

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Wycięcie torbieli skórzastej jajojka (*cysta dermoidea*) przez pochwę macicy (*ovariotomia vaginalis*). Spostrzeżenie Prof. Dra Girsztowta. — Rozprawy naukowe. Przyczynek do sprawy dzielenia się jąder komórkowych. Podał Dr W. Mayzel, Asystent histologii. — Kilka uwag nad wypadkami duru brzuszego, dostrzeżanemi w ciągu ubiegłego roku. Przez Dra A. Kurcyusza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W. (Dokończenie). — Od Redakcyi. — Dodatek. Anatomii chirurgicznej Tom II, ark. 33. Hygieny ark. 28. Spis rzeczy Tomu XXI Gaz. Lek. Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich za 1874 rok zeszyt V (Koniec). — Zapowiedziane na bieżące półrocze *s to* arkuszy druku Bibl. Um. Lek. oraz Przegląd za rok 1874 p. p. prenumeratorom przesłane zostały.

Wycięcie torbieli skórzastej jajnika (*cysta dermoidea*) przez pochwę macicy (*ovariotomia vaginalis*).

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

(Rzecz komunikowana w d. 18 września r. b. na posiedzeniu sekcji lekarskiej zjazdu naturalistów i lekarzy w Warszawie).

W dniu dzisiejszym, Szanowni Panowie, będę miał zaszczyt zakomunikować Panom jedno spostrzeżenie z méj praktyki, które tak ze względu swéj rzadkości jak i szczęśliwego zejścia zasługuje na uwagę lekarzy-praktyków; spostrzeżeniem tém jest wycięcie torbieli skórzastej jajnika przez pochwę macicy (*ovariotomia vaginalis*, *s. excisio ovarii per vaginam*), które miałem sposobność wykonać na 17-letniej mężatce w miesiącu styczniu 1872 r.

Wszystkim Panom wiadomo, że już pół wieku ubiegło od czasu, kiedy w r. 1809 Ephraim Mc Dowell w Kentucky po raz pierwszy wykonał ovariotomię sposobem racjonalnym, na zasadach wyrozumowanych, i że operacya jego uwieńczoną została najpomyślniejszym skutkiem, jego bowiem pacjentka Ms. Crawford umarła w 1841 r. mając 79 lat życia; pomimo tego jednak bojaźń i niewiara do téj operacyi pomiędzy lekarzami były tak wielkie, że ona, rzec możemy, w ostatniém zaledwo dziesięcioleciu stała się nabytkiem wszystkich narodów

i wszystkich krajów. Prawda, pojedyncze wypadki ovariometrii już i dawniej zdarzały się od czasu do czasu tu i owdzie, ale jeżeli dzisiaj seciny nieszczęśliwych kobiet, skazanych przez chorobę jajników na śmierć pewną, cieszą się życiem, skutkiem wykonania na nich w mowie będącej operacyi, wyznać z wdzięcznością musimy, że cierpiąca ludzkość i nauka, za zjednanie praw obywatelstwa tej operacyi w codzienniej lekarskiej praktyce, obowiązane są przeważnie, a może nawet jedynie i wyłącznie, niezłomnej wytrwałości i szczęściu dwóch operatorów jeszcze żyjących — S p e n c e r - W e l l s ' a i K o e b e r l e . Im to zawdzięczamy, że my lekarze pozbyliśmy się starego przesądu i dzisiaj śmiało i z czystym sumieniem wykonywamy ovariometrię w przekonaniu, że przez nie wyświadczamy rzetelne dobro chorym i zaszczyt nauce.

U nas (w Warszawie) operacya, o której mowa, wykonywa się (od r. 1867) przez wielu kolegów nietylko w szpitalach i klinikach, ale i w praktyce prywatnej i powiedzieć mogę, że stosunkowo dosyć często, — zdarzało się bowiem, że w ciągu jednego dnia nawet wykonane były dwie ovariometrię. Na moją dołę, — ja wykonałem ovariometrię 15 razy, kilka z nich uwięzione zostały pomyślnym zejściem; to samo powiedzieć mogę i o znanych mi wypadkach moich kolegów, i jeżeliby zwyczajem były uświęcone demonstracye chorych na zjazdach lekarzy, mógłbym dzisiaj, na zaszczyt naszej chirurgii, przedstawić Sz. Pp. parę pacjentek zupełnie zdrowych po dokonanej ovariometrii. Winniśmy tutaj dodać, że nasze chore kobiety poddają się ovariometrii ze spokojem i rezygnacją.

Ale wróćmy do głównego przedmiotu.

Przyczyną tak powolnego rozwoju ovariometrii bez zaprzeczenia była wielka śmiertelność operowanych, powodem zaś śmiertelności były w części niedokładność metod operowania, przeważnie zaś zawikłania pooperacyjne, mianowicie: krwotok, zapalenie otrzewny, wstrząśnienie nerwowe (*Shock*) i posocznica. Ta ostatnia zależy od rozkładu osocza (*serum*) gromadzącego się *in cavo Douglassi* i najczęściej się zdarza. Celem usunięcia tego szkodliwego płynu C l a y i K o e b e r l e wprowadzali szklaną rurkę przez dolny koniec rany do jamy brzusznej i przez nią wyciągali (wysysali) posokę, a w ostatnich dopiero czasach P e a s l e e, M a r i o n S i m s i M u r s i e k zaczęli przemywać jamę brzuszną: dwaj pierwsi dokonywają tego za pomocą przekłócia ścianki pochwy macicznej za tylną częścią *cervicis uteri* i przeprowadzenia przez ten otwór rurki drenowej w ten sposób, że jeden jej koniec wystaje na przedniej części brzucha w dolnym końcu rany, drugi zaś znajduje się *in vagina uteri*. Przez rurkę tę odpływa ciecz *ex cavo abdominis*, a dla uprzedzenia jej rozkładu i wessania nastrzykują kilka razy dziennie słaby roztwór kwasu karbolowego ogrzanego do 36° C. tak do górnego, jak i dolnego końca rurki. Przemywanie to jamy Douglass'a uwięzione zostało najlepszym skutkiem. Procedurę tę M u r s i e k zmienił w ten sposób, że zamiast rurki używa mocnych jedwabnych nici.

T h o m a s, chirurg amerykański, zważywszy że przekłócie pochwy macicznej powyższym sposobem nie pociąga za sobą złych powikłań, i wiedząc z doświadczenia, że czasem torbiele jajnikowe i samodzielnie otwierają się do pochwy macicznej, skutkiem czego nastąpić może nawet zupełne ich wyleczenie,

jak to obserwował Meissner, powziął myśl usuwania torbieli jajnikowych przez pochwę maciczną i metodę swoją nazwał *Vaginal Ovariotomy*. Ośmieliła go do tego jeszcze i operacja Nöggerath'a znana pod imieniem *ovariocenthesis vaginalis*, polegająca na przecięciu ścianki pochwy macicznej, następnie otrzewny i ścianki torbieli i zszyciu brzegów rany torbieli z brzegami rany pochwy, żeby tym sposobem dać możność ciągłemu odpływowi zawartości torbieli i następnemu jej zanikowi. Jakie dała rezultaty operacja Nöggerath'a z własnego doświadczenia nie powiedzieć nie możemy.

Thomas swoją metodą radzi usuwać wszystkie guzy jajników, które leżą *in cavo Douglassi*, są małej objętości, łatwo dają się wymacać *per vaginam* i nie mają zrostów z tkankami przyległymi. Każdemu z chirurgów wiadomo, że te szczęśliwe warunki są nader rzadkie i z tego względu *ovariotomia vaginalis* również nader rzadkie znajdzie zastosowanie w praktyce, jednakowoż jest ona racjonalną i w obec powyższych wskazań zasługującą na zalecenie. W moim przynajmniej przypadku najpomyślniejszym uwieńczona została skutkiem. Operacja wykonywa się następującym sposobem: chora leży na grzbiecie, wprowadza się lustro Simsa do pochwy, w tylnej części *cervicis uteri* robi się skalpelem cięcie ścianki pochwy, następnie otrzewny, potem trójgrańcem Thompson'a przekłówa się torbiel i po opróżnieniu wciąga się ją do pochwy a po podwiązaniu szypułki (*pedunculus*) lub odgnieceniu ekrazerem, pozostałą część jej (szypułki) odprowadza się do *cavum abdominis*, ranę w ścianie pochwy zostawia się otwartą, która następnie *sua sponte* się zabliznia.

Przed laty kilku zdarzył mi się w mej praktyce wypadek choroby jajnika, w którym, sądziłem, że jestem upoważnionym zastosować metodę Thomas'a celem usunięcia chorego jajnika i to spostrzeżenie, którego dotąd nie ogłosiłem drukiem, podaję dzisiaj do dyskusyi światłego zgromadzenia.

W styczniu 1872 r. wezwany zostałem przez szan. kolegę Dra Barkłowskiego do m. Słonima na naradę lekarską. Zastałem tam 17-letnią mężatkę E. A., zupełnie wycieńczoną skutkiem przebytych cierpień, gorączkującą, tętno bowiem uderzało 120 razy na minutę, temperatura dochodziła do 41°C. Lekarze oświadczyli mi, że przed kilku tygodniami nastąpił czas rozwiązania chorej, poród jednak był tak trudnym, że po trzech dniach wyczekiwania jeden z nich (Dr Wolpert) zmuszony był wykonać *cephalotripsiam*; operacja wykonana pomyslnie, w następstwie jednak przyłączyły się *peritonitis* i *parametritis*, które ostatecznie wycieńczyły siły chorej; oprócz tego oświadczyli mi koledzy, że już od pięciu dni spostrzegli, że z pochwy macicznej zarazem z ropą i posoką wydzielają się włosy i tłuszczowa massa.

Przy badaniu obecnie chorej za pomocą lustra Simsa spostrzegliśmy w ścianie pochwy macicznej na tylnej części *cervicis uteri* mały otworek, wielkości główki szpilki, z którego sterczało kilka włosów. Przy badaniu *per rectum et vaginam* w okolicy lewego jajnika można było łatwo wymacać guz okrągły, nieco ruchomy, dający średnią odporność (*resistentia*), wielkości jaja gęsiego.

Obecność otworu w ścianie pochwy macicznej, wydzielina z niego charakterystyczna (włosy i tłuszcz), ciężki poród a za nim rozwinięte *peri-et parametritis*,

wreszcie obecność jeszcze w chwili badania guza przemawiały za chorobą jajnika, którą bliżej określając przyjęliśmy za skórzastą torbiel lewego jajnika, która skutkiem nacisku przez główkę dziecka w czasie porodu pękła a w części wylana jej zawartość stała się powodem zapalenia ostrego tkanek okołomaciczych, a następnie i przerwania ścianki pochwy macicy (*usura*).

W obec tego stanu rzeczy postanowiliśmy zrobić wycięcie przeistoczonego jajnika metodą *Thomas'a* (*vaginal ovariotomy*). W tym celu otwór znajdujący się w ścianie pochwy rozszerzyłem przez cięcie skalpelem a wprowadziwszy palec przez ranę do jamy *Douglass'a* mogłem swobodnie okrążyć nim guz i przekonać się dotykalnie, że on wisi na szypułce i w kilku miejscach jest twardym. Nie tracąc chwili czasu wciągnąłem guz rzeczony pomiędzy brzegi rany ściany pochwy i założywszy na szypułkę łańcuszek ekrazeru odgniotłem ją, pozostały zaś koniec jej odprowadziłem do jamy miednicy i po przemyciu pochwy włożyłem don szarpnię zmozoną w roztworze kwasu karbolowego szczelnie dotykając brzegów rany. Następnie pochwa operowanej codziennie przemywaną była dwa razy dziennie tymże płynem, stan jej ogólny zdrowia z wolna się poprawiał, siły się wzmagaly i po pięciu tygodniach chora opuściła łóże zupełnie zdrowa. W pół roku potem pacjentka przybyła do Warszawy, badając jej pochwę zaledwo dostrzedz mogliśmy ślady pozostałej blizny po ranie zrobionej przy operacyi na dość znacznej przestrzeni ścianki pochwy. Mam ciągle wiadomości o tej pacjentce i mogę zakomunikować, że po operacyi rodziła już ona dwoje dzieci bez żadnej akuszeryjno-operacyjnej pomocy.

Guz wycięty przedstawiał skórzastą torbiel jajnika (*cysta dermoidea Ovarii sinistri*), a w niej znaleźliśmy tłuszcz, kryształy cholestearyny, komórki nabłonkowe i naskórkowe, dziewięć zębów i trzy małe bezkształtne kostki.

Przy tej sposobności dodać winienem, że torbiele skórzaste jajników nie są tak rzadkie, jak ogólnie sądzą, w mojej przynajmniej praktyce spotkałem już trzy takowe torbiele i okazy ich po wycięciu zachowane są w zbiorze anatomoopatologicznym mojej kliniki chirurgicznej, które z przyjemnością każdemu z sz. pp. zdemonstrować gotów jestem.

Jeżeli jedna obserwacya może mieć znaczenie w nauce i jeżeli wolno lekarzowi w praktyce na niej polegać, to *ovariotomiam vaginalem*, przy odpowiednich wskazaniach, uważać musimy za nabytek w praktyce pożyteczny i przy danej sposobności wykonanie jej sz. pp. śmiało polecić możemy.

Przyczynek do sprawy dzielenia się jąder komórkowych.

Podał Dr W. Mayzel, Asystent histologii.

W dodatku do ogłoszonego przezemnie w roku zeszłym (w listopadzie) doniesienia „o szczególnych zjawiskach przy dzieleniu się jąder w komórkach nabłonkowych“¹⁾, mam zamiar podać na tém miejscu w krótkości wyniki dal-

¹⁾ Centralblatt f. die medicinischen Wissenschaften. 187 . Nr. 50 (20 Novemb.).

szych moich w tym samym kierunku poszukiwań, jakie zakomunikowałem, przy demonstracyi odpowiednich preparatów mikroskopowych, na V-tym Zjeździe naturalistów w Warszawie w dniu 16 września r. b., w sekcji zoologii i anatomii porównawczej. ¹⁾

Rzecz samą pozwolę sobie jednak poprzedzić krótką wzmianką historyczną.

W ciągu roku bieżącego (1876) od czasu ogłoszenia moich postrzeżeń, pojawiły się w literaturze zagranicznej liczne prace, traktujące wyłącznie lub dodatkowo o tej ze wszech miar zajmującej kwestyi podziału jąder w komórkach i ich skomplikowanej budowie. Z odnoszących się tu autorów przytoczę: E. van Beneden'a, L. Auerbach'a, E. Strasburger'a (II wydanie dzieła do którego się odnosiłem), O. Bütschli'ego (obszerne dzieło), F. M. Balfour'a, R. Hertwig'a, J. W. Spengla, N. Bobreckiego, C. J. Eberth'a i W. Flemming'a. Zasadnicza różnica zdań między nimi tyczy się głównie tego punktu, że jedni z Auerbach'em na czele uważają szczególne sprawy wyróżnienia (dyfferencjacyi) zachodzące w jądrze, za jego rozpuszczanie się (z następnym nowotworzeniem), drudzy zgodnie ze Strasburger'em i Bütschli'm—za podział. Mój sposób widzenia zgodny jest ze zdaniem tych ostatnich uczonych.

Niezależnie odemnie, gdyż prawie równocześnie (w grudniu 1875) ogłosił E. v. Beneden zgodne niemal obserwacye o podziale jąder w komórkach ektodermy i entodermy u królika, gdzie jako w tkance nabłonkowej, z przyjemnością po raz pierwszy znalazłem potwierdzenie własnych postrzeżeń. Z pozostałych autorów, Strasburger, Bütschli i Flemming przytaczając moje obserwacye, nie roztrząsają ich bliżej jako nie wchodzących w zakres swych poszukiwań. Auerbach zaznaczywszy fakt przezemnie i innych poprzednio dostrzeżony jako prawdziwy, trwa w swém pierwotnym pojmowaniu procesu jako rozpuszczanie nie zaś dzielenie się jąder. Wreszcie Eberth (Archiv Virchow'a tom 67, zesz. sierpniowy 1876) opisuje w nabłonku i *endothelium* rogówki żaby i królika bardzo podobne zjawiska, ograniczając się tylko na zaznaczeniu w przypisku, że ja „pisałem o tym przedmiocie“ ²⁾.—Poczytując sobie za zaszczyt, że tak znamienity badacz jak Eberth tych samych co i ja używa porównań w opisie obrazów mikroskopowych (bynajmniej zresztą w tekście o tej zgodności i innych nie wspominając), nie potrzebuję sobie i Beneden'owi zastrzeżać pierwszeństwa obserwacyi podziału jąder w komórkach po za obrębem przewężania jajka; przyznał je bowiem już dawno Waldeyer w rocznym sprawozdaniu z postępów histologii za rok 1875 ³⁾.

¹⁾ Protokoły Zjazdu. III posiedzenie sekcji Zoologii, pag. 10.

²⁾ Eberth zresztą nie przytacza wcale, z niewiadomych przyczyn: Beneden'a, którego doniesienie tymczasowe było już cytowane w II-gim wydaniu dzieła Strasburger'a, jakie w miesiącu marcu 1876 r. znajdowało się w handlu księgarskim.

³⁾ Virchow - Hirsch Jahresbericht f. d. J. 1875. t. I. pag. 146.

Przechodząc teraz do właściwego przedmiotu niniejszego dopełnienia, przytoczę przedewszystkiem miejsca gdzie jeszcze dostrzegłem opisany sposób dzielenia się jąder. Oprócz nabłonka rogówki skóry żaby nabłonka rogówki królika i kota, napotkałem te same zjawiska w nabłonku rogówki psa (nowonarodzonego i dorosłego), ptaków (wróbla, sowy), trytona i jaszczurki; w naskórku przy szczepieniu skóry na rany u człowieka w kankroidzie wargi u człowieka ¹⁾; w *endothelium* rogówki żaby i w komórkach tkanki łącznej rogówki żabiej przy jej zapaleniu. Coś podobnego widziałem także w komórkach szpiku kostnego u świnki morskiej.

Powtóre zaznaczyć muszę, że zajawszy się ubiegłego lata sprawdzeniem obserwacji Bütschli'ego na komórkach nasieniotwórczych w jądrach karaczanów (głównie małych t. zw. persaków) (*Blatta germanica*), znalazłem tam zgodnie z tym uczonym, obrazy niezmiernie podobne do tych jakie napotykałem u wyższych organizmów. Każdemu interesującemu się kwestyą podziału jąder komórkowych, nie mogę dosyć gorąco polecić tego z wielu względów wdzięcznego i ponuczającego przedmiotu, a o który tak łatwo na każdym kroku. Główną zaletą jest ta okoliczność, że u *Blatta germ.* dają się zobaczyć wszystkie okresy podziału jąder jaknajlepiej w stanie świeżym, przy badaniu w białku jaja. Dla utrwalenia preparatów zachować się dających w glicerynie, najlepszym okazał mi się kwas chromny 1:1000.

Ze względu na przytoczoną wyżej pracę Eberth'a objaśnioną licznymi rysunkami, do których czytelnicy tymczasem raczą się zwrócić, nie mogę się powstrzymać od zrobienia tu pewnych jeszcze uwag. Pragnę głównie uwydatnić niektóre punkty w jakich zachodzi niezgodność obserwacji na jednym i tym samym przedmiocie, czego przyczyną zdaje się być w znacznej części używanie odmiennych odczynników.

Pominąwszy komórki nasienne *Blattae*, najbardziej przekonywające obrazy podziału jąder otrzymujemy w komórkach *endothelium* rogówki żaby, a także i w nabłonku rogówki trytona, z powodu znacznej wielkości komórek i jąder. Najodpowiedniejszym jest *endothelium* rogówki żaby. Dla znalezienia dzielących się komórek niepotrzeba wcale zdrapywać tylnej powierzchni tej błony, gdyż zeskrabanie nabłonka z całej przedniej powierzchni wywołuje silne zapalenie, przy którym *endothelium* się odłuszcza i następnie z własnych elementów odtwarza. W preparatach z kw. chromnego barwionych karminem, komórki z dzielącymi się jądrami wpadają w oczy przez mocniejsze zabarwienie w porównaniu z otaczającymi, większą ziarnistość ciała komórkowego i nie-

1) Jak się następnie przekonałem, idąc za radą Eberth'a, podobne rzeczy znaleźć można i w nabłonku przelyku człowieka.—Częstsza obecność dzielących się jąder w tym organie zależy może od szybszego złuszczenia się i regeneracji nabłonka przy połykaniu.

regularne, gwiazdowate, wypustezaste kształty; natomiast wielkość tych komórek bywa bardzo niestała, tak że często komórki dzielące się tu i owdzie rozsiane, są nawet mniejsze od otaczających.

Co się tyczy form jąder w okresach dzielenia, do opisanych poprzednio postaci z nabłonka, niewiele pozostaje mi dodać; zwrócę więc tylko uwagę na te formy, których obecności zaprzeczają lub o których nie wspominają: v. Beneden i Eberth. Pod tym względem chcę przedewszystkiem uwydatnić z naciskiem podobieństwo do obrazów przedstawionych w rysunkach Strasburger'a i Bütschli'ego, mianowicie do komórek roślinnych (np. *Psilotum triquetrum*.—Strasb. l. cit. Tabl. VI. fig. 92) w okresie gdzie w równiku wyraźnie włóknistego wrzecionowatego jądra, umieszczony jest krążek (*Kernplatte*) złożony z ziarn i pręcików. Prof. Strasburger, któremu miałem sposobność przedstawić moje preparaty w meo marcu r. b., w zupełności potwierdził to wielkie podobieństwo.

Wbrew więc zdaniu v. Beneden'a i rysunkom Eberth'a, muszę zaznaczyć obecność włókienek w jądrze wrzecionowatém, przebiegających mniej więcej pionowo do równikowego krążka, a zbieżnie ku biegunom jądra. Charakterystyczną tę formę porównałem dawniej do dwu włóknistych stożków zbliżonych do siebie podstawami. Dodać jednak muszę, że włókienka w tym okresie są bardzo wyraźne tylko w *endothelium* rogówki żaby.

Co się jednak tyczy krążka równikowego, to bliższe rozpatrzenie preparatów przekonało mnie, że ziarna i pręciki w skład jego wchodzące, nie są zgrubieniami włókien jądrowych, a raczej stanowią niezależne od włókien zgęszczenia substancji zmodyfikowanego jądra. Za tém przemawiają obrazy jakie napotykałem, mianowicie zupełnie nagie włókniste wrzeciono, a obok niego w pasie środkowym rozsiane elementy równikowego krążka. Natomiast w komórkach nasiennych *Blattae*, rzecz się tak ma jak utrzymują Strasburger i Bütschli. Różnica ta atoli stanowi okoliczność mniejszej wagi, gdy zgodność jest zasadnicza to jest że w równiku jądra gromadzi się istota odepchnięta od jego biegunów, w formie krążka. Zresztą krążek jądrowy nie wszędzie jednakowo jest rozwinięty: w nabłonku trytona np. prawie śladu jego nie widać, gdy u innych zwierząt jest wyraźny (u roślin jest bardzo rozwinięty).

Porównywając dalej obrazy w komórkach nasiennych *Blattae* widoczne w stanie świeżym i po działaniu odczynników stwardzających, przekonamy się, że pod wpływem tych ostatnich wierzchołki włóknistych stożków stają się spiczastymi, same włókna tęższemi. Całe wrzeciono przedstawia się teraz węższem.—Toż samo zapewne ma miejsce w jądrach komórek endotelialnych. Wrzeciona niekiedy są tu bardzo wąskie, a przez niejednakowe ściągnięcie się przy skrzepnieniu, krążek równikowy wystaje po za obręb włókien wrzecionowatego jądra. Jako skutek skurczenia się wrzeciona. powstaje dokoła niego szersza lub węższa jasna obwódka. Kontury jej są zatarte, nieostre, a moniejsze niekiedy uwydatnienie w postaci równej kolistej linii, zdaje się zależeć od tego, że niektóre włókna wrzeciona odstały od reszty, tworząc pozorną otoczkę. Jasnej takiej przestrzeni dokoła wrzeciona w stanie świeżym nie wi-

dać tu ani śladu, a tylko w komórkach nasiennych karaczana dostrzegać się daje, zgodnie ze wzmianką Bütschli'ego oraz Strasburger'a (u pewnych roślin), dokoła wrzeciona delikatna ziarnista obwódka, nawet przy badaniu w obojętnym płynie.

Zwrócić również muszę uwagę, że w wielu komórkach, zwłaszcza w nabłonkowych, zapewne od wpływu odczynników, dostrzedz można jasną obwódkę dokoła normalnych grubokonturowych jąder — rodzaj jamki, z której jądro nawet częstokroć wypada. Obwódki takie, pozbawione jak się zdaje wszelkiego znaczenia, jako bynajmniej nie stałe, znane są oddawna. Wspomina o nich między innymi Weigert w ośpie, W. Krause rysunkiem przedstawia w swój ogólnej anatomii; podobnie Ranvier i t. d.

Choćbyśmy zresztą w myśl Eberth'a przyjęli, że przy wyróżnieniu się włóknistej masy („*Fadenmasse*“) to jest „nowego jądra“ (!) w środku pierwotnego (macierzystego) jądra, rzadsza część tego ostatniego, to jest sok jądrowy pozostaje u peryferii: to i tak nie byłoby właściwie jasnej obwódki ochrzcić mianem „pozostałości starego jądra“, jak chce Eberth, jest to bowiem tylko jedna część składowa, która chwilowo odłączywszy się od drugiej gęstszej („*essence nucléaire*“ Beneden'a), później cokolwiek znowu się z nią połączy. Chcąc przypisać pewne w tym sensie znaczenie jasnej przestrzeni, o której mowa, musielibyśmy to zrobić jedynie dla tej, która się dosyć stałe pokazuje przy biegunach pierwotnego jądra, podczas zlewania się elementów rozpołowionego jądrowego krążka w nowe dwa jądra. W myśl Bütschli'ego, Strasburger'a i Beneden'a możnaby ją uważać za wyciśnięty po za bieguny sok jądrowy, kosztem którego młode jądra powiększają się następnie. W preparatach barwionych karminem, dokoła wykształcających się młodych jąder, widać istotnie cokolwiek czerwieniszy, jednolity obłoczek wśród protoplazmy — być może ów sok jądrowy.

Po za wykształcającymi się już nowymi jądrami, ani też w żadnym innym (wcześniejszym) okresie, nie widziałem w moich preparatach promienistego układu ziarenek protoplazmy, o którym to zjawisku wspomina wielu autorów w jajkach przewężających się ¹⁾, a zwłaszcza Beneden także i w komórkach ekto- i entodermy królika.

Drugą formą jąder, bardzo charakterystyczna, jaką spotykałem przeważnie w *endothelium* rogówki żaby, są jądra włókniste, zesnurowane jakby obrączką przez przewężone ciało komórki, lub niezależnie, naksztalt snopka zboża. Jest to typowy „*Kernstrang*“ Bütschli'ego, jaki jego zdaniem stanowi różnicę w zachowaniu się komórek roślinnych i zwierzęcych przy podziale. Coś

¹⁾ W przewężających się jajkach u *Ascaris nigrovenosa* i ja dostrzegalem w mowie będący promienisty układ ziarenek protoplazmy, w formie dwu słońc. Jest to tak zwana figura karyolityczna Auerbach'a, którą Al. Brandt uważa za gwiazdowate jądro wykonywające amoebowe ruchy (?).

podobnego daje się widzieć tylko w komórkach nasiennych karaczana, gdzie komórki zupełnie już prawie podzielone, trzymają się siebie za pośrednictwem pęczka jądrowego, tak silnie, że długo można je potaczać naciskiem szkiełka pokrywkowego, zanim się oderwą. Zesnurowanie jądrowych włókien zdaje się nie być zjawiskiem stałym, i zależy być może tylko od wcześniejszego z jakichbądź przyczyn przewężenia się komórki, zanim niei jądrowe zdążyły się przerwać po środku.

Jakkolwiekbądź, nie zdarzało mi się napotkać obrazów mających być typowymi dla komórek roślinnych, gdzie dla wytworzenia przegrody komórkowej, włókienka jądrowe ponownie grubieją w płaszczyźnie równikowej i tworzą t. zw. *Zellplatte*. Natomiast zgodnie z Benedenem widziałem pośrodku między oddalającymi się połówkami krążka jądrowego niezależnie od przebiegających między niemi włókienek: linię złożoną z szeregu ziarn jako ślad przyszłej płaszczyzny rozdziału komórki. Tak bywało w nabłonku rogówki królika, u ptaków, w naskórku i kankroidzie człowieka. W *endothelium* zaś u żaby, zamiast tego dostrzegać się daje szereg przerw jakby wakuol rzędem ułożonych w kierunku przyszłej płaszczyzny podziału, w których odkłada się zapewne istota zlepna, łącząca następnie komórki między sobą.

Wspomniane zesnurowane jądra nie napotykają się zbyt często. W obec tej okoliczności z jednej, i znaniej wrażliwości komórek *endothelium* rogówki z drugiej strony, możnaby takie obrazy uważać za sztuczne, gdyby nie to, że zupełnie podobny podział komórek ma miejsce w komórkach nasiennych karaczana, gdy je badamy w płynach uważanych za obojętne (białko jaja).

Napomknawszy o wrażliwości komórek *endothelium* rogówki, muszę zauważyć z powodu pracy Ewecki'ego na którą się Eberth powołuje, że garbkowate dziwacznych kształtów jądra, bynajmniej nie zawsze są jądrami dzielącymi się. Nie przecząc możności odwężania się garbków, gdyż sam to widziałem, wspomnę, że cząstki takie są pozbawione jąder i one nie wytwarzają się później; również nie przychodzi do rozdziału komórki. Zresztą w zupełnie normalnych rogówkach, np. u *Bombinator igneus* trafiają się często jądra *endothelium* usadzone garbkami, o których bynajmniej nie można powiedzieć na pewne, że się właśnie dzielą; tém bardziej dziś, kiedy się okazało że formy uważane za dzielące się jądra są przeciwnie jądrami zlewającymi się (o czem z obserwacji Bütschli'ego i innych, było wiadomo i Ewecki'emu). Jakkolwiekbądź, pominawszy zagadkowe pod wielu względami zachowanie się *endothelium* rogówki po zdrapaniu tylnej powierzchni tej błony, Ewecki oprócz oddzielania się garbków od jąder i ich podziału zwykłym sposobem, innego sposobu dzielenia się jąder (tego właśnie o którym tu mowa) nie opisał. Według własnych słów Ewecki'ego, komórki zawierające nitkowate utwory zamiast jądra, jakie znajdował, miały dlań znaczenie całkiem zagadkowe.

Wreszcie, co się tyczy podziału jąder w *endothelium* u żaby na 4—6—7 części odrazu, o czem wspomina Eberth, nie podobnego nie widziałem, a zauważyć muszę że nie trudno tu popaść w błąd, gdy w komórkach rogówki

pod *endothelium* leżących, jądra w taki sam sposób się dzielą. Co do mnie, widziałem tylko opisywany podział jądra na dwie części, a w razie obecności dwu jąder w komórce, podział jednego tylko z nich. ¹⁾

Kilka uwag nad wypadkami duru brzuszego, dostrzeganemi w ciągu ubiegłego roku.

Przez Dra A. Kuroyusza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. z d. 6 czerwca r. b.).

(*Dokończenie*).

O ile z własnej mojej działalności lekarskiej i poufnych komunikacji kolegów wnosić mogę, pora w której chorował kol. H., t. j. jesień ubiegłego roku, obfitowała najwięcej w wypadki duru powikłanego zimnicą. Przez ciąg choroby kol. H., t. j. mniej więcej przez dwa miesiące: październik i listopad, widziałem ich kilkanaście. Następnie ilość ich zmniejszała się stopniowo, powikłanie zimnicze stawało się coraz mniej bijącym w oczy, a coraz gęściej pojawiały się wypadki zwykłego, nie powikłanego niczem duru brzuszego.

Ogólna liczba wypadków duru powikłanego zimnicą, jakie miałem sposobność widzieć i obserwować, zbliża się do 50-ciu.

Były w ciągu ubiegłego roku całe miesiące, w których nie widzieliśmy zgoła niepowikłanego duru,—choć stopień powikłania bywał bardzo rozmaitym.

Otóż zestawiając ze sobą powyższe wypadki dochodzimy do wniosku, że w ciągu ubiegłego roku, zarazek durowy, działając wspólnie z zimniczym, wytworzyły pewną formę kliniczną, która stała się, rzec można, endemiczną dla Warszawy, a którą możnaby nazwać durem brzuszonym zimniczym (*Typhus abdominalis malaricus*).

Że nazwę tę można, a nawet należy utrzymać, to zdaje mi się żadnej nie ulegać wątpliwości. Daleko mniej ważne i bardziej powierzchowne zboczenia w przebiegu chorób zakaźnych, dawały nieraz powód do tworzenia nowych terminów, które pozostały w nauce, jako określenia jeśli nie odrębnych form klinicznych, to przynajmniej ich odmian. Wszakże znalazły prawo obywatelstwa w patologii takie określenia, jak: dur krtaniowy (*laryngo typhus*), ospa krwotoczna (*variola haemorrhagica*), zimnica choleryczna (*febr. intermittens cholericum*) i inne, z niemi współrzędne; dla czegoż nie miałyby się ostać nazwa: dur zimniczy, gdy zmiany w obrazie klinicznym duru, powodujące wprowadzenie takowej, głębsze są i charakterystyczniejsze niż w przytoczonych powyżej przykładach.

Do najciekawszych niewiadomych, w kwestyi duru zimniczego, należy:

¹⁾ W komórkach nasiennych *Blattae* przeciwnie, dwa jądra mogą się dzielić jednocześnie, a wtedy wrzeciona leżą równolegle do siebie lub się krzyżują.

czy wypadki podobne spotykały się w samej jedynie Warszawie i najbliższej jej okolicy, czy też obserwowano podobne i w odleglejszych częściach kraju.

Co do mnie, zewnątrz Warszawy, widziałem jeden tylko wypadek o 2½ mili w kierunku Błonia. Prócz tego jeden wypadek u włościanina, przywiezionego już chorym z okolic Radzymina i jeden u pewnego izraelity, który zachorował natychmiast po przybyciu do Warszawy z Piotrkowa, gdzie zamieszkuje. O nadesłanie szczegółowych danych w powyższej kwestyi, należałoby zwrócić się do zamieszkujących prowincję, członków korespondentów Towarzystwa. Prawdopodobnie wypadki tego rodzaju pojawiają się jedynie w miejscowościach nawiedzonych przez malaryę i to podczas panowania tej ostatniej.

Istotnie ważnem byłoby bliższe zbadanie wzajemnego do siebie stosunku zarazków malaryi i duru, w podobnie powikłanych formach, a mianowicie, w jakich warunkach następuje powikłanie; boć do ukazania się podobnej klinicznej postaci nie dość jest współczesnego panowania w danej miejscowości malaryi i duru. Jako przykład mógłbym przytoczyć Ozorków, gdzie praktykowałem przed laty pięciu. Malaria panuje tam endemicznie, na śledzienie każdego niemal mieszkańca wpływ jej jest widoczny; dur pojawia się tam bardzo często i to występuje gromadnie, a jednak nie widziałem ani jednej powikłanej formy, pomimo że obserwowałem wypadki duru tak brzuszego jak i wysypkowego u osobników w wysokim stopniu zakażonych malarią, u których takowa, na krótko przed wybuchem duru, wywoływała napady zimnicze. We wszystkich tych wypadkach, przebieg duru był prawidłowym. W innych tymczasem chorobach zakaźnych, w tymże samym Ozorkowie, wpływ malaryi był wielkim i widocznym. Szczególnie wydatnym okazywał się na płonicy, której gorączka przybierająca charakter zwalniający (*t. subcontinuus*) nie ustępowała nigdy bez wielkich dawek chininy lub arszeniku, a nieliczne próby leczenia jej bez tych środków, najniepomyślniej się ukończyły.

Nie mniej godnem jest zaznaczenia, że dość gęsto od paru tygodni występujący dur wysypkowy, nie tworzy wcale form powikłanych z zimnicą, przynajmniej ja, między dziesięciu obserwowanemi dotąd wypadkami, nie podobnego nie dostrzegłem, ani też nie słyszałem o tem od żadnego z kolegów, którzy również dur wysypkowy widzieli. A przecież tu i owdzie, pojawiają się jeszcze wypadki duru brzuszego, powikłanego malarią i panowania tej ostatniej nie można uważać za całkiem minione.

Niewątpliwie przeto istnieją warunki specjalne, ułatwiające powstawanie formy powikłanej duru, której skreśliśmy obraz kliniczny. Ale jakie są te warunki? Na pytanie to, nie pokusimy się nawet odpowiedzieć.

Czy dla powstania takiej formy potrzeba aby zakażenie zimnicze, poprzedziło zakażenie durowe? To zdaje się mieć miejsce w wypadkach pierwszej kategorii, gdzie dur rozpoczyna się napadami zimnicy. W wypadkach drugiej kategorii, mogłoby być przeciwnie, t. j. chory mógłby ulegać zakażeniu zimniczemu, już podczas sprawy durowej. W niektórych wypadkach, charakter obrzmienia śledziony, zmieniając się w czasie przebiegu duru, zdaje się przemawiać za tem ostatniem przypuszczeniem. Możliwość zakażenia malaryą, nie

wychodząc z własnej sypialni, zapewne nikt nie zaprzeczy—dla czegoż nie mogłoby to mieć miejsca i podczas sprawy durowej. Jeden wypadek duru zimniczego, obserwowałem w kwietniu b. r. u osoby, która po ciężkim połogu, przez 5 miesięcy nie opuszczała swego mieszkania—na pozór, pod względem higienicznym, nie pozostawiającego nic do życzenia.

Za przypuszczeniem, że oba zarazki działają na ustroj oddzielnie i niezależnie od siebie, zdają się przeważać, oprócz argumentów, które z danych teoretycznych wyprowadzićby można, opisane powyżej wypadki, brata i siostry K.

Przeгляд i zestawienie ze sobą wszystkich obserwowanych wypadków duru malarycznego, pozwalają nam zaznaczyć co do nich, pewne ogólniejsze dane. I tak:

Długi zazwyczaj przebieg duru zimniczego rozpada się na trzy okresy: Środkowy czyli główny, przedstawia stale zwykły obraz przebiegu duru brzuszego, z wystąpieniem, zawsze prawie nielicznych, plamek różyczkowych na piersiach. Okres ten, tak co do przebiegu gorączki jak i całego charakteru cierpienia, z wyjątkiem jedynie zachowania się śledziony, nie przedstawia nic, coby zwykłemu przebiegowi duru brzuszego, nie było właściwem. Jedyne objawy typowe, jakie w jego przebiegu zdarzyło mi się dostrzedz, były natury nerwowej, bez współudziału ciepłomierza.

Okres wstępny, odpowiadający, okresowi zwiastunów. W tym to okresie, w mniejszej części wypadków duru zimniczego występowały objawy typowe, z gorączką przerywaną (*typus intermittens*), rzadko zwalniającą (*typus subcontinuus*). Długość tego okresu nigdy nie przenosiła dwóch tygodni. Ku początkowi okresu głównego, gorączka zawsze przyjmowała typ przepuszczający, który w okresie głównym zupełnie niknął. Dalszy przebieg duru był już zupełnie prawidłowym. Ani razu nie dostrzegłem aby dur poczynający się objawami zimniczymi, przedstawiał podobneż zboczenia ku końcowi choroby.

Okres wreszcie końcowy, odpowiadający Biermer'owskiej *Nachfieber*, występuje tylko w wypadkach drugiej kategorii, w pierwszych nie ma go wcale.

W tym to właśnie okresie, występujące powikłanie zimnicze, najbardziej jest charakterystycznym, a w mnogości form pod jakimi się ukazuje, zgoła nie za tępuje—zimnicy. Najbardziej zmiennym jest typ samej gorączki—o stosunku jednak ilościowym, nasileni gorączkowych do zwolnień, nie prawie stałego powiedzieć nie można, bo występuje tu taka różnaitość jak w czystych gorączkach malarycznych. W początkach tego okresu występuje zwykle gorączka zwalniająca (*febris subcontinua, remittens*). W dalszym ciągu, zamienia się ona na typ powrotowy (*febris recurrens*), ku końcowi najczęściej zamienia się na przerywaną (*typus intermittens*). Porządek ten jednak bywał niekiedy całkiem odmiennym. Nie widziałem tylko ani razu aby bezpośrednio po okresie głównym występował typ przerywany.

Długość tego okresu bywała różną, niekiedy bardzo wielką, jak to wi-

dzimy w wypadku kolegi H.; w żadnym razie, naprzód przewidzieć się nie dającą. Tym sposobem dur brzuszny, prototyp form klinicznych o przebiegu stałym i dającym się określić z góry, zamienił się w formę chorobną równie nie stałą i chimeryczną, jak zimnica sama.

Nie mniej ważną cechą wyróżniającą dur zimniczy od zwykłego, jest charakter obrzmienia śledziony. W wypadkach duru, spotykanych w ostatnich czasach w Warszawie, obrzmienie śledziony zwykle poprzedzało wybuch cierpienia, a przynajmniej zawsze prawie obecnem było w okresie zwiastunów. (Toż samo, podczas panowania malaryi, zauważył Botkin w Petersburgu.) Tymczasem w zwykłych wypadkach duru, obrzmienie śledziony występuje na jaw, dopiero w pierwszych dniach przebiegu choroby i przedstawia się zgoła inaczej (patrz Griesinger Infekt. Krank.). Śledziona od początku zaraz choroby okazywała się znacznie stwardniałą, jakby pływającą. W dalszym dopiero ciągu bolesną. Kontury jej przy obmacywaniu można było dokładnie określić. Brzeg jej, przedstawiał się ostrym, kającym, z wyraźnie odznaczającą się wcięciem śledzionowem. Współcześnie powiększenie śledziony ku górze było stosunkowo mało znacznem.

Różnica między śledzioną duru malarycznego a zwykłego, najdotykalniej dała mi się uczuć w wypadku panny K., gdzie wypukałem jej powiększenie dopiero 3-go dnia choroby, a wynacać ją jak guz mięki, niebolesny, udało mi się dopiero 5-go.

Nie mniej ważną cechą wyróżniającą w mowie będące obrzmienie śledziony, była jego uporczywość. U osób, które zimą b. r. przebyły dur malaryczny, dziś jeszcze wyczuć można pod łukiem żebrowym stwardniałą śledzionę.

Jedyne rozcłonkowanie jakie wykonałem na trupie durowego, którego śledziona przedstawiała za życia, przerzeczone cechy, wykazało do jakich, pod wpływem w mowie będącego cierpienia, dochodzi ona rozmiarów, a zarazem jak mało o wielkości jej obrzmienia, z fizykalnego badania wnosić można. W dzień śmierci przedsięwzięte badanie śledziony, u chorego na dur powrotny (*typhus recidivus*), dało następujące rezultaty: Tępość absolutna, między 7-m a 8-mem żebrem; przednia granica na końcu 10-go zebra; brzeg dolny podczas wydechu ma 2 centymetry pod łukiem żebrowym, twardy, mało ruchomy, bolesny. Po rozcłonkowaniu okazało się: śledziona chrząstkowatej twardości. powierzchnia gładka powłoczka (*capsula lienis*) naprężona i błyszcząca, miejscami zmętniała i do otrzewnej ściennej za pośrednictwem włóknikowego nalotu (*perisplenitis*) przytwierdzona. Miąższ trudno łamliwy, zabarwiony, zaraz po przecięciu blado-czerwono. (Makroskopijnie mączkowate zwyrodnienie zdradzający, czego jednak drobnowidz nie potwierdza).

Waga śledziony, kilogram bez 16 gramów (984 grm.), długość 24 ctm., wysokość $19\frac{1}{2}$, wymiar poprzeczny 12.

Rozmiary to bardzo znaczne, a sądząc z badania śledziony za życia, spodziewałem się znaleźć ją daleko mniejszą.

Co się tyczy złośliwości duru malarycznego, to opierając się na własnym jedynie doświadczeniu, nazwałbym cierpienie to dobrotliwym, w stosunku, rozumie się, do jego długo trwałości, natury i groźnych objawów. Dość powiedzieć, że z całej ilości obserwowanych przezemnie wypadków, z których przynajmniej połowę do ciężkich zaliczyć należy, miałem tylko dwa zejścia śmiertelne i to w wyjątkowych warunkach. 1-sze u 11-stoletniego chłopca, bardzo wątłego, przy ciepłocie ciała nie spadającej prawie poniżej 41,°C. Zejście w początku drugiego tygodnia przez porażenie centrów nerwowych. 2-gie u 22-letniego młodzieńca, nader silnej budowy ciała, ale dotkniętego wodą serca (*deformatio valvul. aortae, — cor taurinum*). W wypadku tym, który dostarczył mi materiału do jedynego, wspomnianego powyżej rozczłonkowania, sam tylko charakter obrzmienia śledziony, które pojawiło się jeszcze w okresie zwiastunów, przemawiał za powikłaniem malarycznym. zresztą, co do przebiegu, był to w ścisłym znaczeniu dur powrotowy (*typhus recidivus*). To jest, po ukończeniu 16 dni trwającego okresu głównego duru, nastąpiły trzy dni zupełnie bezgorączkowej przerwy, poczem wystąpiła znowu gorączka ciągła trwająca dni 17 i zakończyła się śmiercią w skutek upadku czynności serca (*ex asystolia cordis*). Pod koniec przebiegu okresu głównie wystąpiły obfite krwotoki kiszkowe.

Rozczłonkowanie zresztą nie usprawiedliwiło rozpoznania duru brzuszno-powrotnego. Przy najlepszej woli, w kiszce biodrowej nie można było wyróżnić owrzodzeń pochodzących z dwóch różnych okresów choroby. Wszystkie były bardzo głębokie i na żadnym śladów poczynającego się zabliznienia nie dostrzegłem.

Czem zatem przypisać powtórzenie się gorączki,—czy nie malaryi także,—pozostaje nierozstrzygniętem.

Zresztą, w obu powyższych wypadkach, zejście śmiertelne nie było zgoła zależnem od zmian samem cierpieniem spowodowanych, ale raczej niepomyślnych wnrunków ustroju, w którym się takowe rozwijało; w żadnym przeto razie, wypadki te, nie mogą służyć za dowód złośliwości samej formy chorobnej. Cóż za różnica np w śmiertelności, między drem brzuszno zimniczym, a zwykłym, niepowikłanym drem wysypkowym, dającym w czasie niektórych epidemii do 30% śmiertelności.

Co się tyczy leczenia, to w okresie początkowym, o ile takowy nosił na sobie cechy zimnicze, wszelkie działanie zwrócone przeciw zakażeniu malarycznemu, okazało się bezskutecznem, a nawet szkodliwym. Największe dawki chininy, wprowadzane do ustroju wszelkimi dostępnymi drogami, ani w jednym wypadku nie przerwały napadów zimniczych, ani tem mniej nie przeszkodziły rozwojowi duru; w dalszym zaś przebiegu cierpienia, niejednokrotnie dawał się uczuć wpływ tego środka na ustrój, i to w sposób wcale nie pożądanym. Ciężkie zaburzenia gastryczne i potłumienie energii serca, zdradzające się drobnem i słabem tętnem, były stałem niemal następstwem wielkich dawek chininy, zastosowanych w początku choroby.

Czy chinina zadawana w okresie początkowym duru malarycznego, wpływała na obniżenie ciepłoty ciała, trudno stanowczo rozstrzygnąć, bo okres ten, o ile nosił na sobie cechy zimnicze, odznaczał się zawsze dość wydatnymi, a często nierównymi wahaniami ciepłoty, tak, że bardzo trudno było osądzić, czy dane obniżenie ciepłoty, na karb chininy policzyć należy, czy też uważać za zwykłe zwolnienie gorączki.

Co się tycze wpływu chininy w rozwiniętym już durze to pobudzony różnicą zdań, pomiędzy takimi potęgami klinicznymi Niemiec. jak Jürgensen, Libermeister i inni, a prof. Chałubińskim, odmawiającym chininie wszelkiego wpływu na gorączkę durową—czyniłem pilne i troskliwe poszukiwania w tym kierunku i już od dawna doszedłem do przekonania, że odnośnie do zwykłego duru, tak brzuszego jak i wysypkowego, twierdzenie szanownego Profesora jest w zupełności słusznem. Zdawało się jednak iż z durzem zimniczym rzecz cokolwiek inaczej się przedstawi. Skuteczność chininy w tego rodzaju gorączkach, a priori, zdawała się niezawodną. Z całym tedy zaufaniem przystąpiłem do nowych prób z rzeczonym alkaloidem i przekonałem się, że gorączka durowo-malaryczna pomimo doprowadzenia ustroju do cinchonizmu w wielu razach wcale się nie zmniejsza. W niektórych wypadkach duru wysypkowego, po zadaniu chininy, w chwili blizkiej przełomu, zdarzało mi się istotnie widzieć szybkie obniżenie się ciepłoty ciała, aż do normy. Czy jednak toż samo nie byłoby nastąpiło i bez chininy, rozstrzygnąć niepodobna.

Nawet w okresie końcowym duru malarycznego, wpływ chininy, stosunkowo rzadko spowodował ustanie napadów gorączkowych, po większej części zmniejszał tylko ich natężenie. Jak dalece jednak środek ten bywał niedostatecznym do powstrzymania postępu choroby, dowodzi najlepiej wypadek kolegi H.

W samych początkach choroby, środek wymiotny wpływał często bardzo korzystnie na dalszy jej przebieg, ale wyznać należy, że zdarzało się to tylko wtedy, gdy istniały specjalne wskazania do jego użycia (*stat. saburralis*);—gdzie jednak użyto go ze wskazaniem chorobowem (*indicatio morbi*), jak to wielu czyni, tam skutek był raczej ujemny, zwłaszcza gdy gorączka durowa rozwinęła się na dobre.

Środek to jednak obosieczny i u wzięjszych osobników z wielką oględnością stosować go należy, by nie przyspieszyć nim groźnego upadku sił i krążenia.

W ogóle, środek wymiotny podawanym być powinien jedynie dla uczynienia zadość wskazaniu objawiowemu (*indicatio symptomatrica*) nigdy zaś ze wskazaniem przeciwchorobnem (*indicatio morbi*) bo w tym ostatnim razie, niema ani mieć nie może żadnego zgoła znaczenia.

Nie podobna też pominąć milczeniem środka, który, mimo całej swej leczniczej wartości, tak po barbarońsku przy durze jest nadużywanym, że w rękę mało myślących lekarzy zamienił się istotnie w ową pałkę, zabijającą ciało zamiast wilka. Chcę tu mówić o kalomelu. W rzeczy samej, od chwili gdy Wunderlich miał nieszczęście, z wygórowaną nieco żarliwością, zalecić czyszczące dawki tego środka jako nader odpowiednie w początkach duru brzuszego, wielu z lekarzy uważałoby sobie za zbrodnię przepuścić choć jeden wypadek tej choroby, bez jego zastosowania. Wielu z nich niepodobna przekonać, że można leczyć dur brzuszny bez kalomelu—a kiedy można to i należy. W zaślepieniu niezgodnem ludzi nauki, zwolennicy tego niebezpiecznego środka zapominają, że działanie rtęci jest w wysokim stopniu roztwarzającym i że wpływ jej, w chorobie z natury swej rozkładowej (dissolucyjnej), musi być koniecznie szkodliwym. Mniemanie jakoby dawki czyszczące kalomelu nie wywierały działania ogólnego na ustrój, jest mylnem, bo więcej niż w połowie wypadków po zadaniu rzeczonych dawek, występują objawy zatrucia rtęciowego (*stomatitis*). Nie przeczę zgoła iż są pewne wypadki duru, w których bez użycia kalomelu trudno byłoby się obejść,—wypadki, w których szkody z użycia tego środka wynikłe, wynagradzają się z naddatkiem, usunięciem powikłań, nie możliwem na innej drodze—ale wypadki takie są nieskończenie rzadsze, niż zastosowanie kalomelu w durze. Nie przeczę i temu, że powikłanie malaryczne duru nadając większą ważność zaburzeniom funkcyi trawienia, czyni wskazania do użycia kalomelu częstszymi,—ale nie zapominajmy, że obok wskazań istnieją przeciwwskazania, a nader często niestety, zdarzało mi się widzieć, jak z temi ostatniemi mało się liczone.

Zbytecznem byłoby dowodzić, jak dalece, ogólne działanie rtęci na ustrój przy durze, tak dobrze zwykłym jak malarycznym, jest szkodliwym i niebezpiecznym; są to rzeczy aż nadto dla każdego jasne: pragnę tylko zwrócić uwagę kolegów na następujące fakta:

1° że kalomel, choćby w pełnych, czyszczących dawkach użyty, nawet przy zachowaniu ważnej ostrożności, aby wydalenie jego z przewodu pokarmowego przyspieszyć podaniem olejku rycinowego, w większości wypadków działa ogólnie, i wywołuje objawy merkurjalizmu a to tem łatwiej, im węższym jest ustrój chorego.

Podając przeto rzeczony środek przy durze, zawsze przypuszczać należy, że będziemy mieli do czynienia z działaniem ogólnem rtęci, bo nic nas nie zapewnia, że skutki takowego nie wystąpią. Jeśli zatrucie rtęci zdarza się często przy zadaniu tego środka jednorazowem, to przy bardziej rozdrobnionych i częstszych dawkach, jest ono niemal koniecznem.

2° U osobników wątłych, których odżywienie, jeszcze przed wystąpieniem duru, pod wpływem pewnych, zgubnych działaczy, jak samogwałt, bezruch, brak świeżego powietrza, niedostateczne lub nieodpowiednie pożywienie i t. p. było silnie podkopanem, chlerek rtęci, nawet jednorazowo podany, wywołuje nieraz groźne objawy rozkładu krwi (*dissolutio sanguinis*). U chorych

takich, jak to sam sprawdzić miałem sposobność, w skutek nadwątlenia ścian naczyń wytwarza się stan pośredni pomiędzy krwawicą (*haemophilia*) a gnilem (*scorbutus*), powstają niczem nie dające się powstrzymać krwotoki, już to na swobodnych powierzchniach błon śluzowych, jak nosa (*epistaxis*), jamy ustnej, zwłaszcza dziąseł, przewodu pokarmowego (*enterorrhagia*) i t. p., już też wynaczynienia krwi podskórne, przedstawiające się w postaci osutki krwotocznej (*purpura haemorrhagica*), tak, że całość obrazu przypomina bardzo chorobę Werlhoffa (*morbus maculosus Werlhoffi*). W ostatnich czasach miałem sposobność widzieć taki właśnie wypadek, zakończony śmiercią. Czasami, krwawienie ogranicza się do samej jedynie kiszki prostej, a wtedy, następstwa jego bywają mniej groźne. Do tej ostatniej kategorii należałoby odnieść krwawienie kiszkowe w wypadku kolegi H.

3° Użycie kalomelu ułatwia powstawanie odleżyn, a nawet samo jest w stanie takowe wywołać tam, gdzie bez tego, prawdopodobnie wcaleby do nich nie przyszło (wypadek kolegi H.). Jest to fakt wielokrotnie przezemnie sprawdzony, tak dalece, że śmiało twierdzić mogę, iż odleżyny u chorych tyfusowych, którzy nie brali kalomelu, są stosunkowo rzadkie, z biorących zaś kalomel, u każdego prawie powstają. Ś. p. kolega Groër, który w ciągu swej nader licznej i długoletniej praktyki, fakt ten stale obserwował, poręczał mi za słusność moich, niezależnie od niego poczynionych spostrzeżeń w tym przedmiocie, a tego świadka trudno posądzić o uprzedzenia przeciw środkowi, który za jego czasów wielkiej używał wziętości. Zresztą, kto znał ś. p. Groëra wie, że mało był skłonny do sceptycyzmu i jeśli zaprzeczał ogólnie uznawanym poglądom, to jedynie na danych, z rozległego czerpanych doświadczenia.

4° W okresie zdrowienia, u chorych którym zadawano chlerek rtęci, łatwiej powstają miejscowe sprawy zapalne z charakterem atonicznym, jak ropnie zimne (*abscessus frigidi*), próchnienia kości (*caries et necrosis osium*) i t. p. które niekiedy stają się punktem wyjścia dla powikłań zagrażających życiu chorego.

Zdaje mi się, że wszystko to aż nadto jest dostatecznym, aby skłonić lekarza do wielkiej oględności w stosowaniu kalomelu przy durze w ogólności, tem więcej zaś przy durze malarycznym, a przedewszystkiem, do stosowania go tylko tam, gdzie środek ten, żadnym innym, mniej niebezpiecznym zastąpionym być nie może,

Proszę mi wybaczyć, zbyt długie może zatrzymanie się nad kwestyą, zbaczającą nieco od głównie zajmującego nas przedmiotu, ale w ciągu ubiegłego roku, tyle widziałem najsmutniejszych następstw, z zapoznania przytoczonych przezemnie faktów, że wypowiedzieć to w obec kolegów, uważałem sobie poniekąd za obowiązek.

Podobnież widzę się zmuszonym stanąć w sprzeczności z większością podobno warszawskich lekarzy, co do środka, który, mojem zdaniem, również

często stosowanym bywa bez dostatecznych wskazań. Jest nim upust krwi miejscowy—bańki cięte, lub pijawki w okolicę kiszki ślepej.

Wielokrotnie zdarzyło mi się słyszeć zdanie że upust krwi przy durze nie przynosi zgoła szkody ustrojowi i nie może być poczytywanym za środek niebezpieczny. Rozumie się, jest tu mowa o umiarkowanych i miejscowych upustach krwi. Dowodzić niesłuszność i podobnego twierdzenia, z teoretycznego stanowiska, uważam za zbyteczne. W obec dzisiejszych fizyologicznych i patologicznych wiadomości, kwestya powyższa nie może być nawet sporną. Z praktycznego zaś stanowiska zapewnić mogę, że te właśnie wypadki, w których w początku choroby stosowano upust krwi miejscowy, odznaczały się szczególnie długim trwaniem okresu końcowego—wielkim upadkiem sił—i w ogóle, na der ciężkimi przejściami, ku końcowi okresu głównego. W tych to właśnie wypadkach, na wysokości choroby nigdy prawie nie można się było obejść bez silnie podniecających środków.

Nie przeczę, że wyjątkowo, przy przeważnych objawach ze strony kiszek, silnej bolesności chorąg okolicy brzucha, zdradzającej znaczne przekrwienie otrzewnej i t. p. zachodzi niekiedy konieczność użycia metody przeciwzapalnej, a z nią i upustu krwi miejscowego, ale konieczność ta, zdarza się bardzo rzadko. Stosowanie miejscowego upustu krwi we wszystkich prawie wypadkach i bez dostatecznych wskazań, jest niewątpliwie zabytkiem z owąg jeszcze epoki, gdy lekarz uważał sobie za powinność zastosować choremu wszystkie środki, jakie tylko zastosować można było, nie sprowadzając natychmiastowąg śmierci.

Powikłanie malaryczne duru, wpływając na przedłużenie trwania choroby i na tem głębsze podkopanie odżywiania powiększa zarazem przeciwwskazania do wszelkiego działania terapeutycznego, mogącego pośrednio lub bezpośrednio przyczynić się do wyczerpania zasobów ustroju.

Wszelkie zatem upusty krwi, przy durze malarycznym są przeciwwskazane.

Wychodząc z tejże samej zasady, uważam za niewłaściwe, zbyt energiczne stosowanie metody ochładzającej (anty termicznej). Wiadomo każdemu z nas, że większa część wypadków duru, może być leczoną i doprowadzoną do szczęśliwego zejścia i bez użycia metody gwałtownie ochładzającej (kąpiele zimne). Kto zwracał baczną uwagę na przebieg wypadków duru, tak przy leczeniu ochładzającym, jak i bez takowego, przekonał się niewątpliwie, że w tych ostatnich, okres zdrowienia zwykle bywa krótszym, chory prędzej stosunkowo przychodzi do sił, a ku końcowi okresu głównego, rzadziej widzimy upadek krążenia, rzadziej zmuszeni jesteśmy uciekać się do środków pobudzających. Bo też pamiętać należy, że odciąganie ciepłika, zmniejszając ciepłotę krwi, wpływa bardzo pomyślnie na ośrodki nerwowe, ale zarazem bardzo niepomyślnie na odżywianie ogólne i zasobność ustroju; przyczyniając się wprost do wyczerpania jego zapasów, a to przez powiększenie sprawy gorzenia (*combustio*). Wiadomo bowiem, że wytwarzanie się ciepłika ustrojowego, jest

zależnem od jego utraty — odciąganie przeto ciepłika w gorączce, zmniejszając ciepłotę krwi, nie ogranicza przeto sprawy gorzenia i przeróbki materyi, ale przeciwnie powiększa takowe. Przy wyższej zatem ciepłocie krwi, bez odciągania ciepłika, utrata materiału odżywczego jest mniejszą, niż przy sztucznem ochładzaniu ciała.

Jeśli przeto, przy durze malarycznym główne niebezpieczeństwo zagraża choremu w razie wyczerpania się zapasów sił ustroju, niedostatecznego odżywiania mięśnia sercowego — i niewystarczającej w skutek tego czynności serca — metoda ochładzająca, jest przeciwwskazaną.

Ale obok powyższego niebezpieczeństwa, które jest głównem i istnieje przez cały czas trwania każdego duru — występuje inne nie mniej groźne, ale nie zawsze blizkie, niebezpieczeństwo porażenia ośrodków nerwowych, przy przeciągającym się dłużej wpływie na rzeczony ośrodek, zbyt wielkiej ciepłoty krwi. Otóż to ostatnie niebezpieczeństwo, usuniętem być może jedynie przez sztuczne ochłodzenie krwi — przez mniej lub więcej gwałtowne odciąganie ciepłika i tam gdzie jest ono blizkiem, potrzeba istotnie uciekać się do metody gwałtownie ochładzającej, — do kąpeli chłodnych, bez względu na to, że metoda owa działa zkaż inąd niepomyślnie, — że wyczerpanie sił ustroju przyspiesza.

Z powyższego zestawienia najjaśniej okazuje się, kiedy metoda ochładzająca może i powinna, w durze malarycznym znaleźć zastosowanie; użycie jej wskazanem jest mianowicie wtedy, gdy ciepłota ustroju, wznosi się po za pewną granicę, do której jeszcze, czynności ośrodków nerwowych zbyt znacznie nie cierpią. Rozumie się, że granica owa nie jest stałą i że zmienia się stosownie do okoliczności towarzyszących i indywidualności chorego. Oznaczyć właśnie ową granicę i zastosować do tego postępowanie lecznicze, jest właśnie jednym z najważniejszych i najtrudniejszych zadań lekarza, w obec każdego wypadku duru. Używać metody odciągającej ciepłik tam tylko gdzie potrzeba, oto najskuteczniejszy sposób zmniejszenia odsetka śmiertelności, tak przy durze zimnym, jak i przy wszelkich innych tegoż odmianach.

W obec powyższej zasady, fakt dostrzeżony przez Ziemssena, który nadużywa metody odciągającej ciepłik, iż przy rzeczonyj metodzie częstość powrotów choroby się zwiększa i okres końcowy duru przedłuża, wyda nam się zupełnie zrozumiałym, są to bowiem zwykle następstwa zbyt szybkiego wyczerpania sił i zapasów ustroju.

Uważam za konieczne nadmienić, iż do powyższego poglądu na działanie metody odciągającej ciepłik, doszedłem nie drogą teoretycznego wywodu, ale ścisłą obserwacją wpływu, jaki ochłodzenie na chorego wywiera, tak doraznie jak i w ciągu dłuższego czasu. Niemożność obycia się bez środków silnie pobudzających (wino, kamfora) podczas stosowania zimnych kąpeli, już samo dostatecznie za słusznością tego poglądu przemawia. U wielu chorych, przy zbyt natarczywym odciąganiu ciepłika, widziałem objawy groźnego upadku krążenia, z oziębieniem powierzchni ciała, przy wysokiej ciepłocie wewnętrznej, ustępujące w zupełności, po ograniczeniu utraty ciepłika przez mocne nakrycie cho-

rego i ogrzanie ziębnięcych kończyn. Rozumie się, że im węższym jest ustrój chorego, tem oględniejszym być należy w stosowaniu metody ochładzającej, którą, ze względu właśnie na zasobność ustroju, lepiój w ogóle znoszą mężczyźni, niż kobiety.

Wychodząc z przytoczonych powyżej zasad, twierdzimy, iż metod: doraźnego odciągnięcia ciepłika (kąpiele chłodne), przy durze malarycznym, stosowaną być powinna tylko w następujących wypadkach:

1° gdy dostrzeżemy, że pod wpływem wysokiój ciepłoty krwi, czynności ośrodków nerwowych zostają nadwyrężone;

2° gdy ciepłota krwi jest tak dalece podwyższoną, że jakkolwiek ośrodki nerwowe jeszcze nie cierpią, obawiać się należy, aby przy dłuższem jej trwaniu, nie przyszło do porażenia takowych.

W obu tych wypadkach, odciągnięcie ciepłika stosować należy tylko tak długo, dopóki wzmiankowane objawy nie przeminaą, a w każdym razie za wystąpieniem niewątpliwych objawów wyczerpania sił i upadku krążenia dalsze stosowanie rękoczynów ochładzających, powstrzymanem być powinno.

Podczas stosowania kąpieeli chłodnych, uważam za niezbędne, aby i głowa chorego przez cały czas kąpieeli, była zanurzona w wodzie.

W żadnej podobno formie klinicznój, nie zależy tak wiele na właściwem zastosowaniu, a przedewszystkiem, zastosowaniu na czasie, środków pobudzających (*excitantia*), jak przy durze zimniczym. Na pierwszym miejscu należałoby zapewne postawić zapalenie płuc krupowe, ale zadanie środków pobudzających przy tem ostatniem jest zgoła różnem niż przy durze. Przy zapaleniu płuc idzie o doraźne, zwykle na krótko tylko konieczne, wzmocnienie krążenia; podczas gdy przy durze, zwłaszcza malarycznym, idzie o podtrzymanie działalności serca przez całe tygodnie niekiedy, a zarazem o utrzymanie odżywiania ogólnego, o tyle przynajmniej, aby sprawy krążenia i oddechania odbywały się bez przeszkody. Rozumie się, że idzie tu przedewszystkiem o odżywianie mięśnia sercowego. O jednym tylko pamiętać należy, że przy niedostatecznem krążeniu krwi, musi cierpieć odżywianie - i że dla niedopuszczenia upadku tego ostatniego, trzeba niekiedy krążenie samo pobudzić. Aby mięśnie serca były dostatecznie odżywiane, potrzeba przedewszystkiem, aby tętnice wieńcowe były dostatecznie wypełniane krwią, przy odpowiedniem tejże ciśnieniu. Otóż ten ostatni warunek, bardzo często nie może mieć miejsca bez zastosowania środków pobudzających. Ale, o ile przy zapaleniu płuc, nie wahamy się użyć silnego, na razie pobudzenia, o tyle przy durze, takowe powinno być nader umiarkowanem, a przedewszystkiem nader starannie stopniowanem. Pobudzenie nie powinno być nigdy większem nad potrzebę, gdyż jak każdy niemal środek, ma ono swoje strony ujemne, z któremi liczyć się nie wypada. Przy durze, pobudzanie konieczne musi być połączone z żywieniem (*restaurantia*), dla tego najwłaściwszym środkiem pobudzającym w téj chorobie jest szlachetne wino. Ale i przy użyciu tego ostatniego środka, pilnie strzedz się należy zbyt gwałtownego pobudzenia. Przy użyciu wina przedwczesnem, w zbyt wiel-

kiej ilości, lub też zbyt mocnego, nie jednokrotnie zdarzało mi się widzieć, bardzo nie miłe następstwa jak: gwałtowne krwotoki nosowe, obłąd a nawet wyraźne objawy przekrwienia opon mózgowych. Najodpowiedniejszym wydaje mi się zachowanie stopniowania tak w mocy wina jak i ilości. Rozpocynać należy od win szlachetnych, ale lżejszych (np. wino reńskie) a przechodzić stopniowo do mocnych i ciężkich, jak stary tokaj, a niekiedy nawet madera. Ze wyprowadzenie chorego na dur z niebezpieczeństwa, przy użyciu dobrego wina, jest nierównie łatwiejszem niż tam, gdzie warunków tego nie dostaje, o tem zdaje mi się żaden z praktyków nie wątpi. W ciężkich też wypadkach duru malarycznego, przy bardzo długiem przeciąganiu się gorączki, środek ten niczem zastąpionym być nie może i są niewątpliwie wypadki, gdzie od stosownego jego użycia, zależy uratowanie chorego.

Niejednokrotnie, w chwilach krytycznych, pobudzenie samem winem okazywało się niedostatecznem i potrzeba było uciekać się do kamfory. Wpływ tego środka na stan chorego w ogóle wydał mi się nader zbawiennym. Niejednokrotnie zdarzało mi się widzieć, iż wyraźnie pod jego wpływem, obok podniesienia się i wyrównania tętna, występowało pewne uspokojenie się i rozweselenie chorego, zapowiadające zwykle pomyślny obrót rzeczy. Niekiedy widziałem się zmuszonym do podtrzymywania pobudzenia kamforowego przez czas dłuższy. W jednym wypadku powikłanem zapaleniem płuc opadowem i wielkimi odleżynami (po kalomelu) zadawałem kamforę codziennie przez dwa tygodnie—stopniowo zwiększając, a następnie zmniejszając dawkę. Zejście było pomyślne, pomimo iż opłakany stan jaki przebyła chora, nie dawał zdawało się, żadnej nadziei wyzdrowienia.

Prócz kamfory z grupy środków pobudzających stosowałem tylko piżmo, w tych mianowicie wypadkach, gdzie w ogólnym obrazie upadku sił (*collapsus*) przeważało potłumienie czynności nerwowych—spączka (*coma*), zupełna bezprzytomność umysłu, bez współczesnych objawów podrażnienia ośrodków nerwowych. W tego rodzaju wypadkach, wielkie (2 do 5 granowe dawki piżma) przywracały choremu przytomność, ożywiały go niejako i, wsparte innemi środkami pobudzającemi (wino kamfora) ułatwiały prawdopodobnie wyzdrowienia. Posiłkowany radą prof. Baranowskiego, leczyłem jeden wypadek niesłychanie ciężkiego duru malarycznego, powikłanego zapaleniem opon mózgowodzeniowych, gdzie piżmo zadawane w wielkich ilościach, podczas jeszcze podrażnienia ośrodków (ciągle drgawki) a przy ledwie wyczuwalnem tętnie, działało widocznie uspakajająco na chorą, wspierając zarazem upadające krążenie i, śmiało rzec mogę, chorą uratowało. Mimo zatem złej renomy jakiejś środek ten używa, tak wśród lekarskiej jak i nielekarskiej publiczności, śmiem utrzymywać, że są położenia, w których piżmo żadnym innym lekiem podniecającym zastąpionem być nie może, i na bezwarunkowe pierwszeństwo zasługuje.

Największe w ogóle trudności przedstawiało leczenie duru malarycznego w okresie końcowym, tam mianowicie gdzie powikłanie zimnicze występowało w tym właśnie okresie. W obec powtarzających się bez przerwy nasileni go-

rażki których liczby podobnie jak długość trwania choroby, niepodobna było nawet przybliżenie oznaczyć, lekarz widział się bezsilnym i zmuszonym pozostać na niemiłej dla siebie roli bezczynnego spektatora. Miewało to miejsce, zwłaszcza wtedy, gdy pełne dawki chininy, podane po pierwszych nasileniach gorączkowych, dalszego pojawienia się takowych nie powstrzymały. W wypadkach takich, wszelkie pokuszenia, by powstrzymać bieg choroby, przez ponawiane dawki chininy, okazały się bezowocnymi, a wpływając niepomyślnie na trawienie, pogarszały tylko stan chorego. Postępowanie wzmacniające i odżywiające, w małej tylko części mogło nagrodzić złe, wyrządzane uparcie trwającą gorączką, tak że w końcu, po mniej lub więcej długim trwaniu cierpienia, przychodził groźny dla życia deficyt, który, jeśli w porę nie zaradzono złemu, kończył się niejednokrotnie śmiercią. O smutnych wypadkach należących do tej ostatniej kategorii—u osób zwłaszcza wątłych i w młodocianym wieku, słyszałem wiele od kolegów, którzy je obserwowali.

Dla odwrócenia podobnie smutnego zejścia, koniecznym było wyszukanie środka, któryby mógł wpłynąć na ustanie gorączkowych nasileń. Przypisując powstawanie takowych, zakażeniu malarycznemu, przedewszystkiem zdawało się właściwem, próbować tych środków, jakie przeciw upartym wypadkom zimnicy, najskuteczniejszymi się okazują. Ale najdzielniejszy z nich, mianowicie zmiana miejsca pobytu, okazywał się z przyczyny ciężkiego stanu chorego, niewykonalnym, a przynajmniej nie w tym stopniu, aby to samo przez się, złe usunąć mogło. Nie przeczę, że przy wielkich środkach pieniężnych, możnaby takiego chorego przenieść nawet w odleglejszą okolicę, ale środki takie wyjątkowo tylko się spotykają. Przeniesienie chorego do innego tylko pokoju, lub nawet do innego mieszkania w temże mieście, może bardzo korzystnie wpłynąć na dalsze leczenie, ale samo przez się złego nie usunie. Skoro przeto chinina okazywała się bezskuteczną lub niedostateczną, pozostawał jeszcze arszenik, jako jedyny lek, od którego można było spodziewać się stanowczego skutku. Jakkolwiek użycie tego środka w okresie końcowym duru brzuszego, w obec istniejącego zwykle niezytu dróg trawienia i niezagojonych jeszcze owrzodzeń w kiszki, wydawało się w ogóle niebezpiecznem; zmuszony przecież koniecznością odwrócenia złego, przyciśnięty niejako do muru brakiem innego środka na który możnaby liczyć, odważyłem się zastosować w kilku najcięższych wypadkach arszenik, pod postacią roztworów Fowlera lub Pearsona. Skutek przewyższył moje oczekiwania, gdyż we wszystkich wspomnianych wypadkach gorączka, po kilkodniowym użyciu środka, zmniejszając się stopniowo, nastąpiła i chorzy, których uważałem za straconych, wyzdrowieli. Zachęcony tem powodzeniem, stosowałem następnie arszenik we wszystkich wypadkach, w których, w okresie końcowym duru występowała gorączka zwalnająca lub powrotowa, a zadawana zaraz w początku tego okresu chinina, pożądanego skutku nie odniosła. Wypadków takich naliczyłem 17. Od chwili, w której odważyłem się po raz pierwszy na użycie arszeniku, ani razu gorączka w okresie końcowym duru nie trwała dłużej jak do 10-go dnia tegoż okresu, podczas

gdy bez jego użycia, przeciągała się niekiedy do kilku tygodni i więcej. Początek obniżania się ciepłoty ciała i słabnięcie przystępów gorączkowych, prawie zawsze dawało się uczuć już trzeciego dnia po rozpoczęciu leczenia arszenikiem.

Zadowolony z wyników jakie sam otrzymałem, doradziłem kilku z kolegów, by w wypadkach trudniejszych, uciekali się do powyższej metody postępowania i z ich ustnej relacyi dowiedziałem się, iż takowa dała im równie pomyślne rezultaty. Zadawałem zwykle roztwór Fowlera, poczynając od 8 kropeł dziennie, a kończąc na 20. Zwiększałem dawkę codziennie o dwie krople.

Postępując przy leczeniu duru malarycznego, wedle naszkicowanych powyżej zasad, otrzymałem rezultaty, ze względu na niesłychanie mały odsetek śmiertelności, bardzo pomyślne. O ile przypisać to należy szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, o ile zaś słuszności przytoczonych poglądów, nie czuję się na sile rozstrzygnąć. Być może dalsza obserwacya to wykaze: w każdym razie dopóki nie przekonam się lub nie zostanę przekonany, że mam prawo sądzić, że mam prawo wsparty na dotychczasowem doświadczeniu, postępować nadal w tym samym kierunku.

Oto po krótko wszystko, co odnośnie do owych, znanych nam powszechnie wypadków, powikłanego zimnicą duru brzuszego, w ciągu ubiegłego roku, zdarzyło mi się dostrzedz. Niestety, liczba owych kilkudziesięciu wypadków, obserwowanie których mnie się dostało w udziale, jest nader szczupłą i niedostateczną aby należycie zaokrąglić odnośnie do tej formy klinicznej obraz epidemiologiczny dość długiej, bo obejmującej prawie rok cały epoki. To też wiem z góry, że w przytoczonych powyżej uwagach, ogólniejszej zwłaszcza natury, będą liczne niedostatki, — niektóre spostrzeżenia i fakta uważane przeze mnie za ogólne, okażą się wyjątkowemi tylko, nie potwierdzą się dalszą obserwacyą i t. p. Jestto właśnie niedostatkami wszelkimi przez pojedynczego lekarza prowadzonych badań klinicznych, że wyniki ich ze względu na ograniczoną ilość materiału i jednostronność poglądów obserwatora, nie mogą być dość pewnemi. Z tem też jedynie zastrzeżeniem, ośmielam się przedstawić sądowi Kolegów niniejsze spostrzeżenia. Nie uważam zgoła za niewzruszone twierdzeń jakie na nich oparłem i dla tego właśnie pragnąłbym poddać je pod rozprawę Towarzystwa, aby światłe zdania jego członków uzupełniły lub zmieniły zgoła moje własne poglądy.

Pragnąłem jedynie poruszyć nader ważną dla ogółu lekarzy praktycznych kwestyę, dotąd przez nikogo jeszcze nie podjętą, — oto główna pobudka, dla której dziś proszę o głos.

Od Redakcyi Gazety Lek. i Bibl. Umiejętn. Lekarskich.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1877 r. wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane, o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1877 r. zaczyna się tom dwódziesty drugi. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1877 r. wydawaną będzie

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągłe śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich rozpada się na cztery działy.

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1877 do 1 lipca 1877 r) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskich, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki, ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakimkolwiek względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd“ prac za rok 1875 wychodzić będzie w półroczu przyszłym i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziełami wyżej wyliczonymi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1875 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1875 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci Bibl. Um. Lek. stanowi:

3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale Bibl. Umiejętności Lekarskich zawiera się:

4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący Gazety Lek. mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

III. Kalendarz Lekarski na r. 1877 wyszedł z druku. Cena rs. 1 (z przesyłką).

„Słownik Lekarski i Katalog dzieł lekarskich“ są pod prasą i pp. prenumeratorom i w przyszłym półroczu zeszytami rozsyłane będą.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicji, Poznańskiego i w ogóle z zagranicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyż. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 17 (29) Декабря 1876.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Wycięcie torbieli skórzastej jajojka (*cysta dermoidea*) przez pochwę macicy (*ovariotomia vaginalis*). Spostrzeżenie Prof. Dra Girsztowta. — Rozprawy naukowe. Przyczynek do sprawy dzielenia się jąder komórkowych. Podał Dr W. Mayzel, Asystent histologii. — Kilka uwag nad wypadkami duru brzuszego, dostrzeżanemi w ciągu ubiegłego roku. Przez Dra A. Kurcyusza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W. (Dokończenie). — Od Redakcyi. — Dodatek. Anatomii chirurgicznej Tom II, ark. 33. Hygieny ark. 28. Spis rzeczy Tomu XXI Gaz. Lek. Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich za 1874 rok zeszyt V (Koniec). — Zapowiedziane na bieżące półrocze *s to* arkuszy druku Bibl. Um. Lek. oraz Przegląd za rok 1874 p. p. prenumeratorom przesłane zostały.

Wycięcie torbieli skórzastej jajnika (*cysta dermoidea*) przez pochwę macicy (*ovariotomia vaginalis*).

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

(Rzecz komunikowana w d. 18 września r. b. na posiedzeniu sekcji lekarskiej zjazdu naturalistów i lekarzy w Warszawie).

W dniu dzisiejszym, Szanowni Panowie, będę miał zaszczyt zakomunikować Panom jedno spostrzeżenie z méj praktyki, które tak ze względu swéj rzadkości jak i szczęśliwego zejścia zasługuje na uwagę lekarzy-praktyków; spostrzeżeniem tém jest wycięcie torbieli skórzastej jajnika przez pochwę macicy (*ovariotomia vaginalis*, *s. excisio ovarii per vaginam*), które miałem sposobność wykonać na 17-letniej mężatce w miesiącu styczniu 1872 r.

Wszystkim Panom wiadomo, że już pół wieku ubiegło od czasu, kiedy w r. 1809 Ephraim McDowell w Kentucky po raz pierwszy wykonał ovariotomię sposobem racjonalnym, na zasadach wyrozumowanych, i że operacya jego uwieńczoną została najpomyślniejszym skutkiem, jego bowiem pacjentka Ms. Crawford umarła w 1841 r. mając 79 lat życia; pomimo tego jednak bojaźń i niewiara do téj operacyi pomiędzy lekarzami były tak wielkie, że ona, rzec możemy, w ostatniém zaledwo dziesięcioleciu stała się nabytkiem wszystkich narodów

i wszystkich krajów. Prawda, pojedyncze wypadki ovariometrii już i dawniej zdarzały się od czasu do czasu tu i owdzie, ale jeżeli dzisiaj seciny nieszczęśliwych kobiet, skazanych przez chorobę jajników na śmierć pewną, cieszą się życiem, skutkiem wykonania na nich w mowie będącej operacyi, wyznać z wdzięcznością musimy, że cierpiąca ludzkość i nauka, za zjednanie praw obywatelstwa tej operacyi w codzienniej lekarskiej praktyce, obowiązane są przeważnie, a może nawet jedynie i wyłącznie, niezłomnej wytrwałości i szczęściu dwóch operatorów jeszcze żyjących — S p e n c e r - W e l l s ' a i K o e b e r l e . Im to zawdzięczamy, że my lekarze pozbyliśmy się starego przesądu i dzisiaj śmiało i z czystym sumieniem wykonywamy ovariometrię w przekonaniu, że przez nie wyświadczamy rzetelne dobro chorym i zaszczyt nauce.

U nas (w Warszawie) operacya, o której mowa, wykonywa się (od r. 1867) przez wielu kolegów nietylko w szpitalach i klinikach, ale i w praktyce prywatnej i powiedzieć mogę, że stosunkowo dosyć często, — zdarzało się bowiem, że w ciągu jednego dnia nawet wykonane były dwie ovariometrię. Na moją dołę, — ja wykonałem ovariometrię 15 razy, kilka z nich uwięzione zostały pomyślnym zejściem; to samo powiedzieć mogę i o znanych mi wypadkach moich kolegów, i jeżeliby zwyczajem były uświęcone demonstracye chorych na zjazdach lekarzy, mógłbym dzisiaj, na zaszczyt naszej chirurgii, przedstawić Sz. Pp. parę pacjentek zupełnie zdrowych po dokonanej ovariometrii. Winniśmy tutaj dodać, że nasze chore kobiety poddają się ovariometrii ze spokojem i rezygnacją.

Ale wróćmy do głównego przedmiotu.

Przyczyną tak powolnego rozwoju ovariometrii bez zaprzeczenia była wielka śmiertelność operowanych, powodem zaś śmiertelności były w części niedokładność metod operowania, przeważnie zaś zawikłania pooperacyjne, mianowicie: krwotok, zapalenie otrzewny, wstrząśnienie nerwowe (*Shock*) i posocznica. Ta ostatnia zależy od rozkładu osocza (*serum*) gromadzącego się *in cavo Douglassi* i najczęściej się zdarza. Celem usunięcia tego szkodliwego płynu C l a y i K o e b e r l e wprowadzali szklaną rurkę przez dolny koniec rany do jamy brzusznej i przez nią wyciągali (wysysali) posokę, a w ostatnich dopiero czasach P e a s l e e, M a r i o n S i m s i M u r s i e k zaczęli przemywać jamę brzuszną: dwaj pierwsi dokonywają tego za pomocą przekłócia ścianki pochwy macicznej za tylną częścią *cervicis uteri* i przeprowadzenia przez ten otwór rurki drenowej w ten sposób, że jeden jej koniec wystaje na przedniej części brzucha w dolnym końcu rany, drugi zaś znajduje się *in vagina uteri*. Przez rurkę tę odpływa ciecz *ex cavo abdominis*, a dla uprzedzenia jej rozkładu i wessania nastrzykują kilka razy dziennie słaby roztwór kwasu karbolowego ogrzanego do 36° C. tak do górnego, jak i dolnego końca rurki. Przemywanie to jamy Douglass'a uwięzione zostało najlepszym skutkiem. Procedurę tę M u r s i e k zmienił w ten sposób, że zamiast rurki używa mocnych jedwabnych nici.

T h o m a s, chirurg amerykański, zważywszy że przekłócie pochwy macicznej powyższym sposobem nie pociąga za sobą złych powikłań, i wiedząc z doświadczenia, że czasem torbiele jajnikowe i samodzielnie otwierają się do pochwy macicznej, skutkiem czego nastąpić może nawet zupełne ich wyleczenie,

jak to obserwował Meissner, powziął myśl usuwania torbieli jajnikowych przez pochwę maciczną i metodę swoją nazwał *Vaginal Ovariotomy*. Ośmieliła go do tego jeszcze i operacja Nöggerath'a znana pod imieniem *ovariocentesis vaginalis*, polegająca na przecięciu ścianki pochwy macicznej, następnie otrzewny i ścianki torbieli i zszyciu brzegów rany torbieli z brzegami rany pochwy, żeby tym sposobem dać możność ciągłemu odpływowi zawartości torbieli i następnemu jej zanikowi. Jakie dała rezultaty operacja Nöggerath'a z własnego doświadczenia nie powiedzieć nie możemy.

Thomas swoją metodą radzi usuwać wszystkie guzy jajników, które leżą *in cavo Douglassi*, są małej objętości, łatwo dają się wymacać *per vaginam* i nie mają zrostów z tkankami przyległymi. Każdemu z chirurgów wiadomo, że te szczęśliwe warunki są nader rzadkie i z tego względu *ovariotomia vaginalis* również nader rzadkie znajdzie zastosowanie w praktyce, jednakowoż jest ona racjonalną i w obec powyższych wskazań zasługującą na zalecenie. W moim przynajmniej przypadku najpomyślniejszym uwieńczona została skutkiem. Operacja wykonywa się następującym sposobem: chora leży na grzbiecie, wprowadza się lustro Simsa do pochwy, w tylnej części *cervicis uteri* robi się skalpelem cięcie ścianki pochwy, następnie otrzewny, potem trójgrańcem Thompson'a przekłówa się torbiel i po opróżnieniu wciąga się ją do pochwy a po podwiązaniu szypułki (*pedunculus*) lub odgnieceniu ekrazerem, pozostałą część jej (szypułki) odprowadza się do *cavum abdominis*, ranę w ścianie pochwy zostawia się otwartą, która następnie *sua sponte* się zabliznia.

Przed laty kilku zdarzył mi się w mej praktyce wypadek choroby jajnika, w którym, sądziłem, że jestem upoważnionym zastosować metodę Thomas'a celem usunięcia chorego jajnika i to spostrzeżenie, którego dotąd nie ogłosiłem drukiem, podaję dzisiaj do dyskusyi światłego zgromadzenia.

W styczniu 1872 r. wezwany zostałem przez szan. kolegę Dra Barkłowskiego do m. Słonima na naradę lekarską. Zastałem tam 17-letnią mężatkę E. A., zupełnie wycieńczoną skutkiem przebytych cierpień, gorączkującą, tętno bowiem uderzało 120 razy na minutę, temperatura dochodziła do 41°C. Lekarze oświadczyli mi, że przed kilku tygodniami nastąpił czas rozwiązania chorąg, poród jednak był tak trudnym, że po trzech dniach wyczekiwania jeden z nich (Dr Wolpert) zmuszony był wykonać *cephalotripsiam*; operacja wykonana pomyslnie, w następstwie jednak przyłączyły się *peritonitis* i *parametritis*, które ostatecznie wycieńczyły siły chorąg; oprócz tego oświadczyli mi koledzy, że już od pięciu dni spostrzegli, że z pochwy macicznej zarazem z ropą i posoką wydzielają się włosy i tłuszczowa massa.

Przy badaniu obecnie chorąg za pomocą lustra Simsa spostrzegliśmy w ścianie pochwy macicznej na tylnej części *cervicis uteri* mały otworek, wielkości główki szpilki, z którego sterczało kilka włosów. Przy badaniu *per rectum et vaginam* w okolicy lewego jajnika można było łatwo wymacać guz okrągły, nieco ruchomy, dający średnią odporność (*resistentia*), wielkości jaja gęsiego.

Obecność otworu w ścianie pochwy macicznej, wydzielina z niego charakterystyczna (włosy i tłuszcz), ciężki poród a za nim rozwinięte *peri-et parametritis*,

wreszcie obecność jeszcze w chwili badania guza przemawiały za chorobą jajnika, którą bliżej określając przyjęliśmy za skórzastą torbiel lewego jajnika, która skutkiem nacisku przez główkę dziecka w czasie porodu pękła a w części wylana jej zawartość stała się powodem zapalenia ostrego tkanek okołomaciczych, a następnie i przerwania ścianki pochwy macicy (*usura*).

W obec tego stanu rzeczy postanowiliśmy zrobić wycięcie przeistoczonego jajnika metodą Thomas'a (*vaginal ovariotomy*). W tym celu otwór znajdujący się w ścianie pochwy rozszerzyłem przez cięcie skalpelem a wprowadziwszy palec przez ranę do jamy Douglass'a mogłem swobodnie okrążyć nim guz i przekonać się dotykalnie, że on wisi na szypułce i w kilku miejscach jest twardym. Nie tracąc chwili czasu wciągnąłem guz rzeczony pomiędzy brzegi rany ściany pochwy i założywszy na szypułkę łańcuszek ekrazeru odgniotłem ją, pozostały zaś koniec jej odprowadziłem do jamy miednicy i po przemyciu pochwy włożyłem don szarpnię zmoczoną w roztworze kwasu karbolowego szczelnie dotykając brzegów rany. Następnie pochwa operowanej codziennie przemywaną była dwa razy dziennie tymże płynem, stan jej ogólny zdrowia z wolna się poprawiał, siły się wzmagaly i po pięciu tygodniach chora opuściła łóże zupełnie zdrowa. W pół roku potem pacjentka przybyła do Warszawy, badając jej pochwę zaledwo dostrzedz mogliśmy ślady pozostałej blizny po ranie zrobionej przy operacji na dość znacznej przestrzeni ścianki pochwy. Mam ciągle wiadomości o tej pacjentce i mogę zakomunikować, że po operacji rodziła już ona dwoje dzieci bez żadnej akuszeryjno-operacyjnej pomocy.

Guz wycięty przedstawiał skórzastą torbiel jajnika (*cysta dermoidea Ovarii sinistri*), a w niej znaleźliśmy tłuszcz, kryształy cholestearyny, komórki nabłonkowe i naskórkowe, dziewięć zębów i trzy małe bezkształtne kostki.

Przy tej sposobności dodać winienem, że torbiele skórzaste jajników nie są tak rzadkie, jak ogólnie sądzą, w mojej przynajmniej praktyce spotkałem już trzy takowe torbiele i okazy ich po wycięciu zachowane są w zbiorze anatomoopatologicznym mojej kliniki chirurgicznej, które z przyjemnością każdemu z sz. pp. zdemonstrować gotów jestem.

Jeżeli jedna obserwacya może mieć znaczenie w nauce i jeżeli wolno lekarzowi w praktyce na niej polegać, to *ovariotomiam vaginalem*, przy odpowiednich wskazaniach, uważać musimy za nabytek w praktyce pożyteczny i przy danej sposobności wykonanie jej sz. pp. śmiało polecić możemy.

Przyczynek do sprawy dzielenia się jąder komórkowych.

Podał Dr W. Mayzel, Asystent histologii.

W dodatku do ogłoszonego przezemnie w roku zeszłym (w listopadzie) doniesienia „o szczególnych zjawiskach przy dzieleniu się jąder w komórkach nabłonkowych“¹⁾, mam zamiar podać na tém miejscu w krótkości wyniki dal-

¹⁾ Centralblatt f. die medicinischen Wissenschaften. 187 . Nr. 50 (20 Novemb.).

szych moich w tym samym kierunku poszukiwań, jakie zakomunikowałem, przy demonstracyi odpowiednich preparatów mikroskopowych, na V-tym Zjeździe naturalistów w Warszawie w dniu 16 września r. b., w sekcji zoologii i anatomii porównawczej. ¹⁾

Rzecz samą pozwolę sobie jednak poprzedzić krótką wzmianką historyczną.

W ciągu roku bieżącego (1876) od czasu ogłoszenia moich postrzeżeń, pojawiły się w literaturze zagranicznej liczne prace, traktujące wyłącznie lub dodatkowo o tej ze wszech miar zajmującej kwestyi podziału jąder w komórkach i ich skomplikowanej budowie. Z odnoszących się tu autorów przytoczę: E. van Beneden'a, L. Auerbach'a, E. Strasburger'a (II wydanie dzieła do którego się odnosiłem), O. Bütschli'ego (obszerne dzieło), F. M. Balfour'a, R. Hertwig'a, J. W. Spengla, N. Bobreckiego, C. J. Eberth'a i W. Flemming'a. Zasadnicza różnica zdań między nimi tyczy się głównie tego punktu, że jedni z Auerbach'em na czele uważają szczególne sprawy wyróżnienia (dyfferencjacyi) zachodzące w jądrze, za jego rozpuszczanie się (z następnym nowotworzeniem), drudzy zgodnie ze Strasburger'em i Bütschli'm—za podział. Mój sposób widzenia zgodny jest ze zdaniem tych ostatnich uczonych.

Niezależnie odemnie, gdyż prawie równocześnie (w grudniu 1875) ogłosił E. v. Beneden zgodne niemal obserwacye o podziale jąder w komórkach ektodermy i entodermy u królika, gdzie jako w tkance nabłonkowej, z przyjemnością po raz pierwszy znalazłem potwierdzenie własnych postrzeżeń. Z pozostałych autorów, Strasburger, Bütschli i Flemming przytaczając moje obserwacye, nie roztrząsają ich bliżej jako nie wchodzących w zakres swych poszukiwań. Auerbach zaznaczywszy fakt przezemnie i innych poprzednio dostrzeżony jako prawdziwy, trwa w swém pierwotnym pojmowaniu procesu jako rozpuszczanie nie zaś dzielenie się jąder. Wreszcie Eberth (Archiv Virchow'a tom 67, zesz. sierpniowy 1876) opisuje w nabłonku i *endothelium* rogówki żaby i królika bardzo podobne zjawiska, ograniczając się tylko na zaznaczeniu w przypisku, że ja „pisałem o tym przedmiocie“ ²⁾.—Poczytując sobie za zaszczyt, że tak znamienity badacz jak Eberth tych samych co i ja używa porównań w opisie obrazów mikroskopowych (bynajmniej zresztą w tekście o tej zgodności i innych nie wspominając), nie potrzebuję sobie i Beneden'owi zastrzeżać pierwszeństwa obserwacyi podziału jąder w komórkach po za obrębem przewężania jajka; przyznał je bowiem już dawno Waldeyer w rocznym sprawozdaniu z postępów histologii za rok 1875 ³⁾.

¹⁾ Protokoły Zjazdu. III posiedzenie sekcji Zoologii, pag. 10.

²⁾ Eberth zresztą nie przytacza wcale, z niewiadomych przyczyn: Beneden'a, którego doniesienie tymczasowe było już cytowane w II-gim wydaniu dzieła Strasburger'a, jakie w miesiącu marcu 1876 r. znajdowało się w handlu księgarskim.

³⁾ Virchow - Hirsch Jahresbericht f. d. J. 1875. t. I. pag. 146.

Przechodząc teraz do właściwego przedmiotu niniejszego dopełnienia, przytoczę przedewszystkiem miejsca gdzie jeszcze dostrzegłem opisany sposób dzielenia się jąder. Oprócz nabłonka rogówki skóry żaby nabłonka rogówki królika i kota, napotkałem te same zjawiska w nabłonku rogówki psa (nowonarodzonego i dorosłego), ptaków (wróbla, sowy), trytona i jaszczurki; w naskórku przy szczepieniu skóry na rany u człowieka w kankroidzie wargi u człowieka ¹⁾; w *endothelium* rogówki żaby i w komórkach tkanki łącznej rogówki żabiej przy jej zapaleniu. Coś podobnego widziałem także w komórkach szpiku kostnego u świuki morskiej.

Powtóre zaznaczyć muszę, że zajawszy się ubiegłego lata sprawdzeniem obserwacji Bütschli'ego na komórkach nasieniotwórczych w jądrach karaczanów (głównie małych t. zw. persaków) (*Blatta germanica*), znalazłem tam zgodnie z tym uczonym, obrazy niezmiernie podobne do tych jakie napotykałem u wyższych organizmów. Każdemu interesującemu się kwestyą podziału jąder komórkowych, nie mogę dosyć gorąco polecić tego z wielu względów wdzięcznego i ponuczającego przedmiotu, a o który tak łatwo na każdym kroku. Główną zaletą jest ta okoliczność, że u *Blatta germ.* dają się zobaczyć wszystkie okresy podziału jąder jaknajlepiej w stanie świeżym, przy badaniu w białku jaja. Dla utrwalenia preparatów zachować się dających w glicerynie, najlepszym okazał mi się kwas chromny 1:1000.

Ze względu na przytoczoną wyżej pracę Eberth'a objaśnioną licznymi rysunkami, do których czytelnicy tymczasem raczą się zwrócić, nie mogę się powstrzymać od zrobienia tu pewnych jeszcze uwag. Pragnę głównie uwydatnić niektóre punkty w jakich zachodzi niezgodność obserwacji na jednym i tym samym przedmiocie, czego przyczyną zdaje się być w znacznej części używanie odmiennych odczynników.

Pominąwszy komórki nasienne *Blattae*, najbardziej przekonywające obrazy podziału jąder otrzymujemy w komórkach *endothelium* rogówki żaby, a także i w nabłonku rogówki trytona, z powodu znacznej wielkości komórek i jąder. Najodpowiedniejszym jest *endothelium* rogówki żaby. Dla znalezienia dzielących się komórek niepotrzeba wcale zdrapywać tylnej powierzchni tej błony, gdyż zeskrabanie nabłonka z całej przedniej powierzchni wywołuje silne zapalenie, przy którym *endothelium* się odłuszcza i następnie z własnych elementów odtwarza. W preparatach z kw. chromnego barwionych karminem, komórki z dzielącymi się jądrami wpadają w oczy przez mocniejsze zabarwienie w porównaniu z otaczającymi, większą ziarnistość ciała komórkowego i nie-

¹⁾ Jak się następnie przekonałem, idąc za radą Eberth'a, podobne rzeczy znaleźć można i w nabłonku przełyku człowieka.—Częstsza obecność dzielących się jąder w tym organie zależy może od szybszego złuszczenia się i regeneracji nabłonka przy połykaniu.

regularne, gwiazdowate, wypustezaste kształty; natomiast wielkość tych komórek bywa bardzo niestała, tak że często komórki dzielące się tu i owdzie rozsiane, są nawet mniejsze od otaczających.

Co się tyczy form jąder w okresach dzielenia, do opisanych poprzednio postaci z nabłonka, niewiele pozostaje mi dodać; zwrócę więc tylko uwagę na te formy, których obecności zaprzeczają lub o których nie wspominają: v. Beneden i Eberth. Pod tym względem chcę przedewszystkiem uwydatnić z naciskiem podobieństwo do obrazów przedstawionych w rysunkach Strasburger'a i Bütschli'ego, mianowicie do komórek roślinnych (np. *Psilotum triquetrum*.—Strasb. l. cit. Tabl. VI. fig. 92) w okresie gdzie w równiku wyraźnie włóknistego wrzecionowatego jądra, umieszczony jest krążek (*Kernplatte*) złożony z ziarn i pręcików. Prof. Strasburger, któremu miałem sposobność przedstawić moje preparaty w meo marcu r. b., w zupełności potwierdził to wielkie podobieństwo.

Wbrew więc zdaniu v. Beneden'a i rysunkom Eberth'a, muszę zaznaczyć obecność włókienek w jądrze wrzecionowatém, przebiegających mniej więcej pionowo do równikowego krążka, a zbieżnie ku biegunom jądra. Charakterystyczną tę formę porównałem dawniej do dwu włóknistych stożków zbliżonych do siebie podstawami. Dodać jednak muszę, że włókienka w tym okresie są bardzo wyraźne tylko w *endothelium* rogówki żaby.

Co się jednak tyczy krążka równikowego, to bliższe rozpatrzenie preparatów przekonało mnie, że ziarna i pręciki w skład jego wchodzące, nie są zgrubieniami włókien jądrowych, a raczej stanowią niezależne od włókien zgęszczenia substancji zmodyfikowanego jądra. Za tém przemawiają obrazy jakie napotykałem, mianowicie zupełnie nagie włókniste wrzeciono, a obok niego w pasie środkowym rozsiane elementy równikowego krążka. Natomiast w komórkach nasiennych *Blattae*, rzecz się tak ma jak utrzymują Strasburger i Bütschli. Różnica ta atoli stanowi okoliczność mniejszej wagi, gdy zgodność jest zasadnicza to jest że w równiku jądra gromadzi się istota odepchnięta od jego biegunów, w formie krążka. Zresztą krążek jądrowy nie wszędzie jednakowo jest rozwinięty: w nabłonku trytona np. prawie śladu jego nie widać, gdy u innych zwierząt jest wyraźny (u roślin jest bardzo rozwinięty).

Porównywając dalej obrazy w komórkach nasiennych *Blattae* widoczne w stanie świeżym i po działaniu odczynników stwardzających, przekonamy się, że pod wpływem tych ostatnich wierzchołki włóknistych stożków stają się spiczastymi, same włókna tęższemi. Całe wrzeciono przedstawia się teraz węższem.— Toż samo zapewne ma miejsce w jądrach komórek endotelialnych. Wrzeciona niekiedy są tu bardzo wąskie, a przez niejednakowe ściągnięcie się przy skrzepnieniu, krążek równikowy wystaje po za obręb włókien wrzecionowatego jądra. Jako skutek skurczenia się wrzeciona. powstaje dokoła niego szersza lub węższa jasna obwódka. Kontury jej są zatarte, nieostre, a moniejsze niekiedy uwydatnienie w postaci równej kolistej linii, zdaje się zależeć od tego, że niektóre włókna wrzeciona odstały od reszty, tworząc pozorną otoczkę. Jasnej takiej przestrzeni dokoła wrzeciona w stanie świeżym nie wi-

dać tu ani śladu, a tylko w komórkach nasiennych karaczana dostrzegać się daje, zgodnie ze wzmianką Bütschli'ego oraz Strasburger'a (u pewnych roślin), dokoła wrzeciona delikatna ziarnista obwódka, nawet przy badaniu w obojętnym płynie.

Zwrócić również muszę uwagę, że w wielu komórkach, zwłaszcza w nabłonkowych, zapewne od wpływu odczynników, dostrzedz można jasną obwódkę dokoła normalnych grubokonturowych jąder — rodzaj jamki, z której jądro nawet częstokroć wypada. Obwódki takie, pozbawione jak się zdaje wszelkiego znaczenia, jako bynajmniej nie stałe, znane są oddawna. Wspomina o nich między innymi Weigert w ośpie, W. Krause rysunkiem przedstawia w swój ogólnej anatomii; podobnie Ranvier i t. d.

Choćbyśmy zresztą w myśl Eberth'a przyjęli, że przy wyróżnieniu się włóknistej masy („*Fadenmasse*“) to jest „nowego jądra“ (!) w środku pierwotnego (macierzystego) jądra, rzadsza część tego ostatniego, to jest sok jądrowy pozostaje u peryferii: to i tak nie byłoby właściwie jasnej obwódki ochrzcić mianem „pozostałości starego jądra“, jak chce Eberth, jest to bowiem tylko jedna część składowa, która chwilowo odłączywszy się od drugiej gęstszej („*essence nucléaire*“ Beneden'a), później cokolwiek znowu się z nią połączy. Chcąc przypisać pewne w tym sensie znaczenie jasnej przestrzeni, o której mowa, musielibyśmy to zrobić jedynie dla tej, która się dosyć stałe pokazuje przy biegunach pierwotnego jądra, podczas zlewania się elementów rozpołowionego jądrowego krążka w nowe dwa jądra. W myśl Bütschli'ego, Strasburger'a i Beneden'a możnaby ją uważać za wyciśnięty po za bieguny sok jądrowy, kosztem którego młode jądra powiększają się następnie. W preparatach barwionych karminem, dokoła wykształcających się młodych jąder, widać istotnie cokolwiek czerwiejszy, jednolity obłoczek wśród protoplazmy — być może ów sok jądrowy.

Po za wykształcającymi się już nowymi jądrami, ani też w żadnym innym (wcześniejszym) okresie, nie widziałem w moich preparatach promienistego układu ziarenek protoplazmy, o którym to zjawisku wspomina wielu autorów w jajkach przewężających się ¹⁾, a zwłaszcza Beneden także i w komórkach ekto- i entodermy królika.

Drugą formą jąder, bardzo charakterystyczna, jaką spotykałem przeważnie w *endothelium* rogówki żaby, są jądra włókniste, zesnurowane jakby obrączką przez przewężone ciało komórki, lub niezależnie, naksztalt snopka zboża. Jest to typowy „*Kernstrang*“ Bütschli'ego, jaki jego zdaniem stanowi różnicę w zachowaniu się komórek roślinnych i zwierzęcych przy podziale. Coś

¹⁾ W przewężających się jajkach u *Ascaris nigrovenosa* i ja dostrzegalem w mowie będący promienisty układ ziarenek protoplazmy, w formie dwu słońc. Jest to tak zwana figura karyolityczna Auerbach'a, którą Al. Brandt uważa za gwiazdowate jądro wykonywujące amoebowe ruchy (?).

podobnego daje się widzieć tylko w komórkach nasiennych karaczana, gdzie komórki zupełnie już prawie podzielone, trzymają się siebie za pośrednictwem pęczka jądrowego, tak silnie, że długo można je potaczać naciskiem szkiełka pokrywkowego, zanim się oderwą. Zesnurowanie jądrowych włókien zdaje się nie być zjawiskiem stałym, i zależy być może tylko od wcześniejszego z jakichbądź przyczyn przewężenia się komórki, zanim niei jądrowe zdążyły się przerwać po środku.

Jakkolwiekbądź, nie zdarzało mi się napotkać obrazów mających być typowymi dla komórek roślinnych, gdzie dla wytworzenia przegrody komórkowej, włókienka jądrowe ponownie grubieją w płaszczyźnie równikowej i tworzą t. zw. *Zellplatte*. Natomiast zgodnie z Benedenem widziałem pośrodku między oddalającymi się połówkami krążka jądrowego niezależnie od przebiegających między niemi włókienek: linię złożoną z szeregu ziarn jako ślad przyszłej płaszczyzny rozdziału komórki. Tak bywało w nabłonku rogówki królika, u ptaków, w naskórku i kankroidzie człowieka. W *endothelium* zaś u żaby, zamiast tego dostrzegać się daje szereg przerw jakby wakuol rzędem ułożonych w kierunku przyszłej płaszczyzny podziału, w których odkłada się zapewne istota zlepna, łącząca następnie komórki między sobą.

Wspomniane zesnurowane jądra nie napotykają się zbyt często. W obec tej okoliczności z jednej, i znaniej wrażliwości komórek *endothelium* rogówki z drugiej strony, możnaby takie obrazy uważać za sztuczne, gdyby nie to, że zupełnie podobny podział komórek ma miejsce w komórkach nasiennych karaczana, gdy je badamy w płynach uważanych za obojętne (białko jaja).

Napomknawszy o wrażliwości komórek *endothelium* rogówki, muszę zauważyć z powodu pracy Ewecki'ego na którą się Eberth powołuje, że garbkowate dziwacznych kształtów jądra, bynajmniej nie zawsze są jądrami dzielącymi się. Nie przecząc możności odwężania się garbków, gdyż sam to widziałem, wspomnę, że cząstki takie są pozbawione jąderek i one nie wytwarzają się później; również nie przychodzi do rozdziału komórki. Zresztą w zupełnie normalnych rogówkach, np. u *Bombinator igneus* trafiają się często jądra *endothelium* usadzone garbkami, o których bynajmniej nie można powiedzieć na pewne, że się właśnie dzielą; tém bardziej dziś, kiedy się okazało że formy uważane za dzielące się jądra są przeciwnie jądrami zlewającymi się (o czem z obserwacji Bütschli'ego i innych, było wiadomo i Ewecki'emu). Jakkolwiekbądź, pominawszy zagadkowe pod wielu względami zachowanie się *endothelium* rogówki po zdrapaniu tylnej powierzchni tej błony, Ewecki oprócz oddzielania się garbków od jąder i ich podziału zwykłym sposobem, innego sposobu dzielenia się jąder (tego właśnie o którym tu mowa) nie opisał. Według własnych słów Ewecki'ego, komórki zawierające nitkowate utwory zamiast jądra, jakie znajdował, miały dlań znaczenie całkiem zagadkowe.

Wreszcie, co się tyczy podziału jąder w *endothelium* u żaby na 4—6—7 części odrazu, o czem wspomina Eberth, nie podobnego nie widziałem, a zauważyć muszę że nie trudno tu popaść w błąd, gdy w komórkach rogówki

pod *endothelium* leżących, jądra w taki sam sposób się dzielą. Co do mnie, widziałem tylko opisywany podział jądra na dwie części, a w razie obecności dwu jąder w komórce, podział jednego tylko z nich. ¹⁾

Kilka uwag nad wypadkami duru brzuszego, dostrzeganemi w ciągu ubiegłego roku.

Przez Dra A. Kuroyusza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W.
(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. z d. 6 czerwca r. b.).

(Dokończenie).

O ile z własnej mojej działalności lekarskiej i poufnych komunikacji kolegów wnosić mogę, pora w której chorował kol. H., t. j. jesień ubiegłego roku, obfitowała najwięcej w wypadki duru powikłanego zimnicą. Przez ciąg choroby kol. H., t. j. mniej więcej przez dwa miesiące: październik i listopad, widziałem ich kilkanaście. Następnie ilość ich zmniejszała się stopniowo, powikłanie zimnicze stawało się coraz mniej bijącym w oczy, a coraz gęściej pojawiały się wypadki zwykłego, nie powikłanego niczem duru brzuszego.

Ogólna liczba wypadków duru powikłanego zimnicą, jakie miałem sposobność widzieć i obserwować, zbliża się do 50-ciu.

Były w ciągu ubiegłego roku całe miesiące, w których nie widzieliśmy zgoła niepowikłanego duru,—choć stopień powikłania bywał bardzo rozmaitym.

Otóż zestawiając ze sobą powyższe wypadki dochodzimy do wniosku, że w ciągu ubiegłego roku, zarazek durowy, działając wspólnie z zimniczym, wytworzyły pewną formę kliniczną, która stała się, rzec można, endemiczną dla Warszawy, a którą możnaby nazwać durem brzuszonym zimniczym (*Typhus abdominalis malaricus*).

Że nazwę tę można, a nawet należy utrzymać, to zdaje mi się żadnej nie ulegać wątpliwości. Daleko mniej ważne i bardziej powierzchowne zбочenia w przebiegu chorób zakaźnych, dawały nieraz powód do tworzenia nowych terminów, które pozostały w nauce, jako określenia jeśli nie odrębnych form klinicznych, to przynajmniej ich odmian. Wszakże znalazły prawo obywatelstwa w patologii takie określenia, jak: dur krztaniowy (*laryngo typhus*), ospa krwotoczna (*variola haemorrhagica*), zimnica choleryczna (*febr. intermittens cholericum*) i inne, z niemi współrzędne; dla czegoż nie miałyby się ostać nazwa: dur zimniczy, gdy zmiany w obrazie klinicznym duru, powodujące wprowadzenie takowej, głębsze są i charakterystyczniejsze niż w przytoczonych powyżej przykładach.

Do najciekawszych niewiadomych, w kwestyi duru zimniczego, należy:

¹⁾ W komórkach nasiennych *Blattae* przeciwnie, dwa jądra mogą się dzielić jednocześnie, a wtedy wrzeciona leżą równolegle do siebie lub się krzyżują.

czy wypadki podobne spotykały się w samej jedynie Warszawie i najbliższej jej okolicy, czy też obserwowano podobne i w odleglejszych częściach kraju.

Co do mnie, zewnątrz Warszawy, widziałem jeden tylko wypadek o 2½ mili w kierunku Błonia. Prócz tego jeden wypadek u włościanina, przywiezionego już chorym z okolic Radzymina i jeden u pewnego izraelity, który zachorował natychmiast po przybyciu do Warszawy z Piotrkowa, gdzie zamieszkuje. O nadesłanie szczegółowych danych w powyższej kwestyi, należałoby zwrócić się do zamieszkujących prowincję, członków korespondentów Towarzystwa. Prawdopodobnie wypadki tego rodzaju pojawiają się jedynie w miejscowościach nawiedzonych przez malaryę i to podczas panowania tej ostatniej.

Istotnie ważnem byłoby bliższe zbadanie wzajemnego do siebie stosunku zarazków malaryi i duru, w podobnie powikłanych formach, a mianowicie, w jakich warunkach następuje powikłanie; boć do ukazania się podobnej klinicznej postaci nie dość jest współczesnego panowania w danej miejscowości malaryi i duru. Jako przykład mógłbym przytoczyć Ozorków, gdzie praktykowałem przed laty pięciu. Malaria panuje tam endemicznie, na śledzienie każdego niemal mieszkańca wpływ jej jest widoczny; dur pojawia się tam bardzo często i to występuje gromadnie, a jednak nie widziałem ani jednej powikłanej formy, pomimo że obserwowałem wypadki duru tak brzuszego jak i wysypkowego u osobników w wysokim stopniu zakażonych malarią, u których takowa, na krótko przed wybuchem duru, wywoływała napady zimnicze. We wszystkich tych wypadkach, przebieg duru był prawidłowym. W innych tymczasem chorobach zakaźnych, w tymże samym Ozorkowie, wpływ malaryi był wielkim i widocznym. Szczególnie wydatnym okazywał się na płonicy, której gorączka przybierająca charakter zwalniający (*t. subcontinuus*) nie ustępowała nigdy bez wielkich dawek chininy lub arszeniku, a nieliczne próby leczenia jej bez tych środków, najniepomyślniej się ukończyły.

Nie mniej godnem jest zaznaczenia, że dość gęsto od paru tygodni występujący dur wysypkowy, nie tworzy wcale form powikłanych z zimnicą, przynajmniej ja, między dziesięciu obserwowanemi dotąd wypadkami, nie podobnego nie dostrzegłem, ani też nie słyszałem o tem od żadnego z kolegów, którzy również dur wysypkowy widzieli. A przecież tu i owdzie, pojawiają się jeszcze wypadki duru brzuszego, powikłanego malarią i panowania tej ostatniej nie można uważać za całkiem minione.

Niewątpliwie przeto istnieją warunki specjalne, ułatwiające powstawanie formy powikłanej duru, której skreśliśmy obraz kliniczny. Ale jakie są te warunki? Na pytanie to, nie pokusimy się nawet odpowiedzieć.

Czy dla powstania takiej formy potrzeba aby zakażenie zimnicze, poprzedziło zakażenie durowe? To zdaje się mieć miejsce w wypadkach pierwszej kategorii, gdzie dur rozpoczyna się napadami zimnicy. W wypadkach drugiej kategorii, mogłoby być przeciwnie, t. j. chory mógłby ulegać zakażeniu zimniczemu, już podczas sprawy durowej. W niektórych wypadkach, charakter obrzmienia śledziony, zmieniając się w czasie przebiegu duru, zdaje się przemawiać za tem ostatniem przypuszczeniem. Możliwość zakażenia malaryą, nie

wychodząc z własnej sypialni, zapewne nikt nie zaprzeczy—dla czegoż nie mogłoby to mieć miejsca i podczas sprawy durowej. Jeden wypadek duru zimniczego, obserwowałem w kwietniu b. r. u osoby, która po ciężkim połogu, przez 5 miesięcy nie opuszczała swego mieszkania—na pozór, pod względem higienicznym, nie pozostawiającego nic do życzenia.

Za przypuszczeniem, że oba zarazki działają na ustroj oddzielnie i niezależnie od siebie, zdają się przeważać, oprócz argumentów, które z danych teoretycznych wyprowadzićby można, opisane powyżej wypadki, brata i siostry K.

Przegląd i zestawienie ze sobą wszystkich obserwowanych wypadków duru malarycznego, pozwalają nam zaznaczyć co do nich, pewne ogólniejsze dane. I tak:

Długi zazwyczaj przebieg duru zimniczego rozpada się na trzy okresy: Środkowy czyli główny, przedstawia stale zwykły obraz przebiegu duru brzuszego, z wystąpieniem, zawsze prawie nielicznych, plamek różyczkowych na piersiach. Okres ten, tak co do przebiegu gorączki jak i całego charakteru cierpienia, z wyjątkiem jedynie zachowania się śledziony, nie przedstawia nic, coby zwykłemu przebiegowi duru brzuszego, nie było właściwem. Jedyne objawy typowe, jakie w jego przebiegu zdarzyło mi się dostrzedz, były natury nerwowej, bez współudziału ciepłomierza.

Okres wstępny, odpowiadający, okresowi zwiastunów. W tym to okresie, w mniejszej części wypadków duru zimniczego występowały objawy typowe, z gorączką przerywaną (*typus intermittens*), rzadko zwalniającą (*typus subcontinuus*). Długość tego okresu nigdy nie przenosiła dwóch tygodni. Ku początkowi okresu głównego, gorączka zawsze przyjmowała typ przepuszczający, który w okresie głównym zupełnie niknął. Dalszy przebieg duru był już zupełnie prawidłowym. Ani razu nie dostrzegłem aby dur poczynający się objawami zimniczymi, przedstawiał podobneż zboczenia ku końcowi choroby.

Okres wreszcie końcowy, odpowiadający Biermer'owskiej *Nachfieber*, występuje tylko w wypadkach drugiej kategorii, w pierwszych nie ma go wcale.

W tym to właśnie okresie, występujące powikłanie zimnicze, najbardziej jest charakterystycznym, a w mnogości form pod jakimi się ukazuje, zgoła nie za tępuje—zimnicy. Najbardziej zmiennym jest typ samej gorączki—o stosunku jednak ilościowym, nasileni gorączkowych do zwolnień, nie prawie stałego powiedzieć nie można, bo występuje tu taka różnaitość jak w czystych gorączkach malarycznych. W początkach tego okresu występuje zwykle gorączka zwalniająca (*febris subcontinua, remittens*). W dalszym ciągu, zamienia się ona na typ powrotowy (*febris recurrens*), ku końcowi najczęściej zamienia się na przerywaną (*typus intermittens*). Porządek ten jednak bywał niekiedy całkiem odmiennym. Nie widziałem tylko ani razu aby bezpośrednio po okresie głównym występował typ przerywany.

Długość tego okresu bywała różną, niekiedy bardzo wielką, jak to wi-

dzimy w wypadku kolegi H.; w żadnym razie, naprzód przewidzieć się nie dającą. Tym sposobem dur brzuszny, prototyp form klinicznych o przebiegu stałym i dającym się określić z góry, zamienił się w formę chorobną równie nie stałą i chimeryczną, jak zimnica sama.

Nie mniej ważną cechą wyróżniającą dur zimniczy od zwykłego, jest charakter obrzmienia śledziony. W wypadkach duru, spotykanych w ostatnich czasach w Warszawie, obrzmienie śledziony zwykle poprzedzało wybuch cierpienia, a przynajmniej zawsze prawie obecnem było w okresie zwiastunów. (Toż samo, podczas panowania malaryi, zauważył Botkin w Petersburgu.) Tymczasem w zwykłych wypadkach duru, obrzmienie śledziony występuje na jaw, dopiero w pierwszych dniach przebiegu choroby i przedstawia się zgoła inaczej (patrz Griesinger Infekt. Krank.). Śledziona od początku zaraz choroby okazywała się znacznie stwardniałą, jakby pływającą. W dalszym dopiero ciągu bolesną. Kontury jej przy obmacywaniu można było dokładnie określić. Brzeg jej, przedstawiał się ostrym, kającym, z wyraźnie odznaczającą się wcięciem śledzionowem. Współcześnie powiększenie śledziony ku górze było stosunkowo mało znacznem.

Różnica między śledzioną duru malarycznego a zwykłego, najdotykalniej dała mi się uczuć w wypadku panny K., gdzie wypukałem jej powiększenie dopiero 3-go dnia choroby, a wynacać ją jak guz mięki, niebolesny, udało mi się dopiero 5-go.

Nie mniej ważną cechą wyróżniającą w mowie będące obrzmienie śledziony, była jego uporczywość. U osób, które zimą b. r. przebyły dur malaryczny, dziś jeszcze wyczuć można pod łukiem żebrowym stwardniałą śledzionę.

Jedyne rozcłonkowanie jakie wykonałem na trupie durowego, którego śledziona przedstawiała za życia, przerzeczone cechy, wykazało do jakich, pod wpływem w mowie będącego cierpienia, dochodzi ona rozmiarów, a zarazem jak mało o wielkości jej obrzmienia, z fizykalnego badania wnosić można. W dzień śmierci przedsięwzięte badanie śledziony, u chorego na dur powrotny (*typhus recidivus*), dało następujące rezultaty: Tępość absolutna, między 7-m a 8-mem żebrem; przednia granica na końcu 10-go zebra; brzeg dolny podczas wydechu ma 2 centymetry pod łukiem żebrowym, twardy, mało ruchomy, bolesny. Po rozcłonkowaniu okazało się: śledziona chrząstkowatej twardości. powierzchnia gładka powłoczka (*capsula lienis*) naprężona i błyszcząca, miejscami zmętniała i do otrzewnej ściennej za pośrednictwem włóknikowego nalotu (*perisplenitis*) przytwierdzona. Miąższ trudno łamliwy, zabarwiony, zaraz po przecięciu blado-czerwono. (Makroskopijnie mączkowate zwyrodnienie zdradzający, czego jednak drobnowidz nie potwierdza).

Waga śledziony, kilogram bez 16 gramów (984 grn.), długość 24 ctm., wysokość $19\frac{1}{2}$, wymiar poprzeczny 12.

Rozmiary to bardzo znaczne, a sądząc z badania śledziony za życia, spodziewałem się znaleźć ją daleko mniejszą.

Co się tyczy złośliwości duru malarycznego, to opierając się na własnym jedynie doświadczeniu, nazwałbym cierpienie to dobrotliwym, w stosunku, rozumie się, do jego długo trwałości, natury i groźnych objawów. Dość powiedzieć, że z całej ilości obserwowanych przezemnie wypadków, z których przynajmniej połowę do ciężkich zaliczyć należy, miałem tylko dwa zejścia śmiertelne i to w wyjątkowych warunkach. 1-sze u 11-stoletniego chłopca, bardzo wątłego, przy ciepłocie ciała nie spadającej prawie poniżej 41.°C. Zejście w początku drugiego tygodnia przez porażenie centrów nerwowych. 2-gie u 22-letniego młodzieńca, nader silnej budowy ciała, ale dotkniętego wodą serca (*deformatio valvul. aortae, — cor taurinum*). W wypadku tym, który dostarczył mi materiału do jedynego, wspomnianego powyżej rozczłonkowania, sam tylko charakter obrzmienia śledziony, które pojawiło się jeszcze w okresie zwiastunów, przemawiał za powikłaniem malarycznym. zresztą, co do przebiegu, był to w ścisłym znaczeniu dur powrotowy (*typhus recidivus*). To jest, po ukończeniu 16 dni trwającego okresu głównego duru, nastąpiły trzy dni zupełnie bezgorączkowej przerwy, poczem wystąpiła znowu gorączka ciągła trwająca dni 17 i zakończyła się śmiercią w skutek upadku czynności serca (*ex asystolia cordis*). Pod koniec przebiegu okresu głównie wystąpiły obfite krwotoki kiszkowe.

Rozczłonkowanie zresztą nie usprawiedliwiło rozpoznania duru brzuszno-powrotnego. Przy najlepszej woli, w kiszce biodrowej nie można było wyróżnić owrzodzeń pochodzących z dwóch różnych okresów choroby. Wszystkie były bardzo głębokie i na żadnym śladów poczynającego się zabliznienia nie dostrzegłem.

Czem zatem przypisać powtórzenie się gorączki, — czy nie malaryi także, — pozostaje nierozstrzygniętem.

Zresztą, w obu powyższych wypadkach, zejście śmiertelne nie było zgoła zależnem od zmian samem cierpieniem spowodowanych, ale raczej niepomyślnych wnrunków ustroju, w którym się takowe rozwijało; w żadnym przeto razie, wypadki te, nie mogą służyć za dowód złośliwości samej formy chorobnej. Cóż za różnica np w śmiertelności, między drem brzuszny zimniczym, a zwykłym, niepowikłanym drem wysypkowym, dającym w czasie niektórych epidemii do 30% śmiertelności.

Co się tyczy leczenia, to w okresie początkowym, o ile takowy nosił na sobie cechy zimnicze, wszelkie działanie zwrócone przeciw zakażeniu malarycznemu, okazało się bezskutecznem, a nawet szkodliwym. Największe dawki chininy, wprowadzane do ustroju wszelkimi dostępnymi drogami, ani w jednym wypadku nie przerwały napadów zimniczych, ani tem mniej nie przeszkodziły rozwojowi duru; w dalszym zaś przebiegu cierpienia, niejednokrotnie dawał się uczuć wpływ tego środka na ustrój, i to w sposób wcale nie pożądanym. Ciężkie zaburzenia gastryczne i potłumienie energii serca, zdradzające się drobnem i słabem tętnem, były stałem niemal następstwem wielkich dawek chininy, zastosowanych w początku choroby.

Czy chinina zadawana w okresie początkowym duru malarycznego, wpływała na obniżenie ciepłoty ciała, trudno stanowczo rozstrzygnąć, bo okres ten, o ile nosił na sobie cechy zimnicze, odznaczał się zawsze dość wydatnymi, a często nier-gularnymi wahaniami ciepłoty, tak, że bardzo trudno było osądzić, czy dane obniżenie ciepłoty, na karb chininy policzyć należy, czy też uważać za zwykłe zwolnienie gorączki.

Co się tycze wpływu chininy w rozwiniętym już durze to pobudzony różnicą zdań, pomiędzy takimi potęgami klinicznymi Niemiec. jak Jürgensen, Libermeister i inni, a prof. Chałubińskim, odmawiającym chininie wszelkiego wpływu na gorączkę durową—czyniłem pilne i troskliwe poszukiwania w tym kierunku i już od dawna doszedłem do przekonania, że odnośnie do zwykłego duru, tak brzuszego jak i wysypkowego, twierdzenie szanownego Profesora jest w zupełności słuszném. Zdawało się jednak iż z durzem zimniczym rzecz cokolwiek inaczej się przedstawi. Skuteczność chininy w tego rodzaju gorączkach, a priori, zdawała się niezawodną. Z całym tedy zaufaniem przystąpiłem do nowych prób z rzeczonym alkaloidem i przekonałem się, że gorączka durowo-malaryczna pomimo doprowadzenia ustroju do cinchonizmu w wielu razach wcale się nie zmniejsza. W niektórych wypadkach duru wysypkowego, po zadaniu chininy, w chwili blizkiej przełomu, zdarzało mi się istotnie widzieć szybkie obniżenie się ciepłoty ciała, aż do normy. Czy jednak toż samo nie byłoby nastąpiło i bez chininy, rozstrzygnąć niepodobna.

Nawet w okresie końcowym duru malarycznego, wpływ chininy, stosunkowo rzadko sprowadził ustanie napadów gorączkowych, po większej części zmniejszał tylko ich natężenie. Jak dalece jednak środek ten bywał niedostatecznym do powstrzymania postępu choroby, dowodzi najlepiej wypadek kolegi H.

W samych początkach choroby, środek wymiotny wpływał często bardzo korzystnie na dalszy jej przebieg, ale wyznać należy, że zdarzało się to tylko wtedy, gdy istniały specjalne wskazania do jego użycia (*stat. saburralis*);—gdzie jednak użyto go ze wskazaniem chorobowem (*indicatio morbi*), jak to wielu czyni, tam skutek był raczej ujemny, zwłaszcza gdy gorączka durowa rozwinęła się na dobre.

Środek to jednak obosieczny i u wzięjszych osobników z wielką oględnością stosować go należy, by nie przyspieszyć nim groźnego upadku sił i krążenia.

W ogóle, środek wymiotny podawanym być powinien jedynie dla uczynienia zadość wskazaniu objawowemu (*indicatio symptomatice*) nigdy zaś ze wskazaniem przeciwchorobnem (*indicatio morbi*) bo w tym ostatnim razie, niema ani mieć nie może żadnego zgoła znaczenia.

Nie podobna też pominąć milczeniem środka, który, mimo całej swej leczniczej wartości, tak po barbarońsku przy durze jest nadużywanym, że w rękę mało myślących lekarzy zamienił się istotnie w ową pałkę, zabijającą ciało zamiast wilka. Chcę tu mówić o kalomelu. W rzeczy samej, od chwili gdy Wunderlich miał nieszczęście, z wygórowaną nieco żarliwością, zalecić czyszczące dawki tego środka jako nader odpowiednie w początkach duru brzuszego, wielu z lekarzy uważałoby sobie za zbrodnię przepuścić choć jeden wypadek tej choroby, bez jego zastosowania. Wielu z nich niepodobna przekonać, że można leczyć dur brzuszny bez kalomelu—a kiedy można to i należy. W zaślepieniu niezgodnem ludzi nauki, zwolennicy tego niebezpiecznego środka zapominają, że działanie rtęci jest w wysokim stopniu roztwarzającym i że wpływ jej, w chorobie z natury swej rozkładowej (dissolucyjnej), musi być koniecznie szkodliwym. Mniemanie jakoby dawki czyszczące kalomelu nie wywierały działania ogólnego na ustrój, jest mylnem, bo więcej niż w połowie wypadków po zadaniu rzeczonych dawek, występują objawy zatrucia rtęciowego (*stomatitis*). Nie przeczę zgoła iż są pewne wypadki duru, w których bez użycia kalomelu trudno byłoby się obejść,—wypadki, w których szkody z użycia tego środka wynikłe, wynagradzają się z nadatkiem, usunięciem powikłań, nie możliwem na innej drodze—ale wypadki takie są nieskończenie rzadsze, niż zastosowanie kalomelu w durze. Nie przeczę i temu, że powikłanie malaryczne duru nadając większą ważność zaburzeniom funkcyi trawienia, czyni wskazania do użycia kalomelu częstszymi,—ale nie zapominajmy, że obok wskazań istnieją przeciwwskazania, a nader często niestety, zdarzało mi się widzieć, jak z temi ostatniemi mało się liczone.

Zbytecznem byłoby dowodzić, jak dalece, ogólne działanie rtęci na ustrój przy durze, tak dobrze zwykłym jak malarycznym, jest szkodliwym i niebezpiecznym; są to rzeczy aż nadto dla każdego jasne: pragnę tylko zwrócić uwagę kolegów na następujące fakta:

1° że kalomel, choćby w pełnych, czyszczących dawkach użyty, nawet przy zachowaniu ważnej ostrożności, aby wydalenie jego z przewodu pokarmowego przyspieszyć podaniem olejku rycinowego, w większości wypadków działa ogólnie, i wywołuje objawy merkurjalizmu a to tem łatwiej, im węższym jest ustrój chorego.

Podając przeto rzeczony środek przy durze, zawsze przypuszczać należy, że będziemy mieli do czynienia z działaniem ogólnem rtęci, bo nic nas nie zapewnia, że skutki takowego nie wystąpią. Jeśli zatrucie rtęci zdarza się często przy zadaniu tego środka jednorazowem, to przy bardziej rozdrobnionych i częstszych dawkach, jest ono niemal koniecznem.

2° U osobników wątłych, których odżywienie, jeszcze przed wystąpieniem duru, pod wpływem pewnych, zgubnych działaczy, jak samogwałt, bezruch, brak świeżego powietrza, niedostateczne lub nieodpowiednie pożywienie i t. p. było silnie podkopanem, chlerek rtęci, nawet jednorazowo podany, wywołuje nieraz groźne objawy rozkładu krwi (*dissolutio sanguinis*). U chorych

takich, jak to sam sprawdzić miałem sposobność, w skutek nadwątlenia ścian naczyń wytwarza się stan pośredni pomiędzy krwawicą (*haemophilia*) a gnilem (*scorbutus*), powstają niczem nie dające się powstrzymać krwotoki, już to na swobodnych powierzchniach błon śluzowych, jak nosa (*epistaxis*), jamy ustnej, zwłaszcza dziąseł, przewodu pokarmowego (*enterorrhagia*) i t. p., już też wynaczynienia krwi podskórne, przedstawiające się w postaci osutki krwotocznej (*purpura haemorrhagica*), tak, że całość obrazu przypomina bardzo chorobę Werlhoffa (*morbus maculosus Werlhoffi*). W ostatnich czasach miałem sposobność widzieć taki właśnie wypadek, zakończony śmiercią. Czasami, krwawienie ogranicza się do samej jedynie kiszki prostej, a wtedy, następstwa jego bywają mniej groźne. Do tej ostatniej kategorii należałoby odnieść krwawienie kiszkowe w wypadku kolegi H.

3° Użycie kalomelu ułatwia powstawanie odleżyn, a nawet samo jest w stanie takowe wywołać tam, gdzie bez tego, prawdopodobnie wcaleby do nich nie przyszło (wypadek kolegi H.). Jest to fakt wielokrotnie przezemnie sprawdzony, tak dalece, że śmiało twierdzić mogę, iż odleżyny u chorych tyfusowych, którzy nie brali kalomelu, są stosunkowo rzadkie, z biorących zaś kalomel, u każdego prawie powstają. Ś. p. kolega Groër, który w ciągu swej nader licznej i długoletniej praktyki, fakt ten stale obserwował, poręczał mi za słusność moich, niezależnie od niego poczynionych spostrzeżeń w tym przedmiocie, a tego świadka trudno posądzić o uprzedzenia przeciw środkowi, który za jego czasów wielkiej używał wziętości. Zresztą, kto znał ś. p. Groëra wie, że mało był skłonny do sceptycyzmu i jeśli zaprzeczał ogólnie uznawanym poglądom, to jedynie na danych, z rozległego czerpanych doświadczenia.

4° W okresie zdrowienia, u chorych którym zadawano chlerek rtęci, łatwiej powstają miejscowe sprawy zapalne z charakterem atonicznym, jak ropnie zimne (*abscessus frigidi*), próchnienia kości (*caries et necrosis osium*) i t. p. które niekiedy stają się punktem wyjścia dla powikłań zagrażających życiu chorego.

Zdaje mi się, że wszystko to aż nadto jest dostatecznym, aby skłonić lekarza do wielkiej oględności w stosowaniu kalomelu przy durze w ogólności, tem więcej zaś przy durze malarycznym, a przedewszystkiem, do stosowania go tylko tam, gdzie środek ten, żadnym innym, mniej niebezpiecznym zastąpionym być nie może,

Proszę mi wybaczyć, zbyt długie może zatrzymanie się nad kwestyą, zbaczającą nieco od głównie zajmującego nas przedmiotu, ale w ciągu ubiegłego roku, tyle widziałem najsmutniejszych następstw, z zapoznania przytoczonych przezemnie faktów, że wypowiedzieć to w obec kolegów, uważałem sobie poniekąd za obowiązek.

Podobnież widzę się zmuszonym stanąć w sprzeczności z większością podobno warszawskich lekarzy, co do środka, który, mojem zdaniem, również

często stosowanym bywa bez dostatecznych wskazań. Jest nim upust krwi miejscowy—bańki cięte, lub pijawki w okolicę kiszki ślepej.

Wielokrotnie zdarzyło mi się słyszeć zdanie że upust krwi przy durze nie przynosi zgoła szkody ustrojowi i nie może być poczytywanym za środek niebezpieczny. Rozumie się, jest tu mowa o umiarkowanych i miejscowych upustach krwi. Dowodzić niesłuszność i podobnego twierdzenia, z teoretycznego stanowiska, uważam za zbyteczne. W obec dzisiejszych fizyologicznych i patologicznych wiadomości, kwestya powyższa nie może być nawet sporną. Z praktycznego zaś stanowiska zapewnić mogę, że te właśnie wypadki, w których w początku choroby stosowano upust krwi miejscowy, odznaczały się szczególnie długim trwaniem okresu końcowego—wielkim upadkiem sił—i w ogóle, na der ciężkimi przejściami, ku końcowi okresu głównego. W tych to właśnie wypadkach, na wysokości choroby nigdy prawie nie można się było obejść bez silnie podniecających środków.

Nie przeczę, że wyjątkowo, przy przeważnych objawach ze strony kiszek, silnej bolesności chorąg okolicy brzucha, zdradzającej znaczne przekrwienie otrzewnej i t. p. zachodzi niekiedy konieczność użycia metody przeciwzapalnej, a z nią i upustu krwi miejscowego, ale konieczność ta, zdarza się bardzo rzadko. Stosowanie miejscowego upustu krwi we wszystkich prawie wypadkach i bez dostatecznych wskazań, jest niewątpliwie zabytkiem z owąg jeszcze epoki, gdy lekarz uważał sobie za powinność zastosować choremu wszystkie środki, jakie tylko zastosować można było, nie sprowadzając natychmiastowóg śmierci.

Powikłanie malaryczne duru, wpływając na przedłużenie trwania choroby i na tem głębsze podkopanie odżywiania powiększa zarazem przeciwwskazania do wszelkiego działania terapeutycznego, mogącego pośrednio lub bezpośrednio przyczynić się do wyczerpania zasobów ustroju.

Wszelkie zatem upusty krwi, przy durze malarycznym są przeciwwskazane.

Wychodząc z tejże samej zasady, uważam za niewłaściwe, zbyt energiczne stosowanie metody ochładzającóg (anty termicznóg). Wiadomo każdemu z nas, że większa część wypadków duru, może być leczoną i doprowadzoną do szczęśliwego zejścia i bez użycia metody gwałtownie ochładzającóg (kąpiele zimne). Kto zwracał baczną uwagę na przebieg wypadków duru, tak przy leczeniu ochładzającem, jak i bez takowego, przekonał się niewątpliwie, że w tych ostatnich, okres zdrowienia zwykle bywa krótszym, chory prędzej stosunkowo przychodzi do sił, a ku końcowi okresu głównego, rzadziej widzujemy upadek krążenia, rzadziej zmuszeni jesteśmy uciekać się do środków pobudzających. Bo też pamiętać należy, że odciąganie ciepłika, zmniejszając ciepłotę krwi, wpływa bardzo pomyślnie na ośrodki nerwowe, ale zarazem bardzo niepomyślnie na odżywianie ogólne i zasobność ustroju; przyczyniając się wprost do wyczerpania jego zapasów, a to przez powiększenie sprawy gorzenia (*combustio*). Wiadomo bowiem, że wytwarzanie się ciepłika ustrojowego, jest

zależnem od jego utraty — odciąganie przeto ciepłika w gorączce, zmniejszając ciepłotę krwi, nie ogranicza przeto sprawy gorzenia i przeróbki materyi, ale przeciwnie powiększa takowe. Przy wyższej zatem ciepłocie krwi, bez odciągania ciepłika, utrata materiału odżywczego jest mniejszą, niż przy sztucznem ochładzaniu ciała.

Jeśli przeto, przy durze malarycznym główne niebezpieczeństwo zagraża choremu w razie wyczerpania się zapasów sił ustroju, niedostatecznego odżywiania mięśnia sercowego — i niewystarczającej w skutek tego czynności serca — metoda ochładzająca, jest przeciwwskazaną.

Ale obok powyższego niebezpieczeństwa, które jest głównem i istnieje przez cały czas trwania każdego duru — występuje inne nie mniej groźne, ale nie zawsze blizkie, niebezpieczeństwo porażenia ośrodków nerwowych, przy przeciągającym się dłużej wpływie na rzeczony ośrodek, zbyt wielkiej ciepłoty krwi. Otóż to ostatnie niebezpieczeństwo, usuniętem być może jedynie przez sztuczne ochłodzenie krwi — przez mniej lub więcej gwałtowne odciąganie ciepłika i tam gdzie jest ono blizkiem, potrzeba istotnie uciekać się do metody gwałtownie ochładzającej, — do kąpeli chłodnych, bez względu na to, że metoda owa działa zkaąd inąd niepomyślnie, — że wyczerpanie sił ustroju przyspiesza.

Z powyższego zestawienia najjaśniej okazuje się, kiedy metoda ochładzająca może i powinna, w durze malarycznym znaleźć zastosowanie; użycie jej wskazanem jest mianowicie wtedy, gdy ciepłota ustroju, wznosi się po za pewną granicę, do której jeszcze, czynności ośrodków nerwowych zbyt znacznie nie cierpią. Rozumie się, że granica owa nie jest stałą i że zmienia się stosownie do okoliczności towarzyszących i indywidualności chorego. Oznaczyć właśnie ową granicę i zastosować do tego postępowanie lecznicze, jest właśnie jednym z najważniejszych i najtrudniejszych zadań lekarza, w obec każdego wypadku duru. Używać metody odciągającej ciepłik tam tylko gdzie potrzeba, oto najskuteczniejszy sposób zmniejszenia odsetka śmiertelności, tak przy durze zimniczym, jak i przy wszelkich innych tegoż odmianach.

W obec powyższej zasady, fakt dostrzeżony przez Ziemssena, który nadużywa metody odciągającej ciepłik, iż przy rzeczonyj metodzie częstość powrotów choroby się zwiększa i okres końcowy duru przedłuża, wyda nam się zupełnie zrozumiałym, są to bowiem zwykle następstwa zbyt szybkiego wyczerpania sił i zapasów ustroju.

Uważam za konieczne nadmienić, iż do powyższego poglądu na działanie metody odciągającej ciepłik, doszedłem nie drogą teoretycznego wywodu, ale ścisłą obserwacją wpływu, jaki ochłodzenie na chorego wywiera, tak doraznie jak i w ciągu dłuższego czasu. Niemożność obycia się bez środków silnie pobudzających (wino, kamfora) podczas stosowania zimnych kąpeli, już samo dostatecznie za słusznością tego poglądu przemawia. U wielu chorych, przy zbyt natarczywym odciąganiu ciepłika, widziałem objawy groźnego upadku krążenia, z oziębieniem powierzchni ciała, przy wysokiej ciepłocie wewnętrznej, ustępujące w zupełności, po ograniczeniu utraty ciepłika przez mocne nakrycie cho-

rego i ogrzanie ziębnięcych kończyn. Rozumie się, że im węższym jest ustrój chorego, tem oględniejszym być należy w stosowaniu metody ochładzającej, którą, ze względu właśnie na zasobność ustroju, lepiój w ogóle znoszą mężczyźni, niż kobiety.

Wychodząc z przytoczonych powyżej zasad, twierdzimy, iż metod: doraźnego odciągnięcia cieplika (kąpiele chłodne), przy durze malarycznym, stosowaną być powinna tylko w następujących wypadkach:

1° gdy dostrzeżemy, że pod wpływem wysokiój ciepłoty krwi, czynności ośrodków nerwowych zostają nadwyrężone;

2° gdy ciepłota krwi jest tak dalece podwyższoną, że jakkolwiek ośrodki nerwowe jeszcze nie cierpią, obawiać się należy, aby przy dłuższem jej trwaniu, nie przyszło do porażenia takowych.

W obu tych wypadkach, odciągnięcie cieplika stosować należy tylko tak długo, dopóki wzmiankowane objawy nie przeminaą, a w każdym razie za wystąpieniem niewątpliwych objawów wyczerpania sił i upadku krążenia dalsze stosowanie rękoczynów ochładzających, powstrzymanem być powinno.

Podczas stosowania kąpielei chłodnych, uważam za niezbędne, aby i głowa chorego przez cały czas kąpielei, była zanurzoną w wodzie.

W żadnej podobno formie klinicznój, nie zależy tak wiele na właściwem zastosowaniu, a przedewszystkiem, zastosowaniu na czasie, środków pobudzających (*excitantia*), jak przy durze zimniczym. Na pierwszym miejscu należałoby zapewne postawić zapalenie płuc krupowe, ale zadanie środków pobudzających przy tem ostatniem jest zgoła różnem niż przy durze. Przy zapaleniu płuc idzie o doraźne, zwykle na krótko tylko konieczne, wzmocnienie krążenia; podczas gdy przy durze, zwłaszcza malarycznym, idzie o podtrzymanie działalności serca przez całe tygodnie niekiedy, a zarazem o utrzymanie odżywiania ogólnego, o tyle przynajmniej, aby sprawy krążenia i oddechania odbywały się bez przeszkody. Rozumie się, że idzie tu przedewszystkiem o odżywianie mięśnia sercowego. O jednym tylko pamiętać należy, że przy niedostatecznem krążeniu krwi, musi cierpieć odżywianie - i że dla niedopuszczenia upadku tego ostatniego, trzeba niekiedy krążenie samo pobudzić. Aby mięśnie serca były dostatecznie odżywiane, potrzeba przedewszystkiem, aby tętnice wieńcowe były dostatecznie wypełniane krwią, przy odpowiedniem tejże ciśnieniu. Otóż ten ostatni warunek, bardzo często nie może mieć miejsca bez zastosowania środków pobudzających. Ale, o ile przy zapaleniu płuc, nie wahamy się użyć silnego, na razie pobudzenia, o tyle przy durze, takowe powinno być nader umiarkowanem, a przedewszystkiem nader starannie stopniowanem. Pobudzenie nie powinno być nigdy większem nad potrzebę, gdyż jak każdy niemal środek, ma ono swoje strony ujemne, z któremi liczyć się nie wypada. Przy durze, pobudzanie konieczne musi być połączone z żywieniem (*restaurantia*), dla tego najwłaściwszym środkiem pobudzającym w téj chorobie jest szlachetne wino. Ale i przy użyciu tego ostatniego środka, pilnie strzedz się należy zbyt gwałtownego pobudzenia. Przy użyciu wina przedwczesnem, w zbyt wiel-

kiej ilości, lub też zbyt mocnego, nie jednokrotnie zdarzało mi się widzieć, bardzo nie miłe następstwa jak: gwałtowne krwotoki nosowe, obłąd a nawet wyraźne objawy przekrwienia opon mózgowych. Najodpowiedniejszym wydaje mi się zachowanie stopniowania tak w mocy wina jak i ilości. Rozpocynać należy od win szlachetnych, ale lżejszych (np. wino reńskie) a przechodzić stopniowo do mocnych i ciężkich, jak stary tokaj, a niekiedy nawet madera. Ze wyprowadzenie chorego na dur z niebezpieczeństwa, przy użyciu dobrego wina, jest nierównie łatwiejszem niż tam, gdzie warunków tego nie dostaje, o tem zdaje mi się żaden z praktyków nie wątpi. W ciężkich też wypadkach duru malarycznego, przy bardzo długiem przeciąganiu się gorączki, środek ten niczem zastąpionym być nie może i są niewątpliwie wypadki, gdzie od stosownego jego użycia, zależy uratowanie chorego.

Niejednokrotnie, w chwilach krytycznych, pobudzenie samem winem okazywało się niedostatecznem i potrzeba było uciekać się do kamfory. Wpływ tego środka na stan chorego w ogóle wydał mi się nader zbawiennym. Niejednokrotnie zdarzało mi się widzieć, iż wyraźnie pod jego wpływem, obok podniesienia się i wyrównania tętna, występowało pewne uspokojenie się i rozweselenie chorego, zapowiadające zwykle pomyślny obrót rzeczy. Niekiedy widziałem się zmuszonym do podtrzymywania pobudzenia kamforowego przez czas dłuższy. W jednym wypadku powikłanem zapaleniem płuc opadowem i wielkimi odleżynami (po kalomelu) zadawałem kamforę codziennie przez dwa tygodnie—stopniowo zwiększając, a następnie zmniejszając dawkę. Zejście było pomyślne, pomimo iż opłakany stan jaki przebyła chora, nie dawał zdawało się, żadnej nadziei wyzdrowienia.

Prócz kamfory z grupy środków pobudzających stosowałem tylko piżmo, w tych mianowicie wypadkach, gdzie w ogólnym obrazie upadku sił (*collapsus*) przeważało potłumienie czynności nerwowych—spączka (*coma*), zupełna bezprzytomność umysłu, bez współczesnych objawów podrażnienia ośrodków nerwowych. W tego rodzaju wypadkach, wielkie (2 do 5 granowe dawki piżma) przywracały choremu przytomność, ożywiały go niejako i, wsparte innemi środkami pobudzającemi (wino kamfora) ułatwiały prawdopodobnie wyzdrowienia. Posiłkowany radą prof. Baranowskiego, leczyłem jeden wypadek niesłychanie ciężkiego duru malarycznego, powikłanego zapaleniem opon mózgowodzeniowych, gdzie piżmo zadawane w wielkich ilościach, podczas jeszcze podrażnienia ośrodków (ciągle drgawki) a przy ledwie wyczuwalnem tętnie, działało widocznie uspakajająco na chorą, wspierając zarazem upadające krążenie i, śmiało rzec mogę, chorą uratowało. Mimo zatem złej renomy jakiejś środek ten używa, tak wśród lekarskiej jak i nielekarskiej publiczności, śmiem utrzymywać, że są położenia, w których piżmo żadnym innym lekiem podniecającym zastąpionem być nie może, i na bezwarunkowe pierwszeństwo zasługuje.

Największe w ogóle trudności przedstawiało leczenie duru malarycznego w okresie końcowym, tam mianowicie gdzie powikłanie zimnicze występowało w tym właśnie okresie. W obec powtarzających się bez przerwy nasileni go-

rażki których liczby podobnie jak długość trwania choroby, niepodobna było nawet przybliżenie oznaczyć, lekarz widział się bezsilnym i zmuszonym pozostać na niemiłej dla siebie roli bezczynnego spektatora. Miewało to miejsce, zwłaszcza wtedy, gdy pełne dawki chininy, podane po pierwszych nasileniach gorączkowych, dalszego pojawienia się takowych nie powstrzymały. W wypadkach takich, wszelkie pokuszenia, by powstrzymać bieg choroby, przez ponawiane dawki chininy, okazały się bezowocnymi, a wpływając niepomyślnie na trawienie, pogarszały tylko stan chorego. Postępowanie wzmacniające i odżywiające, w małej tylko części mogło nagrodzić złe, wyrządzane uparcie trwającą gorączką, tak że w końcu, po mniej lub więcej długim trwaniu cierpienia, przychodził groźny dla życia deficyt, który, jeśli w porę nie zaradzono złemu, kończył się niejednokrotnie śmiercią. O smutnych wypadkach należących do tej ostatniej kategorii—u osób zwłaszcza wątłych i w młodocianym wieku, słyszałem wiele od kolegów, którzy je obserwowali.

Dla odwrócenia podobnie smutnego zejścia, koniecznym było wyszukanie środka, któryby mógł wpłynąć na ustanie gorączkowych nasileń. Przypisując powstawanie takowych, zakażeniu malarycznemu, przedewszystkiem zdawało się właściwem, próbować tych środków, jakie przeciw upartym wypadkom zimnicy, najskuteczniejszymi się okazują. Ale najdzielniejszy z nich, mianowicie zmiana miejsca pobytu, okazywał się z przyczyny ciężkiego stanu chorego, niewykonalnym, a przynajmniej nie w tym stopniu, aby to samo przez się, złe usunąć mogło. Nie przeczę, że przy wielkich środkach pieniężnych, możnaby takiego chorego przenieść nawet w odleglejszą okolicę, ale środki takie wyjątkowo tylko się spotykają. Przeniesienie chorego do innego tylko pokoju, lub nawet do innego mieszkania w temże mieście, może bardzo korzystnie wpłynąć na dalsze leczenie, ale samo przez się złego nie usunie. Skoro przeto chinina okazywała się bezskuteczną lub niedostateczną, pozostawał jeszcze arszenik, jako jedyny lek, od którego można było spodziewać się stanowczego skutku. Jakkolwiek użycie tego środka w okresie końcowym duru brzuszego, w obec istniejącego zwykle niezytu dróg trawienia i niezagojonych jeszcze owrzodzeń w kiszki, wydawało się w ogóle niebezpiecznem; zmuszony przecież koniecznością odwrócenia złego, przyciśnięty niejako do muru brakiem innego środka na który możnaby liczyć, odważyłem się zastosować w kilku najcięższych wypadkach arszenik, pod postacią roztworów Fowlera lub Pearsona. Skutek przewyższył moje oczekiwania, gdyż we wszystkich wspomnianych wypadkach gorączka, po kilkodniowym użyciu środka, zmniejszając się stopniowo, nastąpiła i chorzy, których uważałem za straconych, wyzdrowieli. Zachęcony tem powodzeniem, stosowałem następnie arszenik we wszystkich wypadkach, w których, w okresie końcowym duru występowała gorączka zwalnająca lub powrotowa, a zadawana zaraz w początku tego okresu chinina, pożądanego skutku nie odniosła. Wypadków takich naliczyłem 17. Od chwili, w której odważyłem się po raz pierwszy na użycie arszeniku, ani razu gorączka w okresie końcowym duru nie trwała dłużej jak do 10-go dnia tegoż okresu, podczas

gdy bez jego użycia, przeciągała się niekiedy do kilku tygodni i więcej. Początek obniżania się ciepłoty ciała i słabnięcie przystępów gorączkowych, prawie zawsze dawało się uczuć już trzeciego dnia po rozpoczęciu leczenia arszenikiem.

Zadowolony z wyników jakie sam otrzymałem, doradziłem kilku z kolegów, by w wypadkach trudniejszych, uciekali się do powyższej metody postępowania i z ich ustnej relacyi dowiedziałem się, iż takowa dała im równie pomyślne rezultaty. Zadawałem zwykle roztwór Fowlera, poczynając od 8 kropeł dziennie, a kończąc na 20. Zwiększałem dawkę codziennie o dwie krople.

Postępując przy leczeniu duru malarycznego, wedle naszkicowanych powyżej zasad, otrzymałem rezultaty, ze względu na niesłychanie mały odsetek śmiertelności, bardzo pomyślne. O ile przypisać to należy szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, o ile zaś słuszności przytoczonych poglądów, nie czuję się na sile rozstrzygnąć. Być może dalsza obserwacya to wykaze: w każdym razie dopóki nie przekonam się lub nie zostanę przekonany, że mam prawo sądzić, że mam prawo wsparty na dotychczasowem doświadczeniu, postępować nadal w tym samym kierunku.

Oto po krótko wszystko, co odnośnie do owych, znanych nam powszechnie wypadków, powikłanego zimnicą duru brzuszego, w ciągu ubiegłego roku, zdarzyło mi się dostrzedz. Niestety, liczba owych kilkudziesięciu wypadków, obserwowanie których mnie się dostało w udziale, jest nader szczupłą i niedostateczną aby należycie zaokrąglić odnośnie do tej formy klinicznej obraz epidemiologiczny dość długiej, bo obejmującej prawie rok cały epoki. To też wiem z góry, że w przytoczonych powyżej uwagach, ogólniejszej zwłaszcza natury, będą liczne niedostatki, — niektóre spostrzeżenia i fakta uważane przeze mnie za ogólne, okażą się wyjątkowemi tylko, nie potwierdzą się dalszą obserwacyą i t. p. Jestto właśnie niedostatkami wszelkimi przez pojedynczego lekarza prowadzonych badań klinicznych, że wyniki ich ze względu na ograniczoną ilość materiału i jednostronność poglądów obserwatora, nie mogą być dość pewnemi. Z tem też jedynie zastrzeżeniem, ośmielam się przedstawić sądowi Kolegów niniejsze spostrzeżenia. Nie uważam zgoła za niewzruszone twierdzeń jakie na nich oparłem i dla tego właśnie pragnąłbym poddać je pod rozprawę Towarzystwa, aby światłe zdania jego członków uzupełniły lub zmieniły zgoła moje własne poglądy.

Pragnąłem jedynie poruszyć nader ważną dla ogółu lekarzy praktycznych kwestyę, dotąd przez nikogo jeszcze nie podjętą, —oto główna pobudka, dla której dziś proszę o głos.

Od Redakcyi Gazety Lek. i Bibl. Umiejętn. Lekarskich.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1877 r. wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane, o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1877 r. zaczyna się tom dwódziesty drugi. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnoszeniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1877 r. wydawaną będzie

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągłe śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich rozpada się na cztery działy.

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1877 do 1 lipca 1877 r) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskich, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki, ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd“ prac za rok 1875 wychodzić będzie w półroczu przyszłym i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziełami wyżej wyliczonymi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1875 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1875 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci Bibl. Um. Lek. stanowi:

3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale Bibl. Umiejętności Lekarskich zawiera się:

4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący Gazety Lek. mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

III. Kalendarz Lekarski na r. 1877 wyszedł z druku. Cena rs. 1 (z przesyłką).

„Słownik Lekarski i Katalog dzieł lekarskich“ są pod prasą i pp. prenumeratorom i w przyszłym półroczu zeszytami rozsyłane będą.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtorne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicji, Poznańskiego i w ogóle z za granicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyż. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 17 (29) Декабря 1876.