzeliowy na miejscu ukłócia. 5) Wstrzykiwanie należy robić powoli, o ile można, w środek szyszki, poczem pozostawia się jeszcze igłę w tej pozycji przez czas jakiś, dopóki nie nastąpi krzepnięcie krwi w szyszce. Po wyjęciu igły należy miejsce wkłócia natychmiast lekko ucisnąć, by przeszkodzić wypływowi kwasu napowrót. W większych szyszkach, wkłówszy igłę, prowadzi się ją kolejno w kilka różnych miejsc szyszki, bacząc przytem by nie zbliżać jej do tylnej powierzchni błony śluzowej. Po ukończonej operacji odprowadza się łagodnie szyszki, o ile tego potrzeba wymaga. Podczas samej operacji należy zalecić choremu, by nie nadymał się zbyt, gdyż po raptownem zaprzestaniu nadymania się odbytnica cofa się szybko i wówczas igła łatwo może wyskoczyć. Nadto chirurg obowiązany jest dobrze być obeznanym ze szprycą, by wiedzieć, ile pokręceń szruby ilu kropłom odpowiada. L. na jednym posiedzeniu wstrzykuje kwas karbolowy w 5—6 szyszek, rzadko zaś bywa zmuszony wstrzykiwać więcej, niż dwa razy. Pomiedzy oddzielnymi posiedzeniami pozostawia 3 tygodnie wolnego czasu.

Większość lekarzy pozwala chorym zaraz po wstrzyknięciu powracać do zajęć; L. jednakże zaleca im 2—3 dniowy spokój, płynne pożywienie, opium, wreszcie w razie potrzeby zimne okłady. Operacja raz bywa zupełnie niebolesna, innym razem wywołuje mniejszy lub większy ból, zwłaszcza w ciągu pierwszych godzin.

Zaraz po operacji szyszki pęcznieją i twardnieją, poczem kurczą się i zmniejszają, tworząc wiotkie, puste woreczki. Operacja ta w większości przypadków daje wyniki dobre, zwłaszcza wypróbował ją L. z dobrym skutkiem w przypadkach znacznej niedokrwistości u młodych ludzi, spowodowanej ciągłymi krwotokami i przeszkadzającej usypianiu. Pożądanem jest w podobnych przypadkach przedewszystkiem odszukać za pomocą wzniennika szyszki krwawiące i dokonać wstrzykiwań w takowe.

Hemoroidy stanowią w New Yorku cierpienie bardzo po-

spolite, co uwarunkowuje się zwyczajem używania pokarmów w znacznej ilości; przytem przeważnie stałych. Do tego przyląca się bezczynny siedzący tryb życia u kobiet, oraz ciągły pośpiech i nadmierne zajęcie umysłowe mężczyzn, którzy zajęci interesami nie mają czasu na prawidłowe wypróżnienia. Nie bez wpływu jest tu nadużywanie środków przeczyszczających w Stanach Zjednoczonych.

W przypadkach znacznego przerostu błony śluzowej z niewielką skłonnością do wypadania L. stosuje wycinanie błony śluzowej, które pozwala goić ranę per primam i o wiele przewyższa inne pospolicie używane sposoby (cauterisatio, ligatura, punctura). Operację tę z dobrym skutkiem wykonał L. razy 12. Przedewszystkiem należy mocno rozciągnąć zwieracze pod chloroformem. Cięcie prowadzi się na granicy pomiędzy skórą i błoną śluzową lub też na skórze. Następnie błonę śluzową, trzymając się bliżej skóry, aż do włókien zwieracza zewnętrznego. Od tego ostatniego odseparowuje się przerosłą i usianą szyszkami błonę śluzową w części sposobem tępym, w części zaś małemi cięciami noża. Oddzielanie to kończy L. na wysokości górnej części zwieracza lub ponad nim. Zatomawwszy krwotok za pomocą skręcania lub obklówania naczyn L. przed odcięciem jeszcze odłuszczonej błony śluzowej nakłada ciągły lub przerywany szew gubiony (*versenhte Naht*), którym łączy warstwę tkanki łącznej podskórnej z tkanką podśluzową. Szew ten powinien przechodzić ponad zwieraczem, nie przekłówać go; inaczej można spowodować bardzo przykre dla chorego parcie (*tenesmi*). Oprowadziwszy szew gubiony naokoło, L. obcina przed nim na rozległości $\frac{3}{4}$ do 1 cm. odłuszczonej część błony śluzowej, poczem zeszywa skórę z błoną śluzową. Do szwu gubionego używa katgut u jodoformowanego, zewnętrzny szew nakłada jedwabiem. Po dniach 8–10 zewnętrzny szew usuwa. Chory w łóżku pozostaje do końca drugiego tygodnia. Po operacji płynne pokarmy i opium. B. S.

43. TRÉLAT. **Anémie hémorrhoidaire. Dilatation forcée de l'anus.** (*Le Progrès Medical*, 1887. N. 20).

44. VERNEUIL. **Le traitement des hémorrhoides par la dilatation.** (*Gazette des hopiteaux* 1887 N. 30).

45. WALKER. **Treatment of anal fissure and haemorrhoids by gradual dilatation.** (*Centralblatt f. Chir.* 1888 N. 26).

Pierwotnie gwałtowne rozszerzanie odbytnicy stosowano tylko przy leczeniu rozpadlin (*fissurae ani*). Maisonneuve pierwszy zastosował je do leczenia hemoroidów. Obecnie francuzi stosują ten sposób bardzo często, przekładając go nad odgniatanie, podwiązanie i przypalanie szyszek, które w większym stopniu narażają chorego na możność zakażenia.

Trélat zakreśla rozszerzaniu odbytu bardzo rozległe pole zastosowania przy hemoroidach. Stosował on je ze świetnym wynikiem nawet w przypadkach daleko posuniętej niedokrwistości, grożącej utratą życia. Raz tylko wynik był niezupełny. Przypadek dotyczył dużego wianka szyszek, które wypadły i uległy zapaleniu. T. nie chciał w takich warunkach operować,

lecz chory, któremu zdarzyło się to w wigilję ślnbu, zmusił go do tego. Rozszerzenie odbytu rzeczywiście zmniejszyło boleści, nie skróciło jednakże okresu hemorojdalnego. Pomimo to później szyszki zniknęły i od 3 lat już nie sprawiają choremu dolegliwości.

Przy rozszerzaniu odbytu Verneuil posługuje się zwykłym wziernikiem odbytnicowym dwudzielnym. Autor uznaje takowy za nieodpowiedni do tego celu z powodu niewielkiej rozszerzalności ramion oraz niedostatecznej odporności i wytrzymałości. To też Collin zrobił mu specjalny wziernik, mocniejszy, cały stalowy. Zresztą po za tem wziernik ten prawie nie odróżnia się niczem innym od zwykle wyrabianych przez Collin'a wzierników dwudzielnych. Składa się on także z dwóch ramion, tworzących razem walec, przy nasadzie owalny. Rączki, nieco dłuższe, niż w zwyczajnym, tworzą z ramionami kąt prosty. Zbliżając rączki, odsuwamy od siebie obadwa ramiona. Gdy rączki stykają się ze sobą, ramiona są na tyle rozstawione, że w rozciągniętą odbytnicę można swobodnie wprowadzić cztery palce złożone. Jest to mniej więcej odległość, jakiej możemy dosięgnąć przy rozszerzaniu odbytnicy palcami, gdy takowe już opierają się o guzy siedzeniowe.

Trójdzielny wziernik, stosowany przez Nicaise'a, wydaje się T. nieodpowiednim, ponieważ wazkie i mocne ramiona jego łatwo mogą spowodować pęknięcie błony śluzowej.

Zarówno gani T. rozszerzanie odbytnicy za pomocą dwóch palców, zalecane przez Nélatona. (Wprowadza się zwrócone do siebie tyłem dwa wskazujące lub paluchy i takowe nagle i mocno rozsuwa się, dopóki nie zatrzymają się na gałęziach siedzeniowo-lonnych).

Jednym z najważniejszych warunków udanie operacji jest zupełne znieczulenie chorego. Przy niezupełnej narkotyzacji chory się rzuca, przeszkadza wprowadzeniu wziernika i dokładnemu rozszerzeniu odbytnicy. Samą operację wykonywa T. w sposób następujący: chorego układa się na bok, z niżej leżącą nogą wyciągniętą i wyżej leżącą — zgiętą, z pośladkami na brzegu łóżka. Potem, wprowadziwszy do odbytnicy zamknięty i posmarowany wazeliną wziernik, zaczyna go pomału, stopniowo rozwierać; rozszerzając zbyt pośpiesznie, możemy błonę śluzową rozerwać. Czasami rozszerzanie takie wymaga 2 lub 3 minut, zanim zdolamy pomału doprowadzić rozwarcie wziernika do maximum. Wówczas zamykamy go, obracamy i znowu rozpoczynamy rozszerzanie w kierunku przeciwnym poprzedniemu, co udaje się już o wiele łatwiej. W razie potrzeby możemy wykonać rozszerzanie jeszcze w paru innych kierunkach.

Powolnie wykonana operacja nie sprowadza zazwyczaj innych przypadłości oprócz nieznacznego krwawienia, które można zaraz zatamować zimnemi przemywaniami lub okładami. Wyjątkowo tylko w razie większego wianka szyszek rozszerzanie może spowodować rozerwanie takowej w kilku miejscach i obfitsze krwawienie. Wówczas należy uciec się do przypiekania termokauterem miejsc krwawiących. Po przebudzeniu

chory uczuwa zwykle ból nieznaczny, który wprędce przechodzi. Opatrunek polega na przykładaniu kompresów z kwasem bornym w ciągu 24 do 48 godzin, poczem już tylko czyste utrzymanie pozostaje. Operacja nie wywołuje zwykle żadnej reakcyi ze strony organizmu. W ciągu pierwszych dni występuje niemożność zatrzymywania stolca, która po kilku dniach ustępuje. Rzadko tylko spostrzegano potem paręzę zwieracza. Chorego po operacyi należy przetrzymać w łóżku dni ośm, poczem może zacząć chodzić.

Verneuil, który od lat 15 stosuje rozszerzanie odbytu prawią codziennie, twierdzi, że sprowadza ono dobry wynik w 98 przypadkach na 100. Czas leczenia pooperacyjnego oznacza V. na 8 dni, z których cztery chory pozostaje w łóżku, cztery zaś może chodzić po pokoju.

Przebieg pooperacyjny może być trojaki. Pierwszą grupę stanowią te przypadki, w których szyszki, wypadłszy zaraz po rozszerzeniu odbytu, już się więcej nie chowają, podlegają lekkie-
mu zapaleniu, następnie zanikają. Zupełne wyleczenie następuje w tych razach w przeciągu 15 dni do 3 tygodni. Pierwsze parę dni chory doświadcza znacznego bólu.

W drugiej grupie przypadków po rozszerzeniu chory nie doświadcza bólu; za to leczenie bywa tu dłuższe. Zaraz po rozszerzeniu hemoroidy wychodzą, potem się chowają, by znowu wypadać za każdym razem, gdy chory chodzi. W tych razach należy stosować zimne obmywania i natryski na okolice odbytnicową. Szyszki pomału, stopniowo chowają się i po 5 lub 6 tygodniach następuje zupełne wyzdrowienie.

Trzecią grupę przypadków stanowią hemoroidy, powikłane nie skurczem zwieracza wewnętrznego, lecz bezwładem zwieracza zewnętrznego i wypadaniem kiszki prostej. W tych razach V. radzi stosować także rozszerzanie odbytnicy, poczem należy leczyć cierpienie innemi środkami, a głównie elektrycznością.

Walker tem różni się od chirurgów francuskich, że wykonywa rozszerzenie odbytnicy nie na jednym lecz na wielu posiedzeniach, rozciągając zwieracz stopniowo i pomału. W tym celu co 2—3 dni wprowadza om złożony wziernik do odbytnicy i, o ile może, rozsuwa tam jego ramiona, stosując się przytem za każdym razem coraz więcej rozszerzać. Sposób ten jest prawie niebolesny i nie wymaga chloroformowania. Po kilkotygodniowem takim leczeniu ustępują przykre objawy, towarzyszące rozpadlinom i hemoroidom (silne bóle, zaparcia i t. d.), same rozpadliny goją się, a hemoroidy znikają. Sposób ten pod tym jészcze względem przewyższa gwałtowne rozszerzanie odbytu, że bezwładowi zwieraczy nie sprowadza i bliźni po sobie nie pozostawia.

B. Sawicki.

III. Choroby dziecięce.

46. L. LANDOUZY. O śmiertelności w wieku niemowlęcym w Paryżu i stosunek jej do gruźlicy.—*De la mortalité parisienne du premier age. (Enfants de un jour à deux ans). Ser rapports avec la tuberculose.*—(*Revue de Méd.* Nr. 10, 1888).

Autor niniejszego artykułu niejednokrotnie już zwracał uwagę higienistów i patologów na względną częstość gruźlicy w wieku dziecięcym, zaznaczając, że źródłem jej jest sztuczne karmienie (podług obliczeń $\frac{3}{5}$ ogólnej liczby niemowląt paryskich karmi się sztucznie) lub dziedziczność. Na mocy danych (stwierdzonych na sekcji) zebranych przezeń w przeciągu pięciu lat (od r. 1884 do r. 1888) w szpitalu Tenon, autor twierdzi, iż gruźlica nie tylko nie jest rzadkością w wyżej wspomnianym wieku, lecz, przeciwnie, jest najczęstszą a zarazem i najglówniejszą przyczyną śmiertelności we wieku od 1 dnia do 2 lat, mianowicie: 1 na 3,6 przyp. śmierci.

Statystyka śmiertelności Paryża od r. 1881 do r. 1885, wykazuje, iż:

1) z ogólnej liczby umarłych (284,061) w tem pięcioleciu prawie czwarta część (67,330) przypada na gruźlicę, podług obliczeń autora 11,662 niemowląt, czyli więcej niż 2,000 rocznie!

2) Śmiertelność od gruźlicy zwiększa się z roku na rok aż do 3-go roku, t. j. do okresu, w którym pozostaje niezmienną do końca 5-go roku, a mianowicie:

a) pomiędzy 1 dniem a 2-a laty umiera na gruźlicę 1 niemowlę na 5,7 przypadków śmierci.

b) pomiędzy 1 dniem a 1 rokiem umiera na gruźlicę 1 niemowlę na 6 przypadków śmierci.

c) pomiędzy 1 rokiem a 2-a laty umiera na gruźlicę 1 niemowlę na 4 przypadków śmierci.

d) pomiędzy 3-m a 5-m rokiem umiera na gruźlicę 1 niemowlę na 3 przypadków śmierci.

Liczba 1 na 5,7 jest daleko mniejszą od zebranej (1 na 3,6) przez autora w szpitalu Tenon, lecz różnica ta pochodzi, zdaniem autora, od przyczyn następujących:

1) Dane, przez autora zebrane, pochodzą ze szpitala, któremu dostarczyła największą ilość chorych najuboższa i najwięcej zaludniona dzielnica Paryża.

2) Dane owe sięgają do Sierpnia r. 1888 (od 1 Stycznia r. 1884); gdy tymczasem statystyka ogólna miasta Paryża sięga tylko do r. 1885 (od r. 1881) a więc mogły być w jednym i drugim razie zupełnie inne warunki.

3) Dane owe są stwierdzone autopsyją, gdy tymczasem zanotowane w ogólnej statystyce przypadki śmierci od gruźlicy nie wszystkie są stwierdzone tą drogą i do tego były, po większej części, rozpoznawane tylko symptomatologicznie, co daje rękojmię do przypuszczenia, iż było daleko więcej przypadków śmierci od gruźlicy, niż takowych w statystyce zanotowano.

W końcu radzi, autor aby, w celu zapobieżenia tej strasznej chorobie u niemowląt, należytą zwracać bacność na profilaktykę,

jako też na pokarm sztuczny, który często jest głównym roznościelem zarazy.

O. Manson.

47. E. KAHN. O użyciu benzanilidy w praktyce dziecięcej. (*Jahrb. f. Kind. T. 28. Z. III i IV 1888*).

Benzanilida wypróbowana po raz pierwszy jako antypyreticum przez Kahn'a i Hepp'a (formuła $C_6H_5NH.COC_6H_5$) przedstawia zlekka krystaliczny biały proszek podobny do acetanilidy, rozpuszczający się przy 20° w 58 częściach wysokości a przy gotowaniu w 7. W wodzie rozpuszcza się z trudnością. W smaku przedstawia się nieco palącym, rozarty między palcami daje uczucie ciała tłustawego.

Środek powyższy użytym był przez autora w następujących przypadkach:

Typhus abdominalis.	3	przypadki
Typh. abdom. z następczą gruźlicą prosówkowatą	1	przypadek
Meningitis purulenta	1	"
Phtisis pulmonum	1	"
Empyema	1	"
Pneumonia Catarr.	2	przypadki
Pneumonia crouposa.	4	"
Bronchitis acuta	3	"

16 przypadków

Nie znając jeszcze dokładnie działania rzeczonego środka, autor brał z początku dawki małe od 0,03—0,06 gm. ($\frac{1}{2}$ —1 grana) wszelako bez wielkiego rezultatu. W miarę atoli powiększenia dawki działanie antypyretyczne stawało się coraz silniejszym tak, iż dawka 0,2 gm. wywoływała parogodzinne zmniejszenie ciepłoty od kilku dziesiątych do 2—3 stopni, co zależało zarówno od wielkości dawki jako też i od indywidualnych warunków chorego. Spadkowi ciepłoty towarzyszyły zwykle dość obfite poty, trwające do 3 godzin. Siniecy nie zauważono ani razu, nawet przy cierpieniach płuc. Raz jeden tylko po dość znacznej dawce wynoszącej 0,4 gm. wystąpiła wysypka w postaci dość dużych czerwonych plam lub pęcherzyków, które nazajutrz znikły w zupełności. Prawdopodobnie była to zwyczajna potówka.

Ze strony przewodu pokarmowego nie zauważono żadnych powikłań. Środek powyższy doskonale był przez chorych przyjmowanym, ani razu bowiem nie wywołał wymiotów lub zaparcia stolca. Mocz również nie przedstawiał widocznych zmian.

Częstość tętna zarówno jak i ilość oddechów zmniejszała się przy spadku ciepłoty. Jednocześnie zmniejszało się napięcie ścianek tętnic.

O stanie ogólnym dzieci przy przyjmowaniu benzanilidy da się tylko powiedzieć, że z ustąpieniem gorączki znakomicie się poprawiał.

Badając działanie omawianego środka, autor zauważył, że niekiedy mniejsza dawka wywołuje znaczny spadek ciepłoty, gdy w parę dni później taż sama dawka lub nawet większa pozostaje bez skutku. Objasnić fakt ten da się jedynie w ten sposób, że organizm przyzwyczaja się powoli do przyjmowa-

nego środka. W każdym razie dla dzieci ustanawia się minimalna dawka 0,10 (1½ grana), maksymalna 0,6l (10 gran), w szczególności zaś dla dzieci od 1—3 roku 0,1—0,2 (1½—3 gran), od 4—8 roku 0,2—0,4 (3—6 gran), wreszcie od 8—12 roku 0,4—0,6 (6—10 gran). Ilość dzienna nie powinna przekraczać 3,2 (przeszło 2 skrupuły), zwykle zaś wystarcza mniejsza doza.

Wielka taniosc rzeczonoego środka (100 gram 5 marek, 100 gram. antipiryny 12 marek; 100 gram. talliny 23 marki) powinna sklonić lekarzy do wprowadzenia go w użycie, zwłaszcza w praktyce uboższej. A. Koral.

48. S. LENHARTZ. **Przyczynk do kwestyi porażen wtórnych, przy szkarlatynie.** (*Jarhb. f. Kinderheilk. T. 28. Z. III i IV 1888*).

Już od dawna niektórzy badacze przypuszczali, iż istnieje pewien związek między błonicą towarzyszącą szkarlatynie, a następczemi nader ciężkimi powikłaniami ze strony stawów. Pierwszy Löfler znalazł w wysięku błonicy gardzieli a następnie i we krwi oraz niektórych narządach chorych szkarlatynowych nader charakterystyczne streptokoki. Przy pomocy ulepszonej swej metody otrzymywał on czyste hodowle, które zaszczipione białym myszom wykazały wspomniane drobnoustroje w rozmaitych narządach wewnętrznych. Najważniejszy atoli rezultat zauważył on po zastrzyknięciu czystej hodowli do żyły królika, po kilku bowiem dniach zwierzę poczęło kuleć, badanie zaś wykazało ropne zapalenie niektórych stawów, a w ropie liczne streptokoki. Do podobnych wyników doszli również Crooke, Peubner oraz Fränkel i Freudenberg.

Autor wziął sobie za zadanie przero bić jeszcze raz z możliwą ostrożnością badania swych poprzedników w tym kierunku. Wyniki do których doszedł streścić się dają w sposób następujący: Istnienie streptokoka w rozmaitych narządach przy szkarlatynie tak, jak go opisał Löfler i inni, nie podlega żadnej wątpliwości.

Streptokok powyższy jest nader podobnym do opisanego przez Fehleise'a streptokoka róży.

Przez szczepienie czystych hodowli białym myszom wywołujemy u takowych stan chorobowy podobny do róży. Króliki są znacznie odporniejszemi na zarazek; wyjątek stanowią króliki francuskie z długimi uszami.

Rzeczony drobnoustrój drogą krwiobieg u dostaje się z pierwotnego swego źródła (migdałków i gardzieli) do rozmaitych narządów a zwłaszcza do stawów, wywołując ropne zapalenie takowych, co stwierdzonem zostało również drogą doświadczalną na niektórych zwierzętach. A. Koral.

49. Prof. R. v. JAKSCH. **O przebiegu klinicznym ospy ochronnej.** (*Jarhb. f. Kind. T. 28. Z. 3 i 4, 1888*).

Pomimo nader bogatej literatury ospy ochronnej mało dotychczas uwzględniano zachowanie się, w powyższej sprawie ciepłoty, tętna, oddechu, badanie moczu i t. p. Autorowi uda-

ło się badać w swej poliklinice z możliwą ścisłością i dokładnością 19 przypadków, z których wyprowadza następujące wnioski:

1) W pierwszych dwu dniach po zaszczerpieniu ciepłota nie tylko się nie podnosi, lecz przeciwnie w niektórych przypadkach staje się nieco niższą od normalnej (36° C), poczem poczyną się stopniowo podnosić, przyczem najwyższa ciepłota waha się między 38° a 40,5°.

2) Gorączka trwa od 1—11 dni, przeciętnie jednak 4—6 dni. Typ jej jest wyraźnie przepuszczający (remittens), przyczem wysokość ciepłoty niekoniecznie zależy od stopnia natężenia sprawy miejscowej. Również akme gorączki nie zawsze chodzi w parze z największym rozwojem krosty, niekiedy bowiem poprzedza takowy, częściej zaś następuje po nim.

3) Co się tyczy tętna, to zwykle odpowiada ono wysokości gorączki.

4) Oddechanie nie przedstawia ważnych zmian; przy podwyższeniu ciepłoty staje się ono nieco przyspieszonym.

5) Ilość moczu przez czas trwania gorączki pozostaje normalną. W okresie wylegania (incubatio) autor zauważył niekiedy powiększenie, po spadku zaś ciepłoty nieznaczne zmniejszenie ilości moczu. Białka i acetonu niespostrzegano ani razu.

6) Żadnemu ze spostrzeganych przypadków nie towarzyszyły konwulsyje, silny ból i t. p. ogólne objawy.

A. Koral.

50. LEROY W. Hubbard. **Kilka uwag o zapobieganiu przewlekłym cierpieniom stawu u dzieci.** *Some suggestions concerning the prevention of chronic joint disease in children.* (*The Medical Record* Novemb. 10—1888).

Uwagi autora tyczą się przeważnie etjologii chronicznych cierpień stawu u dzieci.

W pracy swej autor zastanawia się głównie nad cierpieniami stawu t. z. grzybowemi (fungoid), pomijając syfilityczne i reumatyczne, jako rzadziej napotykanu u dzieci. W poglądach swoich autor nie staje ani po stronie tych, którzy twierdzą, że próchnienie kręgow, choroby stawu biodrowego, kolanowego etc. są wyłącznie pochodzenia urazowego, ani po stronie autorów, przypisujących powstawanie tych cierpień jedynie szczególnemu usposobieniu (diathesis), ale stara się obie te teoryje pogodzić, przyjmując dwa następujące założenia, które w następstwie uzasadnia.

1) Gruźlica powstaje lub jest spowodowaną bezpośrednio działaniem lasecznika gruźliczego.

2) Przewlekłe cierpienia stawu nazywane grzybowemi (fungoid joint lesions) są gruźliczemi (patrz Kron. Lek. r. 1883. Nr. 10 o wypiłowaniu stawów). Wiadomo, że przyczyny chorób dzielą się na wywołujące i usposabiające. Otóż w omawianych chorobach wywołującą przyczyną są laseczniki Kocha, które dostają się do ustroju jedną z 4-ch dróg: a) w niewielkiej ilości przypadków przez przeniesienie się wprost na płód z jednego lub obojga rodziców cierpiących na gruźlicę. b) Przez bezpośrednie zaszczerpienie, jak tego dowodzą przypadki z dzieć-

mi izraelskiemi zarażonemi przy obrzezaniu przez duchownych dotkniętych gruźlicą na krtani i innych c) przez drogi oddechowe i d) przez kanał pokarmowy. Oprócz tych wywołujących przyczyn do powstawania gruźlicy niezbędne są i usposabiające (sprzyjające wzrastaniu i rozwojowi lasecznika), które można podzielić na ogólne (dziedziczność, otoczenie, higiena, odżywianie i t. d.) oraz miejscowe. H. stwierdza te zresztą znane poglądy przykładami z własnych spostrzeżeń i innych (Daremberg, Cornil, Sayne, Gibney) Między innymi przytacza doświadczenia robione przez Trudeau (Patrz Kronika Lekar. rok 1888, Nr. 11, str. 753) z 3-ma gruppami królików po 5 w każdej, z których jednej szczepił laseczniki i umieszczał ją w najgorszych warunkach higienicznych i dyjetetycznych, drugiej nie szczepił nic i umieszczał również w lichych warunkach, trzeci zaś zaszczepił laseczniki i umieścił w pomysłnych warunkach. Rezultat z 1-ej grupy 4 zdechły, 1 zakażony; z 2-ej wszystkie 5 pozostały przy życiu, (choć nader wycieńczone) i niezarażone; z 3-ciej 1 zakażony zdechł, pozostaje 4 zdrowe.

Doświadczenia te dowiodły, że same warunki niekorzystne (brak światła, świeżego powietrza, ruchu i dostatecznej ilości pożywienia) nie wywołują gruźlicy, ale są ważnym czynnikiem przy powstawaniu tego cierpienia w obecności laseczników.

Za miejscową przyczynę usposabiającą do chronicznej choroby stawu można uważać warunki zmniejszające żywotność (vitality) stawu lub epifizy, zwłaszcza traumatyzm.

W wieku dziecięcym epifiza lub miejsce połączenia jej z diafizą są nader delikatne i obfitują w naczynia krwionośne. Najdrobniejsze tedy uszkodzenie łatwo może wywołać takie zmiany w krążeniu, które w sposób poważny upośledzają odżywianie tej części. Na poparcie tego twierdzenia autor powołuje się na doświadczenia Maksa Schüllera (z Greifsweldu) i Cornila, którzy eksperymentalnie sprowadzali gruźlicze zapalenie stawu, pierwszy u psów przez obrażenie stawu i zarażenie zwierzęcia (przez drogi oddechowe) lasecznikami, drugi u królików przez zakażenie ich płwociną gruźliczą i przecięcie nerwu kulzowego.

Wyniki tych doświadczeń mają doniosłe znaczenie w etyologii omawianych chorób u dzieci, tembardziej że te ostatnie przez swoje zabawy (jak np. skakanie przez sznur) narażają się nieraz na mniej lub więcej ciężkie obrażenia stawu. Zauważono, że chroniczne cierpienia stawu częstokroć występują po ostrych wysypkowych chorobach.

Opierając się na przytoczonych poglądach, autor w celu zapobiegania chronicznym chorobom stawów u dzieci zaleca:

1) Staranne wybadanie przez chirurga rodziny powierzonej jego pieczy pod względem dziedziczności, jeżeli choroba jaka, szczególnie gruźlica okaże się dziedziczną, to należy ostrzedz rodziców o niebezpieczeństwie, na jakie dzieci są narażone.

2) Wskazówki higieniczne i dyjetetyczne oraz najtroskliwsze czuwanie nad jaknajstaranniejszym odżywianiem dzieci, do-

póki nie przeminie okres rozkwitu (puberty), kiedy dzieci najskłonniejsze są do cierpień stawu.

3) Jeżeli ktokolwiek z rodziny dotknięty jest gruźlicą płuc albo gruźlicą stawu z ropniem, to płwocina również jak i wszelka wydzielina powinna uleść zniszczeniu lub dezynfekcyi; zdrowe dzieci powinny, o ile można, jak najmniej stykać się z chorym.

4) Należy przedstawić interesowanym całą doniosłość wszelkich, choćby najlżejszych obrażeń stawu lub części w pobliżu takowego znajdujących się. W razie jakiegokolwiek uszkodzenia należy dbać o bezwarunkowy spokój (bezczynności), dopóki nie ustąpią wszelkie widoczne objawy zapalne.

5) Zabawy lub ćwiczenia, połączone z narażaniem stawu na uszkodzenie winny być wzbronione. Częste wchodzenie na schody i schodzenie z takowych nie powinno być dozwolone młodym dzieciom.

6) Po przebyciu ostrych wysypkowych chorób nie powinno być dozwolone dzieciom przez dłuższy czas bieganie, skakanie i długie spacery.

B. Polikier.

IV. Choroby oczne.

51. Dr. DENEFFE pr. uniwersytecki w Gand. **O doskonaleniu się poczucia barw w rodzaju ludzkim.** (*De la perfectibilité du sens chromatique dans l'espèce humaine*) *Annales d'oculistique*. 1888.

D. stawia sobie pytanie, czy poczucie barw u człowieka podlega doskonaleniu i odpowiada nań twierdząco. Większość ludzi posiada zdolność rozpoznawania siedmiu kolorów widma słonecznego, ale mało jest takich, którzy są w stanie rozróżnić 18,000 odcieni, jakie wirtuozowie barw naliczyli w obrazach Watykanu. Dzięki jedynie długotrwałemu kształceniu sluchu, muzycy zdolni są rozróżnić niezliczone odcienia dźwięku, a jednak muzyków jest bardzo wielu. Lecz sluch był kształcony od początku istnienia ludzkości, gdy tymczasem kształcenie poczucia barw jest dotąd zupełnie zaniedbane. Do roku 1777 niewiedziano nawet, że są ludzie pozbawieni całkowicie poczucia barw, dopiero najnowszy rozwój cywilizacyi wymagając znacznie rozwiniętej zdolności rozpoznawania kolorów (służba na kolejach żelaznych, w marynarce, a nawet w armii lądowej) zniewolili do zwrócenia większej uwagi na to zjawisko.

Że zdolność rozpoznawania kolorów, podobnie jak tonów muzycznych, ulega kształceniu, na to D. przytacza następujące dowody:

1. Liczba osób cierpiących na Daltonizm jest daleko większa pomiędzy mężczyznami niż pomiędzy kobietami. Mianowicie na 2000 kobiet Daltonistek bywa zaledwie 1½, wówczas na tą samą liczbę mężczyzn naliczono daltonistów aż 45½. Wynika to według D. ztąd, że zajęcia jakim oddają się kobiety jakoteż wrodzona kokieterya sprzyjały rozwojowi poczucia barw, które w ten sposób doskonalili się z pokolenia w pokolenie.

2. Zdolność rozpoznawania barw w ścisłym pozostaje związ-

ku z rodzajem zatrudnienia: tak w Crefelt, gdzie większa połowa ludności trudni się wyrobem jedwabnych tkanin kolorowych, daltonicy stanowią, według Kroll'a, zaledwie 0,3% ludności męskiej, gdy w innych okręgach cyfra ta wynosi przecięciowo 2,28%.

3. Wykształcenie ogólne, któremu towarzyszy zawsze umyślne, lub nieświadome kształcenie zdolności rozpoznawania barw, pociąga bezwarunkowo za sobą rozwój tej ostatniej. Dowodem tego jest, że gdy w klasie wyższej (inteligentnej) procent daltoników sięga w Londynie zaledwie do 2,5%, w niższych warstwach ludności tamże wynosi 3,7%.

4. Zdolność rozpoznawania barw wzrasta wraz z ogólnym rozwojem dziecka: Holmgren oblicza procent daltoników w szkołach początkowych na 4,54%, w szkołach średnich na 3,45%, między studentami zaś tylko 3,08%. Beneffe w szkołach gminnych w Gand znalazł 3,98% daltoników, między dorosłymi zaś tylko 1,98%.

5. Już na ławkach szkolnych istnieje różnica między dziećmi klas zamożniejszych i uboższych. Gdy procent daltoników między pierwszymi wynosi 2,1%, ostatnie dają aż 4%.

Opierając się na tych danych B. wyraża życzenie, aby rozwojowi zdolności rozpoznawania barw przynajmniej tyle poświęcono uwagi, co kształceniu zmysłu muzycznego, bo jakkolwiek u prawdziwego daltonika niepodobna w ten sposób stworzyć zmysłu, który u niego nie istnieje, to jednak w wielu razach, gdzie zmysł ten pozostaje niejako uspijonym, odpowiednio zastosowaną metodą możemy go rozbudzić.

T. Maczewski.

52. Dr. Georges MARTIN (de Bordeaux) **O sposobie powstawania porażień oczu elektrycznych.** *Patogénie des ophthalmies électriques (Annales d'oculistique. 1888).*

Porażenia oczu elektryczne zdarzają się u osób wystawionych na silne światło elektryczne łukowe (chemicy, oficerowie marynarki, robotnicy przy spajaniu metali za pomocą elektryczności i t. d.). Objawy cierpienia oczu wynikłego wskutek podobnej przyczyny bywają różne: niekiedy ograniczają się do nastrzyku spojówki, łzawienia, uczucia ciała obcego w oku i lekkiego światłowstrętu; innym razem objawy te dosięgają niezwykłego napięcia, prócz tego występuje spazm powiek, zwężenie źrenicy, muszki latające, skry w oczach, widzenie kolorów dopełniających, braki w polu widzenia, niezupełne porażenie siatkówki, bez zmian przedmiotowych głębokich tkanek oka. Nareszcie w pewnych razach mamy do czynienia z prawdziwym zapaleniem już to tęczówki, już nerwu wzrokowego i siatkówki.

Przebieg zwykle bywa szybki. Niekiedy wszystkie objawy ustępują w ciągu 24 godzin; zwykle cierpienie trwa 4—6 dni. W najcięższych przypadkach cierpienie przechodzi w postać przewlekłą. Autor przytacza opis dwóch przypadków porażenia oczu elektrycznego, z których jeden był spostrzegany przez d-ra Dujardin'a w Lille, drugi przez d-ra Mayer'a w Paryżu. U obu chorych objawy cierpienia oczu wystąpiły w kilka godzin po wystawieniu na silne światło elektryczne. U jednego

z nich, u którego spojówka była zaledwie nastrzyknięta, zauważono opalenie twarzy, podobne do ogarzołości po wycieczce na lodowce oświecone słońcem. U drugiego, u którego powłoki ogólne nie podległy uszkodzeniu, nastryk spojówki był daleko silniejszy i cierpienie trwało dłużej. U obu nie było ani śladu cierpienia rogówki, u obu cierpienie ustąpiło pod wpływem kokainy. Przyczyny porażen elektrycznych oczu według M. należą szukać w działaniu promieni świetlnych. Promieniowanie ciepła nie może tu mieć znaczenia, różne zaś doświadczenia dostatecznie wykazały, że promienie chemiczne (ultra fioletowe), przynajmniej w granicach zwykłego ich natężenia, nie są w stanie spowodować podobnych zbroceń. Prof. Regnault poddawał oczy różnych osób działaniu promieni chemicznych słońca, za pomocą heliostatu i pryzmy Nikola, przyczem ani razu niezauważył najmniejszego cierpienia oczu; również nie podobnego nie miało miejsca w doświadczeniach M. de Chardonnet'a i pr. Guyet'a, którzy używali światła lampy elektrycznej Dubosc'a, skierowując za pomocą zwierciadła Foucault'a, jedynie promienie chemiczne na oczy poddanych doświadczeniu.

Z drugiej strony, jeżeli otoczmy światło elektryczne zwyyczajnym kloszem szklannym, to jedynie bardzo nieznaczna część promieni chemicznych przedostaje się na zewnątrz, tak iż zależna od nich różycza (erythema) nigdy nie miewa miejsca, a jednak podobne światło zdolne jest wywołać cierpienie oczu. Zwolennicy teorii chemicznej mogą jednak utrzymywać, że nawet ta szczupła ilość promieni chemicznych, jaka przenika przez szkło, zbyt mała by mogła wywołać różycę skóry, jest w stanie spowodować, mniej lub więcej ciężkie przypadłości ze strony narządu tak czulego, jak oko. M. odpiera ten zarzut. Najpierw ta szczupła ilość promieni chemicznych nie wywiera szkodliwego wpływu nawet na liście roślin, których zieleń (chlorophyl) pochłania je przecież chciwiej, niż to można przypuścić względem oczu; powtóre działanie promieni chemicznych powinnyby się wyrazić przedewszystkiem na rogówce i soczewce, zwłaszcza że ta ostatnia posiada własność ich pochłaniania, tymczasem oba te narządy we wszystkich znanych przypadkach pozostały nieuszkodzone, cierpią natomiast siatkówka i naczyniówka, do których przecież promienie te nie dochodzą — nikt bowiem z uległych podobnemu porażeniu nie spostrzegął promieni ultra-fioletowych.

Rozbiór objawów świadczy również na korzyść wpływu promieni świetlnych, przyjmując bowiem wpływ promieni chemicznych należałoby przypuścić jedno z dwojga: albo że zmiany w różnych tkankach oka powstają niezależnie, pod wpływem bezpośrednim promieni chemicznych, lub że zmiany spojówki jedynie są pierwotne, wszystkie zaś inne następce. Lecz w pierwszym razie cały kompleks objawów powinien by występować jednocześnie, co w rzeczywistości niema miejsca, przytem trudno pojąć dlaczego jakiś wpływ szkodliwy zdolny podrażnić jednocześnie spojówkę, tęczówkę, naczyniówkę i siatkówkę pozostawiałby stale rogówkę nieuszkodzoną. Przypuszczenie, że

jedynie porażenie spojówki jest pierwotne również, jest mało prawdopodobnem: przedewszystkiem objawy ze strony siatkówki występują najpierw, niekiedy nawet na kilka godzin poprzedzają inne; powtóre, by jakieś cierpienie spojówki mogło spowodować zmiany w tkankach głębiej położonych, trzeba, by było obszerne, lub wysokiego napięcia, czego w rzeczy samej nie bywa, przy najlżejszym nastrzyku spojówki, spotykamy światłowstręt, zwężenie źrenic, iskry przed oczami. Nawet gdy nastrzyk spojówki jest silniejszy, nie posiada nigdy cech zapalenia, a przecież wiadomo, ile zapaleń, nawet, spojówki przechodzi bez światłowstrętu, muszek, zwężenia źrenic i t. p. W przypadkach lekkich mamy jedynie objawy ze strony siatkówki, w ciężkich niejednokrotnie występują one najpierw i trwają niekiedy najdłużej. Tak w przypadku spostrzeganym przez Dawida Little, chory odrazu utracił wzrok i następnie, w ciągu dwóch miesięcy, wzrok jego sięgał zaledwie $\frac{2}{5}$ normalnego, a badanie zapomocą wziernika wykryło zmętnienie tarczy nerwu wzrokowego i otaczającej siatkówki. Wreszcie objawy elektrycznego porażenia oczu wiele mają cech wspólnych z oślnieniem przez inne źródła światła, jednakowoż tego ostatniego nikt dotąd ani myślał odnosić do wpływów chemicznych.

Jedynie w razach powikłanych różycą skóry M. przypuszcza możliwość współistnienia porażenia spojówki wskutek działania promieni chemicznych, z porażeniem siatkówki pod wpływem promieni świetlnych, lecz podobne przypadki należą do rzadkich.

Jak w wielu razach, tak i tu praktyka wyprzedziła teorię i ludzie mający do czynienia z światłem elektrycznym, zamiast zachwalanych przez Foucault'a szkieł uranowych, zatrzymujących promienie fioletowe i ultrafioletowe, używają zwykle szkieł silnie zadymionych, lub szkieł czerwonych i żółtych w liczbie 4 do 5 w ramie drewnianej, mającej 35 ctm. szerokości i 20 wysokości, trzymanej w ręku. Wprawdzie Defontaine opisuje kilka przypadków, gdzie szkła zadymione tak silnie, że zaledwie tarczę słoneczną przez nie spostrzec można było, nie uchroniły oczu od cierpienia, lecz jak się okazało przy bliższym zbadaniu używano okularów, których szkła, w postaci lupin orzecha, miały 45 milim. średnicy i 34 wysokości; odległość centrów wynosiła 8 ctm. Otóż przy użyciu podobnych okularów większość oczu od strony nosa będzie źle osłonią. Prócz tego szkła te są zaciemne i M. wątpi, by robotnik przy spajaniu metali, nie był zmuszony, od czasu do czasu, spoglądać ponad niemi. Szkła zaś czerwone i żółte, które mu nadesłano stanowią aparat przepuszczający nader mało światła, prawdopodobnem więc jest, że spełniają tą samą rolę, co szkła zadymione.

T. Maczewski.

53. Dr. Georges MARTIN (de Bordeaux). **O wyluszczeniu ropiejącej galki ocznej.** (*De l'enucleation dans la panophthalmie*). *Annales d'oculistique*. 1888.

Na ostatniem zebraniu francuzkiego towarzystwa oftalmologicznego rozbievano kwestyję, czy należy wyluszczać galkę

oczną podległą zropieniu, w następstwie dokonanej operacji, lub jakiegobądź urazu? Większość zebranych roztrzygnęła to pytanie twierdząco. Pr. Panas przytoczył przypadek wyluszczenia gałki ocznej uległej zropieniu w 3 tygodnie po wydaleniu zaćmy. Pobudką do wyluszczenia było zapalenie współczulne ciała rzęskowego drugiego oka. Pomimo ścisłej antyseptyki chory na trzeci dzień po operacji, uczył ból w piersiach: skonstatowano zapalenie opłucnej. W tydzień po operacji chory zmarł. Oględziny pośmierne wykazały: ropne zapalenie opon mózgowych, surowiczoro-ropne zapalenie opłucnej i ropień w płucach; prócz tego stary proces śródmiąższowy w nerkach. Badanie drobnovidzowe stwierdziło obecność ziarników gronowych białych (*staphylococcus*) i różańcowych (*streptococcus*) tak we wszystkich produktach zapalnych, jak również w wyluszczonej gałce ocznej i obu nerwach wzrokowych.

Z uwagi, że cierpienie współczulne drugiego oka istniało już przed wyluszczeniem ropiejącej gałki i że badanie bakteriologiczne wykazało obecność drobnoustrojów ropnych w obu nerwach wzrokowych Panas mniema, że zakażenie organizmu poprzedziło operację. Tę okoliczność, że zło nieograniczyło się, jak to zwykle bywa, cierpieniem współczulnym drugiego oka, lecz wywołało objawy przerzutowe w innych narządach—tłumaczy zmniejszoną odpornością organizmu wskutek istniejącego białkomoczu.

Z przytoczonej obserwacji Panas, wyciąga następujące wnioski:

1. Wyluszczenie ropiejącej gałki powinno być podjęte natychmiast, jak tylko próby powstrzymania ropienia zawiodą.

2. Nawet przy rozwiniętym w pełni panoftalmicie wyluszczenie jest wskazanem, jeżeli tylko niema jeszcze objawów przerzutowych i jeżeli chory nie przedstawia zбочenia w odżywianiu w rodzaju białko-lub cukromoczu.

3. Zawsze i wszędzie należy przestrzegać zasad antyseptyki.

Zgadając się z Panas'em co do 1-go i 3-go punktu, M. zostręga się przeciw 2-mu. Zdaniem jego, istnienie u chorego białkomoczu lub cukromoczu powinno raczej wpłynąć na przyspieszenie operacji, dla zapobieżenia możności przerzutu i zażegnania w ten sposób niebezpieczeństwa grożącego życiu podobnych chorych.

T. M.

54. Dr. Georges MARTIN (de Bordeaux). **Migrena i astygmazm.** *Migraine et Astigmatisme.* (*Annales d'oculistique* 1888).

55. Dr. G. MARTIN. **Migrena oczna i astygmazm.** (*Migraine ophtalmique et Astigmatisme.*) (*Annales d'oculistique*, 1888).

Wszelka migrena, według autora dla swego objawienia się wymaga współdziałania trzech czynników: 1) usposobienia konstytucyjonalnego, 2) obecności skurczu częściowego mięśnia rzęskowego i 3) przyczyny wywołującej. Usposobienie konstytucyjonalne zależy na skłonności, po większej części dziedzicznej, do chorób natury gośćcowej, lub pryszczycy. Osoby z usposobieniem gośćcowem (*diatesis arthritica*), nieraz w ciągu

długiego czasu, cierpią jedynie na migrenę, która dopiero z wiekiem ustępuje miejsca złemu trawieniu, lub jednej z chorób którym podlegli rodzice (dna, gościec, dusznica, kamienie moczowe lub żółciowe, cukrzyca i t. p.) Często również ataki migreny poprzedzają wysypanie się pryszczycy, lub występują z nią naprzemian, lub wreszcie, chociaż rzadziej zjawiają się od czasu do czasu w przebiegu tej ostatniej.

Przypadki migreny, w których trudno odnaleźć, wspomniane wyżej, usposobienie, należą do rzadkości, tak że wielu autorów nie wierzy po prostu w migrenę jako w samoistną chorobę.

Dlaczego przecież jeden z członków rodziny cierpi na migrenę, wówczas gdy cierpienia innych są całkiem odrębną natury tłumaczy się rodzajem zatrudnienia. Osoby prowadzące tryb życia siedzący, zmuszone do długotrwałych wysiłków wzroku stanowią przeważny kontyngens migreników. Nadmierna zaś praca oczu prowadzi za sobą skurcz częściowy mięśnia rzęskowego, po większej części równoważący istniejącą nieźborność (astygmatyzm), niekiedy zaś, przy braku tej ostatniej, — kuczowej natury.

Podobny skurcz częściowy, bez względu na to do jakiej z wymienionych kategorii odnieść go należy, u osoby nieposiadającej odpowiedniego usposobienia trwa latami nie powodując żadnego objawu bólowego; przeciwnie u osób z odpowiedniem usposobieniem nagromadza on, iż tak się wyrażę, materiał wybuchowy, który staje się tym obfitszy im dłużej trwa nadmierna praca oczu. W końcu łada przyczyna, błąd w dyjecie, nastąpienie perjodu i t. p. wywołuje atak migreny, który tym jest gwałtowniejszy, im dłuższy przeciąg czasu upłynął od poprzedniego ataku.

Zdawało by się, że skoro skurcz częściowy mięśnia rzęskowego zdolny jest wywołać takie zaburzenia, to skurcz ogólny, nastawczy (akomodacyjny) powinien sprowadzić je jeszcze łatwiej. Tak jednak nie jest. Jeżeli poszukiwać przyczyny migreny w ogólnym skurczu mięśnia rzęskowego, to przy niewspółmierności oczu (anisometropia) ataki jej powinny być częstsze i silniejsze po stronie obu z mniejszą łamliwością czego w rzeczywistości niebywa. Obwiniano również nadwzroczność i krótkowzroczność o wywoływanie napadów migreny, M. jednak sądzi, że niezwrócono tu raczej uwagi na istniejącą nieźborność rogówki lub soczewki, która według niego prawie zawsze towarzyszy krótkowzroczności; z drugiej strony nie jednokrotnie spostrzegał przypadki nieźborności rogówki notowane jako nadwzroczność.

Co się tyczy przyczyny wywołującej, to takowa może być nader różna. Niewątpliwie gra tu ważną rolę niestrawność. Jakkolwiek wiele osób cierpiących na nią nie podlega migrenie i na odwrót, to jednakowoż niestrawność, zwiększając pobudliwość nerwową wogóle sprzyja z jednej strony powstawaniu skurczu częściowego mięśnia rzęskowego, z drugiej — gra rolę przyczyny wywołującej ataki. Często przecież przyczyna wy-

wołująca tkwi w samym oku. Tak nadmiernie długie czytanie; czytanie chodząc w okresie trawienia; badania drobnowidzowe; szkła zbyt silne, lub źle dobrane; widok powierzchni błyszczącej; środki rozszerzające, lub zwężające źrenicę — nieradko spowodują wybuch migreny. Co się tyczy, tak zwanej migreny ocznej, to jest ona, zdaniem autora, jedynie odmianą zwykłej, ponieważ:

1) W obu postaciach spotykamy to samo usposobienie konstytucyjne.

2) W jednej i tej samej rodzinie jedne osobniki cierpią na migrenę zwykłą, podczas gdy u innych spotykamy oczną.

3) Objawy migreny zwykłej, niejednokrotnie towarzyszą migrenie ocznej.

4) Często u jednego i tego samego osobnika obie postaci występują naprzemiennie.

5) Niekiedy ataki migreny zwykłej po pewnej liczbie lat ustępują miejsca migrenie ocznej.

Różnorodność objawów towarzyszących obu postaciom, zależy, według M. od istniejącego zboczenia w tym lub owym narządzie, który stanowi wówczas *locus minoris resistentiae*. Tak przy migrenie zwykłej, jeżeli istnieje zboczenie czynności żołądka — mamy wymioty, w przeciwnym razie brak ich zupełnie. Również w przypadkach połączonych z bólem oka, nawet po ustąpieniu ataku można stwierdzić obecność zaburzenia w krążeniu i odżywianiu tego narządu.

W podobny sposób przy migrenie ocznej różnorodne objawy tak ze strony oka jako też w sferze czucia, ruchu i inteligencji, dałyby się wytłomaczyć istnieniem zboczenia w mózgu. Przypadłości te zwykle ustępują z wiekiem wraz z ustąpieniem skurczu mięśnia rzęskowego, co dowodzi wzajemnej zależności tych objawów i że przypuszczalne zboczenie w mózgu zbyt jest mało znaczne, by mogło samo przez się powodować wybuchy cierpienia o którym mowa. Zdarzające się zaś niekiedy w podeszłym wieku ataki podobne na pozór do migreny ocznej, M. skłonny jest uważać raczej za zwiastuny mniej lub więcej ciężkiego porażenia mózgu, jakkolwiek mniemania tego nie miał dotąd sposobności stwierdzić klinicznie. Autor obserwował 372 przypadków migreny, w tej liczbie 352 migreny zwykłej, 20 ocznej. We wszystkich stwierdził istnienie skurczu częściowego mięśnia rzęskowego. W 302 przypadkach skurcz ten był wyrównywający (285 migreny zwykłej, 17 ocznej), w pozostałych zaś 70 kurczowy. Z obserwacji tych M. przychodzi do następujących wniosków:

1. Że u wszystkich osób cierpiących na migrenę tak zwykłą jak oczną istnieje skurcz częściowy mięśnia rzęskowego. Skurcz ten jest przyczyną a nie skutkiem ataków migreny, co wypływa ztąd, że a) podobny skurcz trafia się również u osób nerwowych niecierpiących na migrenę, a więc zależy widocznie od stanu ogólnego. b) Że skurcz podobny trwa nawet po ustąpieniu ataków migreny, tak np. z otwarciem się hemoroidów, ataki migreny ustępują, skurcz mięśnia rzęskowego pozostaje; kobieta zachodzi w ciążę — przez cały czas jej trwania mi-

grena nie zjawia się, skurecz jednak trwa. c) Skurecz wyrównujący niezborność powstaje na długi czas przed wybuchem migreny. d) U niektórych migreników skurecz ten występuje jedynie przy nastawieniu oka do blizkich odległości, co by nie mogło mieć miejsca, gdyby był następstwem ataków migreny.

2. Jeżeli niezborność istnieje tylko w jednym oku, to i migrena występuje na stronie odpowiedniej.

3. Jeżeli niezborność istnieje w obu oczach, lecz w stopniu różnym—ataki migreny bywają częstsze i silniejsze po stronie odpowiadającej oku więcej niezbornemu. Gdy jedno tylko oko używanem jest do patrzenia, to chociażby ono było mniej niezbornem, migrena występuje stanowczo po jego stronie. (Niekiedy obustronnej migrenie zwyczajnej, towarzyszy jednostronna migrena oczna).

4. W przypadkach, w których za pomocą atropiny udaje się zwalczyć kurczowy skurecz mięśnia rzęskowego, ataki migreny ustępują. M. w ten sposób u czterech osób dotkniętych migreną zwykłą, otrzymał zupełne wyleczenie.

5. Noszenie ciągle szkieł cylindrycznych odpowiednio dobranych wpływa stanowczo na częstość ataków migreny, a niekiedy znosi je zupełnie. Tak, z 13 przypadków migreny zwykłej, w których M. stosował leczenie za pomocą szkieł odpowiednich, w 5 otrzymał zupełne wyzdrowienie, w 8 zaś znaczną ulgę. Z pięciu zaś osób cierpiących na migrenę oczną, wyzdrowienie zupełne otrzymał u dwóch, u jednej—polepszenie, u dwóch rezultat pozostał niewiadomy. Szczupła stosunkowo liczba uzdrowień zależy od niemożności zwalczenia, w wielu razach, częściowego skurczu mięśnia rzęskowego, który po ustaniu działania atropiny wnet się odradza. Również bezowocnymi okazały się próby zwalczenia pomienionego skurczu za pomocą szkieł coraz silniejszych.

T. Mączewski.

56. Dr. M. DUFOR (de Lausanne). **O widzeniu czerwonym czyli Erythropsy.** (*Sur la vue rouge ou l'érythropsie*). *Annales d'oculistique*, 1888.

Widzenie czerwone jest zбочeniem wrażeń wzrokowych polegającym na tem, że chory spostrzega, mniej lub więcej nagle, światło jednostajnie czerwone (niekiedy blado różowe lub fioletowe) rozpościerające się na przedmioty na które patrzy. Zjawisko to występuje zwykle nagle, trwa kilka minut do kilku godzin, nie wpływając bynajmniej ani na siłę wzroku, ani na obszar pola widzenia. Szerokie źrenice, olśniewające światło oto warunki, niemal stałe, tego zjawiska. Pierwszy przypadek tego rodzaju opisał Mackenzie w 1813 roku; była to jedna dama spędzająca lato na wschodnim wybrzeżu Kentu, wystawiona na silne działanie promieni słonecznych odbitych od powierzchni morza. Dziesiątego dnia pobytu, o zachodzie słońca spostrzegła czerwone zabarwienie obłoków, a następnie wszystkich otaczających przedmiotów. Zjawisko to trwało u niej całą noc i ustąpiło zrana by powrócić znowu wieczorem; i tak w ciągu trzech tygodni. Zбочenie to istniało u niej jeszcze przez ciąg dni sześciu po opuszczeniu wybrzeża. Oczywiście był to przypadek

erythropsy u osoby, która niepodlegała operacyi zaćmy ani iridektomii, jakich następnie opisano kilka.

Pierwszorzędnym warunkiem powstawania erythropsy, o ile można wnosić z opisanych w ciągu ubiegłych lat 8 czy 10, jest mniej lub więcej długie wystawienie na silny blask. Drugim warunkiem, lubo mniej stałym, jest uprzednie wydalenie zaćmy; nakoniec trzecim — pewien stan szczególnej wrażliwości nerwowej, lub ogólnego zmęczenia.

D. przytacza 4 obserwowane przez siebie przypadki: z tych jeden odnosi się do młodej dziewczyny, u której z powodu jaskry dokonana była na obu oczach iridektomija. Chora przychodziła od czasu do czasu na poradę do Asile des Aveugles de Lausanne, gdzie jej zastrzykiwano strychninę. Otóż jednego dnia słonecznego, wróciwszy do domu po świeżo upadłym śniegu, spostrzegła z przerażeniem o zachodzie słońca, że wszystkie przedmioty przyjmują barwę czerwono-różową, zjawisko to trwało u niej do jedenastej rano dnia następnego. Odtąd, jak tylko śnieg pokryje ziemię, czerwone widzenie powraca i z tym większym natężeniem, im więcej w ciągu dnia chora podlegała działaniu światła zewnętrznego. D. zauważył, że: 1) widzenie czerwone, u wspomnianej chorej, trwało tym dłużej, im dłużej pozostawała zewnątrz domu; 2) że nie występowało nigdy wcześniej, jak o 5 lub 6 wieczorem (w zimowej porze) i znikало o 8, 9 rano; 3) zmniejszając sztucznie natężenie światła około południa — zjawisko nie występowało; 4) przy wkraplaniu ezeryny, zjawisko słabło do minimum; 5) zбочenie to nieprzeszkadzało bynajmniej rozróżniać kolory, jakkolwiek te wydawały się ciemniejszymi i ostrość widzenia nie przy tem nie cierpiała. Widzenie czerwone niepociąga za sobą żadnych zmian, któreby się wzziernikiem ocznym wykryć dały, nie jest jednakże uczuciem ściśle podmiotowym, ponieważ znika, gdy chora zamknie oczy i wymaga światła zewnętrznego białego.

Trzy inne przypadki autora odnoszą się do osób operowanych na zaćmę; w jednym z nich widzenie czerwone ustępowało natychmiast po użyciu szkieł korekcyjnych sferycznych, wówczas gdy soczewki sferyczne nie wywierały nań żadnego wpływu.

Wogóle przypadki erythropsy podzielić się dadzą na dwie grupy: pierwsza składa się z przypadków, w których zjawisko to występowało po wydaleniu zaćmy, drugą stanowią przypadki erythropsy przy obecności soczewki w oku. Obserwacyje odnoszące się do pierwszej grupy są bez porównania liczniejsze i stanowią $\frac{3}{4}$, lub nawet $\frac{1}{3}$ ogólnej liczby przypadków. Próbowano w różny sposób objaśnić to zjawisko: już to nieobecnością soczewki, już spostrzeganiem purpuru siatkówki (Gałęzowski), już zmęczeniem elementów siatkówki wrażliwych na promienie niebieskie (Hirschler), już pobudzenie tych, których przeznaczeniem jest odczuwanie barwy czerwonej (Szili); nakoniec zmęczeniem ośrodków wzrokowych w mózgu (Purtscher)

Przypisywanie erythropsy nieobecności soczewki zdawało się tem więcej usprawiedliwionem, że badania hr. de Chardon-

net wykazały jakoby, że siatkówka sama przez się zdolna jest do odczuwania promieni ultrafioletowych, a jeżeli w zwykłych warunkach niespostrzegamy takowych, to dlatego, że soczewka je pochłania. Ponieważ zaś promienie ultrafioletowe wywierają najsilniejszy wpływ chemiczny, najprędzej przeto spowodują znużenie elementów siatkówki przeznaczonych do odczuwania barwy fioletowej i niebieskiej, w ten sposób więc łatwo byłoby pojąć zwiększoną pobudliwość na promienie czerwone przy nieobecności soczewki. Lecz jak w takim razie wytłómaczyć zjawisko erythropsyi przy nienaruszonej soczewce?

Tak w przypadku Emmy D. opisanym powyżej, lubo wskutek dokonanej iridektomii, część promieni miała dostęp do oka pomimo soczewki, to jednak ilość ich w stosunku do przenikających przez soczewkę wydaje się autorowi zbyt szczupłą, by przypisać im wyczerpanie wrażliwości na światło niebieskie. Również mało prawdopodobną jest hipoteza Szili'ego, gdyż wrażliwość zwiększa się raczej wskutek spoczynku nie zaś wyczerpania.

Spostrzeganie purpuru również jest wątpliwem, gdyż ten ostatni ulega rozkładowi pod wpływem światła. Najprawdopodobniejszą wydaje się Dufour'owi teoria zmęczenia ośrodków korowych wzroku. W samej rzeczy przy istniejącym u Emmy D. zaniku nerwów wzrokowych i upadku wzroku, przypuszczając siedlisko erythropsyi w siatkówce, trudno byłoby pojąć jakim sposobem przewodnictwo dla barwy czerwonej zostało nienaruszonym. Z drugiej jednak strony 3 lub 4 przypadki erythropsyi monokularnej, jeżeli wierzyć w ich prawdziwość, przemawiałyby za teorią peryferycznego powstawania.

W końcu D. zastanawia się, czy nie należałoby odnieść do przypadków erythropsyi, tak zwanych, wrózb krwawych (widzenie rzek krwią płynących, kłósów krwawych, krwawego deszczu i t. p.), których tyle przykładów podaje historia.

T. Maczewski.

V. Wiadomości pomniejsze.

57. **Bendzwinau sodu przy błonicy i krupie** zalecają D-rowie Brandel (z Algieru), Leclerc i Geay do wewnątrz od 3—5 grm. codziennie i do zewnątrz do rozpylania roztwór 1 : 10.

Do wewnątrz stosować można następującą mieszanekę:

Rp. Natri benzoici . . . 2,00 — 5,00

Julepi gummosi *). 150,00.

MDS. co 2 godziny łyżkę stołową przez dzień i noc.

Do zewnątrz zaś:

Rp. Natri benzoici . . . 10,00

Aq. destillatae . . . 100,00.

MDS. do rozpylania w gardle co 2 godziny przez dzień i noc.

*) W skład Julepium, juleps gummosum wchodzi:

Gummi arabicum 10 części, Syrupus gummosus 30, Aqua communis 100, Aqua Naphae 10. (Ref.).

Prócz tego w około chorego należy rozpylać mieszaninę kwasu karbowego, eukaliptolu i terpentyny.

Dyjeta. Mleko, sok mięsny i wino chinowe.

Ważną rolę odgrywa gatunek preparatu G., zaleca używać wyłącznie preparat otrzymywany z flores benzoës, a nie ze sztucznego acidum benzoicum. (Revue gener. de chir. et de thér. N. 50. 1888).

58. Przy ostrym katarze nosa następujące wdychania kamforowe zaleca Dr. Dabson: Do naczynia szklanego dość wysokiego, a niezbyt szerokiego, wsypuje się łyżeczkę kamfory sproszkowanej; następnie do połowy naczynia wlewa się wody wrzącej i całe naczynie przykrywa się lejkiem z papieru, cienki koniec którego ucina się w ten sposób, by nos mógł dogodnie pomieścić. Mając tak przyrządzony aparacik, należy wdychać nosem pary kamforowe przez 10 — 15 minut, a w razie potrzeby po 4 — 5 godzinach wdychanie powtórzyć. Zwykle po pierwszym zastosowaniu następuje znaczna ulga, a trzy wystarczają do zupełnego wyleczenia. (Coresp. f. Schwei. Aertzte. N. 1. 1889).

(O skuteczności powyższego sposobu sam się przekonałem kilkakrotnie. Sprawozdawca).

59. Tymol przy uporczywych rozwolnieniach u suchotników zaleca Dr. Filipowicz (z Odessy). Autor na 48 chorych przeprowadził odpowiednie badania, podając im na dawkę po 3 grany tymolu w kapsułkach żelatynowych co godzinę, lub dwie. Na podstawie swych badań autor przyszedł do następujących wniosków: 1) przyjmując tymol — rozwolnienie ustaje drugiego lub trzeciego dnia, 2) tam gdzie ściany kiszek uległy już skrobiowatemu zwyrodnieniu rozwolnienie powstrzymać się nie daje, 3) tymol nie wywołuje podrażnienia przewodu pokarmowego, przeciwnie po jego użyciu apetyt się zwiększa, 4) przy dobowej ilości 3 — 4 gramów znoszonym bywa dobrze, nawet przez czas bardzo długi, 5) długotrwałe używanie tymolu nie spowodowało zaburzeń w narządach: trawienia, oddychania, krążenia i moczowych. 6) na układ nerwowy tymol wpływu nie wywiera, 7) w przypadkach krwotoków zażywać go można bez obawy, 8) kaszel i ilość płwocicy przy jego użyciu zmniejsza się znacznie, 9) temperatura zniża się, a nawet powraca do prawidłowej, 10) mocz chorych biorących tymol nie tak prędko ulega gniciu, wypróżnienia ich nie są tak cuchnące, 11) suchotnicy z nieznaną destrukcją płuc zwiększają swą wagę.

Skuteczne działanie środka przy rozwolnieniach u suchotników, na podstawie odpowiednich wywodów, przypisuje autor własnościom tymolu odkażającym i przeciwnym; zmieszany będąc z zawartością kiszek powstrzymuje gnicie, ewentualnie drażnienie przewodu pokarmowego, wskutek czego i rozwolnienie ustaje. (Wręcz. N. 48. 1888).

(Tymolu przy rozwolnieniach próbowałem już od lat kilku w praktyce szpitalnej i prywatnej. Tak dobrych jednak wyników, o jakich autor wspomina, nie otrzymywałem, jużby tylko dla tego, że z powodu właściwej przykryj i nadzwyczaj mocnej woni tymolu, chorzy już po kilku dawkach nadal pod żadnym pozorem przyjmować go nie chcą. I rzeczywiście, woń ta jest tak mocną, że mimo kapsulek żelatynowych, przez pudełko w którym się one mieszczą, zdaleka nawet zapach ten tymolu się czuje. Miałem kilku chorych, którzy prosili o to, by zalecone im lekarstwo nawet zupełnie z domu usunięto, gdyż sama woń jego zbyt niemile drażniła na nich oddziaływała. W przyszłości znajdzie się może sposób znoszący ten przykry zapach, a wtedy szersze zastosowanie tymol uzyskać może. Sprawozdawca).

60. **Julepium antidiarrhoeicum** D-ra Dupré:

Rp. Zinci oxydati puri . . .	3,50
Natri bicarbonici . . .	4,50
T-rae rathaniae guttas 10—20	
Julepi gummosi . . .	60,00

MDS. Dorosłym co godzinę łyżkę stołową do ustąpienia wymiotów i rozwolnienia, dla dzieci mieszanka ta zawierać powinna tylko 30 grm. julepi gum. i podaje się co $\frac{1}{2}$ godziny po łyżeczce od kawy również do ustąpienia objawów. Autor zaleca tę mieszankę przedewszystkiem przy: cholercze dziecięcej, cholerynie, rozwolnieniach kataralnych i rozwolnieniach u suchotników. (L'Union méd. N. 16. 1889).

61. **Przy rozwolnieniach z zielonemi stolcami u ssawców** zaleca Dr. Hayem $2\frac{0}{10}$ roztwór kwasu mlecznego, podając go w kwadrans po każdym karmieniu po łyżeczce od kawy, a więc 5—6 razy dziennie. Również dobrze można używać mieszankę:

Rp. Acidi lactici . . .	2,00
Syrupi simplicis . . .	98,00
Olei citri guttam.	

MDS. Jak wyżej.

Już po pierwszych dawkach wymioty ustępują, a stolce w następstwie przybierają kolor żółty. By uniknąć powrotów, należy starannie usuwać od chorego bieliznę zwalaną wymiotami, a szczególnie stolcami. Bieliznę zwalaną przed upraniem trzeba wymoczyć w roztworze sublimatu 1 : 1000. (Lyon Méd. N. 6. 1889).

62. **Przy oxyuris vermicularis** radzi Dr. J. Chéron lewatywę z tranu następującego składu:

Rp. Olei jecoris aselli . . .	40,00
Viteli ovi . . .	N. 1
Aq. destillatae . . .	125,00

MDS. Do lewatywy.

W razie gdyby taka lewatywa okazała się bezskuteczną, wtedy należy zrobić drugą już z czystego tranu i ta należyty skutek niezawodnie przyniesie. (Rev. méd. chir. de mal. des femmes. 1888, str. 704).

63. **Przykry smak połączenia kreozotu z tranem** według D-ra Seitz'a poprawia się znakomicie przez dodanie Saccharyny np.:

Rp. Kreosoti	2,50
Olei jecoris aselli . . .	200,00
Saccharini	0,1.

MDS. 1 — 3 razy dziennie od łyżeczki do łyżki stołowej, stosownie do wieku i okoliczności.

(Therap. Monats. N. 1. 1889).

64 **Nowy środek nasenny: Eschscholtzia californica** poleca Dr. Ter Zakariantz. Roślina ta należy do popaveraceae, a prócz własności nasennych jest i środkiem bóle kojącym. Do pewnego stopnia może ona zastąpić morfinę. Znosi się dobrze przez dorosłych i dzieci, po zażyciu działanie jej trwa jeszcze czas jakiś. We wszystkich cierpieniach, byle by nie u suchotników, może być zalecaną jako środek nasenny i ból kojący.

Przepisywać można w postaci napoju, w syropie lub pigułkach od 2,50 — 10,00 dziennie.

Dr. Ter. Zak. używa:

Rp	Extr. alcohol. Eschscholtziae californicae.	2,50—10,10
	Rhei optimi	30,00
	Syrupi gummosi	30,00
albo: Rp.	Extr. aquosi Eschschol. califor.	3,00—12,00
	Infusi species pector.	100,00
	Syrupi gummosi	40,00
albo: Rp.	Extr. aquosi Eschscholt. califor.	25,00
	Syrupi simpl.	200,00.

MDS. 1—4 łyżek dziennie.

albo: Rp. Extr. aquos. s. alcohol. Eschschol. califor. . 20,00

Pulv. liquir g. sat. ut f. pil. N. 40.

MDS. 5—15 pigulek dziennie.

(Semeine méd. N. 52. 1888).

65. **Przy chronicznem obrzmieniu śledziony** zalecają D-rowie Murri i Boari zastrzykiwać w miąższ organu wodę przekroploną i wyjalowioną z pomocą szpryczki Pravatz'a. Autorzy zastrzykując codziennie po jednej takiej szpryczce, otrzymali znakomite zmniejszenie się obrzmiałej śledziony po zimnicy u młodego 20-letniego pacjenta. Sama operacja jest bezbolesna i nieszkodliwa. (Wien. med. Pres. N. 2. 1889).

66. Dr. E. GEHRUNG przytaczając różne opinie autorów o miesiączkowaniu między innymi cytuje Stirtona, który utrzymywał, że miesiączka jest wynikiem cywilizacji. Sam autor przy niektórych cierpieniach np. przy blednicy, wycieńczeniu organizmu i nadmiernem miesiączkowaniu zaleca jako skuteczny środek leczniczy **powstrzymanie miesiączki** i w tym celu używa tamponów nasyconych 1^o/₀ roztworem alunu, a Loewenthal również dobrze powstrzymuje miesiączkę irygacyjami z wody gorącej. (Zur. Akusz. N. 1. 1889).

67. **Przy uporczywych wymiotach u ciężarnych** Dr. Hubert zaleca:

Rp. Aquae destillatae . . . 120,00

Kali jodati. 6,00

T-rae jodi gutt. 6.

MDS. 3 łyżki dziennie.

(Lyon Méd. N. 4. 1889).

68. **Wycięcie lewego jajnika u dziewczynki 8¹/₂ lat mającej** z powodu torbieli jednokomorowej skórzakowej (cystis dermoidalis) dokonał Dr. W. G. Mackenzie. Operowana wkrótce powróciła do zupełnego zdrowia. (The Dubl. Jour. of Med. Sc. Paźdz. 1888).

69. Według D-rów Straus'a i Dubarry znaczna część drobnoustrojów chorobotwórczych może żyć i rozmnażać się w wodzie zwyczajnej, a nawet i przekroplonej. Skład chemiczny wody wpływu tu nie wywiera. Tylko laseczniki gruźlicze w wodzie tracą swe własności chorobotwórcze, inne zaś drobnoustroje nawet przez czas bardzo długi zachowują je należycie. (Arch. de méd. exper. Styczeń. N. 1. 1889).

70. Dr. Mount Bleyer z Nowego Yorku proponuje by zastosowywać fonograf Edisona w praktyce lekarskiej. Jeśli np. połączyć stetoskop z fonografem i następnie dołączyć resonator, to zjawiska wysłuchowe dostępne będą dla całego audytorjum, również dobrze zapomocą fonografu przechować można wszelkie szmery sercowe i płucne, z których następnie w razie potrzeby korzystać można. Dr. M. B. w ten sposób już od dość dawna posługuje się fonografem. (The med. Rec. 17 List. 1888).

71. Przy chronicznych wrzodach Dr. Desplats zaleca następujący opatrunek:

Kończynę i wrzód obmywa się starannie 10/1000 roztworem sublimatu. Powierzchnię wrzodu wypełnia się maścią z waseliny 9/10 i bismuthi salicylici 1/10, na wierzch i na całą kończynę nakłada się kilka warstw waty i bandażuje się zwykłym bandażem, wywierając jednocześnie równomierny ucisk. Następnie cały opatrunek wzmacnia się przez nałożenie bandaża nasyconego w roztworze szkła wodnego. Opatrunek ten posiadający jednocześnie właściwości stałego, uciskającego i przeciwnieckiego, chory nosić może do zupełnego wyzdrowienia, może z nim chodzić a nawet i pracować. Po 15 dniach, 3 tygodniach, lub nawet po miesiącu, stosownie do wielkości i głębokości wrzodu, opatrunek można zdjąć i przekonać się, jak daleko postąpiła sprawa gojenia. W razie obrzęku kończyny, chorego należy położyć do łóżka na dni kilka, zdjąć bandaż nasycony szkłem wodnym i nałożyć go ponownie wtedy, kiedy kończyna powróci do stanu zupełnie prawidłowego. (L'Union Méd. N. 10. 1889).

72. Dentysta Scheff skutecznie przeszczepił ząb 30-letniemu mężczyźnie. Przed przeszczepieniem ząb ten, wyrwany 18-letniej pannie, przeszło godzinę przelżał w 1/2 0/0 roztworze kwasu karbolowego, następnie wypróchniała jamę i cały kanał zębowy S. należycie oczyścił z ropy i cząsteczek zmartwiałych. Dotychczas w literaturze znanych jest nie wiele przypadków, w których by ząb z jednej osoby przeszczepiony drugiej—przyjął się dobrze. (Wien. Klin. Woch. 24 Stycz. 1889).

73. Przy łuszczycy (psoriasis) zaleca Dr. Besenier następującą maść naftolową:

Rp. Naphtholi β . . 10,00
Axungniae . . 90,0.

MDS. Miejsca uległe cierpieniu wieczorem dobrze wysmarować, następnie dnia maść zmyć ciepłą wodą z mydłem i skórę przysypać warstwą krochmalu.

W ten sposób postępować przez dni 15, a nawet i do zupełnego wyleczenia, jeśli poprawa jest widoczną. W razie przeciwnym, spróbować maści z kwasem pyrogalusowym. (L'Union Méd. N. 8. 1889).

74. Przy syfilisie zaleca prof. Emerich Poor następującą kurację: Jako środki przygotowawcze woda z Ofen i letnie kąpiele. W następstwie mieszanek:

Rp. Aq. destillatae . . 300—1000 grm.
Bicarbonas sodae. }
Natri sulphurici . . } aa 3—10 grm.
Kali iodati . . . }

MDS. Początkowo przyjmować 1—2 łyżek 3 razy dziennie, co tydzień dodawać po jednej łyżce. Jeśli przy 6 łyżkach na dzień, objawy syfilisu nie zaczynają ustępować, to brać po 7, 8 a nawet, co się zdarza rzadko, po 9 i 10 łyżek dziennie.

Prócz tego raz lub dwa razy na tydzień kąpiele ciepła mydlana. Obrzmiałe gruczoły należy smarować nalewką jodową.

Postępując w ten sposób autor otrzymał ustąpienie wszystkich objawów pierwotnych syfilisu po 2—6 tygodniach, wtórnych po 5—10 tygodniach i trzeciorzędnych po 2—6 tygodniach. (The Therap. Gaz. 15 Listop. 1888).

K. W. Sierpiński.

O d W y d a w c y.

„Kronika Lekarska“ i w bieżącym roku 1889, a 10 swego istnienia wychodzić będzie według tegoż samego programu i na tych samych warunkach jak dotychczasowo. Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się P. P. prenumeratorów o wczesne wnoszenie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu. Zaległych P. P. prenumeratorów, którzy dotąd jeszcze nie wnieśli przedpłaty za rok ubiegły, uprasza się o uregulowanie rachunków w jak najkrótszym czasie.

S P R O S T O W A N I E.

W N. 1 na str. 74 wiersz 22 zamiast Lieberta ma być Siebert'a.

„ „ 1 „ „ 74 „ 23 po wyrazie „nerka“ ma być: „uległa zmiążdżeniu. W innych znów razach nerka zostaje nienaruszoną, rozerwaniu się ulegają przeważnie naczynia nerkowe.“

Komitet Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba NATANSONA przyznane zostaną w roku bieżącym dwie nagrody pieniężne.

Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi), ogłoszoną drukiem w języku polskim między 14 Września 1884 r. a 31 Grudnia 1888; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, historycznych lub tym podobnych.

Zgodnie z ustawą Kasy pomocy i stosownie do zastrzeżeń uczynionych przez zapisodawcę powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie: poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym.

Komitet zarządzający Kasą, własnem staraniem usiłuje zebrać dla podania ocenie, prace ogłoszone w wymienionym okresie; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac o których mowa, w biurze Komitetu (Bank Handlowy) lub na ręce jednego z Członków Komitetu, przed końcem Lutego, bieżącego roku.

Prezes Komitetu: *Dr. J. Baranowski.*

Członek Komitetu, Sekretarz: *Konrad Dobrski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza że przedłużyło termin do dnia 1 Kwietnia 1889 roku do złożenia rozpraw na następujące cztery temata do nagród konkursowych z funduszu imienia ś. p. D-ra Adama HELBICHA, już w roku zeszłym w pismach lekarskich podane:

1) „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchót płucnych“.

2) „Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono siarczane, solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to Busk, Cieclocinek, Druskieniki, Iwoniec i inne“.

3) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchót płucnych“.

4) „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*)”.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresam Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Prawo ogłoszenia drukiem rozprawy uwieńczonej zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Szokalski*.

OGŁOSZENIA.



Z zapomogi kassy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia D-ra Med. Józefa Mianowskiego wyszło z druku dzieło
A. KORNELIUSZA CELSA

O LECZNICTWIE KSIĄG OŚMIORO

(A. Corn. Celsi: De medicina libri octo) Z najlepszych wydań Almeloveen'a, Krause'go, i Targi na język polski przełożył

w komentarze Caesariusa, Constantina, Scaligera Casaubona, Morgagni'ego, Krause'go, Targi, Scheller'a, waryanty różnych wydawców, objaśnienia starożytnych autorów i w przypiski własne zaopatrzył, spisem ważniejszych wydań dzieła, wspominanych w niem Lekarzy, opisanych przez autora operacyi chirurgicznych i słownikiem wyrazów Celsowych uzupełnił

Dr. med. i chir. Henryk Łuczkiwicz.

Cena 2 rs., z przesyłką 2 rs. 40 k.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

3—2

ZAKŁADY

CHEMICZNO-TECHNICZNE

I

SKŁADY MATERIAŁÓW APTECZNYCH I FARB

LUDWIKA SPIESS I SYNA

ulica Senatorska Nr. 464/5 obok kościoła PP. Kanoniczek
drugi Marszałkowska N. 140, pomiędzy Ś-to Krzyską i Placem Zielonym

W WARSZAWIE.

12—12

Dla kaszlących i osłabionych

Koncesyjonowane przez władze lekarskie, nagrodzone listem pochwalnym na wystawie higienicznej i medalami: na wystawie krakowskiej i na lwowskiej wystawie higieniczno-lekarskiej.

Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie.

EKSTRAKT I KARMELKI

MIODOWO-ZIOŁOWO-SŁODOWE

FABRYKI „LELIWA”

w Warszawie ulica Zgoda Nr. 6.

Główna sprzedaż w Warszawie u Mrozowskiego i Spiessa, w Kijowie u Żeligowskiego, w Mińsku gub. u Gutowskiego, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Odessie u Gajewskiego, Przestrzelskiego i Piskorskiego, w Astrachaniu u Kerna i Piaseckiego w Symferopolu u Sokolowskiego, w Karcz Jenikale u Hana, w Baku u Czyszkowskiego, w Moskwie u Mattejsena. 50% tańsze i pewniejsze od zagranicznych.

Flaszka ekstraktu zawierająca 5 uncyj kop. 75, z dodaniem chininy lub z dodaniem żelaza i chininy rs. 1.

Paczka karmelków kop. 15.

ZAKŁAD KEFIROWY

APTEKARZY

BIERTUMPFLA I GESSNERA

DAWNIEJ

D-ra WYSZYŃSKIEGO

w WARSZAWIE

Aleja Jerozolimska róg Kruczej

Wyrabia kefir czysty, z żelazem i pepsyną.

Dla osób zamieszkujących, lub też chcących przyrządzać kefir w domu, zakład posiada stale spory zapas świeżych i zdrowych grzybków kefirowych (*Dispora caucasica*) których ilość, do robienia jednej lub też dwóch butelek kefiru dziennie, oraz objaśnienie przebiegu fermentacji, wysyła w liście rekomendowanym.

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specyjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone. 12—12

PAMIĘTNIK

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

Wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcją Fr. Jawdyńskiego, wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących mniej więcej po 10 arkuszy druku, w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami. Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnośzeniem i przesyłką, wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Chłodna 8), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach i agenturach Spółki kolportacyjnej; w Austrii przedpłata wynosi 4 zr. 4—4

JAN KRZYKOWSKI

OPTYK ELEKTROTECHNIK

Marszałkowska Nr. 109

poleca:

Aparaty elektryczne wszelkich systemów własnego wyrobu, jako też skuteczniejsza pod gwarancją reperacyjną takich.

Wyrobia i urządzenia dzwonki elektryczne.

Posiada na składzie:

Szkła, okulary, nanośniki, termometra lekarskie, inhalatory, respiratory, irygatory, szpryce, paski rupturowe i t. p. przedmioty w wielkim wyborze.

Specyalne szpryczki do lewatyw glicerynowych.

Środki opatrunkowe i bandaże po cenach fabrycznych.

Uwaga. Wykonywa wszelkiego rodzaju roboty w zakresie techniki lekarskiej wchodzące ściśle według przedstawionych wzorów i planów rysunkowych.

Znane ze swej dokładności i taniości termometra maksymalne nadeszły w wielkiej ilości.

KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Abelous (J. E.). Recherches sur les microbes de l'estomac à l'état normal et leur action sur les substances alimentaires.	1.80
Alanus. Die Pflanzenkost als Heilmittel.	—,55
Alexander. Syphilis u. Auge. I. Hälfte.	1.65
Ball. (B.). La Morphinomanie. De la responsabilité des aliénés. Les frontières de la folie, etc. 2-e édition, revue et augmentée.	1.80
Becker, Otto. Die Universitäts-Augenklinik in Heidelberg. 20 Jahre klin. Thätigkeit.	1.65
Binz u. Jaksch. Der Weingeist als Heilmittel.	—,90
Blum J. Die Kreuzotter und ihre Verbreitung in Deutschland. Mit 1 Karte u. 9 Textfig.	3.30
Bonne G. Ueber das Fibrinferment und s. Beziehung zum Organismus.	1.65
Coste (le Dr.). L'Inconscient. Étude sur l'hypnotisme.	—,90
Dignat (le Dr. P.). Histoire de la médecine et des médecins à travers les âges.	2.25
Dubois. Untersuchung über die physiologische Wirkung der Condensatorentladungen.	—,80
Duval (Mathias). Atlas d'embryologie. Avec 40 planches en noir et en couleur, comprenant ensemble 652 figures.	21.60
Fothergill J. M. Die Leberdyspepsie u. Biliosität. Deutsch. v. Krakauer.	—,80
Freyer M. Wie ist unser Hebammenwesen rationell zu bessern?	—,35

SPIS RZECZY.

	<i>str.</i>
Adolf Winawer. O zastosowaniu mięsienia w chorobach kobiecych podług metody Thure Brand'ta. (Dalszy ciąg)	91
M. Kępiński. Zapalenie łącznicy. Wskazówki praktyczne przy ich rozpoznawaniu. (Dokończenie)	130

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

33. Prof. D. Hermann Sahli. Najnowsze poglądy w patologii chorób zakaźnych.	148
34. P. W. Lathan. O stosunku drobnoustrojów do chorób	155
35. Prof. R. Tripier. O stosunku zachodzącym pomiędzy posocznicą a strupem pośladowym, lub innymi ropieniami skórniemi w gorączce durzycowej	162

II. Chirurgija.

36. Lange. Die Behandlung der Mastdarmfisteln mittels Excesion und Nacht	163
37. Morini. Sul trattamento delle fistoli Anali per primat intensione	163
38. Quenu. De la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus	163
39. Schuchardt. Ueber die tuberculöse Mastdarmfistel.	164
40. Greffrath. Casuistische Beiträge zur Operation der Mastdarmfisteln	165
41. Bazy. Note sur le traitement des abcès de la fosse ischio-rectale ou espace pelvi-rectal inférieur, par l'incision simple.	167
42. Lange. Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden.	167
43. Trélat. Anémie hémorrhoidaire. Dilatation forcée de l'anus	169
44. Verneuil. Le traitement des hémorrhoides par la dilatation	169
45. Walker. Treatment of anal fissure and haemorrhoids by gradual dilatation.	169

III. Choroby dziecięce.

46. L. Landouzy. O śmiertelności w wieku niemowlęcym w Paryżu i stosunek jej do gruźlicy	172
47. E. Kahn. O użyciu benzanilidy w praktyce dziecięcej	173
48. S. Lenhartz. Przyczynę do kwestyi porażen wtórnych przy szkarlatynie.	174
49. Prof. R. v. Jaksch. O przebiegu klinicznym ospy ochronnej	174
50. Leroy W. Hubbard. Kilka uwag o zapobieganiu przewlekłym cierpieniom stawu u dzieci	175

IV. Choroby oczne.

51. Dr. Deneffe prof. uniw. w Gand. O doskonaleniu się poczucia barw w rodzaju ludzkim	177
52. Dr. Georges Martin (de Bordeaux). O sposobie powstawania porażen oczu elektrycznych	178
53. Dr. Georges Martin (de Bordeaux). O wyłuszczeniu ropiejącej gałki ocznej	180
54. Dr. Georges Martin (de Bordeaux). Migrena i astygmatyzm	181
55. Dr. Georges Martin. Migrena oczna i astygmatyzm	181
56. Dr. M. Dufour (de Lausanne). O widzeniu czerwonym czyli Erythroptysi.	184

V. Wiadomości pomniejszych.

57. Bendzwinian sodu przy błonicy i krupie	186
58. Wdychania kamforowe przy ostrym katarze nosa	187
59. Tymol przy rozwolnieniach u suchotników	187
60. Julepium antidiarrhoeicum	188
61. Kwas mleczny przy rozwolnieniach u ssawców.	188
62. Lewatywy z tranu przy oxyuris vermicularis	188
63. Sacharyna jako środek poprawiający przykry smak kreozotu z tranem	188
64. Eschschoitzia californica—nowy środek nasenny	188
65. Zastrzykiwania wody przy obrzmieniu śledziony	189
66. Powstrzymywanie miesiączki, jako środek leczniczy	189
67. Środek przeciw wymiotom u ciężarnych	189
68. Wycięcie jajnika u dziewczynki 8½ lat mającej	189
69. Sposób zachowania się drobnoustrojów w wodzie	189
70. Zastosowanie fonografu w praktyce lekarskiej	189
71. Opatrunek przy wrzodach	190
72. Przeszczepienie zęba	190
73. Leczenie tuszczycy	190
74. Leczenie syfilisu	190

Ogłoszenia.
