

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

D-r Witold Jaroszyński,

ordynuje od 1 Września jak w latach poprzednich w Meranie. (Miejska Landstrasse. Villa Josefs—Ruhe). 9—8

Miasteczko W. (Suwalskiej gubernii) poszukuje

LEKARZA

Pensja stała rsr. 300 rocznie. Bliższa wiadomość u D-ra Samenof w Warszawie, Muranowska 40. 3—3

„ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

Pierszy numer ukaże się 1-go Października r. b.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincyi i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50.

Prenumerować można w Redakcyi (25 Ś-to Krzyzka), oraz we wszystkich księgarniach. 0—2

OD WYDAWCY ROCZNIKA MEDYCYNY POLSKIEJ.

Z powodu nowej numeracyi domów, upraszam pp. Kolegów zamieszkałych w Warszawie, o nadesłanie swoich adresów, najpóźniej do dnia 1 Października r. b. do Redakcyi tegoż Rocznika, Nowogrodzka 26.

0—4

Dr. J. Rogowicz.

D-r. Mieczysław Kittel,

ordynuje od 1-go Października b. r. do Maja p. r. w Meranie. Pension Rolanein przez lato w Franzensbadzie.

PASTYLKI HOUDÉ'GO zawierające Chlorek Kokainy.

Nasze pastylki z chlorkiem kokainy w skutek swego działania miejscowego znieczulającego i w skutek innych swych własności sprawiają bardzo znaczną ulgę i uspakajają ból w chorobach gardła, przy zakatarzeniu, przy chrypcy, przy utracie głosu i w zapaleniach krtani wszelakiego rodzaju.

Przy użyciu tych pastylek, **kłucie, łechtanie i uczucie podrażnienia** w gardle ustępują, a **struny głosowe** ulegają wzmocnieniu. Pastylki rzezione oddają również wielkie usługi przy leceniu chorób przelyku i żołądka, ułatwiając polykanie.

Dawka. Każka pastylka zawiera jeden miligram chlorku kokainy.

Sposób użycia. Stosownie do wieku 6 do 12 pastylek przez dzień. Przyjmować je należy przynajmniej na godzinę przed jedzeniem -- rozpuścić w ustach, i następnie połknąć.

Skład główny: w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis, Paris; znajdują się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

4-4

PREPARATY BAKTERYJOLOGICZNE

Z pracowni prof. Koch'a w Berlinie z wszystkich znanych czystych hodowli są do nabycia, a mianowicie: *Micrococcus prodigiosus*; *m. indicus*, Baet. niebieskiego mleka; *B.* zielonej ropy, *Aspergillus niger*, *Asp. fumigatus*; *A. flavescens*, *Microc. corymbifer*, *M. rhizopediformis*, *Mier. tetragenes*; *M. Erysipelas*; *M. pyogenes*; *Staphyloc. albus*; *Staph. aureus*; *Septycemia* myszy; *Sept. królika*; *Pneumonia*; *Tyfus*; *Cholera*; *B. Finkleta*; *B. serowe*; 4 stopnie karbunkułu; *B. sianowe*; *B. złośliwego obrzęku*; *Czarne drożdże*; *Czerwone drożdże*, *B. nosacizny*; *B. gruźlicze*.

Cena preparatu 1—2 Marek. Przesyłka pocztą z doliczeniem kosztów opakowania.

Odó Bujwid, Wilcza Nr. 12.

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia, kału i t. d.

0-5

KRONIKA LEKARSKA.

Dwutygodnik poświęcony przeglądowi postępów
Umiejętności Lekarskich.

Prenumerata w Warszawie wynosi:

rocznie rs. 5

półrocznie rs. 2 kop. 50

na prowincyi:

rocznie rs. 6

półrocznie rs. 3.

Pozostale z lat poprzednich komplety Kroniki Lekarskiej nabywać można po rs. 2 za egzemplarz (z przesyłką rs. 2 kop. 50). W lokalu administracyi również nabywać można dziełko prof. Billroth'a „O pielęgowaniu chorych w domu i Szpitalu, wydane nakładem Kroniki Lekarskiej po rs. 1 za egzemplarz zbroszurowany, po rs. 1 kop. 30 za egzemplarz oprawny, na koszt przesyłki dołączyć należy kop. 40.

Adres Redakeyi Chmielna 32. Administracyi i Expedyeyi Erywańska 4 a.

0-3

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Matlakowski. Kilka spostrzeżeń rzadszych postaci zwichnień i złamań. — II. A. Sokołowski. O włóknistej postaci suchot płucnych (*Phthisis fibrosa*) (Ciąg dalszy). — *Dział sprawozdawczy.* 42. Marchiafava i Celli. Nowe poszukiwania nad zakażeniem bagienem (*infectio malarica*). — 43. C. Musatti. Wyleczenie przerostu gruczołu krokowego za pomocą przyżegań galwanokauterem. — 44. G. Mayerhausen. Przypadek gwałtownego otrucia chlorkiem kokainy po wkropleniu tego środka do worka łącznicowego. — 45. Dr. Oppler. Odwzianie jodoformu. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. KILKA SPOSTRZEŻEŃ RZADSZYCH POSTACI ZWICHNIEŃ I ZŁAMAŃ

podał

Władysław Matlakowski

Ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

I. Zwichnięcie prawego palucha stopy ku górze (*Luxatio hallucis dextræ in articulatione metatarso-phalangea*).

Ad...czyk, 40-kilkoletni mężczyzna, urzędnik, średniego wzrostu, krzepkiej budowy ciała, znakomitej muskulatury. Schodząc w d. 17. I. wieczorem po schodach i myśląc, że już ma iść równo po podłodze sieni, stąpnął śmiało, lecz omylił się co do liczby przebieżonych piątr; nie była to jeszcze podłoga, skutkiem czego spadł, mianowicie całym ciężarem ciała na stopę prawą i to głównie na palec i na podeszwę w bliskości palców. Chorego podniesiono i zawieziono do domu. W d. 20. I. 1885 znalazłem stan następujący: cała stopa prawa, aż do przegubu goleniostopowego, mocno obrzmiała. zwłaszcza okolica stawów śródstopowo-palcowych z wyjątkiem stawu palca małego. Obrzmienie jest rozlane, rozciąga się na palec, zwłaszcza 3 i 4 i tak maskuje części głębsze, że ściśle zbadanie rodzaju uszkodzenia jest niemożliwe tembardziej, iż badanie sprawia choremu silny ból. Można tylko wyróżnić niezwykle ból przy macaniu 3-ej i 4-ej kości śródstopowej (mianowicie w ten sposób, że jeden palec, duży, kładłem na grzbietową powierzchnię badanej kości, a wskaziciel na podeszwową i tak starałem się nadać ruchy badanej kości), oraz ból i nadzwyczajne napięcie skóry na powierzchni grzbietowej pierwszej falangi palucha i stawu śródstopowofalangowego tegoż palca. Zastosowawszy lód w pęcherzu. oraz obwinąwszy stopę opaską flanelową, postanowiłem czekać z dalszem badaniem aż do czasu jakiego takiego otęchnięcia obrzmiąłych części. W ciągu dni następnych opuchnięcie i napięcie skóry jeszcze bardziej się wzmogły, ciepłota miejscowa części uszkodzonej na dotyk bardzo podniesiona, ból dotkliwy; pokazały się obszerne plamy od wynaczynienia krwi (*sugillationes*). Jednocześnie wystąpiły objawy *status gastrici*: język obłożony, biały,

brak łaknienia, tętno lekko przyspieszone, zaparcie stolca, ból w dolku. Przy wysłuchiwaniu serca znalazłem bardzo wyraźny szmer skurczowy, pilującego charakteru. Ku końcowi tygodnia zdjąłem bandaż, znalazłem zmniejszenie obrzmienia; wtedy posuwając palcem po grzbietowej powierzchni palucha i 1-ej kości śródstopowej, zauważyłem znaczną różnicę w poziomie tych powierzchni, a mianowicie powierzchnia grzbietowa falangi stała przynajmniej o centymetr wyżej od takiejże powierzchni kości metatarsalnej 1-ej. Z początku zagłębienie było zamaskowane przez opuchnięcie i napięcie skóry, udającej się z okolicy kości metatarsalnej na paluch; lecz skoro obrzmienie zmniejszyło się, różnica stała się nawet widoczną w poziomach. Mieliśmy więc przesunięcie palucha ku górze. Skóra, pokrywająca grzbietową okolice stawu metatarsalnofalangowego, bardzo naprężona i dziwić się należy, że nie pękła; w niej obszerne podbiegnięcia krwi, chory palcem w stawie palcośródstopowym pierwszym poruszyć nie może zupełnie, usiłowania zaś woli wywołują tylko słaby ruch w *articulatio interphalangea hallucis*. Zwichnięcie jest niezupełne, t. j. brzeg dolny paneweczki falangi nie oparł się na obwodzie górnym główki kości śródstopowej. Zwichnięcie to nastąpiło wprost ku górze. Oś palucha równoległą jest do osi kości śródstopowej 1-szej. Ból przy macaniu w końcach palcowych 3-ej i 4 ej kości śródstopowej jest bardzo żywy, daleko dotkliwszy, niż w okolicy wywichnięcia, która jest prawie niebolesną. Czy w tych kościach jest złamanie, orzec trudno, z powodu grubości tkanek, przez które się maca kości (atletyczna budowa, rozwinięte dobrze mięśnie, tłuszcz, wreszcie obrzmienie).

Dnia 28. I. 1885, przy pomocy kolegi Orłowskiego, zachloroformowałem chorego, postępując z całą ostrożnością, zważywszy na atletyczną budowę, oraz na wadę serca; mimo wszelkie przewidywania, chory usnął spokojnie bez szamotania się. Z początku naciskając na powierzchnię stawową falangi w kierunku od tyłu ku przodowi, starałem się zepchnąć falangę z kości śródstopowej; lecz wszelkie wysiłki pozostały bezskutecznymi; dopiero przy ujęciu palucha w przyrząd Charrière'a (do wyciągania palucha ręki przy zwichnięciach w stawie *phalango-metacarpea*) i mocnem ciągnięciu, a jednoczesnem napychaniu palcami na wywichniętą falangę, udało się kość odprowadzić na swoje miejsce.

Zwichnienia palucha należą do rzadkości (♂) i niejeden chirurg posiadający praktykę może nie spotkać tego zwichnięcia w swoim życiu, jak mówi Hue-ter (∧). Nie mam zamiaru zastanawiać się tu nad temi zwichnięciami, które, wraz z analogicznymi zwichnięciami palucha u ręki, przedstawiają wiele ciekawych stron. Interesujących się tym przedmiotem odsyłam do podręczników Hamilton'a (±), Follin'a (∞), Nélaton'a (∞), tu zaznaczę tylko, że zwichnięcia te

♂) Z opisu naprzykład podanego przez Nélaton'a, oraz przez Carsten'a Holt-house'a (Holme's A system of surgery. T. II. str. 937) nie widać, żeby autorowie ci obserwowali to zwichnięcie.

∧) Grundriss der Chirurgie. 1882. str. 1027.

±) A practical Treatise on Fractures and Dislocations. 1834. str. 952.

∞) Traité élémentaire de pathologie externe. T. III. str. 408.

∞) Éléments de pathologie chirurgicale. T. II. str. 492.

powstają jedynie pod wpływem ogromnej siły (najczęściej przy upadnięciu z ko-
nia, przyczem noga dostaje się pod brzuch zwierzęcia również upadłego, przy
przejechaniu kołem, przy kopnięciu kogoś stopą, przy upadnięciu ze znacznej wy-
wokości na palce). Najczęściej przytem pęka skóra i mamy zwichnięcie po-
wikłane raną. Najciekawszą atoli jest ta okoliczność, że przy odprowadzeniu
tych zwichnięć niekiedy napotyka się na niesłychane trudności, a w niektórych
nawet przypadkach nastawienie okazało się niepodobnem do skutecznienia.
Istnieją rozmaite tłumaczenia tego faktu, podobnie jak przy zwichnięciach palu-
cha ręki [napięcie nierozrywanych więzów bocznych, naprężenie brzuśców *m. flex-
oris brevis*, wniknięcie (*interpositio*) między powierzchnie stawowe kości wywi-
chniętych, ścięgnię *m. flexoris longi*, także wniknięcie trzszczek (*ossa sesamoidea*)];
najczęstszą przyczyną, o ile wnosić można z doświadczeń na trupie, stanowi inter-
pozycja torebki stawowej między powierzchnie zwichniętych kości. Odprowa-
dzenie w naszym przypadku, polegające na wyciąganiu i zepchnięciu falangi z ko-
ści śródstopowej, nie było zbyt trudnem; znane atoli są przypadki w literaturze,
gdzie chirurg widział się zmuszonym do wycięcia kości metatarsalnej 1-ej lub do
wypiłowania stawu falangostopowego.

2. Zwichnięcie żuchwy w stawie szczękoscroniowym lewym. (*Luxatio mandibulae habitualis*).

Wiosną r. 1884 pani Mek...g'owa, żona urzędnika, 35-letnia kobieta, zie-
wnąwszy, nagle spostrzegła, iż nie może ust zamknąć i szczęk zbliżyć do siebie.
Przywołany lekarz odrazu rozpoznał to nader charakterystyczne zwichnięcie,
lecz nastawić żuchwy nie zdołał. Wezwany tego samego dnia, znalazłem, co na-
stępuje: osoba otyła, nerwowa, z porażeniem połowicznym niezupełnem (*Myelitis
descendens post haemorrhagiam cerebri*); usta otwarte, szczęki od siebie od-
dalone i zbliżyć się nie dają, przytem żuchwa nieco na prawo zwrócona. Chora
uległa już zwichnięciu trzykrotnie; za każdym razem nastawienie nie było
łatwem.

Przy nastawieniu kierowałem się wybornymi przepisami, podanemi u Hue-
ter'a (*Grundriss der Chirurgie* str. 130), a mianowicie owinąwszy sobie prawy
paluch w płótno, żeby go osłonić od ostrych zębów, wprowadziłem go do jamy
ustnej i położyłem na zębach trzonowych dolnych prawych, wskazicielem zaś
i pozostałemi 3 palcami ująłem za wolny brzeg żuchwy, poczem silnie paluchem
naciskałem na zęby trzonowe ku dołowi, a jednocześnie małym palcem i dłońią
brodę napychałem ku górze; odprowadzenie udało się bez przeszkody przy pierw-
szej próbie.

3. Zwichnięcie niezupełne prawej stopy w stawie golenioskokowym ku tyłowi.

(Według Astley Cooper'a, Malgaigne'a i Hamilton'a zwichnięcie
kości goleni ku przodowi).

J....ski, 12-letni chłopak, mocnej budowy ciała i dobrego odżywiania, upadł
na ślizgawce w tył, przyczem uczuł gwałtowny ból w stawie golenioskokowym;

bliższych szczegółów o tem, w jaki sposób upadł, nie wie. Chorego widziałem w parę godzin po wypadku. Na pierwszy rzut oka nie widać żadnej różnicy między nogami; prawa stopa stoi pod kątem prostym do goleni jak i lewa, palce są prawidłowo ustawione; nie widać żadnego obrzmienia w okolicy stawu golenioskokowego. Przy lepszem jednak rozpatrzeniu się i porównaniu obu nóg, uderza wystawanie przez skórę przedniej krawędzi prawej goleni; jestto jedyny objaw dostrzegalny okiem, nie widać bowiem wyraźnego powiększenia pięty, lub skrócenia stopy (t. j. części jej od goleni do końców palców). Przy macaniu, które jest nader bolesnem, wyczuwa się wystający brzeg powierzchni stawowej kości piszczelowej; nadto uderza położenie kostki wewnętrznej, zwłaszcza jej brzegu przedniego w stosunku do kości stopy; wyraźnie kość piszczelowa (t. j. dolny jej koniec) przesunął się ku przodowi. To przemieszczenie byłoby jeszcze wyraźniejsze, gdyby nie to, że osobnik ma grubą i jędrną skórę, oraz znaczny pokład tłuszczowy. Rozpoznanie ułatwia brak obrzmienia, dzięki krótkości czasu, jaki upłynął od chwili wypadku. Co się tyczy koski zewnętrznej, to tu w zewnętrznym profilu stopy okiem nie można dopatrzeć się żadnej zmiany w konturach i formie, a i przy macaniu wyraźnych zmian nie odkrywa się. Po troskliwem zbadaniu, nie znajduje się złamania kości goleni, ani w kostkach, ani też wyżej. Ruchy bardzo bolesne. Z powodu bólu uważałem wszelkie próby odprowadzenia, zwłaszcza tak rychło po wypadku, za niewczesne, zaproponowałem rodzicom zachloroformowanie malca, sądząc, że trafne rozpoznanie cierpienia, które przy powierzchownem zbadaniu łatwo mogło ująć niedostrzeżonem, wzbudzi zaufanie do mojej propozycji; rodzice atoli nie zgodzili się na tę ostatnią; poczem chorego nie widziałem więcej.

Nie ulega wątpliwości, że miałem do czynienia z niezupełnem zwichnięciem stopy w tył (*luxatio incompleta, seu subluxatio*), które wedle słów Hue-ter'a należy do rzadkości (*auch diese sind immer noch als Seltenheiten zu betrachten* ♂). Autor ten zaznacza, że wszystkie zwichnięcia w stawie golenioskokowym, z wyjątkiem kilku przypadków, do których był wezwany za świeża, nie były rozpoznane przez leczących lekarzy, co było powodem bardzo ciężkich następstw dla chorych, pod względem czynności uszkodzonej nogi. Wylew krwi i obrzmienie zapalne mogą zupełnie zamaskować zmiany w konturach, dostrzegalne dla oka w przypadkach świeżych. Rozumie się, zmiany te, t. j. wystawanie przedniego brzegu kości piszczelowej i skrócenie stopy, są tem wyraźniejsze im bardziej zwichnięcie zbliża się do zupełnego. Przy zwichnięciu niezupełnem, t. j. gdy dolna powierzchnia stawowa kości piszczelowej cokolwiek przesunęła się po powierzchni stawowej górnej kości skokowej (*astragalus*), możliwem jest zachowanie całości kości goleni, tak jak to było w naszym przypadku. Przy zwichnięciach zupełnych, ulega złamaniu kość łydkowa najczęściej na 2—3 cali w odległości od wierzchołka kostki wewnętrznej. Czasami ulega złamaniu kostka wewnętrzna, lubo częściej rozerwanym zostaje więz wewnętrzny.

4. Zwicnięcie niezupełne lewej stopy w stawie golenioskokowym ku tyłowi i na zewnątrz oraz złamanie obu kostek.

Kos...ka, obywatelka, około 50 lat licząca, poślizgnąwszy się na chodniku w Grudniu 1883 r. upadła; przy pomocy przechodzących osób podniosła się, lecz skoro tylko stanąć chciała na lewej nodze, poczuła gwałtowny ból i upadła po raz wtóry. Zdrowa, bardzo otyła i ciężka kobieta; choć widziałem chorą w kilka zaledwie godzin po wypadku, stopa, staw golenioskokowy i goleń były już obrzmiałe do *maximum*; skóra naprężona, błyszcząca na częściach opuchniętych, twarda i niepoddająca się przy macaniu; mimo to jednak przez rozlane opuchnięcie, maskując kontury członka, wyczuć można było, iż w przegubie golenioskokowym brzeg przedni powierzchni stawowej kości piszczelowej i część dolna tej kości niezwykle przesunięte ku przodowi, silnie naciskają na części miękkie, tak, że skóra na przestrzeni dziesiątki miedzianej jest sino-błądą, zimną. Kostka wewnętrzna odłamana u podstawy, kostka zaś zewnętrzna wyżej, zarazem zaś z rodzaju trzeszczenia można było przypuszczać, że kostka ta uległa pogruchochotaniu. Stopa wydaje się przesuniętą na zewnątrz, okolica kostki wewnętrznej wystaje więcej niż na nodze zdrowej, brzeg stopy zewnętrzny stoi wyżej od wewnętrznego. Na wysokości złamania kości łydkowej wyczuwa się i widać kąt wierzchołkiem zwrócony ku wewnątrz. Zresztą badanie, z powodu bólu i napięcia skóry, było trudne, a od nastawienia kości na swoje miejsce musiałem odstąpić, zostawiając sobie nazajutrz w razie trudności uciec się do chloroformu. Następnego dnia jednak (2. XII), w części pod wpływem działania zimna (lód w pęcherzu), udało się kości nastawić i skórę przegubu od nacisku kości piszczelowej oswobodzić; natychmiast nałożyłem opatrunek z namoczonych pasów tektury i bandaży muslinowych nakrochmalonych, celem utrzymania kości w położeniu pozyskanem. W kilka dni potem opatrunek ten, kiedy noga nieco otęchła, zmieniłem na nowy, ściślej przystający, co jeszcze raz powtórzyłem w kilka dni później, przyczem widocznymi stały się rozległe siniaki dochodzące do kolana; obrzmienie znacznie się zmniejszyło. 22. XII. nałożyłem opatrunek gipsowy, wedle zwyczajnego sposobu (mianowicie całą kończynę obwijam najprzód bandażem flanelowym, na okolice, w których znajdują się tuż pod skórą wystające kości, kładę watę, poczem obwijam bandażem merlowym, na który kładę szyny, jak na goleń 2, namoczone w gąszczu gipsowym). Już podczas nakładania zauważyłem, że okolica przegubu była nieco grubsza, niż przy ostatnim przebandażowaniu. Mając na uwadze owo naciśnięcie kości piszczelowej. 24. XII. wyciąłem okno w opatrunku, a znalazłszy naskórek podniesiony w kształcie kilku bąbelków, opatrzyłem jodoformem i watą. Chora siedziała przy wieczerzy wilijnej; w nocy miała ziębienie; ciepłota podniosła się do 40° C.; pojawiły się bóle strzykające w okolicy kostek; mdłości długie, męczące, przez całą noc, wymioty; nadto podsychnienie języka, pożółknięcie twarzy, tętno około 100. Zdjąłem gips, poczem znalazłem, że cała część skóry naciśnięta poprzednio przez kość piszczelową jest zimną i zmarzniętą, w okolicach zaś kostek silne obrzmienie, zaczerwienienie i ból. 29. XII. porobiłem długie cięcia wzdłuż kostki wewnętrznej i zewnętrznej, dochodzące do kości, równoległe do osi goleni; poczem wyplęnęła przez rany ropa. 3. I 1884 już wycią-

lem krążek skóry zmartwiały i dobrze odgraniczony; zgorzel atoli nie ograniczała się do skóry, lecz objęła oprócz tej ostatniej, nadto tkankę podskórną, powięź, część ścięgien zginacza palców, oraz torebki stawowej. Po wycięciu strupa ukazała się chrząstka kości skokowej, oraz brzeg przedni kości piszczelowej. Przez następnych kilka dni oddzielały się strzępy torebki, ścięgien obumarłych. Nie będę nużył czytelnika opisem groźnego przebiegu choroby, która, zdawało się, zmusi do odjęcia goleni doprowadzić; mimo to wszystko wszelako (ziębienia, gorączka do 39° C., poślónknięcie, mdłości, lekkie zajęcie *sensorii*), powoli zaczął się stan poprawiać i zakończyło się zrośnięciem się kości, zagojeniem owrzedzenia, powstałego po zgorzeli, oraz ran po cięciach, ocaleniem kończyny; przyczem stopa pozostała prawie zupełnie nieruchomą ustawioną w stawie golenioskokowym pod kątem prostym do goleni.

W przypadku tym mechanizm uszkodzenia pozostaje niewiadomym, chora bowiem w przestרחu zapomniała, jak upadła; czy powtórne upadnięcie przyczyniło się do uszkodzenia pierwotnego, czy dopiero ono głównie je wywołało, rozstrzygnąć niepodobna. Pewną jest rzeczą, na mocy owego wystawiania kości piszczelowej ku przodowi i parcia na skórę przegubu, iż, oprócz odłamania obu kostek, było niezupełne zwichnięcie goleni ku przodowi, powstałe albo jednocześnie ze złamaniem albo przy powtórnem upadnięciu. Co właściwie było powodem, że w 2 tygodnie po wypadku, kiedy już obrzmienie znacznie zmniejszyło się, przyszło do obumarcia części miękkich, które z początku wytrzymały napór kości, orzec trudno. Że gipsowy opatrunek nie może być o to pomówiony, wypływa raz z tego, że już w chwili jego nakładania, zauważyliśmy pewne pogorszenie w stanie nogi, a powtórne, że gips wywołałby zgorzel części najbardziej na ucisk gipsu wystawianych (części pokrywające kostki). Przypuszczam, choć w tem nie ma pewności, że już przed nałożeniem gipsu, rozpoczęła się demarkacja obumarłych skutkiem traumatyzmu części torebki i ścięgien, i że ropienie w stawie ztąd wybuchłe wywołało dalsze następstwa. W części mogło przyczynić się kilkogodzinne siedzenie z nogą opuszczoną przy wieczerzy wilijnej, stawiając kończynę w warunkach jeszcze trudniejszego krążenia krwi.

(D. n.)

II. O WŁÓKNISTEJ POSTACI SUCHOT PŁUCNYCH

(*Phthisis fibrosa*),

Napisał

Alfred Sokołowski

ordynator szpitala Św. Ducha w Warszawie.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 37).

Nasi chorzy jako przyczynę choroby podawali następujące momenty:

U 25 chorych cierpienie powstało bez widocznego ostrego momentu przyczynowego, chorzy wogóle tylko określali, że cierpienie powstało u nich powoli, w ciągu lat kilku, a nawet kilkunastu, a objaw, który pierwotnie zwrócił ich

uwagę, był mniej lub więcej mocny kaszel. U 15-stu chorych mamy zanotowany wyraźny moment przyczynowy i tak:

1). W 5-ciu przypadkach jako pierwotny objaw choroby mamy zanotowany krwotok płucny; dwa z tych przypadków, ze względu na ważność owego momentu przyczynowego, należy pokrótce opisać.

Pani G., lat 49 mająca, w 16 roku życia, t. j. przed 33 laty, będąc zupełnie zdrową, podczas nadmiernego tańca dostała bardzo obfitego krwotoku płucnego. Powoli wystąpił kaszel, połączony z obfitem odpluwaniem, oraz stopniowo wzmagająca się duszność. Gorączki ani innych objawów hektycznych nie było. Krwotoki w różnych odstępach mniej lub więcej obfite, trwają do ostatnich czasów. Przy badaniu chorej [22. VI. 1381 r.] znaleźliśmy: Stan ogólny niezły, brak tchu znaczny, kaszel niewielki, odpluwanie obfite śluzo-ropnej płwociny. Miejscowo w płucach istnieje obszerne zgęszczenie prawego szczytu płucnego [stępienie, oddech nieokreślony, nieco rzężeń zwykłych]. Stan bezgorączkowy.

O., lat 30 mająca, służąca, bez usposobienia dziedzicznego, przed 4 laty, po dźwignięciu silnego ciężaru, dostała obfitego krwotoku płucnego; od tej pory od czasu do czasu powtarzają się mniej lub więcej obfite krwotoki. Kaszel bardzo nieznaczny, stan ogólny wcale niezły, bezgorączkowy, duszność znaczna. W prawem płucu, u szczytu, bardziej od tyłu, znaleźliśmy obszerne zgęszczenie (stępienie, oddech oskrzelowy, rzężenia dźwięczne). Żadnych objawów hektycznych nie ma, trawienie prawidłowe. Chora przy użyciu tranu w ciągu kilku-tygodniowego pobytu w szpitalu poprawiła się znacznie pod względem stanu ogólnego.

W trzech następnych, tu należących spostrzeżeniach, chorzy jako początek choroby podawali mniej lub więcej obfity krwotok płucny, od tej bowiem chwili rozpoczynało się istotne podług nich cierpienie. Rozbierając jednakże bliżej owe przypadki, przekonaaliśmy się, że chorzy powyżsi już przedtem kaszlali, tylko na kaszel bynajmniej nie zwracali uwagi, gdyż czuli się przytem zupełnie dobrze. Nie ulega więc najmniejszej kwestyi, że istotna przyczyna ich choroby była powoli i skrycie rozwijająca się sprawa przewlekłego zapalenia płuc, natury włóknistej, a krwotok płucny był tylko jednym z objawów nieco dalej posuniętej sprawy.

Co się tyczy dwóch powyższych przypadków, to zdaje się, iż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w nich krwotok był istotną przyczyną sprawy suchotniczej. Dla mnie możliwość przyczynowego związku krwotoku płucnego i suchot nie ulega najmniejszej kwestyi, są to przyadki rzadkie wprawdzie, ale istnieją stanowczo. Kwestyję ową, sporną w nauce jeszcze od czasów Morton'a, podniosłem w roku 1878, ogłosiwszy w „*Berlin. klin. Wochenschrift*“¹⁾, oraz w Przeglądzie Lekarskim Krakowskim, szereg odpowiednich przypadków, spostrzeganych w czasie mojej działalności lekarskiej w Zakładzie Leczniczym w Goerbersdorffe. Obserwacje moje uległy podówczas z kilku stron krytyce, bynajmniej jednakże moich opinii pod tym względem nie zachwiały, a dziś mam to moralne zadowolenie, że ostatnimi czasy inni autorowie, a szczególnie Jaccoud, w swojej ostatniej pracy „o leczeniu suchot płucnych“, podnosi również znaczenie

¹⁾ Beitrag zur Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht von D-r A. Sokołowski. Berl. klin. Wochenschr. 1878.

krwotoku, jako jednego z momentów etyologicznych suchot, opierając się, między innymi, na moich spostrzeżeniach. Podówczas jeszcze z kwestyją suchot płucnych włóknistych nie byłem dobrze obznajomiony, przypominając sobie obecnie bliżej owe przypadki, sądzę, że większość ich właśnie podpada pod kategorię suchot płucnych włóknistych. Być więc może, że przy pewnych warunkach, bliżej niewiadomych, krew wynaczyniona wywołuje, zupełnie jako ciało obce, bujanie tkanki łącznej i sprowadza ową specjalną formę.

Z innych przyczyn mamy do zanotowania następujące:

2). W dwóch przypadkach chorzy zaznaczali koklusz, przebyty w dzieciństwie, jako punkt wyjścia choroby. Kaszel bowiem trwał bezustannie od owego czasu aż do ostatniej chwili. Jak wiadomo często koklusz daje początek sprawom zrazikowym w płucach. Być może, że przy pewnych szczęśliwych warunkach takie sprawy nie przechodzą, jak to zazwyczaj ma miejsce, w sprawy rozpadowe, czyli zwykłe suchoty płucne, lecz w postać o wiele dla chorych korzystniejszą, t. j. postać włóknistą suchot.

3). W dwóch przypadkach zanotowaliśmy, jako początek choroby, zapalenie płuc i opłucnej, przebyte przed kilkunastu laty, w jednym przypadku zapalenie płuc przed 6-ciu laty, a w dwóch — zapalenie opłucnej. O ile przypadki owe były rzeczywiście samoistnymi zapaleniami płuc i opłucnej, trudno na pewno wiedzieć. Chociaż bowiem chorzy dokładnie przebieg owej choroby opisywali, z czego wnioskować by można, że w istocie to cierpienie przebyli, jednakże zawsze się rodzi pytanie, czy nie były to sprawy następcze, przyłączające się do skrycie przebiegającej sprawy suchotniczej?

4). W jednym przypadku jako moment etyologiczny podaną była *trauma*. Douglas Powell wspomina o podobnej możliwości, chociaż ogólnikowo; podaje więc przypadek ów w kilku słowach:

G., lat 43 mający, bez usposobienia dziedzicznego. W 17 roku życia jego, wskutek silnego upadku z konia i stłuczenia piersi, wystąpił kaszel, który trwa do ostatnich czasów; przed 12-stu laty miało miejsce krwioplucie, powoli wystąpił krótki dech i łatwość męczenia się. Gorączki nigdy nie bywało. Przy badaniu znaleziono (31. VII 1882): Stan ogólny bardzo dobry, lekki stopień rozemdy płuc, u prawego szczytu od tyłu nieznaczne stępienie, oddech silnie wydłużony, kaszel przeważnie suchy. Trawienie prawidłowe.

Lebert w swojej klinice chorób piersiowych opisuje również podobny przypadek.

5). W dwóch przypadkach, jako moment przyczynowy, mieliśmy zanotowany alkoholizm, w jednym zaś przymiot. O tych to ostatnich momentach i związku ich z suchotami włóknistymi wspomnimy w następującym rozdziale.

V.

Istota (patogeneza) choroby.

Już na wstępie niniejszej pracy wspomnieliśmy o niektórych poglądach autorów, dotyczących patogeny choroby. B e n e k e (*l. c.*) sądził, że cierpienie, o którym mówimy, jest chorobą samoistną, polegającą na pewnej właściwości ustroju do wytwarzania tkanki łącznej w różnych narządach, a więc i w płu-

cach. Cierpienie owo nazwał on „*fibromatis*“. Pogląd ten Beneke'go, na pozór wielce oryginalny i samodzielny, charakteryzujący zresztą ze wszech miar samodzielny umysł tego badacza, nie jest bynajmniej poglądem nowym, dawno bowiem przed nim toż samo mniej więcej zdanie wypowiedział An. Clark (*l. c.*), przyjmujący suchoty włókniste za cierpienie samoistne, polegające na pewnej właściwości ustroju do wytworzenia materii włóknistej. Nadmieniliśmy już wyżej, że inni autorowie, a szczególnie angielscy, starali się zbić poglądy Clark'a, zaprzeczając suchotom włóknistym swoistości, podług nich one bowiem nie przedstawiają bynajmniej oddzielnej formy chorobowej, lecz przeciwnie są tylko pewną odmianą kliniczną zwykłych suchot płucnych (Williams, Powel). Przypadki przezemnie zestawione i rozebrane skłaniały by mnie również do przyjęcia poglądów autorów angielskich. Nie sądziłbym, aby suchoty włókniste stanowiły odmienną postać patologiczną, podstawą ich bowiem są też same pierwiastki histologiczne co i zwykłych suchot płucnych, t. j. twory gruzelkowe, masy serowate i w parze z nimi idące laseczniki gruźlicze (o czym niżej powiemy), oraz rozwój tkanki łącznej. W przypadkach tych jednak ta tylko zachodzi różnica, że nad sprawą zniszczenia bierze przewagę rozwój tkanki łącznej, który i nadaje ów charakter odrębny całej tej postaci klinicznej, odznaczającej się głównie niesłuchanie przewlekłym przebiegiem. O ile jednakże w większości przypadków początkowe okresy choroby przedstawiają postać poczynających się zwykłych suchot płucnych, o tyle znowu toż samo widzimy w okresach końcowych, gdzie podstawą anatomiczną sprawy będą w końcu ogniska rozpadowe, wrzody gruźlicze i t. p. zmiany, charakteryzujące zwykle suchoty rozpadowe.

Zachodziłoby naturalnie tutaj pytanie, dla czego poczynająca się sprawa gruźlicza raz przechodzi w zwykłą postać rozpadową suchot płucnych, co ma miejsce w ogromnej większości przypadków, w innych zaś razach tkanka łączna bierze przewagę nad sprawą niszczącą i wytwarza się sprawa o wiele łagodniejsza, t. j. suchoty włókniste? Na pytanie to trudno dać dzisiaj zadawalniającą odpowiedź, sądzę jednakże, że w przypadkach tych musi bardzo ważną rolę odgrywać właściwość ustroju, t. j. brak usposobienia dziedzicznego; jak bowiem wyżej wykazaliśmy, o ile częstym jest usposobienie dziedziczne w suchotach zwykłych, o tyle rzadkiem w postaci włóknistej, w naszych bowiem przypadkach tylko u pięciu chorych, t. j. u 12%, mieliśmy z niem do czynienia. Zachodziłoby teraz pytanie, czy czasem zajęcie, lub też warunki życiowe nie mogą wpłynąć na wywołanie tej postaci? I na tę kwestyję trudno dać stanowczą odpowiedź, sądziłbym jednakże, że z moich obserwacji pod tym względem tylko przeczący wniosek wyprowadzić by można; i tak, jeśli z jednej strony spotykaliśmy cierpienie to w klasie ludzi zupełnie zamożnych, żyjących w najlepszych warunkach higieniczno-dyjetetycznych, jako to: u właścicieli ziemskich, proboszczów wiejskich i t. p., to z drugiej strony tę samą postać spotykaliśmy u naszych chorych szpitalnych, żyjących w najgorszych warunkach higieniczno-dyjetetycznych, a nawet oddających się rzemiosłom, które *par excellence* usposabiają do suchot płucnych zwykłych, jako to: u stolarzy, szewców, krawców i t. p.. Jak wiadomo, pewne cierpienia dyskrazyjne, jako to przymiot i alkoholizm, usposabiają do rozwoju tkanki łącznej, należałoby więc w paru słowach i nad nimi się zastanowić.

Co się tyczy p r z y m i o t u, to w naszych przypadkach tylko u jednego chorego mieliśmy wzmiankę w anamnezie. Opis przypadku tego jest następujący:

Chory, lat 45 liczący, przebył chorobę przymiotową przed 21 laty, wskutek objawów następczych przechodził kilkakrotnie energiczną kurację ręciovą; od 18 lat objawy przymiotu wcale nie ujawniły się. Pozostała skłonność do nieży-tów i kaszlu. Chory, obok wybornego stanu ogólnego, przedstawiał objawy zgęszczenia prawego szczytu, bez objawów rozpadowych. Kaszlał niewiele, obok tego istniała lekka duszność.

Trudno więc sądzić, o ile przymiot przed 20 laty przebyty usposobił do owej włóknistej postaci zgęszczenia, tembardziej, że mieliśmy do czynienia z osobnikiem bez usposobienia dziedzicznego i żyjącym na wsi, w zupełnie dobrych warunkach higieniczno-dyjetetycznych.

Zresztą, co się tyczy przymiotu i jego związku z suchotami płucnymi, to kwestyję tę szczegółowo na innem miejscu poruszałem ¹⁾. Z wyjątkiem tych wyjątkowych przypadków, w których mamy do czynienia ze sprawą swoistą płuc, charakteryzującą się rozwojem w płucach twardej tkanki łącznej, bez obecności zwykłych ognisk bronchopneumonicznych, a które to postaci nazwać możemy suchotami płuc przymiotowemi, przymiot usposabia do zwykłej wrzodziejącej, *resp.* pospolitej postaci suchot płucnych; postaci te charakteryzują się złośliwym przebiegiem, obszernem zajęciem krtni natury gruźliczej (*phthisis laryngea*). W ostatnim swym okresie przedstawiają one zwykłe objawy hektyczne, w zupełności się różniące od przebiegu suchot włóknistych wyżej opisanego.

Co się tyczy a l k o h o l i z m u, to w naszej kazuistyce zanotowaliśmy go dwa razy; w obu przypadkach dotyczył on mężczyzn. I tutaj, podobnie jak w przymiocie, trudno nam coś stanowczego wyrzec o jego związku przyczynowym z suchotami. Wprawdzie alkoholizm usposabia do suchot zwykłych, jednakże, pomimo tak nadmiernego rozprzestrzenienia się tego nałogu w naszej biednej klasie, nie tak często spotykamy się z tą postacią suchot w szpitalach, anizeliby to się z pozoru zdawało. Sądzę jednakże, że na okoliczność tę należy w przyszłości zwrócić bacniejszą uwagę, zdarzało mi się bowiem bywać przy sekcjach starych żebraków lub żebraczek, pijaków nałogowych, zmarłych na ulicy, lub też w stanie ostatecznego uwiadu schyłkowego przywiezionych do szpitala, u których widywałem w płucach zmiany cyrotyczne u szczytów; naturalnie w braku historii choroby trudno było cośkolwiek z tego wnioskować. W tych przypadkach uderzała mnie zawsze jednakże tego rodzaju okoliczność, że u osobników tych, żyjących w istotnej nędzy, w biedzie, spędzających całe życie na ulicy, a przytem oddanych nałogowo pijaństwu, nie spotykałem w płucach zmian serowatych, a przeciwnie: rozedmę płuc, przewlekły nieżyty i zgęszczenia łączno-tkan-kowe. Przypadki takie nasuwały mi zawsze na myśl dwa rodzaje wniosków: 1-sze, że nieżyty nie usposabiają do suchot płucnych, o czem obszerniej mówiłem w roku bieżącym na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego (patrz Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego r. 1884), zbijając wywody D-ra Dobrzyckiego, 2-ie

¹⁾ Patrz pracę moją „o suchotach przymiotowych“ *Gazeta Lekarska* 1882, oraz „Ueber die luetische Phthisis“ von A. S o k o ł o w s k i. *Deut. Med. Wochensch.* Nr. 37. 1883 r..

czy czasem w wytwarzaniu zmian łączno-tkankowych nie odgrywa jakiej roli alkoholizm? Są to punkty bardzo, zdaniem mojem, kwalifikujące się do dalszej obserwacji.

Jeszcze parę słów o zimnicy i jej związku z suchotami włóknistemi. Wzmiankuje o tem z tego względu, że Heschl¹⁾ utrzymywał, iż sprawy induracyjne w płucach, które spotykał często przy badaniach sekcyjnych w Krakowie, mogą być zależnemi od zimnicy panującej w Krakowie. U kilku naszych chorych znaleźliśmy w anamnezie wzmiankę, iż przebywali zimnicę; pod tym jednakże względem zapatrywanie nasze jest bardzo skeptycznym, wielokrotnie bowiem mamy do czynienia u suchotników z gorączką przemijającą, w wysokim stopniu symulującą napady zimnicy, która bardzo często daje pochop nawet wytrawnym lekarzom do błędów rozpoznawczych; na tego rodzaju więc anamnezie trudno coś istotnego budować, tembardziej, że idąc w ślad Heschl'a, należałoby sądzić, że sprawy włókniste w płucach powinny być w naszym mieście zjawiskiem bardzo częstym, ze względu na stale panującą u nas zimnicę; tymczasem rzecz ma się przeciwnie: przy częstej zimnicy, zmiany włókniste w płucach, *respectively* suchoty włókniste, są chorobą stosunkowo rzadką.

VI.

Symptomatologija ogólna i szczegółowa.

Przystępując obecnie do rozbioru szczegółowego oddzielnych objawów chorobowych, należałoby, zdaniem mojem, opisywać oddzielnie takowe dla obu form włóknistej postaci suchót płucnych, t. j. dla postaci zwykłej i rozedmowej; nie chcąc jednakże zbyt rozszerzać ram niniejszej pracy, rozbiórę symptomatologiją pokrótce wspólnie dla obu postaci, tembardziej, że późniejsze okresy choroby przedstawiają niemal identyczne dla obu postaci objawy, które już przedtem ogólnie skreśliłem.

1) **Wygląd chorych.** W większości przypadków wygląd i stan ogólny chorych nie przedstawia nic do życzenia; nieraz nawet jesteśmy zdziwieni, po zbadaniu chorego, jego świetnym wyglądem, wybornem ukrwieniem, pomimo obecności znacznych zmian w tkance płucnej. Niektórzy chorzy nawet zyskują nieraz nadmierną tuszę i jej jedynie przypisują niektóre swoje dolegliwości, a przedewszystkiem duszność; ztąd też wielokrotnie chorych takowych spotyka się w Marienbadzie lub podobnych zdrojowiskach. Z postępem choroby, a szczególnie z chwilą powstania większej duszności, wygląd chorych zaczyna się stopniowo zmieniać, zaczynają oni chudnąć, twarz traci świeżość cery, staje się bledszą, następnie w późniejszych okresach przybiera barwę ziemistą, charakterystyczną; jednakże nawet w najdalej posuniętych okresach choroby, chorzy, o których mówimy, nigdy nie przedstawiają owego typu ostatecznego wychudnienia i wyniszczenia, jak to ma miejsce w zwykłej postaci suchót płucnych. W postaci rozedmowej wygląd chorych w dalszych okresach choroby przedstawia się nieco odmiennie, twarz nie przybiera barwy ziemistej, przeciwnie, przedstawia

¹⁾ H e s c h l. Ueber Lungeninduration. Prager Vierteljahresschrift. 1856.

się lekko sinicowatą, a przytem nieco zbrzękniętą; wygląd ów zależy z jednej strony od zastoju, uwarunkowanego niedostatecznością nadmiernie rozszerzonej prawej komórki serca (*insuffitientia relativa valvulae tricuspidalis*), z drugiej zaś — od ciągłego duszącego kaszlu, nocie i dnie męczącego chorych.

2) **Gorączka.** Jak już wyżej nadmienilem, cechą wielce charakterystyczną tej postaci jest zupełny brak gorączki, stanowiącej jeden z najwybitniejszych i najstalszych objawów zwykłych suchot płucnych. Wprawdzie o początku choroby nieraz chorzy opowiadają, że jakiś czas gorączkowali, okres ten jednakże, jak wyżej nadmienilem, stanowi właściwie początek przyczynowy (zapalenie płuc, opłucnej i t. p.), a nie właściwą chorobę, która dopiero w następstwie się rozwija.

We wszystkich zresztą moich przypadkach, chorzy nie gorączkowali wcale; podobnie twierdzą i inni autorowie. Spostrzegałem jednakże w moich kilku przypadkach, że chorzy, stale nie gorączkujący, od czasu do czasu przedstawiali przemijające poruszenia gorączkowe, takowe jednakże zawsze objaśnić było można jakimś przemijającym powikłaniem, np. ograniczonym zapaleniem opłucnej, świeżym ostrym niezłym oskrzeli i t. p.. W jednym przypadku, który spostrzegałem bardzo długo, w ostatnim okresie choroby chora przedstawiała stale w ciągu dni kilku pewne wahania gorączkowe, dochodzące wieczorem prawie do 40° C.. Badanie pośmiertne jako przyczynę wykryło ostre świeże zapalenie otrzewnej. To samo co o gorączce da się również powiedzieć i o innych objawach jej towarzyszących, t. j. o tak zwanych potach nocnych suchotników; takowe również wcale nie towarzyszą postaci włóknistej suchot, natomiast chorzy mają skłonność do pocenia się w dzień, te jednakże poty występują głównie na twarzy i piersiach i to w następstwie silnego duszącego kaszlu i nie przedstawiają najmniejszych cech tak zwanych potów suchotniczych.

3) **Kaszeli płwocina** przedstawiają się wielce rozmaicie, zależnie od okresu i postaci choroby; w pierszych okresach w ogóle kaszel jest bardzo nieznacznym, nieraz nawet nie ma go wcale, tylko co rano chorzy zmuszeni są odchrząkiwać i odpluwać nieznaczną ilość śluzowej płwociny.

W większości jednakże przypadków istnieje kaszel, przeważnie suchy, z wydzieloną bardzo ograniczoną; kaszel ten, co zresztą zdarza się najczęściej, występuje głównie rano, po obudzeniu się chorego, pod postacią napadów, krócej lub dłużej trwających, a wydzielina bywa lepka, biała, śluzową. W dalszych okresach choroby kaszel staje się częstszym, występuje nietylko rano, ale i w dzień, po jakimś wysiłku, np. po wejściu na schody, zmęczeniu się i t. p.. Jednocześnie płwocina zmienia swój charakter, staje się coraz bardziej gęstą, wreszcie w ostatnich okresach choroby chorzy niemal bezustannie kaszlą, wyrzucając ogromne ilości [całe kufle] płwociny, po części piennej i śluzowej, a po części stanowiącej masy, zbite gęste, uformowane, opadające na dno naczynia; płwocina przytem od czasu do czasu bywa krwawo zabarwioną. W postaci rozedmowej przeważa stale kaszel z bardzo skąpą płwociną, dopiero w ostatecznych okresach choroby płwocina przybiera charakter powyżej opisany.

Co się tyczy poszukiwania w płwocinie laseczników gruźliczych (*bacillus tuberculosis*), to odnośne badania przedsięwzięłem do-

piero ostatniemi czasy, tak, że tylko u niewielkiej liczby chorych byłem w stanie je skutecznie. Z badań jednak moich przyszedłem do wniosków następujących: 1) Nawet w najbardziej typowych postaciach suchot płucnych włóknistych znajdowałem laseczniki gruźlicze. 2) Laseczniki znajdowały się w bardzo nieznacznej ilości i nieraz trzeba było powtarzać badanie wielokrotnie (w jednym przypadku 4 razy), zanim je wykryto. W jednym przypadku, zakończonym śmiercią, dopiero na kilkanaście dni przed śmiercią znaleziono takowe i to w bardzo nieznacznej ilości, pomimo, że badanie pośmiertne wykryło rozległe zmiany włókniste w obu płucach, oraz jamę wielkości orzecha włoskiego w szczycie jednego płuca.

4) D u s z n o ś ć, jak już wyżej wzmiankowaliśmy, stanowi obok braku gorączki jeden z najbardziej typowych objawów choroby. W pierwszych okresach choroby duszność występuje głównie po pewnych wysiłkach, a więc przy wchodzeniu na schody, biegu i t. p.; z czasem duszność staje się objawem bardziej wyraźnym, a więc nawet dłuższe chodzenie, głośna przydłuższa rozmowa, silniejsze napelnienie żołądka, kaszel i t. d., wywołują mniejszy lub większy brak tchu. Z postępem cierpienia duszność występuje stale, a nawet najmniejszy wysiłek, jako to przejście przez pokój, rozmowa, rozebranie się, wznaga ją znacznie. Wreszcie w ostatnich okresach duszność silna trwa stale i dochodzi od czasu do czasu, szczególnie do kaszlu, do prawdziwych napadów zaduszenia.

W postaci suchot włóknistych rozedmowych duszność jest objawem jeszcze wcześniejszym i stalszym; albowiem podczas gdy w pierwszych okresach zwykłej postaci, chory mało się na duszność uskarża, kładąc ją na karb wysiłku fizycznego, w postaci rozedmowej stanowi ona jeden z pierwszych przedmiotów skargi chorego. W tej również ostatniej postaci częściej i daleko wcześniej przychodzi do tak zwanych napadów zaduszenia, w wysokim stopniu przypominających dusznicę nerwową (*asthma*).

(C. d. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

42. Prof. Marchiafava i Celli. Nowe poszukiwania nad zakażeniem bagieniem (*infectio malarica*). (Z pracowni anatomo-patologicznej w Rzymie).

I. Badanie drobnowidzowe krwi chorych, cierpiących na zakażenie bagienne (*infectio malarica*).

Czynnik, powodujący zimnicę, dostawszy się do ustroju ludzkiego, wywołuje we krwi, a szczególnie w czerwonych krążkach, bardzo poważne i charakterystyczne zmiany. Wszelako badanie tego przedmiotu przedstawia dość dużo trudności. W celu poznania własności krwi przy białaczce (*leukaemia*), przy gorączce powrotnej (*febris recurrens*) i t. d. wystarcza zbadanie krwi jednego, lub co najwyżej kilku chorych. Jeżeli zaś chcemy dokładnie poznać zmiany we krwi przy zakażeniu bagieniem, to musimy rozporządzać dość licznym materiałem, począwszy od najlżejszych postaci zakażenia, aż do najcięższych. Prócz tego musimy krew badać w najrozmaitszych okresach choroby, a więc np. w czasie bez-

gorączkowym (*apirexia*), przy rozpoczęciu się gorączki, podczas trwania gorączki i to nawet wielokrotnie, oraz przy zakończeniu napadu i t. d. Krew trzeba badać zupełnie świeżą, bez żadnego dodatku, a prócz tego zapomocą barwienia na preparatach wysuszonych. Te to trudności są powodem, że wiadomości nasze, tyczące się zmian we krwi przy malarii, tak powoli się rozszerzały. Wprawdzie od czasu, kiedy poczyniono pierwsze ważne i zasadnicze odkrycie, t. j. od czasu, kiedy znaleziono przy zimnicy czarny barwnik we krwi, albo w stanie swobodnym, albo też zawartym w białych ciałkach krwi, aż dotychczas, wiadomości nasze w tym względzie stopniowo się bogaciły; jednakże aż dotąd do pełności brak im jeszcze wiele.

Najważniejszy postęp w nauce o tym przedmiocie zaczyna się odtąd, kiedy przekonano się, że ciałka, zawierające ziarenka barwnika, wcale nie są białymi ciałkami krwi. Owe to ciałka zauważył Frerichs, a Kelsch je pierwszy opisał jako zwyrodniałe czerwone krążki krwi. Dopiero w r. 1884 pojawiła się w tym przedmiocie obszerna i dokładna praca Laveran'a. Według tego autora, pewna część owych ciałek jest ruchliwa; ciałka te bowiem osadzone są na niciach (*filaments*), które przedstawiają niezmiernie żwawą ruchliwość. Laveran sądzi, że owe ciałka są to rozmaite fazy rozwoju pasorzyta, którego ostatecznym okresem rozwoju są owe nici ruchliwe (*filaments mobiles*). Wzmiankowane nici ruchliwe mają powstawać we wnętrzu ciałka, zawierającego ziarenka barwnika; podobnie jak w torbieli, następnie owe nici się uwalniają i wychodzą na zewnątrz ciałka i stają się zupełnie swobodnymi. Richard, który, podobnie jak Laveran, poszukiwania swoje dokonywał na krwi chorych, cierpiących na zimnicę i pochodzących z Algieru, stwierdził badanie Laveran'a, a prócz tego zauważył, że owe ciałka, zawierające barwnik, powstają w czerwonych krążkach krwi, i że pewna liczba czerwonych krążków krwi właśnie w ten sposób zostaje zniszczoną.

Marchiafa v'a i Celli badali zasuszone preparaty krwi chorych zimniczych, zapomocą rozmaitych barwników anilinowych, a szczególnie zapomocą błękitu metylenowego, i przekonali się, że w czerwonych krążkach krwi, jeszcze przed wytworzeniem się mas barwnikowych, znajdują się małe, okrągłe ciałeczka w rozmaitej ilości; raz jest ich więcej, innym razem mniej; niekiedy wszakże ilość owych ciałeczek jest tak wielka, że czerwony krążek jest zupełnie wypełniony niemi. Następnie wytwarzają się w czerwonym krążku krwi masy barwnikowe, które nadwężają jego protoplazmę i tę ostatecznie wypierają. Owe masy barwnikowe przedstawiają zatem resztki czerwonego krążka, w którym przy pomocy, być może, wyżej wzmiankowanych okrągławych ciałeczek, nastąpiła zamiana hemoglobiny na melaninę. Autorowie ci przypuszczają zarazem, że owe ciałeczka są natury pasorzytowej. W ten sposób wzmiankowani badacze starają się wyjaśnić powstawanie czarownicy (*melanaemia*).

Owe drobne, okrągławe i niezawierające czarnego barwnika, ciałeczka znajdujemy we wnętrzu czerwonych krążków zwykle dopiero po zasuszeniu i po zabarwieniu preparatu; w świeżej zaś krwi, albo wcale ich nie widzimy, albo niepodobna ich odróżnić od pęcherzyków (*vacuolae*), jakie się tworzą w sposób przypadkowy. Tyczą się to wszakże ciałeczek bardzo drobnych; gdy tymczasem zdarzają się ciałeczka większe, mogące wynosić co do wielkości $\frac{1}{3}$ część czerwonego krążka krwi, albo nawet i więcej; otóż, te ciałeczka można doskonale rozpoznać bez barwienia i bez żadnych odczynników.

Co do postaci, to owe ciałeczka znajdujące się w krążkach czerwonych krwi, przedstawiają się czasami jako obrączki okrągłe, lub owalne, rozmaitej wielkości. W preparatach zabarwionych odpowiadają one niebieskim obrączkom, leżącym w czerwonych krążkach. W każdym czerwonym krążku znajduje się takich obrączek: jedna, dwie, trzy, a każda z nich może być rozmaitej wielkości. Wygląd obrączkowy pochodzi stąd, że ciałeczko posiada w środku pęcherzyk (*vacuola*),

przez który przegląda protoplazma czerwonego krążka. Najlepiej o tem można się przekonać na preparatach zasuszonych i zabarwionych. Ciałoeczek te dla zwiększenia można nazwać obrączkowemi, jakkolwiek zdaje się nie ulegać wątpliwości, że są one właściwie postaci kulistej, lecz posiadają we środku pęcherzyk.

Oprócz tych ciałoeczek obrączkowych znajdujemy w czerwonych krążkach krwi inne ciałoeczka rozmaitej wielkości, wynoszące nieraz $\frac{1}{3}$ część czerwonego krążka, widzianego na płask. Ciałoeczka te nie zawierają ani śladu barwnika i mogą się przedstawiać jako nieruchliwe, albo też posiadają niezmiernie wyraźne ruchy ameboidalne. W tym ostatnim razie okrągłe ciałoeczko wypuszcza wyrostki rozmaitej długości i przyjmuje rozliczne postaci, jak gwiazdowatą, krzyżową i t. d., aby następnie znowu wrócić do pierwotnej postaci okrągłej. Ruchy te przychodzą do skutku przy zwyczajnej ciepłocie pokojowej; same krążki czerwone pozostają przytem nieruchome, gdyż obrysy czerwonego krążka zupełnie się nie zmieniają. Nieraz zdarza się nawet, że takie ciałoeczko zmienia miejsce w czerwonym krążku, ale wyrostki ciałoeczka nigdy nie przekraczają granicy czerwonego krążka. Co się tyczy prędkości owych ruchów ameboidalnych, to zdaje się, że takowe bywają nieco szybsze, aniżeli ruchy ameboidalne białych ciałek krwi przy zwykłej ciepłocie pokojowej, o czem autorowie mogli się przekonać, spostrzegając na jednym polu drobnowidzowem jednocześnie wzmiankowane charakterystyczne czerwone krążki i białe ciała krwi (*leukocyty*).

Jeżeli zabarwimy preparaty krwi, w której znajduje się dużo ciałoeczek ruchliwych w czerwonych krążkach, to owe ciałoeczka przedstawiają najrozmaitszą postać; wogóle wszakże przeważają okrągłe ciałoeczka. Zdarzają się przypadki zimnicy, w których podczas napadu we krwi znajduje się ogromna ilość czerwonych krążków, zawierających dopiero co wzmiankowane ciała, gdy tymczasem krążków czerwonych z ziarenkami barwnika czarnego, albo wcale nie ma, albo też ilość ich jest niezmiernie mała.

Przy poszukiwaniu świeżej krwi, znajdujemy prócz tego krążki czerwone, w których znajdują się ciała, zawierające czarny barwnik; toż samo spostrzegamy w preparatach zabarwionych. I te ciała mają bardzo rozmaitą postać, którą bezustannie zmieniają za pomocą ruchów ameboidalnych, a prócz tego poruszają się z miejsca na miejsce, ale nigdy przytem nie przekraczają granicy krążka czerwonego, w którym się znajdują. Przeciwnie, gdy ciało takie dochodzi do ścianki krążka czerwonego, to zostaje jakby odepchniętem i wraca napowrót do środka. Barwnik czarny, zawarty w owych ciałkach, przedstawia się pod postacią drobnych ziarenek i laseczek, które albo są nieruchome, albo żwawo się poruszają. Czasami drobinki barwnikowe występują z ciałoeczek na zewnątrz i gubią się w protoplazmie czerwonego krążka, albo też zostają nagle wypchnięte do osocza krwi, gdzie w dalszym ciągu żwawo się poruszają, aż nareszcie znikają pomiędzy czerwonymi krążkami.

Ciałoeczka, zawierające czarny barwnik, widzieć można nie tylko we wnętrzu krążków czerwonych, ale zupełnie swobodnie w osoczu krwi, przyczem postać i wielkość ich bywa rozmaita. Okrągłe ciałoeczka, zawierające czarny barwnik, bez względu na swą wielkość, przedstawiają w swem wnętrzu pęcherzyki (*vacuolae*), o czem najlepiej można się przekonać na preparatach zabarwionych.

Oprócz tego znajdujemy ciałoeczka barwnikowe postaci półksiężycowej, opisane przez L a v e r a n'a. I te ciałoeczka rozwijają się we wnętrzu czerwonych krążków krwi. Można pod drobnowidzem śledzić wszystkie okresy rozwoju owych ciałoeczek barwnikowych, półksiężycowych. I tak, we wnętrzu krążka czerwonego pojawia się małe ciałoeczko, postaci wrzecionowatej, zawierające barwnik w swej części środkowej. Ciałoeczko to stopniowo powiększa się, zagina i przyjmuje w ten sposób postać półksiężycową; jednocześnie czerwony krążek odbarwia się, a przez to coraz bardziej uwydatnia się ciało półksiężycowe, któ-

rego brzeg wklęsły zajmuje wypukłą część czerwonego krążka i stanowi tem samem obrys bladego i odbarwionego czerwonego krążka.

Ciałeczka półksiężycowe znajdujemy o wiele rzadziej, aniżeli okrągłe. Jest rzeczą pewną, że jeżeli u chorego gorączkującego nie znajdujemy ciałek półksiężycowych, ani przy pierwszym, ani przy drugim poszukiwaniu krwi, to i przy następnych poszukiwaniach ich nie znajdziemy, pomimo to, iż ilość innych ciałek barwnikowych może być bardzo znaczna.

Oprócz tworów, powyżej opisanych, L a v e r a n i R i c h a r d znajduwali we krwi chorych na zimnicę i pochodzących z Algieru, pewne ciała barwnikowe, okrągłe, opatrzone długimi, ruchliwymi wypustkami (*filaments mobiles*). Według L a v e r a n'a mają to być pasorzyty już zupełnie wykształcone.

M a r c h i a f a v a i C e l l i na 24 przypadków gorączki bagiennej znaleźli owe twory w 4 przypadkach i stwierdzając wogólności wyniki, podane przez wzmiankowanych autorów francuskich, dodają nadto niektóre własne. Autorowie włoscy odróżniają dwie postacie owych ciał ruchliwych, a mianowicie: p o p i e r w s z e, ciała, poruszające się przez to, że ich obwód odbywa ruchy faliste; p o w t ó r e, ciała, opatrzone wypustkami długiem, jak biczycami, które posiadają niemiernie żwawe, węzowate ruchy.

Ciała pierwsze poruszają się około siebie, to w jednym to w drugim kierunku, przez to, że część ich obwódowa odbywa niesłychanie żwa we ruchy faliste. Ciała te składają się z bardzo delikatnej osłonki i z jądra szklistego, zawierającego ziarenka barwnika. Pomiedzy osłonką a jądrem istnieje jasna przestrzeń, albo też bardzo delikatna siateczka. Czasami widzimy na osłonce ziarenka szkliste, ziarniste, postaci okrągłej lub owalnej. Osłonka odbywa bardzo żywe ruchy faliste i węzowate, gdy tymczasem jądro, barwnik zawierające albo pozostaje nieruchomem, albo też zdaje się, jakby zostawało przerzucanem to w jedną to w drugą stronę przez ruchy obwodowej części. Ruch owych ciałek trwa raz krócej, innym razem dłużej (20, 30, 40 minut), poczem wolniej, pojawia się w przestankach, tak, że część obwodowa takich ciałek od czasu do czasu zostaje jakby napadniętą przez bardzo żywe ruchy faliste; w końcu nareszcie ruch zupełnie ustaje. Pomimo to wszakże, bardzo często ziarenka barwnikowe, leżące we środku takiego ciała, nie przestają żwawo się poruszać całemi godzinami i dniami, jeżeli postaramy się tak preparat urządzić, aby krew nie mogła uleść parowaniu.

Ciała drugie, opatrzone ruchliwymi długimi wypustkami, są, co do wielkości, nieco mniejsze od czerwonych krążków krwi. Połysk mają szklisty, a w samym środku posiadają pęcherzyk (*vacuola*), w którym nagromadzone są ziarenka barwnika czarnego. Na obwodzie owych ciałek przytwierdzone są nici rozmaitej długości; w każdym razie długość owych nici jest kilka razy większą od średnicy danego ciała. Owe wypustki nitkowate przedstawiają ruch niezmiernie żwawy. Albo na przebiegu nitek, najczęściej mniej więcej we środku, albo też na wolnym końcu, można widzieć małe zgrubienie. Sposób przytwierdzenia nici do ciałek bywa rozmaitym; raz wychodzą one z rozmaitych punktów obwodowej części ciała; innym razem kilka nici wychodzi z jednego punktu, a czasami nawet biorą początek od pewnego zgrubienia, dzielącego się, jak się zdaje, na dwie lub trzy wypustki. Nitki te przedstawiają ruch ciągły, albo przerywany, czasami trą się wzajemnie o siebie na podobieństwo nówek muchy, a znalazłszy się pomiędzy krążkami czerwonymi, takowe oddalają, uderzają, zmieniają ich kształt i przerzucają je, to w jedną, to w drugą stronę. Często nici te odrywają się od ciałek i nie przestają żwawo poruszać się w osoczu krwi i oddalać się z wielką szybkością, a jeżeli przytem na drodze napotkają krążek czerwony, to takowy odsuwają na bok. Czasami wszakże ruch nici, jeszcze przed oderwaniem się tych ostatnich od ciała, stopniowo wolniej i ustaje. Podczas gdy nici odbywają żwawe ruchy, drobinki barwnika, znajdujące się w ciałeczku, albo pozostają w spoko-

ju, albo się również poruszają, a samo ciałeczko, zawierające barwnik, albo się nieco posuwa, albo pozostaje na jednym miejscu. Ziarenka barwnika zwykle nagromadzone są w środkowym pęcherzyku (*vacuola*), ale mogą również leżeć i przy obwodzie, a nawet wnikać do wypustek i tutaj się poruszać, przez co zdaje się, że takie wypustki opatrzone są kanalikiem. Jeżeli do preparatu, w którym pod drobnowidzem spostrzegamy opisane dopiero co ciała z ich ruchliwymi nitkami, wpuszcimy kroplę wody destylowanej, to ruchy nici w tej chwili ustają, a same nici znikają bez śladu, gdy tymczasem ciało, zawierające czarny barwnik, pozostaje nadal.

Często się zdarza, że w pewnym miejscu, przy samym obwodzie ciałek, zaopatrzonych ruchliwymi niemi, widzimy małą grupę okrągłych drobnych ciałeczek, posiadających we środku pęcherzyk.

Jeżeli wysuszymy i zabarwimy preparat krwi, w której za świeża spostrzegaliśmy wielkie mnóstwo owych ciałek z ruchliwymi niemi, to znajdziemy tylko ciała, barwiące się na niebiesko, a we środku pęcherzyk (*vacuola*) z barwnikiem czarnym; nici zaś nie znajdziemy już ani śladu.

Oprócz tworów dotąd wymienionych, znaleźć można jeszcze inne, które, według rzeczonych autorów, są bardzo ważne: są to gromadki drobnych szklistych ciałek, posiadających czasami we środku pęcherzyk (*vacuola*); jednym słowem są zupełnie podobne do tych okrągłych ciałeczek, które nieraz gromadkami znajdują się przy obwodzie ciałeczka, zaopatrzonego w wypustki nitkowate. W środku takiej gromadki znajduje się zawsze rodzaj jądra, utworzonego z czarnego barwnika. Takie gromadki bywają czasami tak wielkie, jak czerwony krążek krwi; niektóre wszakże bywają mniejsze.

Można również napotykać okrągłe ciała, zawierające czarny barwnik, w których widzimy początek dzielenia (*Spaltung*), inne, w których owo dzielenie jest jeszcze wydatniejsze i nareszcie jeszcze inne, w których owo dzielenie jest zupełnie ukończone, tak, że dane ciało barwnikowe składa się z mnóstwa drobnych okrągłych ciałeczek. Podczas takiego dzielenia się, barwnik, wypełniający poprzednio prawie całe ciało, przesuwa się i poczyna się gromadzić pomiędzy ciałeczkami wtórnymi, a w końcu cała ilość barwnika jest zebrana tylko w środkowej części owego ciała przewężonego. Takie ciało, złożone z wtórnych ciałeczek, stopniowo się zmniejsza co do objętości przez to, że owe ciałeczka wtórne stopniowo się oddzielają i stają się swobodnymi. W ciałeczkach tych wtórnych nie dostrzeżono ruchu ameboidalnego. Na wygląd są one zupełnie podobne do tych ciałek, które znajdują się w czerwonych krążkach krwi, o czym zresztą najlepiej można się przekonać za pomocą barwienia: ciała te bowiem barwią się albo jednostajnie w całości, albo też tylko w swej części obwodowej, tak, że przedstawiają się jako obrączki, zupełnie więc tak samo, jak owe ciała, które spotykamy w krążkach krwi, o czym była mowa wyżej. Nie dość na tem, badając ciało barwnikowe, można po 2 lub 3 godzinach zauważyć, że całe podzieliło się na mnóstwo wzmiankowanych ciałeczek; poczem pod okiem badacza wytwarza się w ciałku barwnikowym przewężenie (*Einschnürung*), mogące być tak znaczne, że całe ciało dzieli się na dwie części, które często bywają połączone ze sobą za pośrednictwem cieniutkiej niteczki.

Wreszcie w ciężkich przypadkach zakażenia bagiennego, autorowie wzmiankowani znajdowali obok tworów powyżej opisanych: po pierwsze, białe komórki (*leukocyty*), zawierające w swem wnętrzu czerwone krążki krwi, które znowu ze swej strony posiadały w środku czarny barwnik, oraz powtórne, komórki przybłonkowe (*Endothelzellen*), po części mocno zwyrodnione, po części wypełnione barwnikiem.

W trupach osób, zmarłych na gorączkę bagienną zjadliwą (*febris malarica perniciosa*), autorowie wzmiankowani znajdowali nagromadzenie czarnego barwni-

ka, czyli tak zwaną czarniaczkę (*melanosis*) w śledzionie, wątrobie i w szpiku kostnym, a naczynia włosowate rozmaitych narządów, szczególnie mózgu, bywały wypełnione przez czerwone krążki krwi, które w swem wnętrzu zawierały jedno, albo też więcej ciałek, dających doskonale się zabarwić za pomocą błękitu metylenowego, albo za pomocą bismarkbraunu.

Co się tyczy względnej wartości owych rozmaitych tworów barwnikowych, znajdujących we krwi zimniczej, to stanowczo można powiedzieć, że ciała okrągłe rozmaitej wielkości napotyka się o wiele częściej, aniżeli półksiężycowe, i że ciała ruchliwe obu postaci, t. j. ciała bez wypustek nitkowych i ciała, opatrzone wypustkami nitkami, zdarzają się dość rzadko. W każdym razie obok ciałek ruchliwych autorowie pomienieni znajdowali zawsze i ciała półksiężycowe, które wogóle są oznaką bardzo ciężkiego zakażenia i które zawsze znaleźć można w przypadkach gorączki bagiennej zjadliwej (*febris malarica perniciosae*).

Zachodzi pytanie, czy istnieje jakibądź związek pomiędzy początkiem i przebiegiem gorączki bagiennej z jednej strony, a obecnością lub brakiem we krwi owych ciał barwnikowych z drugiej strony. Na pytanie to Marchiafava i Celli na mocy spostrzeżeń i badań swoich odpowiadają w sposób następujący:

W niektórych dość rzadkich przypadkach zakażenia bagiennego istniała wielka ilość owych ciał barwnikowych we krwi, a pomimo to gorączki przytem nie było. Ale za to w wielu innych przypadkach związek pomiędzy obecnością owych ciał we krwi a istnieniem gorączki zimniczej był bardzo widoczny.

A teraz znowu nasuwa się inne pytanie: jakie jest znaczenie owych rozmaitych postaci tworów we krwi, które powyżej opisaliśmy, i jaki stosunek zachodzi pomiędzy owymi rozlicznymi postaciami?

Już w dawniejszej pracy Marchiafava i Celli przypuszczali, że owe ciała, które nie zawierają barwnika i które znajdują się w czerwonych krążkach krwi, są to pewne postacie pasorzytów. Pasorzyty te, dostawszy się do krążków krwi, niszczą te ostatnie. Obecnie przekonawszy się, że owe ciała przedstawiają ruchy ameboidalne, wzmiankowani badacze tem łacniej potwierdzają swe dawniejsze przypuszczenie; sądzą wszakże, iż to jest pewna postać pasorzyta, nienależącego w każdym razie do kategorii Schizomycetów.

Co się tyczy obu postaci ciałek ruchliwych, to autorowie widzą w nich wielkie podobieństwo do pewnego gatunku pierwotniaków (*protisti*), które jako pasorzyty żyją we krwi u niektórych zwierząt; jak np. u żab: *Paramecioides costatum*, *Trypanosoma sanguinis*. Oba te gatunki pasorzytów autorowie znajdowali we krwi żab, pochodzących ze stawu pod Rzymem; pierwszy gatunek (*Paramecioides costatum*) przedstawiał żywy ruch falisty na swym obwodzie, a drugi (*Trypanosoma sanguinis*) na swych wypustkach; a więc zupełnie tak samo, jak wyżej opisane ciała ruchliwe, znajduwane we krwi ludzi, cierpiących na zimnicę. Dotąd jednakże nic stanowczego o naturze owych ciałek orzec niepodobna.

Zapytać się wreszcie należy, jakie znaczenie mają ciała, ulegające dzieleniu? Wyżej już powiedziano, że ciałeczka w ten sposób powstałe, zupełnie są podobne do ciałek, które znajdujemy w czerwonych krążkach krwi, mianowicie w początkowym okresie rozwoju. Czyż więc owe ciałeczka, powstałe z dzielenia się ciałek szklistych, barwnikowych, nie stanowią nowego pokolenia tworów pasorzytowych? Być to może, ale stanowczo twierdząco na to pytanie odpowiedzieć niepodobna, przynajmniej dotąd, dopóki badania krwi zimniczej i poszukiwania powietrza oraz gruntu w miejscowościach zimniczych nie dostarczą nowego światła do rozjaśnienia tej kwestyi.

II. O szczepieniu zimnicy.

Niektórzy badacze próbowali już przeszczepić zimnicę z osobnika chorego zwierzętom lub ludziom (Cuboni i Marchiafava, Doehmann, Leoni). Z po-

między nich wspomnieć należy o doświadczeniach Gerhardt'a. Krew, pochodząca od chorych na zimnicę, badacz ten szczepił ludziom zdrowym i w dwóch przypadkach wywołał tą drogą napady zimnicy, którą następnie usunął za pomocą chininy.

Obecnie prof. Marchiafava i Celli wykonali w tym względzie szereg doświadczeń. W tym celu wybrano kilka osób, przebywających od długiego czasu w szpitalu S-go Ducha, z powodu przewlekłego cierpienia układu nerwowego. Zaznaczyć tu trzeba, że szpital S-go Ducha leży w tej okolicy Rzymu, która jest zupełnie wolną od zimnicy i że osoby wybrane nigdy przed tem nie chorowały na zimnicę. Wyjątek pod tym względem stanowi tylko jeden chory, który przed wielu laty cierpiał na zimnicę. Wszelako dla większej pewności u każdego osobnika przed wykonaniem doświadczenia ze szczepieniem wymierzano przez 15 lub 20 dni systematycznie ciepłotę, która też przez cały czas okazała się prawidłową u wszystkich. Po wstrzyknięciu krwi zimniczej mierzono znowu ciepłotę co 2, 3 lub co 4 godziny. Doświadczenia, rozumie się, były wykonane z największą ostrożnością i ściśle według prawideł, wymaganych w takich razach. Krew wydobywano z jednej z żył przegubu łokciowego za pomocą strzykawki Koch'a, a wstrzykiwano ją, bez odwóknienia, albo wprost do żyły, albo w kilku przypadkach—do tkanki łącznej podskórnej. Ilość krwi wstrzykniętej wynosiła najwyżej 1,00 gram.

Doświadczenia wykonano na 5 ciu osobach. Jakkolwiek opis każdego przypadku jest niezmiernie ciekawy i pouczający, to jednakże tutaj dla oszczędności miejsca podamy tylko ostateczne wyniki.

Doświadczenia te wykazały niewątpliwie, że za pomocą wstrzyknięcia małej ilości krwi zimniczej można wywołać najzupełniej wyraźną zimnicę (*febris intermittens*, *febris malarica*) ze swoistemi zmianami w czerwonych krążkach krwi.

W jednym przypadku po wstrzyknięciu krwi zimniczej pojawiły się napady zimnicy, które same przez się po pewnym czasie bez żadnego leczenia ustąpiły; przebieg w tym razie był nieregularny, zupełnie tak samo, jak w przypadku, opisanym przez Gerhardt'a.

W innym przypadku znowu wywołano gorączkę przepuszczającą codzienną (*febris intermittens quotidiana*), która wszakże nie poczynała się nigdy dreszczem i nie kończyła potami, oraz nie zmieniała się wcale pod wpływem dużych dawek chininy, lecz po pewnym czasie sama przez się ustąpiła.

W trzech przypadkach nareszcie, po wstrzyknięciu powstała gorączka przepuszczająca z przebiegiem zupełnie typowym, ale co ważniejsza, w dwóch przypadkach cały przebieg u osób szczepionych był najzupełniej podobnym do przebiegu zimnicy tych osobników, od których pochodziła krew wstrzyknięta—i to w najdrobniejszych szczegółach, tak, że nawet w jednym przypadku powtórzyły się też same zaburzenia gastryczne, które istniały u chorego, słuzącego do przeszczenia.

Co się tyczy okresu wylegania, to z pięciu dokonanych doświadczeń, trudno jeszcze coś stanowczego orzec; pod tym względem bowiem Marchiafava i Celli znajdowali znaczne wahania, zupełnie tak samo, jak ich poprzednicy: Dochmann—kilka godzin, a Gerhardt—siedem do dwunastu dni. I podług włoskich badaczy trwanie tego okresu wynosi godzinę do kilkunastu dni.

W końcu badacze wzmiankowani zwracają uwagę na tę niezmiernie ważną okoliczność, że we krwi osób, u których za pomocą wstrzyknięcia wywołano gorączkę zimniczą, znajdowano w krążkach czerwonych owe charakterystyczne postaci ciałek, które wyżej opisaliśmy. W miarę postępu zakażenia zimniczego, wzrastała ilość owych ciałek i różnorodność ich postaci, a wraz ze zmniejszaniem

się zakażenia ilość tych ciałek także stopniowo się zmniejszała, aż w końcu znikła zupełnie.

Na mocy tych danych z wielkiem prawdopodobieństwem przypuścić można, że owe rozmaite ciała są to pewnego rodzaju żyjątki.

III. Hodowle krwi zimniczej.

Marchiafava i Celli przeprowadzili również szereg doświadczeń nad hodowlą krwi zimniczej, używając przytem najrozmaitszej gleby odżywczej, počawszy od surowicy krwi aż do kartofla. Sposoby przyrządzenia hodowli podają dość szczegółowo; lecz dla szczupłości miejsca musimy je tu pominąć, tembardziej, że tę część doświadczeń wzmiankowani badacze obiecują w dalszym ciągu prowadzić i rozszerzyć. Oprócz tego mają oni porównać hodowle krwi zimniczej z hodowlami powietrza, oraz gruntu miejscowości zimniczych, na co oczekują odpowiedniej pory.

Tymczasowo musimy tyle tylko wzmiankować, że w kilku przypadkach produkty hodowli były pod względem morfologicznym najzupełniej identyczne z owemi pierwotnymi ciałkami, znajduwanymi we krwi u chorych na zimnicę. Ale zato znowu w kilku innych przypadkach, w których krew zawierała bardzo charakterystyczne, wyżej opisane ciała, i co ważniejsza, wywoływała przez wstrzyknięcie gorączkę zimniczą, w hodowlach ciałek owych nie znaleziono.

(*Fortschritte d. Med.* 1885 N. 11).

Wiktor Grostern.

43. C. Musatti. Wyleczenie przerostu gruczołu krokowego za pomocą przyżegań galwanokauterem (*Bericht über eine durch thermogalvanische Kauterisation geheilte Prostatahypertrophie*).

Autor, 40 lat wieku liczący, cierpiał od lat 8 na trudność oddawania moczu; zwłaszcza w nocy i po zaziębieniu mocz musiał oddawać co 2-ie lub 3-y godziny, uczuwał bóle w kroczu, i doznawał nocnych wzwodów prącia. Oprócz tego u chorego istniał niezbyt pęcherza moczowego, a mocz po oddaniu go przez chorego wypływał kroplami przez czas pewien.

Prof. Bottini, który badał chorego, rozpoznał przerost średniego i w części prawego zrazu gruczołu krokowego, i zaproponował przypalenie galwanokauterem.

Po przygotowaniu pęcherza przemywaniami kwasu bornego i fenylsianu cynku, 19 Lutego dokonano przyżegania. Po wprowadzeniu do pęcherza 400 gr. roztworu kwasu bornego, dokonano przyżegania. Autor zapewnia, że przyżeganie azotanem srebra daleko jest boleśniejsze jak galwanokaustyczne. Po przyżeganiu wprowadzono na stałe cewnik Nelato n'a.

Po operacji w pierwszych dniach stan ogólny był zupełnie zadawalniający, napieranie na oddawanie moczu łagodzone pigułkami z makowcem. Przemnywano pęcherz dwa razy dziennie roztworami kwasu bornego. Czwartego dnia usunięto cewnik.

Przy pierwszym oddawaniu moczu chory doznawał palenia w cewce, ilość moczu wynosiła 80 gr.; mocz chory oddawał co 2-ie godziny i wydzielaly się z takowym przypalone strupy błony śluzowej.

Mocz był kwaśny i zawierał śluz. Dnia 7 Marca chory mocz oddawał co 4½ godzin, następnie co 6-sé, ilość takowego dosięgła 350 gran. Ostatnie strupy odeszły 9 Marca. Następnie zaprowadzono z łatwością duże Beniquét N. 36—44 i pozostawiano takowe przez 10 minut.

U chorego znikły wszystkie poprzednie dolegliwości, humor się poprawił, w moczu niema śluzu; mocz wydalanym bywa co 5—6 godzin w ilości 250—300 gran

E. Modrzejewski.

(*Art. oryg. w Centralblatt für Chirurgie. Nr. 28, 1885*).

44. G. Mayerhausen. Przypadek gwałtownego otrucia chlorkiem kokainy po wkropleniu tego środka do worka łącznicowego.

U dziewczyny 12-letniej, której w celu operacyi, wpuszczono do worka łącznicowego w ciągu $\frac{3}{4}$ godziny 15 kropel 2% roztworu chlorku kokainy (*O 10 cocaïnium muriaticum*) pojawiły się zaraz po operacyi oznaki ostrego otrucia: bardzo silny ból głowy, drapanie w gardle i mdłości znacznego natężenia, następnie—pewien rodzaj upojenia, jako to: chód chwiejny, utrudnienie mowy, pewne otępienie umysłowe, ogólne osłabienie i gwałtowny niepokój. Objawy te ustąpiły dopiero następnego dnia wieczorem.

Wiener Medic. Presse. Nr. 22.

45. Oppler Dr. Odwanianie jodoformu.

Zarówno tanina, olejek miętowy, olejek gorzkich migdałów, balsam peruwijański jak i zalecane przez K o b e r t a do odwaniania jodoformu kumaryna nie czynią zadosyć potrzebie. Autor, badając przeciwnie własności kawy, przekonał się, że takowa dodana do jodoformu w ilości 40—50% zupełnie pozbawia go przykrej woni. W maści (1:10) wystarcza dodatek 0,3 proszku kawowego. Przedewszystkiem należy dobrze utrzeć kawę w moździerzu a następnie wymieścić ją z jodoformem; manipulacyję ułatwia dodanie paru kropel *spir. aetherei*.

Rp. *Jodoformii* 50,00 (Ξiβ xiv)
Caffae tortre subtilissime pulver. 25,00 (Ξvjβ)
Spir. aether. gut. nonnul
M. f. p.

Rp, *Jodoformii* 1,0 (gr. əv1)
Unguenti Paraffini 1,40 (Ξjjβ)
Caffae tortae subtilissime pulv. 0,3 (gr. v)
Mf. Ung.

W tymże samym artykule radzi też autor dodawać kawę z cukrem do olejku rycynowego, tworzy się w ten sposób rodzaj powidełek (*electuarium*), które dzieci mogą chętnie zażywać:

Rp. *Ol. ricini* 20,00 (Ξv gr. xvj)
Sachari albi
Caffae tortae subtilissime pulv. ana 10,00 (Ξijβ)

M. S. Używać po łyżeczce od kawy.

Centralblatt für kl. Med. Nr. 30.

L. Anders.

Wiadomości bieżące.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski Nr. 37. Scheiter. Dyjagnostyka otrucia kwasem szczawiowym. — Wieczkowski. Doświadczenia nad antypirynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Medycyna Nr. 37. Rogowicz. Nowe zakłady publiczne (przysłuki) dla biednych rodzących w Warszawie.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

Z e j d o w s k i. Siła lecznicza ustroju ludzkiego w stosunku do cholery. Warszawa. 1885.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 6 Сентября 1885 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W tych dniach opuściło prasę dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—5

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—28

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

można nabyć życiorys

Professora D-ra H. Hoyera.

napisany przez

D-ra Wł. Matlakowskiego

(st. LXXVI i portret prof. H.)

Jest to osobne odbicie życiorysu z „Księgi Pamiętkowej“ ofiarowanej prof. H. przez współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Zewnętrzna strona wydania (druk, papier i ozdoby) jest taka sama jak w „Księdze“. Cena rubli trzy.

0—3