

GAZETA LEKARSKA.

I. KRUP CZY DYFTERYT NOSA?

(*Rhinitis fibrinosa, aut diphtheritica?*)

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawsk. Towarzystwa Lekarsk. w dniu 7 Czerwca 1892 roku].

Napisał

D-r Jan Sędziak,

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

Przypadek, który w ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać wspólnie z kol. WRÓBLEWSKIM, zasługuje zarówno pod względem klinicznym, jako też etjologicznym, na bliższą uwagę. Daje mi on przytem sposobność omówienia w ogólnych zarysach kwestyi etjologii błonicy, tak, jak ona obecnie stoi, a w której tak wiele jest jeszcze stron ciemnych, nierozjaśnionych, że wspomnę tu tylko stosunek właściwej błonicy do krupu nosa i krtani, *pharyngitidis fibrinosae chr.*, t. zw. *anginae follicularis et scarlatinosa* etc.

Przypadek dotyczy jednego z kol. C., lat 31 mającego, który w dniu 28 Stycznia r. b., gójąc się u fryzjera, został skaleczony brzytwą w brodę. Chory na przypadek ten mało zwracał uwagi i tegoż dnia jeszcze przyjmował licznych chorych ambulatoryjnych. Wyraźnie jednak zaznacza, że niejednokrotnie dotykał palcami miejsca skaleczonego, które ostatecznie coraz gorszy zaczęło przyjmować wygląd. Oto, jak opisuje stan owej ranki kol. KOPYTOWSKI, który miał ją sposobność oglądać w parę dni po skaleczeniu: na brodzie więcej po stronie prawej na parę etm. poniżej wargi dolnej znajduje się owrzodzenie wielkości dużej soczewicy o brzegach wywróconych, nieregularnych, wydzielających nieznaczną ilość krwawej surowicy. Środek owrzodzenia pokryty rozpadem żółto-szarawej barwy, konsystencyja ciastowata. Wogóle, dodać tu należy, że wygląd ten mocno zaniepokoił kol. KOPYTOWSKIEGO. Owrzodzenie traktowano jodoformem i pokryto watą, która mocno przylegała do wilgotnego strupa. Powoli chory zaczął doznawać pewnego osłabienia, ogólnego rozłamania, dreszczyków, jednocześnie zaś, a było to 27 Lutego, [a więc w 5 dni po skaleczeniu], poraz pierwszy zauważył wypływ ostry z nosa, mianowicie z prawej strony. W ciągu 2 następujących dni chory czuł się coraz gorzej, wyraźnie już wystąpiły dreszcze i gorączka, pomimo to nie zaniedbywał zajęć swych i chodził na wizyty. Owrzodzenie na brodzie przedstawiało mniej więcej ten sam charakter, przylączyło się tylko obrzmienie, na ucisk bolesne, gruczołu limfatycznego z prawej strony szyi.

Dnia 5 Lutego, a więc w tydzień po skaleczeniu, ciepłota wykazywała rano 38,5° C., wieczorem zaś 39,0° C.. Cały ten dzień chory przeleżał w łóżku. Tego samego dnia rano chory zauważył, że prawa połowa nosa jest zupełnie dla powietrza niedrożną, całkowicie będąc wypełnioną błonami, o czem w lustrze doskonale mógł się sam przekonać.

Błony te zaniepokoiły chorego i to go głównie zmusiło do położenia się do łóżka, oraz do zasięgnięcia porady specjalistów. Wieczorem tegoż dnia widziałem chorego wspólnie z kol. WRÓBLEWSKIM. Znaleźliśmy wówczas: stan ogólny niezły, jakkolwiek ciepłota znacznie podniesiona

[39,0° C.], tętno przyspieszone, pełne. Poniżej dolnej wargi ze strony prawej wilgotny strup z przyschniętym doń kawałkiem waty, gruczoł szyjowy chłonny również po stronie prawej nieco obrzmiały i na ucisk bolesny. Wejście do nosa, głównie ze strony prawej, jakoteż i odpowiednia część wargi górnej mocno zaczerwienione, obrzmiałe, z bolesnymi nadżarciami (*excoriationes*), wskutek obficie wyciekającego z prawej połowy nosa płynu surowiczego, gryzącego. Prawa połowa nosa zupełnie dla powietrza niedrożna. Już gołem okiem widać, że zatkanie to jest warunkowane błonami szarawo-białawymi, kąpiącymi się w wydzielinie surowiczej. Przy badaniu wziernikiem nosowym, nb. bardzo bolesnym, widać, że błony te dość grube wypełniają nie tylko dolny odcinek nosa [muszle dolne, odpowiednią część przegrody], lecz rozszerzają się i na *pars olfactoria*, powodując najzupełniejszą jej niedrożność. W niektórych tylko miejscach błony te są mniej wyraźne i wtedy przekonać się można, że błona śluzowa jest mocno zaczerwieniona i obrzmiała. Żadnych jednak zmian większych [owrzodzeń] nie przedstawia. Lewa połowa nosa, z wyjątkiem umiarkowanego zaczerwienienia i obrzmienia, nie wykazuje żadnych poważniejszych zmian. A b i ś l a d u bł o n. Badając nos od tyłu lusterkiem (*rhinoscopia post.*), co dość trudnym się okazało, skonstatowano zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej, zwłaszcza po stronie prawej, muszel i trąbki EUSTACHIJUSZA; wyraźnych błon jednak nie dało się zauważyć. W gardzieli znaleźliśmy umiarkowane zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej zwłaszcza w okolicy migdałków, na których tu i owdzie porozrzucane w małej ilości białawe punkciki, odpowiadające kryptom, można było zauważyć (*angina s. tonsillitis follicularis*). Lekki ból przy łykaniu. Zresztą łykanie niezłe, stolec prawidłowy.

Po naradzie z kol. WRÓBLEWSKIM zaleciliśmy: miejscowo czopki [tampony z waty] z balsamem peruwiańskim na wpół z gliceryną, zasypywanie chorej, oraz zdrowej [oddzielną dmuchawką] połowy nosa i jamy nosogardzielowej [również i od strony jamy ustnej] proszkiem antyseptycznym [aristol] i jodol w równych częściach, z dodatkiem niewielkiej ilości mentola. Do płukania salol, a wewnątrz olej rycynowy i chininę gr. X. Na drugi dzień [6. II.] ciepłota znacznie spadła [38,2° C.], stan ogólny o wiele lepszy. Po oleju kilka płynnych stolców i wymioty. Chininy chorej nie brał. W dniu 7. II. ciepłota 38,0° C. Złjęto poraz pierwszy część błonki [do badań bakteriologicznych, o których poniżej], co dało się wykonać z łatwością bez krwawienia. Po raz drugi w parę dni podczas narady, na której uczestniczyli oprócz nas, t. j. mnie i kol. WRÓBLEWSKIEGO, jeszcze D-r SOKOŁOWSKI i HEWELKE [którzy kilkakrotnie jeszcze mieli sposobność chorego wspólnie z nami obserwować], jakoteż Dziekan BROWOWSKI, złjęto w tymże celu błonkę pineetką wyjalowioną. Tym razem zdjęcie błony niezwykłe grubej, mięsistej połączone było z niewielkim krwawieniem; błona śluzowa pod błoną okazała się mocno zaczerwienioną, obrzmiała, poważniejszych jednak na niej zmian [owrzodzeń i t. d.] nie można było zauważyć. W ciągu następnego tygodnia ciepłota była prawie prawidłowa [parę tylko razy jeszcze podnosiła się do 38,0° C.], stan ogólny niezły, chorej jednak leży w łóżku. Błony, przy stosowaniu czopków z balsamem peruwiańskim, wydzielają się wraz z niemi z łatwością [jedną z większych, grubą, mięsistą włożono do alkoholu dla badań drobnowidzowych]; odnawiają się jednak za każdym razem; zwłaszcza uporeczywie trzymają się one *regionis olfactoriae*. W przedniej części *septi cartilagini*, wolnej już od błon rzekomych, widać niewielką płaską wyniosłość, okrągłą, w przeciwieństwie około 5 ctm. mającą, koloru białawo-szarawego, na dotyk [sondą] niebolesną, konsystencji chrząstkowatej. Kol. WRÓBLEWSKI, który chorego zna oddawna, zaznacza, że narodził owa [rodzaj chrząstki—*chondroma*] już oddawna zauważył i nawet proponował doszczętne usunięcie jej [galwanokauterem]. Jak chorej zaznacza, narodził ta zawsze go niepokoiła i była powodem częstego dłubania palcem w prawej dziurce nosa. Druga [lewa] połowa nosa stała zdrowa, błona nie zawiera, w jamie nosogardzielowej obrzmienie i zaczerwienienie zredukowały się do *minimum*. Owzrodzenie zaczyna się oczyszczać, pokrywać zdrową ziarniną, obrzęk gruczołu szyjowego zupełnie ustąpił, bólu nie ma przy dotykaniu. łykanie dobre, w gardzieli poprzednie zmiany (*tonsillitis follicularis*) znikły. Natomiast chorej zaczyna się uskarżać na lekki ból [strzykanie] w uchu prawem. Szumu jednak, ani upośledzonego słuchu nie ma. Okolica prawej torebki EUSTACHIJUSZA nie przedstawia żadnych wybitniejszych zmian. Błona bębnowa prawidłowa. Choremu zalecono rezorcynę z kokainą, oraz wysypywanie jamy nosogardzielowej od strony ust powyższym proszkiem antyseptycznym.

Począwszy od 14 Lutego, stan bezgorączkowy, chorej zaczyna wstawać z łóżka, osłabienie jednak dość znaczne. Błony w prawej połowie nosa stale się wytwarzają, coraz jednak słabiej

i przeważnie tylko w *regio olfactoria*. Krwawień z nosa od początku choroby nie było ani razu. Ponieważ balsam peruwiański sphywał do jamy noso-gardzielowej i wywoływał tam silne podrażnienie [kaszel i t. p.], zamieniono go na masę z rezorecynty (+*zincum oxydatum* +*ac. boricum*+*lanolinum*). Zасыpywania, acz rzadsze, w dalszym ciągu. Strzykanie w uchu coraz mniejsze. Owrzodzenie na brodzie zagoiło się. Dnia 18 Lutego z pewną trudnością usunąłem mostek błoniasty, między przegrodę nosa i średnią muszlą, który przedstawiał skłonność do zrostu (*synechia*); następnego dnia zaś ostatnią błonkę, która pod postacią wentyla zwieszala się z przegrody nosa. Stan ogólny coraz lepszy, tak, że chory poraz pierwszy 19 Lutego, t. j. w 3 tygodnie po prawdopodobnem zakażeniu [skaleczenie na brodzie], a w 2 po wyraźnem zajęciu nosa [błony] wyszedł na miasto. Jeszcze przez kilka dni chorego obserwowałem, żadnych jednak absolutnie zmian ani w nosie, ani jamie noso-gardzielowej i gardzieli [żadnych porażeń], jakoteż w uchu nie byłem w stanie wykryć. Stosunkowo najdłużej prześladowały chorego strzykania w prawem uchu [czasami zaś w lewem]. Winienem tu dodać jeszcze, że mocz był kilkakrotnie badany z rezultatem jednak ujemnym.

Obecnie powiem słów parę o badaniach bakteryjologicznych, jakie w danym przypadku przeprowadziłem. Jak już wspomniałem w historii choroby, 3-go, a następnie 5-go dnia część błonki z nosa wyjąłem wypalonymi w płomieniu lampki spirytusowej kleszczykami, roztarłem ją między dwoma szkiełkami pokrywkowymi [co dosyć trudno dało się wykonać ze względu na znaczną zbitość błony], poczem zwykłym sposobem przygotowałem i zabarwiłem płynem LOEFFLER'a (*methylenblau* + KOH) na laseczniki błonicowe, jakoteż i metodą WEIGERT'a na włóknik. Ten ostatni znalazłem obok leukocytów, oraz koków w różnorodnych postaciach; natomiast laseczników KLEBS-LOEFFLER'a nie znaleziono. Toż samo i w błonie rzekomej, którą po stwardnieniu w spirytusie zatopiłem w parafinie [metodą PRZEWOSKIEGO]. Część błonki zaszczipiono na żelatynie, przyczem jednak rezultat był ujemny, drugą zaś na agar-agarze [rysowa powierzchnia], przyczem w parę dni rozwinęły się [w termostacie przy ciepocie 37° C.] hodowle, charakterystyczne dla *staphylococcus pyogenes aureus* [Dziekan BRODOWSKI]. Pod drobnowidzem barwione metodą KUEHN'E'go (*methylenblau* + kwas karbolowy) wykazały koki w kupkach. Dalsze badania wykonałem w pracowni bakteryjologicznej szpitala Dzieciątka Jezus pod kierunkiem D-ra JAKOWSKIEGO, zarządzającego pracownią, oraz przy pomocy kol. DOBROWOLSKIEGO.

Z poprzedniej hodowli część w zwykły sposób przeszczepiłem na nowy grunt [agar-agar] i otrzymałem hodowle „*staphylococcus pyogenes aureus*“ w jednej i *albus* w drugiej próbówce. Dokonałem również szczepień na płytkach z tym samym rezultatem. Jednym słowem, laseczników KLEBS-LOEFFLER'a ani śladu, natomiast wszędzie i zawsze *staphylococcus pyogenes*. Nie przestając na tem, dokonałem szczepienia na śwince morskiej, mianowicie część czystej, świeżej hodowli wprowadzałem do jam nosowych, obrażając jednocześnie za pomocą tejże igły platynowej błonę śluzową jam. Przeprowadziłem więc doświadczenie mniej więcej analogiczne do tych, jakie LIEVEN wykonał w ostatnich czasach nad *rhinitis fibrinosa*, a o których w innem miejscu jeszcze szczegółowo wspomnę. Z wyjątkiem jednak lekkiego zaczerwienienia po stronie prawej, żadnych innych zmian [*resp.* tworzenia się błon] nie można było zauważyć. Również i objawów ogólnych było brak zupełnie: świnka morska pozostała zdrową. Tym sposobem rezultat szczepienia był z jednej strony ujemny, gdyż nie otrzymaliśmy

wysięku włóknikowego na błonie śluzowej nosa [LIEVEN], z drugiej jednak strony dodatni, gdyż żadnych absolutnie objawów dyfterytu u świnki morskiej nie można było zauważyć.

Obecnie wypada nam zastanowić się, z czem mieliśmy w danym przypadku do czynienia—z krupem (*rhinitis fibrinosa*), czy też z dyfterytem nosa, gdyż o tych dwóch cierpieniach może tu być tylko mowa? Zanim jednakże odpowiem na to pytanie, będę się starał rozstrzygnąć, czy wogóle „*croup*“ nosa, jako oddzielna postać chorobowa — cierpienie nie wspólne z dyfterytem nie mające — ma rację bytu, czy też „*croup*“ i dyfteryt nosa są jednym i tem samym cierpieniem, zależnym od jednej i tej samej przyczyny? Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi, niesłychanie dla lekarza-praktyka ważnej, gdyż zarówno rokowanie, jako też leczenie tego cierpienia od tego zależy, musimy rozpatrzyć ją z trojakiemu punktu widzenia: klinicznego, etjologicznego i anatomicznego. Zaczniemy od pierwszego.

Do roku 1877, t. j. do ogłoszenia przez HARTMANN'a pracy: „*Ueber Croup der Nasenschleimhaut (rhinitis fibrinosa)*“ (1), nie rozróżniano krupu od dyfterytu nosa. Również i w podręcznikach dla chorób nosa przed tym okresem [a nawet jeszcze i w parę lat później] wydanych [MACKENZIE-SEMON (2), MOLDENHAUER'a (3), MOURE'a (4), wreszcie VOLTOLINI'ego (5) nie znajdujemy obu tych spraw chorobowych od siebie oddzielonych. W nowszych natomiast podręcznikach—np. w doskonałych SCHECH'a (6) i JURASZ'a (7) — krupowi nosa (*rhinitis crouposa s. fibrinosa*) poświęcono już oddzielne rozdziały. SCHECH np. zaliczył tę formę do działu t. zw. *rhinitis exsudativa*, uważając ją za cierpienie niezakaźne — po prostu, jako wyższy stopień zapalenia, warunkowany nadmiernem drażnieniem błony śluzowej nosa. Do wyodrębnienia tej postaci chorobowej, oraz oddzielenia jej z ogólnej grupy „dyfterytu“ przyczyniły się całe szeregi obserwacyj, z różnych stron i przez różnych autorów ogłoszone wkrótce po publikacji HARTMANN'a. Dla ścisłości historycznej muszę nadmienić, że właściwie jeszcze przed HARTMANN'em, bo w roku 1882 B. FRAENKEL, znany laryngolog Berliński, (8) spostrzegał przypadek „*rhinitidis fibrinosae simplicis*“. W tymże roku SCHULLER ogłosił przypadek tego cierpienia u 5-tygodniowego dziecka, JOHNSTON zaś niewłaściwie zatytułowany przez siebie przypadek „*Primary nasal diphtheria*“. W roku 1883 HENOCH spostrzegał to cierpienie u 8-letniej córeczki TRAUBE'ego [patrz pracę LIEVEN'a]. Zdaje się również, że i MONTI w r. 1884 zwracał uwagę na *rhinitis fibrinosa*. MAJOR zaś w r. 1885 opisał jeden przypadek tego cierpienia. W każdym jednak razie HARTMANN'owi, znanemu otyjatrze i rynologowi berlińskiemu, należy się zasługa, że przez ogłoszenie w r. 1887 sześciu spostrzeganych przez siebie przypadków krupu nosa [wszystkie u dzieci] pierwszy dał bodziec do pilniejszego zbadania tej kwestyi. Wkrótce potem, gdyż w tymże jeszcze roku, MOLDENHAUER [z Lipska] (10) opisał 3 przypadki tego cierpienia. Również w r. 1887 SEIFERT [z Würzburga] (11) ogłosił pracę: „o krupie błony śluzowej“. W dalszym ciągu ogłaszali przypadki tego cierpienia następujący jeszcze autorowie [w porządku chronologicznym]. RYERSON (12) w r. 1887 [1 przypadek], BRESGEN (13), BISCHOFSWERDER (14)—[3 przyp.] w r. 1888. GLÜCK (15), GLUECKSMANN (16), który cierpienie to obrał za przedmiot do swej rozprawy [1 przyp.]; dalej po raz wtóry SEIFERT (17) — 3 przyp., z tych—jeden u dorosłego [26-letni mężczyzna],

POTTER (18), który utrzymuje, że krup nosa spostrzegał u 2% u dzieci. Dalej ASHURT, SCHMIDTHUISEN, CHAPIN (19) — 2 przyp. w r. 1889, RAULIN (51) — 4 przypadki, BAUMGARTEN (20) — 2 przypadki w r. 1890, TOWNSEND (21) — 1 przypadek. Po raz drugi POTTER [1 przyp. — u 67-letniego mężczyzny]. HUNT z Liverpoolu (22) opisał w końcu zeszłego roku jedyny w Anglii spostrzegany przypadek tego cierpienia u osoby dorosłej [żona lekarza]. Dalej w ostatnich już czasach pisali w kwestyi krupu nosa LEEMAN (23) — 2 przyp., NEWCOMB (24) — 2 przyp., wreszcie JURASZ [2 przyp.] i SCHECH [3 przyp.].

Jak widzimy, liczba autorów, piszących o krupie nosa, jako o samodzielnej postaci chorobowej, jest dosyć znaczna. W pośród powyżej przytoczonych nazwisk spotykamy bardzo wybitnych specjalistów, że wspomnę tu tylko: SCHECH'a, HARTMANN'a, MOLDENHAUER'a, B. FRAENKEL'a, SEIFERT'a, JURASZ'a i wielu innych. Plość spostrzeganych ściśle przypadków *rhinitidis fibrinosae* jest również dość pokaźną, wynosi ona już kilka dziesiątków.

Zdaje się więc, że przynajmniej z klinicznego punktu widzenia jesteśmy najzupełniej uprawomocnieni do oddzielenia od ogólnej grupy „dyfterytu“ krupu nosa i do uważania go za cierpienie samodzielne, nie wspólnego z dyfterytem nie mające. To jest pogląd, obecnie przez wszystkich niemal koryfeuszów ryнологii przyjęty.

JURASZ, również jeden z najlepszych współczesnych znawców chorób nosa, tak się wyraża, na str. 19 (l. c.): „*Der Croup der Nasenschleimhaut ist mit der Diphtherie nicht zu verwechseln und muss als eine Krankheit sui generis beobachtet werden*“. SCHECH, jak już wspomniałem, również krup oddziela od dyfterytu nosa, uważając go za wyższy stopień sprawy zapalnej. Ten sam pogląd wypowiadają BISCHOFSWERDER, LIEVEN i SEIFERT. SCHEINMANN w dyskusji nad odczytem BAGIŃSKIEGO: „*Zur Aethiologie der Diphtherie*“ [w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim w roku bieżącym] w następujący sposób motywuje słuszność poglądów co do samodzielności t. zw. krupu nosa. Przedewszystkiem, mówi on, jest to cierpienie *par excellence* łagodne, czego dowodzi wyraźnie miejscowy charakter cierpienia: całymi mianowicie tygodniami wytwarzają się błony rzekome na błonie śluzowej nosa, przyczem nie jest znany w literaturze ani jeden przypadek, gdzieby błony te rozszerzały się na krtani i tchawicę. Znane są nawet takie przypadki [i to nierzadkie, np. dwa MOLDENHAUER'a, HUNT'a, POTTER'a, JURASZ'a po jednym], gdzie błony wytwarzały się tylko z jednej strony nosa w ciągu całego przebiegu *rhinitidis fibrinosae*. Drugim momentem, przemawiającym za łagodnością tego cierpienia, jest brak zupełny, lub małe stosunkowo zaburzenia w stanie ogólnym. Ważnem jest, że dotychczas nie posiadamy w literaturze ani jednego przypadku tego cierpienia, gdzieby przyszło do ciężkich objawów ogólnych, przemawiających za ogólnem zakażeniem ustroju. Nie opisano dotąd przypadków, powikłanych następstwami cierpieniami innych narządów [np. nerek], lub takich, w których istniałyby następcze porażenia [np. podniebienia miękkiego]. Również nie dowiedziono dotąd, by *rhinitis fibrinosa* było cierpieniem zaraźliwym [przeciwnie SCHECH, RAULIN utrzymują, że jest absolutnie niewinnem], lub żeby wywołało ciężką błonicę. Na zasadzie powyższych rozumowań, SCHEINMANN również przychodzi do wniosku, że

t. zw. *croup* nosa nie stoi w żadnym związku ze sprawą błonicową, czyli że jest on cierpieniem *sui generis*.

Zdaje się więc z powyższego najmniejszej nie ulegać wątpliwości, że z punktu widzenia klinicznego t. zw. *croup* nosa, czyli jak go powszechnie nazywają *rhinitis fibrinosa*, lub [rzadziej] *pseudo-membranacea*, ma najzupełniejszą rację bytu i jako oddzielna postać chorobowa oddzielnie również winna być w specjalnych traktowaną podręcznikach.

Tyle co do strony klinicznej danej kwestyi. Zobaczmy teraz, jak się przedstawia też kwestyja z punktu widzenia etyologicznego. Z konieczności muszę w tem miejscu potrącić o kwestyję ogólniejszej natury, kwestyję bardzo ważną, będącą zresztą obecnie na porządku dziennym, mianowicie o „etyjologiję dyfterytu“.

Jeszcze w r. 1883 KLEBS ogłosił [doniesienie to jednak było niepewnem], że jakoby mu się udało wykryć zarazek swoisty dla błonicy. Dopiero jednak w roku następnym [1884] LOEFFLER dowiódł, że odrębny lasecznik jest przyczyną dyfterytu. Odtąd i nazywają go lasecznikiem (*bacillus*) KLEBS-LOEFFLER'a lub po prostu LOEFFLER'a. Do roku jednak 1890 kwestyja zarazka błonicowego nie była jeszcze stanowczo w znaczeniu dodatniem rozstrzygniętą, dopiero od następnych prac, zwłaszcza francuzkich autorów ROUX i YERSIN'a [z instytutu PASTEUR'a] (44), po części zaś niemieckich, jako to: KOLISKO i PALTAUF'a, BRIEGER'a i FRAENKEL'a i wielu innych, którzy pierwotne doniesienie LOEFFLER'a potwierdzili, kwestyję etyologii dyfterytu należy uważać za ostatecznie wyjaśnioną: lasecznik LOEFFLER'a jest niewątpliwie zarazkiem swoistym dla błonicy [KARLIŃSKI (52)]. Zdaje się, że trudno by było obecnie o tem wątpić, zwłaszcza po potwierdzających doniesieniach SMITH'a (25) LÉFÉVRE'a (26), STRUEBING'a (27), MOREL'a (28), SPRONEK'a (29), ESPINE'a i MARIGNAC'a (30) i wielu innych. Zresztą przemawiają tu lepiej cyfry. I tak:

1) PRUDDON (31)	na 316 przyp. błonicy w 302 znalazł lasecz. LOEFF'a.
2) BAGIŃSKY (<i>l. c.</i>)	„ 154 „ „ „ 118 „ „ „
3) RITTER (<i>l. c.</i>)	„ 113 „ „ „ 66 „ „ „
4) BECK	„ 52 „ „ „ 52 „ „ „
5) PALTAUF i KOLISKO	„ 50 „ „ „ 50 „ „ „
6) ESCHERICH (32)	„ 22 „ „ „ 22 „ „ „
7) KLEIN	„ 22 „ „ „ 22 „ „ „
8) LOEFFLER	„ 32 „ „ „ 20 „ „ „
9) TANGL (33)	„ 18 „ „ „ 18 „ „ „
10) ZARNIKO	„ 20 „ „ „ 18 „ „ „
11) ORTMANN	„ 16 „ „ „ 15 „ „ „
12) ROUX i YERSIN	„ 15 „ „ „ 15 „ „ „
13) BABES	„ 14 „ „ „ 14 „ „ „
14) HOFMANN	„ 8 „ „ „ 8 „ „ „
15) SOERENSEN	„ 10 „ „ „ 7 „ „ „
16) GUTTMANN	„ 8 „ „ „ 6 „ „ „

Czyli że 16-tu autorów na 860 przypadków błonicy w 753 znajdowali laseczniki LOEFFLER'a, cyfry, o ile się zdaje, bardzo wymownie przemawiające za

swoistością laseczników przez LOEFFLER'a wykrytych. Dodać tu należy, że nie we wszystkich przypadkach, w których były dokonywane powyższe badania, istniały objawy typowe dla błonicy, przeciwnie były tam i przypadki lżejsze, dalej t. zw. *angina follicularis* i t. d., tak, że na podstawie powyższego należy obecnie uważać za fakt niezbity, że tam tylko, gdzie badanie bakteryjologiczne wykazuje obecność laseczników KLEBS-LOEFFLER'a, mamy prawo mówić o rzeczywistej błonicy, w przeciwnym zaś razie będą to postaci chorobowe, nie z dyfterytem wspólnego nie mające.

Zanim o tych ostatnich szczegółowiej powiem, wspomnę tu tylko nawiasowo o ciekawych badaniach bakteryjologicznych, jakie TROJE wykonał w 29 przypadkach błonicy ciężkiej, zakończonej śmiercią. Znajdował on mianowicie stale streptokoki w wydzielinie błon śluzowych dróg oddechowych, w 13 zaś przypadkach znalazł on je również i we krwi serca i śledzionie.

Do spraw, które nie mają, o ile się zdaje, nic wspólnego z błonicą właściwą, należą przedewszystkiem lżejsze przypadki dyfterytu, które BAGIŃSKI, idąc za radą francuzkich autorów, niezbyt szczęśliwie nazywa „difteroidami“; na 154 przypadki w 36 lżejszych autor ten znalazł tylko *staphylococcus* i *streptococcus pyogenes*. Są to, zdaje się, te postaci, o których u nas pisał również w r. 1888 CZAJKOWSKI [z Charkowa] (34). Dalej należy tu również zajęcie gardzieli przy szkarlatynie [niesłusznie dyfterytem szkarlatynowym nazywany — a które HENOCH dawniej jeszcze nazwał „Scharlach-Necrose. HEUBNER przypuszcza tu coś w rodzaju zgorzeli koagulacyjnej WEIGERT'a]. BAGIŃSKI w ostatnich czasach, zajmując się tą kwestyją, oddziela tę sprawę od błonicy na tej zasadzie, że ani razu nie znajdował laseczników LOEFFLER'a, stale zaś koki. Tegoż zdania są HENOCH, ROTTER i GUTTMANN, wreszcie sam LOEFFLER, który cierpienie to nazywa pseudo-dyfterytem, czyniąc je zależnem od obecności paciorkowca. Również i t. zw. *angina (tonsillitis) follicularis* [właściwie *lacunaris*, gdyż sprawa jedynie do krypt się ogranicza, folikuly zaś są niezajęte], zdaje się również nie mieć nic wspólnego z błonicą właściwą, jak tego dowodzą przynajmniej badania B. FRAENKEL'a, RITTER'a [na 31 przypadków tego cierpienia nie znalazł ani razu laseczników LOEFFLER'a], wreszcie SENDTNER'a (35), jakkolwiek SOKOŁOWSKI i DMOCHOWSKI (36) na podstawie badań anatomo-patologicznych utrzymują, że cierpienie to, dla którego proponują nazwę: „*tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea*“, jest tylko słabszą odmianą dyfterytu. Kwestya to bardzo ważna dla lekarza-praktyka ze względu na rokowanie i leczenie [izolacja] i wymaga dalszych, przedewszystkiem bakteryjologicznych badań, które mam zamiar przeprowadzić w niedalekiej przyszłości. „*Es ist noch viel zu thun in der Aetiologie der Diphtherie*“—mówi słusznie GUTTMANN w dyskusji nad wielokrotnie już wspomnianym odczytem BAGIŃSKIEGO. Tyczy się to przedewszystkiem spraw wysiękowych w nosie, gardle i krtani (*rhinitis, pharyngitis i laryngitis fibrinosa*), co do których zdania autorów są jeszcze podzielone, czy mianowicie sprawy te znajdują się w jakim związku genetycznym z błonicą, lub też są to samodzielne *sui generis* cierpienia, nie wspólnego z dyfterytem nie mające? Zaczniemy od t. zw. „krupu nosa“ jako cierpienia najwięcej nas obchodzącego.

Z góry wyznać muszę, że jeszcze brak tu odpowiednich, ścisłych, na szeroką skalę przeprowadzonych badań bakteryjologicznych, lecz i te, jakie istnieją, więcej przemawiają za tem, że jest to cierpienie *sui generis*, jak to już ze strony klinicznej jest dowiedzionem; z wyjątkiem bowiem dwóch publikacyj, mianowicie BAGŃSKIEGO [3 przypadki], i CONCETTI'ego [z Rzymu (37)], który u dwumiesięcznego chłopca z zajęciem nosa obustronnem przy pierwszym badaniu nie znalazł laseczników LOEFFLER'a, w 15 dni później jednak udało mu się je wykryć, większość autorów, jako to: B. FRAENKEL [w 2 przypadkach], SCHEINMANN, LEYDEN, HUNT, wreszcie SEIFERT, który w jednym przypadku krupu nosa znalazł rodzaj koków [identyczny, o ile się zdaje, z tym, jaki LIEVEN otrzymał], otrzymywali stale w swych badaniach ujemne rezultaty, t. j. ani śladu laseczników LOEFFLER'a. Należy tu, zdaniem mojem, odróżniać przypadki przewlekłego dyfterytu nosa, na co w ostatnich czasach zaczynają zwracać uwagę. I tak np. w N-rze 2 z roku bieżącego w *Monat. f. Ohrenheil.* znajduje się streszczenie pracy nieznanego francuzkiego autora, pod tytułem „*Diphtherie chronique du nez*“, w której są przytoczone dwa następujące spostrzeżenia: 1) Dziecko chore na błonicę nosa w ciągu 2 miesięcy. Że nie był to krup, dowiódł fakt, że zaraziło ono czworo domowników i że po wyzdrowieniu nastąpiło porażenie gardzieli i krtani. W drugim przypadku w kilka miesięcy dopiero znaleziono lasecznik LOEFFLER'a w błonach z nosa pochodzących. Zdaje się, że przypadek CONCETTI'ego kwalifikuje się do tej kategorii. Następnie w pracy SCHMIEGOŁOW'a [z Kopenhagi (53)], w tymże roku [1892] ogłoszonej, znajdujemy wzmiankę o publikacji HOLT'a, który pod tytułem „*obscure nasal diphtheria*“ opisuje przypadki błonicy nosa u dzieci bez wytwarzania się błon, natomiast z ropną wydzieliną i krwawieniem z nosa z przebiegiem przewlekłym [w jednym przypadku po 29 dniach nastąpiło zejście śmiertelne przy objawach ogólnych obrzęków]. [D. n.]

II. POCZĄTKI HISTERYI U DZIECKA.

PRÓBA OBJAŚNIENIA PRZYCZYNY OBJAWÓW HISTERYCZNYCH.

Opisał

Stanisław Kamiński.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 33].

Zdaje się, że powyższe fakty świadczą dostatecznie przeciwko sile i stałości wyobrażeń u histeryków, a więc odejmują pierwszą podstawę do przypuszczenia, że objawy histeryi mogą mieć swe źródło w wyobrażeniach. Bardzo dokładnie zaznacza różnicę, jaka zachodzi między wyobrażeniowym początkiem czynności obłąkanych a przyczyną nadpobudliwości ruchowej u histeryków, MOREAU DE TOURS. Mówi on: ¹⁾ „Pod naciskiem tych właśnie idei zemsty,

¹⁾ I. MOREAU DE TOURS. *Traité pratique de la folie neuropathique.* Paryż. 1869. str. 17.

strachu najczęściej, w celu zapobieżenia niebezpieczeństwu urojonemu, odparcia napadu nieprzyjaciela fikcyjnego i t. d., dopuszczają się obłąkani czynów, których zbyt często ofiarami bywają otaczający i pielęgnujący waryjatów. Zupełnie inaczej rzecz się ma z histerykami i z histero-epileptykami. Nagle bez przyczyny opanowuje ich nieprzeparta potrzeba silnego ściskania przedmiotów, będących w pobliżu, uderzania, gryzienia, rozdzierania odzieży, albo też po prostu przeklinania, kłócenia się, dokuczania, wywoływania, zniecierpliwienia i złości. Nie czują oni zupełnie urazy do osób, które znieważają, a pobudką ich działania nie jest ani nienawiść, ani zemsta. Pobudka i czynność zdają się nie mieć żadnej racji bytu i zależeć od tych samych praw, co ruchy bezładne, stanowiące treść napadów histerycznych“.

Zobaczymy teraz, czy zjawienie się w umyśle histeryków pewnych nie-trwałych, lecz wyjątkowo silnych pod wpływem szczególnych towarzyszących im okoliczności, wyobrażeń jest w możności objaśnić objawy somatyczne histeryi. Bo że np. w czasie jazdy koleją żelazną powstać może w umyśle histeryka wyobrażenie o grożącym mu niebezpieczeństwie i że wyobrażenie to w razie rzeczywistego wykolejenia pociągu i lekkiego traumatyzmu może się stać powodem bezwładu histerycznego, to jeszcze nie dowód, że wyobrażenie to jest przyczyną owego bezwładu. A chyba tylko w ostatnim razie mielibyśmy prawo twierdzić wraz z Möbius'em, że histerycznymi są te bezwłady, „które spowodowanymi zostały przez wyobrażenia“. Lecz w tem pojmowaniu wyobrażeń jako przyczyny już na samym wstępie napotykamy trudności. Wyobrażenia nie działają w ten sam sposób na wszystkich; przyjęć więc musimy, że histerycy w chwili podziałania na nich wyobrażeń znajdują się w pewnym szczególnym stanie psychicznym. Dla tego też CHARCOT porównywa ten stan psychiczny do stanu, w jakim znajdują się zahipnotyzowani, mówiąc, że w obu przypadkach istnieje zamglenie samowiedzy (*obnubilation du moi*)¹⁾. Zdaje mi się, że to zamglenie samowiedzy musiałyby istnieć i w dalszym ciągu, gdyż inaczej trudno byłoby pojąć trwałość bezwładu histerycznego, wobec tego, że wszelkie wyobrażenia u histeryków, a więc i wyobrażenia hamujące ruchy [gdyby takie rzeczywiście istniały] musiałyby być niestałe.

Lecz nietylko nie mamy dowodu możliwości istnienia podobnych wyobrażeń hamujących, lecz nawet przy powstaniu bezwładu histerycznego niezawsze może być mowa o istnieniu uprzednim zamglenia samowiedzy. Tak w jednym z dwóch przypadków histeryi u dzieci, opisanych w powyżej przytoczonej pracy TUCSEK'a, jeden dotyczył hemiparezy z drżeniem członków, powstałej pod wpływem złego obchodzenia się z nim u chłopca, półidyjoty. Czyż podobna przypuścić, aby wyobrażenia strachu, niechęci i t. p. skojarzyć się mogły u takiego chłopca z wyobrażeniem bezwładu członków. Wyobrażenie podobne powstałoby chyba mogło u osobnika dokładnie obznajmionego z prawami psychofizjologicznymi, a i wtedy niepojętem by było przewlekłe trwanie bezwładu. Dalej, w przypadkach, w których istnienie wyobrażenia, wywołującego choć w pewnej części bezwład, jest zupełnie pewnem; wpływ działający owego wyobra-

¹⁾ CHARCOT. L. c. T. III. str. 355.

żenia nie jest nam w stanie objaśnić objawów towarzyszących bezwładowi. Tak, gdy w śnie hipnotycznym wywołamy bezwład przez sugestyję, wywołujemy jednocześnie znieczulenie odpowiedniej kończyny i utratę zmysłu mięśniowego w niej ¹⁾. Tak więc wyobrażenie i w tym razie nie jest jedyną przyczyną zjawiska, lecz znowu przyjąć musimy zamglenie samowiedzy jako przyczynę dodatkową, a nawet główną. Takiego jednak zamglenia samowiedzy przyjąć stanowczo nie możemy, jako zjawiska towarzyszącego wielu zdarzeniom, wywołującym objawy histeryczne. Tak w drugim przypadku TUCSEK'a u dziewczynki pod wpływem przypadkowego skręcenia stopy rozwijają się znane już postępowe przykurczenia. Dziewczynka wprawdzie w czasie owego przypadku była smutną i przygnębianą z powodu otrzymania niepomyślnych wiadomości od rodziny, trudno jednak przypuścić, aby u dziecka w tych warunkach powstać mogło przygnębienie moralne, mogące być porównaniem z „zamgleniem samowiedzy“ u histeryków, obawiających się wykołejenia pociągu. I w tym przypadku również nie mamy żadnego dowodu, że w umyśle dziewczynki powstało wyobrażenie o niezdolności do ruchu, a już stanowczo chyba twierdzić można, że nie istniało wyobrażenie o przykurczeniach postępowych jako następstwach skręcenia stopy. Takie tylko jednak jasne wyobrażenie o przebiegu sprawy patologicznej mogłoby być uznanem za przyczynę owej sprawy. Jeśli bowiem wyobrażenie ma być tylko „*causa occasionalis*“, to za nią równie dobrze uznanym być może traumatyzm, którego jednak nikt nie uważa za przyczynę bezwładów i przykurczeń histerycznych. Tak więc wyobrażenie nie jest przyczyną objawów histerycznych dlatego, że: 1) nie jest ono nigdy tak jasnym i trwałym, aby mogło wywołać wybitne i przewlekłe objawy somatyczne w rodzaju bezwładów, przykurczeń i znieczuleń; 2) że samo przez się powstanie wyobrażenia nie może objaśnić zjawienia się objawów histeryi i że przyjąć należy jeszcze pewną predyspozycję w rodzaju CHARCOT'owskiego „zamglenia samowiedzy“ i 3) wreszcie dlatego, że przyjęcie tej predyspozycji jest często niemożliwem, a w razie gdy ją przyjąć możemy, należałoby przypuścić, że istnieje ona tak długo, dopóki trwa bezwład lub inny objaw histeryczny, co jest nieprawdopodobnem, już chociażby dlatego, że histerycy są wogóle obojętnymi na swoje dolegliwości.

Jest jednak jedna grupa objawów histerycznych, które zdają się zostawać w ścisłym związku z wyobrażeniami. Są to napady histero-epileptyczne, podczas których chory miewa halucynacje. Że halucynacje te są bardzo łatwo zmienne i nietrwałe, widzieliśmy już ze słów RICHER'a i MOREAU DE TOURS'a; są one jednak tak wyraźne i silne, iż—sądząc *a priori*—mogłyby wywołać natężone lecz krótkotrwałe ruchy histero-epileptyczne. STRUEPPELL np. tak jest przekonany o wpływie wyobrażeń na cały przebieg napadu histero-epileptycznego, iż twierdzi, że przerywanie napadu przez ucisk na *zones hysterogènes* odbywa się przez pośrednictwo wyobrażeń ²⁾. Zdaje mi się jednak, że i podczas tego

¹⁾ CHARCOT. L. c. T. III. str. 341—343 i 465.

²⁾ STRUEPPELL. Lehrbuch d. spéc. Pathologie u. Therapie, Leipzig, 1889. T. II. str. 496.

napadu wyobrażenia [halucynacyje] nie są przyczyną, lecz objawem wtórnym, spólrzędnym i tylko niekiedy modyfikującym ruchy histero-epileptyczne.

Jak wiadomo, napad zjawia się wtedy, gdy dla jakichś przyczyn nastąpiło nagromadzenie energii nerwowej w ustroju ¹⁾. Ta jednak energija nerwowa nie wyładowuje się pierwiastkowo w halucynacyjach, lecz w ruchach dowolnych i automatycznych. Halucynacyje zaś, jeśli istnieją, nie są bynajmniej tego rodzaju, aby mogły służyć za pobudkę działania histero-epileptyków, jak to potwierdza wyżej przytoczone zdanie MOREAU DE TOURS. Podczas pierwszego okresu (*épileptoïde*) napadu, a także w początku drugiego okresu t. zw. *attitudes illogiques* nie ma halucynacyj ²⁾, a więc nie są one przyczyną ruchów w tym okresie. Halucynacyje zjawiają się mogą dopiero w drugiej połowie drugiego okresu, podczas t. zw. *grands mouvements*, lecz i wtedy nie pozostają one w żadnym związku z ruchami, a tem więcej nie wywierają na nie wpływu. Tak np. chora zapytana, co robi podczas t. zw. pokłonów (*salutations*), odpowiada, że ucieka przed kochankiem ³⁾. Dopiero w trzecim okresie napadu (*attitudes passionnelles*) halucynacyje mają swój odpowiednik w ruchach ciała: tak jedne jak i drugie odtwarzają pewne sceny z życia histero-epileptyka. Niepodobna zaprzeczyć, że halucynacyje tego okresu wywierają wpływ pewien na ruchy: świadczy o tem z jednej strony to, że obrazy halucynacyjne są bardzo jasne i wyraźne, z drugiej — że ruchy ściśle odpowiadają tym obrazom halucynacyjnym. Uznawać jednak, że obrazy te mają wpływ na ruchy *attitudes passionnelles*, nie znaczy to jednak uważać je za przyczynę tych ruchów. Przedewszystkiem pomimo swej pozornej różnostronności ruchy *attitudes passionnelles* są bardzo proste. Najbardziej może złożone z tych ruchów są sceny erotyczne i ucieczki; wiadomo zaś, że żaba, pozbawiona głowy, w czasie parzenia się obejmuje samicek albo jakikolwiek inny przedmiot, który dotyka jej brzucha; tak samo żaba, mająca tylko rdzeń kręgowy i przedłużony, ucieka przed dotknięciem. Naturalnie, że u żaby mamy do czynienia jedynie z odruchami, a nie z ruchami wywołanymi przez jakieś wyobrażenia. Dalej przyczyna winna zawsze poprzedzać skutek; otóż, w napadzie histero-epileptycznym pierwszym objawem są ruchy, a nie wyobrażenia i dlatego przypuszczać raczej można, że pierwsze wywołują ostatnie, a nie odwrotnie. Że pewne wrażenia ruchowe, pewna postawa ciała jest w stanie wywoływać pewne wyobrażenia, mamy dowód na snach, w których np. niewygodne położenie wywołuje w nas obraz ciężkiej pracy, walki, wchodzenia na góry i t. p.; wyciągnięcie nogi za łóżko, upadku z wysokiej góry; ból między-żebrowy—obraz pchnięcia sztyletem albo ukąszenia psa ⁴⁾. Zdaje mi się, że za tym odruchowym początkiem halucynacyj przemawia identyczność ich dla jednej i tej samej osoby w różnych napadach ⁵⁾

¹⁾ RICHER. L. c. str. 3

²⁾ RICHER. L. c. str. 43 i 88.

³⁾ RICHER. L. c. str. 88.

⁴⁾ WUNDT. Grundrüge d. physiologischen Psychologie. Leipzig. 1887. T. II. str. 440.

⁵⁾ RICHER. L. c. str. 116.

Zdaje mi się, że bezpośrednia przyczyna zarówno ruchów jak i halucynacyj histero-epileptycznych tkwi w tem, że nadmiar energii nerwowej, istniejącej w początkach napadu, musi się wyladować i do wyladowania tego obiera drogi najłatwiejsze.

Napad histero-epileptyczny wywołać można przez ucisk na *zones hysterogènes* nawet podczas snu i wtedy chora traci odrazu świadomość i nie wie, co się z nią dzieje ¹⁾; z drugiej strony ucisk silniejszy znosi halucynacje. STRUEPPELL wprawdzie i te objawy objaśnia działaniem wyobrażeń. Wątpię jednak, czy to objaśnienie kogokolwiek zadowolić może. W samej rzeczy pojąć trudno, jakim sposobem słaby ucisk wywołuje wyobrażenie podniecające ruchy, silny — hamujące je. Fizyjologiczne natomiast doświadczenia przekonywają jasno, że to zatamowanie i pobudzenie ruchów odbyć się może bez pośrednictwa wyobrażeń. Jeżeli przetniemy psu rdzeń pacierzowy w okolicy 12 kręgu grzbietowego, to ucisk słaby ogona wywołuje ruchy wahadłowe tylnych łapek, silniejszy znosi je ²⁾. W tym razie wobec tego, że przewodnictwo rdzenia zostało zniesione, nie może być mowy o wytwarzaniu wyobrażeń pod wpływem ucisku, gdyż mózg tego ucisku bynajmniej nie odczuwa.

Przeciwno wyobrażeniowemu początkowi napadu histero-epileptycznego świadczy możność zmieniania halucynacyj pod wpływem poddawania czy to słownego, czy też zmysłowego. Na tę kwestyję zwrócili uwagę: G. GUINON i S. WOLTKE. Doszli oni do przekonania: 1) że napad przerwać można w początku przez energiczne poddawanie; 2) że można zmieniać bieg halucynacji lub stwarzać nowe za pomocą bodźców zmysłowych, wprawdzie tylko w zakresie halucynacyj istniejących ³⁾. W prawdziwym obłędzie taka zmiana halucynacyj jest niemożliwą; nikt nie przekona waryjata, że nie słyszy głosów; ani też nie zmieni pod wpływem bodźców zmysłowych halucynacyj smutnych na wesołe, jak to miało miejsce w doświadczeniach GUINON'a i S. WOLTKE'go. Podobne przerywanie i zmiana halucynacyj możliwemi są tylko w hipnozie i u alkoholików ⁴⁾. Halucynacje zaś alkoholików i hipnotyków mają bardzo wiele podobieństwa do halucynacyj histeryków. Otóż, jeżeli jak w hipnozie każde poddawanie sprowadza prawie bezzwłocznie odpowiednie ruchy; jeżeli w słabszym zakresie poddawanie to ma ten sam wpływ na histero-epileptyków: to dowodzi, że wyobrażenia tak w jednym jak i drugim przypadku nie są tak silne i trwałe, aby być mogły jedyną przyczyną tak rozległych i silnych ruchów, jak ruchy histero-epileptyczne.

[C. d. n.]

¹⁾ RICHER. L. c. str. 43.

²⁾ CYBULSKI. Fizyjologija człowieka. Warszawa. 1891. T. I. str. 237.

³⁾ G. GUINON. S. WOLTKE. De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique. Archives de neurologie. Mars. 1891. str. 349—365.

⁴⁾ LASEGUE. Etudes médic. Paris. 1884. T. II. str. 241.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

C H O L E R A.

Opisał

Jan Pruszyński.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 33].

Na kartoflu rozwijają się przy ciepłocie pokojowej i mają postać nadzwyczaj szybko rozrastającego się szaro-żółtego, śluzowatego nalotu; przeniesione na mleko strącają sernik i peptonizują go.

Spirylle DENEKE'go ¹⁾, wykryte w serze przez czas dłuższy przechowywanym, są mniejsze i cieńsze od laseczników KOCH'a, oraz w szrubowatej swej formie więcej wyraźne mają zakręty. Rozrzedzają żelatynę szybciej od laseczników KOCH'a, choć nie tak energicznie jak laseczniki FINKLER-PRIOR'a. Młode kolonije po 24 godzinach przedstawiają się na płytkach jako białe perełki z wyraźnymi konturami o ciemnym, zielonkawato-brunatnym zabarwieniu. Następnie brzeg staje się jaśniejszym a środek ciemnym; gdy jednak żelatyna zaczyna się rozrzedzać, kolonije opuszczają się na dno obszernego lejkowatego wyżłobienia.

Młode hodowle laseczników DENEKE'go podobne są do laseczników KOCH'a, wszelako odróżniają się wyglądem woreczkowatych wgłębień, gdy bowiem w hodowlach lasecznika KOCH'a część środkowa czopka jest zupełnie przezroczystą, w hodowlach lasecznika DENEKE'go cała przestrzeń rozrzedzonej żelatyny wypełniona jest jednorodnym drobnociarnistym mętem; hodowle zaś jednocześnie przeniesione, z powodu szybszego rozrzedzania żelatyny i bardziej jednostajnego zmętnienia w hodowli pasorzytów DENEKE'go, z łatwością mogą być odróżnione.

Na kartoflu dopiero przy ciepłocie 30—40° C. rozwijać się mogą w postaci cienkiego, żółtego nalotu; mleko strącają i na powierzchni śmietanki wydzielają żółty barwnik.

Wbrew twierdzeniu GAMALEIA ²⁾, jakoby wibryjon MECZNIKOWA, wykryty w zawartości kiszek w przebiegu infekcyjnie panującej w Odessie w r. 1885 choroby kur, miał być zupełnie identycznym pod względem morfologicznym i własności hodowlanych z lasecznikami KOCH'a, PFEIFFER ³⁾ podaje pewne cechy, które oba pasorzyty odróżnić pozwalają.

Chociaż wibryjon MECZNIKOWA odznacza się różnorodnością form, niemniej przeto przy porównaniu drobnowidzowych preparatów pasorzytów, wziętych z hodowli jednocześnie rozwijających się, wibryjony MECZNIKOWA okazują się krótszemi, grubszemi i silniej skręconemi. Rozwijają się zazwyczaj szybciej, niż spirylle cholery i pod tym względem podobne są do pasorzytów FINKLER-PRIOR'a, wszelako jak według FIRTSCH'a ⁴⁾ w *Vibrio Proteus* tak i wibryjon MECZNIKOWA, w wyjątkowych razach, bardzo słabo rozrzedzając żelatynę, tworzyć mo-

¹⁾ DENEKE. Ueber eine neue, den Choleraspirlillenähnliche Spaltpilzart. Deut. med. Woch 1885. Nr. 3.

²⁾ GAMALEIA. *Vibrio METSCHNIKOWI* et ses rapports avec le microbe du cholera asiatique. [Ann. de l'Inst. PASTEUR. 1888. Nr. 9].

³⁾ PFEIFFER. Ueber den *Vibrio METSCHNIKOFF* und sein Verhältniss zur Cholera asiatica Zeitschr. f. Hyg. Bd. VIII. 1889.

⁴⁾ FIRTSCH. Untersuchungen über Variationserscheinungen bei *Vibrio Proteus*. Arch. f. Hyg. Bd. VIII. 1888.

gą niecharakterystyczne hodowle, nieróżniące się zupełnie od hodowli laseczników Koch'a.

Oczywiście laseczniki Koch'a posiadają swoiste charakterystyczne cechy morfologiczne i właściwy im sposób i warunki rozwoju. Gdy jednak, jak powyżej wspomnieliśmy, są i formy niecharakterystyczne, a kolonie w wyjątkowych przypadkach mogą dać wątpliwe wyniki, to w takich razach posiadamy jeszcze cenny środek rozpoznawczy w chemicznych własnościach prefermentowanego podłoża.

Jako produkt swego istnienia wogóle wydzielają bakteryje, jak każda żyjąca komórka, enzymy, których działanie da się objaśnić zawartemi w ich cząsteczce niestałymi aldehydowymi grupami ¹⁾, a które posiadają jeden podstawowy objaw życia, wrażliwość odnośnie do chemicznych, fizycznych i termicznych czynników, właściwą również żywej protoplazmie. Są to substancyje białkowe do albuminów lub albumoz zbliżone; oddają martwym produktom pierwiastki wody i znowu je zabierają. Działanie ich hidrolityczne da się porównać z działaniem rozcieńczonych kwasów. „Bardzo jest prawdopodobnem, twierdzi M. NENCKI, że jak przy przemianie mączki pod wpływem rozcieńczonych kwasów na dekstrynę, maltozę i cukier gronowy tworzą się pośrednio rozmaite kwasy eterosiarczane, które następnie, przyłączając pierwiastki wody, rozkładają się na wodań węgla i kwas siarczany, tak dyjastaza lub ptyalina z cukrem wstępuje w związek eteryczny, który rozpada się następnie pod wpływem wody na właściwy enzym i prostszą modyfikacyję wodań węgla“. Mała ilość enzymu jest w stanie wywołać rozkład znacznej ilości białka i wodań białka, na to bowiem wpływa ciągle rozszczepianie związków aldehydowych i nieustanna regeneracyja grup aldehydowych enzymu. Jak w żywym ustroju wyższej organizacyi, tak i w każdej żyjącej komórce powstają i wydzielają się rozmaite fermenty, z których jedne mają własność przemiany nierozpuszczalnych wodań węgla na rozpuszczalne [ferment dyjastatyczny], inne przemieniają sacharozy na dekstrozę, lewulozę, galaktozę [ferment inwertujący]. Odnośnie do ciał białkowych znamy fermenty przemieniające białko nierozpuszczalne na jego modyfikacyję, łatwo przenikającą przez błony zwierzęce [ferment proteolityczny], strącające sernik, ferment podpuszczkowy; odnośnie do tłuszczów—enzymy emulgujące i rozszczepiające; odnośnie do związków wodań węgla z kwasami [glukozy] istnieją fermenty rozkładające te ciała, na wzór eterów złożone.

Oprócz tego posiadają bakteryje, jak i ustroje wyższej organizacyi, fermenty, które rozszczepiają białkowe podłoża z wytworzeniem gazów, związków tłuszczowych, aromatycznych i zasad organicznych zwierzęcego pochodzenia.

Od czasu badań M. NENCKIEGO, BRIEGER'a, BOEKLISCH'a i innych nad produktami gnicia, po zbadaniu morfologicznych własności pasorzyta i jego swoistości dla danego cierpienia, rodzi się pytanie, czy ów zarazek wywołuje zaburzenia w ustroju mechanicznie, czy też wskutek wydzielanych przez się produktów przemiany materyi, czy przez rozszczepianie podłoża, czy wreszcie przez związki trujące w jego istocie zawarte. Słowem, chodzi o stwierdzenie, czy objawy biologiczne zakażonego ustroju objaśnić się dadzą tylko zakażeniem, czy też zatruciem. Kwestyja tak wielkiej doniosłości dla żadnej z chorób zakaźnych nie została w zupełności rozstrzygniętą. Gorączkowo przeprowadzane badania stwierdzały wprawdzie fakt, że bakteryje wytwarzają trucizny, które sprawiają pewne objawy właściwe danej chorobie, wszelako z powodu zbyt małej ilości otrzymywanych związków w wielu razach ani wzorów empirycznych dla nich nie otrzymano, ani nie zapoznano się z ich własnościami trującymi. Kwestyja pozostaje otwartą; pole do badań dla chemika i farmakologa

¹⁾ M. NENCKI. Ueber das Parahämoglobin. Arch. f. experim. Pathologie u. Pharm. XX. Nr. 5 i 6. 1886.

niezmierne; rezultaty dla terapii nieprzewidziane. Jak teraz przejęci teorią pasorzytniczą wyszukujemy środków antyseptycznych, którebyśmy skutecznie a bezkarnie mogli do ustroju wprowadzać, tak w przyszłości otwiera się droga do badań nad antydotami, któreby były w stanie osłabić lub unicestwić groźne objawy zatrucia w przebiegu zakażenia.

Rozumie się, że badania muszą odpowiadać pewnym warunkom. Przy badaniu bakteryjologicznym wyosabniamy zarazek, otrzymujemy czystą jego hodowlę, określamy jego własności morfologiczne i warunki rozwoju, wreszcie swoistość jego stwierdzamy przy wprowadzeniu do ustroju przez objawy i swoiste zmiany w narządach. Trucizny również należy wyosobnić, oczyścić, określić budowę i stosunek do wpływów chemicznych i atmosferycznych, również należy przeprowadzić z nimi doświadczenia na zwierzętach, wydzielić je nietylko z podłoża hodowlanego, lecz z tkanek lub wydzielin; nadto stale znajdować się one winny w przypadkach określonego zakażenia, jednakże wywoływać objawy, jednakową odznaczać się siłą toksyczną.

Jeżeli teraz zwrócimy się do produktów bakteryj cholery, stwierdzić zrazu musimy fakt, że badania nad nimi są dopiero w kolebce; na zaznaczenie zasługuje niesystematyczność i niezgodność wyników co do związków trujących. Jeden fakt tylko jest ustalonym, a ma on niepoślednie znaczenie dla rozpoznania hodowli laseczników cholery. Mam tu na myśli charakterystyczny odczyn podłoża zmienionego pod wpływem spiryllów Koch'a, t. zw. czerwień cholery. W roku 1886 POEL¹⁾ stwierdził fakt, że hodowle spiryllów Koch'a pod wpływem kwasu solnego przybierają wyraźne czerwone zabarwienie. Nieco później choć niezależnie od niego BUJWID²⁾ ³⁾ określa stosunek kwasu solnego do hodowli laseczników cholery i przypisuje jemu pierwsze dyjagnostyczne znaczenie. Według BUJWIDA, kwasy mineralne, *resp.* słaby kwas solny [5—10%] w hodowlach spiryllów cholery sprawia charakterystyczne, właściwe nie tylko przy jednakowych warunkach różowo-fioletowe zabarwienie. Odczyn ten występuje w hodowlach na buljonie w 10 — 12 godzin po] przeszczepieniu przy ciepłocie 37° C., w hodowlach żelatynowych w 24 godzin, t. j. wtedy, gdy badanie na płytkach nie dostarcza jeszcze pewnych wyników. DUNHAM⁴⁾, który również niezależnie od BUJWIDA i POEHL'a stwierdził powyższy odczyn, dla wywołania go uważa za niezbędną obecność peptonu w odżywce, a jako najodpowiedniejsze podłoże zaleca 1% rozczyn peptonu słabo zalkalizowany, zawierający ½% soli kuchennej. Za odczynnik używa stężonego kwasu siarczanego, z którym dają podobny odczyn bakteryje FINKLER-PRIOR'a i DENEKE'go nie bezpośrednio, lecz po dodaniu kwasu azotnego. Zdanie DUNHAM'a, jakoby odczyn charakterystyczny w hodowlach na żelatynie występował dopiero wtedy, gdy ta całkowicie jest rozrzedzoną, nie zostało potwierdzonem ani przez późniejsze badania BUJWIDA⁵⁾ ⁶⁾, ani przez pracę JADASSOHN'a⁷⁾. Czerwień cholery da się otrzymać, według JADASSOHN'a, tylko z podłoża zawierającego speptonizowane białko, inne natomiast odżywki, na których rozwijają się bakteryje cholery, jakoto: mleko, rozczynek krochmalu lub cukru, odczynu nie dają.

¹⁾ POEHL. Ueber einige biologisch-chemische Eigenschaften der Mikroorganismen im Allgemeinen und über die Bildung der Ptomaine durch die Cholera bacillen im Speciellen. Ber. d. d. chem. Gesellsch. 19. 1159.

²⁾ BUJWID. Zeitschr. f. Hyg. Bd. II. str. 727.

³⁾ BUJWID. Centralbl. f. Bacter. u. Parasitenk. 1887. str. 727.

⁴⁾ DUNHAM. Zur chemischen Reaction der Cholera bacterien. Zeitsch. f. Hyg. Bd. It. 1887, str. 337.

⁵⁾ BUJWID. Zur Frage von der Cholera reaction. Centralbl. f. Bact. u. Parasit. 1888. Ab.

⁶⁾ Odczyn chemiczny na bakteryje cholery azyjatyckiej. Gaz. Lek. N. 50. 1887.

⁷⁾ JADASSOHN. Zur Kenntniss des Cholera rohs. Breslauer ärztl. Zeitsch. N. 16 i 17. 1887. ref. Berl. klin. Woch. 1887. str. 882.

Gdy tylko czyste hodowle spiryllów KOCH'a pod wpływem HCl w kilka minut wydzielają barwnik różowy, to inne bakteryje, jak FINKLER-PRIOR'a, MILLER'a, DENEKE'go, *Bacillus pyogenes foetidus* [PASSET], *Bacillus Neapolitanus* [EMMERICH], oddziałują w podobny sposób z HCl po upływie 24 godzin lub więcej, szybko zaś zabarwienie czerwone występuje po dodaniu HNO₃. Gdy jednak hodowle laseczników cholery, zanieczyszczone innymi pasorzytami, nie dają charakterystycznego odczynu, ZAESLEIN¹⁾ radzi wyosobnić z nich benzolem lub chloroformem z roztworu alkalicznego barwnik, który natenczas pod wpływem kwasu przybierać ma fioletowe zabarwienie.

Powyżej przytoczeni autorowie wraz z BRIEGER'em²⁾ potwierdzili znaczenie rozpoznawcze t. zw. *Choleraroth*; natomiast ALI COHEN³⁾ przypisuje otrzymanie czerwonego barwnika zanieczyszczeniu kwasów mineralnych przez HNO₃, wreszcie w drugiej swej pracy⁴⁾ odczyn ten uważa za niestały i pod względem natężenia i występowania nawet dla laseczników cholery zmienny. Że nie zanieczyszczenie wpływa na *Choleraroth*, dowiódł tego BUJWID⁵⁾, używając zamiast kwasów mineralnych kwasu szczawiowego i octowego z jednakowym skutkiem, co się zaś tyczy swoistości tego odczynu, to należy zwrócić uwagę na zachowanie jednakowych warunków. Nie ulega bowiem wątpliwości, że i starsze hodowle laseczników FINKLER-PRIOR'a dadzą wyraźne oddziaływanie, a młodsze hodowle laseczników KOCH'a mniej wyraźne. Wyjątek jednak stanowią wibryjony MIECZNIKOWA, które podobnie, a nawet wyraźniejszy barwnik wydzielają od laseczników KOCH'a, wszelako u człowieka nigdy nie były napotymane.

Czerwony barwnik, rozpuszczalny w alkoholu, nierozpuszczalny w chloroformie, według POEHL'a⁶⁾, miał być derywatem skatolu, a twierdzenie to nie było zbyt dalekiem od rzeczywistości. W celu wydzielenia barwnika BRIEGER⁷⁾⁸⁾ zaszczerpił spirylle cholery na żelatynę i pozostawiwszy mieszaninę przy ciepłocie hodowlanej, w ciągu tygodnia dodał H₂SO₄ aż do wyraźnego czerwonego zabarwienia i zawartość przez 8 dni pozostawił w zimnej atmosferze. Następnie po zubożeniu sodą fioletowy odcień barwnika przybrał kolor czerwono-brunatny. Wydzielony barwnik, wytrawiony benzolem z tego środowiska, wykrystalizował się w postaci brunatno-czerwonych krystalicznych płatków, nierozpuszczalnych w wodzie i eterze. Barwnik ten z kwasami miał tworzyć t. zw. „*Farbbase*” lub „*Farbptomaine*”, rozpuszczalną w alkoholu etylowym, amylovym, eterze i w chloroformie o zabarwieniu fioletowem. Rozpuszczony w alkoholu etylowym przybierał wyraźne czerwone zabarwienie. Obok tego barwnika wyosobnił BRIEGER za pomocą eteru drugi barwnik, nierozpuszczalny w benzolu, o zabarwieniu fioletowem z odcieniem wyraźnie niebieskim, przechodzącym w zielonkawaty. Otrzymałszy indol przy destylacji czerwieni cholery z opilkami cynkowemi, dochodzi BRIEGER do przekonania, że ów barwnik jest pochodnym od indolu; ze względu zaś na to, że i po oddestylowaniu indolu, pozostałość daje różowe zabarwienie, wysnuwa wniosek, że ta wtórna reakcja zależy od wpływu kwasu siarczanego na pepton. [C. d. n.]

¹⁾ ZAESLEIN. Beitrag zur chemischen Reaction der Culturen der Cholera-bacillus. Deutsche chemiker — Ztge. 1887 i MALY's Jahresb. 1887. Bd. 472.

²⁾ BRIEGER. Zur Kenntniss der Etiologie des Wundstarkrampfes nebst Bemerkungen über das Choleraroth. Deut. med. Woch. 1887, str. 303.

³⁾ ALI COHEN. Zur Bedeutung des sog. Choleraroths. Fortsch. d. Med. 1887. Nr. 17.

⁴⁾ ALI COHEN. Zur Frage von der Cholera-reaction. Fortsch. d. Med. 1888. Nr. 6.

⁵⁾ L. c.

⁶⁾ L. c.

⁷⁾ L. c.

⁸⁾ BRIEGER. Ueber die Entstehung der Choleraroths, so wie über Ptomaine aus Gelatine. Deutsche med. Woch. 1887, str. 469.

CZWARTY ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 33]

Następują demonstracje chorych. BOGDANIK przedstawił chorego po resekcji kości piętowej według własnej metody [cięcie półowalne tylne, przepiłowanie kości piętowej, opis sposobu dawniej podany w Przeglądzie Lek.]. Wynik operacji w tym przypadku zupełnie zadawalający. Operacja daje dostęp do kości piętowej i skokowej. Prof. OBALIŃSKI powiada, że dawniej podobne przypadki operował sposobem Busch'a, bardzo podobnym do podanego przez prelegenta, nie był jednakże z tej metody zadowolonym, ponieważ dostęp dawała niewielki. Dziś używa w tych razach swego sposobu, przedstawionego na drugim zjeździe chirurgów. Pierwotnie posilkował się nim tylko przy operacjach na kościach śródstopia i przednich kościach stępu; później jednakże przekonał się, że, przecinając stopę dalej ku tyłowi, można sobie utorować bardzo dobrą drogę do wszystkich kości stopy.

BARĄCZ uważa za zbyt częste wyszukiwanie coraz to nowych metod resekcji wobec tego, że w gruźlicy drobnych kości prawie zawsze wystarcza proste przecięcie i wyłyżeczkowanie.

Prof. OBALIŃSKI odpowiada, że pewne metody operowania i tu są ważne, ponieważ pozwalają dokładnie obejrzeć chore kości.

DROBNIK robi zarzut sposobowi prof. OBALIŃSKIEGO, że obraża za dużo dużą ilość stawów, co może się odezwać ujemnie na czynności stopy. Przemaszają jeszcze BOGDANIK i prof. OBALIŃSKI, odpierający zarzuty DROBNIKA.

KRASOWSKI przedstawia młodą dziewczynę z kliniki prof. RYDYGIERA po operacji SCHOENBORN'a. Po usunięciu *osteosarcomatis* z czoła, pozostał znaczny brak kości, dla pokrycia którego użyto płyta, wyciętego wraz z powierzchnią blaszką kości w okolicy ciemieniowej. Po przyrośnięciu płyta na czole, skórę jego oddzielono od okostnej i przeniesiono napowrót na ciemię. Dla pokrycia wgojonej już na czole kości i okostnej użyto dużego płyta WOLFE'go, który wycięto na brzuchu. Wynik zupełnie dobry.

GABRYSZEWSKI przedstawia z kliniki prof. RYDYGIERA starego mężczyznę, któremu wykonano osteoplastyczną operację po wypilowaniu połowy trzona szczęki dolnej. Brak kości zastąpiono kawałkiem obojczyka. W tym celu na odpowiedniej stronie szyi wycięto płat czworoboczny z częścią obojczyka, który dla tego wzduż na dwoje rozszczepiono. Płat ten z podstawą u góry zawinięto w gazę i następnie po dniach 12 wszyto na miejscu przeznaczenia, gdzie tenże przyrosł dobrze. Operacja wykonana niedawno, trudno więc jeszcze przesądzać, czy zrośnięcie kości nastąpi.

OBFIDOWICZ przedstawia chorego z kliniki prof. RYDYGIERA z ogromnym guzem żuchwy, przypominającym znany rysunek BRYKA. Guz ten dwukrotnie już się otwierał, co połączone było z wydzielaniem się płynu. Prelegent rozpoznaje *carcinoma gelatinosum*.

SZYMKIEWICZ, wyłożywszy ogólne zasady obturatorów, używanych przy wrodzonych rozszczepach podniebienia twardego i miękkiego, demonstruje na małym chłopczyku obturator SUERSEN'a. Pomimo że aparat zastosowano niedawno, zmiana z wymawianiu po założeniu tegoż jest widoczna.

ŁUCKI z Oświęcimia opisuje „ciekawy przypadek wgłobienia jelit.“ Cierpienie trwało od 6 miesięcy, wystąpiwszy podczas biegunki. Guz w okolicy poprzecznicy. Objawów niedrożności nie było. Podczas operacji, dokonanej przez prof. RYDYGIERA, znaleziono wgłobienie *coli ascend.*, *coeci* i części *ilei* w *colon transvers.* Pomimo długiego trwania choroby zrostów nie znaleziono i prostym pociąganiem zdołano uwolnić całą część wgłobioną.

Na posiedzeniu popołudniowym KLECKI mówił „o nowych środkach antyseptycznych“. Badając siłę antyseptyczną rozmaitych środków na hohowlach *staphylococci aurei*, prelegent przekonał się, że następujące roztwory zabijały hodowle: kwas karbolowy 1^o/_o, lisol 5^o/_o, kreolina 1^o/_o, kwas borny 3^o/_o, tymol 1^o/_o, *borax et acid. salicylicum aa* 0.3^o/_o, *acid. salicyl.* 5^o/_o, aseptol 3^o/_o, diafteryna 2^o/_o. Prelegent przeprowadził dokładne badania nad diafteryną i zachwala ją bardzo, jako środek, nie działający na ludzi trująco i nie wywołujący wyprysku. Narzędzi nieniklowanych trzymać w niej nie można.

WEHR mówi o promienicy brzusznej, opisując nowy przypadek tejże. Chory miał guz z 5 przetokami w okolicy pępka. Guz ze ściany brzusznej wycięto, lecz jednocześnie podczas operacji znaleziono liczne zrosty kiszki, zwłaszcza w okolicy kiszki ślepej. Oddzielnie ostatniej nie udało się. Chory umarł z posocznicy. Prelegent twierdzi, że najczęstszy punkt wyjścia dla promienicy brzusznej stanowi kiszka ślepa i wyrostek robaczkowy. Operować należy we wczesnym okresie choroby, gdyż później liczne zrosty udaremniają zabieg operacyjny. Należy mieć także na uwadze, iż niezawsze udaje się przy pierwszym badaniu wykryć grzybek promienicy.

BARĄCZ nie stawia tak złego rokowania w promienicy brzusznej, jak to inni podają, i nie uważa za konieczne doszczętnego usuwania części chorych; sam on w dwóch przypadkach ograniczył się na wypuszczeniu tylko ropy i pomimo to miał wynik dobry. Raz nastąpiła wprawdzie recydywa w 3 lata po pierwszym wypuszczeniu ropy; B. wypuścił ropę ponownie i otrzymał stałe wyleczenie. W innym przypadku wykonał cięcie z powodu *perityphlitis actinomycoticae* i ropnia około *caecum*. W 2 tygodni potem powstał naciek około macicy, co zmusiło go wykonywać jeszcze dwukrotnie przecięcia; po założeniu lapisu *à demeure*, pod przemywaniami antyseptycznymi nastąpiło zagojenie.

Prof. OBALIŃSKI widział także po prostym wyskrobaniu ognisk wyzdrowienie. Natomiast w klinice prof. MIKULICZA wszystkie zabiegi z większą operacją kończyły się śmiertelnie. Przypadek WEHRA nie nadawał się do operacji.

SZREYNER opisuje przypadek z kliniki prof. KOSIŃSKIEGO, w którym wykonano operację dwukrotnie, raz usuwając naciek w ścianie brzusznej, drugi raz rezekując kiszkę. Wynik dodatni.

WEHR przyznaje, że jego przypadek nie nadawał się do operacji. To też radzi ją wykonywać w przypadkach lżejszych, w cięższych zaś leczyć wstrzykwaniami azotanu srebra.

OBFIDOWICZ mówi „o wolu kostniejącem“, przedstawiając jednocześnie preparat. Guz zajmował głównie przesmyk gruczołu tarczowego; jądro guza stanowiła kość. W paru innych przypadkach *strumae fibroso-cysticae* znajdowano rozsiانة ogniska zwapniałe.

GABRYSZEWSKI opisuje „przypadek tętniaka tętnicy podkolanowej“. Po wyluszczeniu tętniaka, które połączone było z trudnościami, wystąpiły objawy, zagrażające zgorzelą. Wówczas ułożono nogę ku górze i zastosowano mięsienie odśrodkowe [od środka do obwodu]. Po dwukrotnem masowaniu krążenie wyrównało się w ciągu kilku godzin.

SAWICKI mówi „o operacyjnem leczeniu żyłaków podudzia“. Z pomiędzy 14 operowanych przypadków S. w 7 wyluszczał na pewnej przestrzeni żyłę podskórną wielką i otrzymywał zawsze wynik dodatni [w 6 przypadkach po dłuższym czasie sprawdzony]. W 7 innych przypadkach podwiązywał żyłę podskórną wielką i otrzymał w 4 z nich wynik zadawalający. Wnioski prelegenta: w przypadkach lżejszych, gdy żyłakowatemu rozszerzeniu ulega sama *v. saphena magna*, należy przekładać podwiązanie żyły sposobem TRENDLENBURG'a, jako rękoczyn mniej obrażający. W przypadkach cięższych, w których obiedwie

żyły podskórne i znaczna ilość żył pobocznych ulega rozszerzeniu, lepiej wykonać wyluszczenie żył brzuszonych. W razie obecności wrzodu dno tegoż należy wyciąć doszczętnie.

DROBNIK zwraca uwagę, że podwiązanie żyły podskórnej wielkiej wówczas może dać wynik dodatni, gdy taż łączy się z żyłami głębokimi, czemu SAWICKI na mocy swych spostrzeżeń przeczy.

BARĄCZ przytacza z własnej praktyki przypadek, w którym podwiązanie *venae saph. mag.* pozostało bez skutku, dokonane zaś później wyluszczenie zupełnie cierpienie usunęło.

W dalszym ciągu SAWICKI przedstawia „przyczynek do plastyki twarzy za pomocą płatów wędrujących“. W 5 przypadkach dla pokrycia większych braków na twarzy [brak policzka i wargi lub policzka i części nosa] S. używał płatów wędrujących z bocznej powierzchni szyi, z szypułą na żuchwie. Dla szybszego przyrośnięcia brzegu, przeciwległego szypule, w 3 przypadkach S. pokrywał go z dobrym wynikiem za pomocą oddzielnego małego płatka, wykrojonego na brzegu braku, który mamy zakryć na policzku.

BARĄCZ opowiada i na fotografiach demonstruje „plastykę błony śluzowej jamy ust sposobem OBERST'a przy ubytkach błony śluzowej“. Z powodu nowotworu błony śluzowej policzka prelegent usunął znaczną część tejże wraz z mięśniami. Dla pokrycia braku wykroił w sąsiedztwie dwa płyty ze zdrowej błony śluzowej i przeniósł je na brak. Powstałe po odluszczeniu płatów okrwawione powierzchnie zagoiły się *per secundam*.

SAWICKI podaje „przyczynek do nauki o przepuklinach mózgowych“. Wykonał on dwukrotnie wyluszczenie guza przepuklinowego za pomocą podwiązania oddzielonej szypuły i odcięcia guza ponad nią. W pierwszym przypadku [dziecko 3 mies., guz potylicowy, prawdopodobnie *encephaloma BERGER'a*], operowanym przed 2 laty, nastąpiło trwałe wyleczenie. W drugim przypadku [dziecko 3 tyg., guz przy nasadzie nosa, mający pozory *hydrencephaloectio*], rana zagoiła się szybko po operacji, lecz zaraz wystąpiły objawy wodogłowia. W 4 przeszło miesiące po operacji wykonano dwukrotnie wypuszczenie płynu za pomocą przekłucia, poczem dziecko zmarło. Badanie mózgu, który prelegent demonstruje, wykazało: zanik substancji mózgu, rozszerzenie wszystkich komórek i otworów mózgowych, asymetryja obu półkul, spowodowana znacznym zanikiem lewego zrozu czołowego i lewego ciemieniowego. Ependyma komórek bocznych zgrubiała i usiana guzikami. Od podstawy mózgu wychodzą dwa torbielowate guzy, z których jeden o ścianach cienkich leży w *fosa Sylvii sinistra*, drugi zaś, o ścianach mocno zgrubiałych, pokrywa dalszą powierzchnię zrozu czołowego lewego, przebiega do nasady nosa i stanowi część wewnątrz-czaszkową guza, którego część wypukłą nazewnątrz usunięto podczas operacji. Badanie ścian tego drugiego guza wykazało budowę *neurogliomatis*. Widocznie sprawa jakaś [przymiot?] spowodowała wytworzenie się takich neurogliomatów na ścianach komórek bocznych, zwiększone przesączenie płynu, rozszerzenie komórek, wreszcie wypuklenie podstawy mózgu z wytworzeniem opisanych guzów. Wnioski prelegenta: operacja przepuklin mózgowych za pomocą uprzedniego podwiązania szypuły lepsza jest od wyluszczenia guza. Pewna część guzów, opisywanych dotąd pod nazwą *hydrencephalocèle* i uważana za wypuklenie prawidłowej tkanki mózgowej, przedstawia prawdopodobnie budowę nowotworową (*neurogliomau*). Przekłucia mózga przy wrodzonym wodogłowiu nie prowadzą do celu.

KŁECKI przedstawia z kliniki prof. RYDYGIERA 20 letnią dziewczynę z *atrophia musculorum lipomatosa*. Zanik mięśni barkowych i tułowia, przerosty tłuszczowe w łydkach i pośladkach, chód jak przy wrodzonych zwichnieniach biodrowych, niemożność bezpośredniego wyprostowania się i t. d.

BARĄCZ opisuje i jednocześnie na fotografiach pokazuje „ciekawy przypadek *fibroma moluscum*“, Narośla znacznej wielkości i w znacznej liczbie umieszczone były na głowie i twarzy. Operacyja nie wiele zmieniła wygląd chorego.

STEUERMARK podaje „*anus praeternaturalis* sposobem plastycznym za pomocą szwu plastycznego“. W przypadku tym prelegent, zamiast robić resekcję kiszki, obciął brzegi otworu w niej i nałożył szew poprzeczny, jak to MIKULICZ robi przy zwężeniach odźwiernika. W taki sam sposób postąpił w innym przypadku, w którym zgorzeli uległa tylko część obwodu jelita. W obu przypadkach wyzdrowienie.

DEMBOWSKI obawia się, by takie postępowanie nie spowodowało zgięcia kiszki (*Knieckung*).

ODERFELD powiada, że CIECHOMSKI dwukrotnie operował z dobrym skutkiem w ten sposób.

DEBOWSKI opisuje „przypadek błędu rozwojowego organów płciowych u dziewczyny“, demonstrując jednocześnie preparat. Chora udała się do prelegenta z powodu bólesci. *Atresia vaginae completa*. *Per anum* wyczuwa się w małej miednicy ciało bolesne, wielkości jaja gęsiego. Przy laparotomii okazało się, że była to nerka, przesunięta do małej miednicy. Organy płciowe, które prelegent usunął, stanowił jajnik, a obok niego jakiś twór nieokreślony, prawdopodobnie macica. W dalszym ciągu prelegent opisuje inny przypadek *atresiae vaginae*, w którym z pomiędzy warg małych wypukła się błona śluzowa, tworząc rodzaj miękkiego guza. Macica w stanie zaniku. Ponieważ chora domagała się wytworzenia sztucznej pochwy, prelegent przeciął wypuklającą się na miejscu sromu błonę śluzową, rozciął tkanki wglęb aż do macicy, z rozciętej błony śluzowej wytworzył dwa płaty, które przymocował w głębi do macicy, wytwarzając w ten sposób sztuczne zagłębienie.

DEBOWSKI demonstruje i objaśnia swego pomysłu „aparat ekstensyjny do leczenia złamań kości ramieniowej“. Aparat składa się z odpowiednio urządzonych dwóch szyn blaszanych, z których jedna przymocowuje się do ramienia i znajduje punkt oparcia pod pachą, druga zaś przylega do przedramienia. Za pomocą odpowiednich połączeń i śrubek można zmieniać do woli odległość i ustawienie względem siebie obu szyn.

DROBNIK aparat chwali i powiada, że on w tego rodzaju przypadkach z dobrym wynikiem używa zawsze zmodyfikowanego przez siebie trójkąta MIDDELDORF'a.

DROBNIK mówi „kilka słów o symetrycznej gruźlicy kości“. Sam on objaw ten spostrzegwał kilkakrotnie. Raz widział gruźlicze zajęcie tylko obu kości łokciowych; w innych przypadkach cierpieniu ulegały kości obu napięstków lub obu stóp. Prelegent wytłomaczyć sobie tego objawu nie może, zwraca jednakże nań uwagę obecnych, ponieważ obserwacje takie mogą mieć w przyszłości znaczenie patogenetyczne dla gruźlicy.

STEUERMARK opisuje przypadek zranienia mózgu pociskiem z broni Mannlicher'a: kula przeszła przez podbródek, język, podstawę czaszki i wyszła przez górną część czaszki, druzgoczając kości tejrze. Po trzech miesiącach leczenia chory wyzdrowiał. Jako skutek obrażenia pozostały mu tylko: oślepięcie na prawe oko i nieco kańczasta czaszka.

Na tem zjazd ukończył czynności swoje.

B. Sawicki.