

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Brodowski — Elsenberg. Kazyistka anatomo-patologiczna. Chroniczne zapalenie otrzewnej w związku z marskością wątroby (*cirrhosis hepatis*). — II. Albert Rosental. Dwa przypadki *sclerosis lateralis amyotrophicae* (Dokończenie). — III. Wł. Matlakowski. Obecne stanowisko metody listerowskiej z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych (Dalszy ciąg). — *Dział Sprawozdawczy*: 48. Odczyty Monachijskie. Przyczynki do etyologii chorób zakaźnych ze szczególnem uwzględnieniem teorii grzybkowej. — 49. Marx. Dyfteryt kataralny i jego stosunek do cięższych postaci dyfteryi. — 50. Kaeuffer. O lekarstwach powodujących wybuch. — *Korespondencyja z Krakowa*. — Wiadomości miejscowe. — Zagraniczne. — Ś. p. Helbich. — Ogłoszenia.

I. KAZUISTYKA ANATOMO-PATOLOGICZNA.

Chroniczne zapalenie otrzewnej w związku z marskością wątroby (*cirrhosis hepatis*).

Z wykładu Prof. **Wł. Brodowskiego**.

Mianego w dniu 19 Stycznia r. 1881, spisał **Antoni Elsenberg**.

A. D., urzędnik, lat 32 wieku, dobrej budowy, bardzo źle odżywiany, przybył do kliniki dyagnostycznej szpitala Dzieciątka Jezus 17 Grudnia 1880 r., z objawami obrzęku kończyn dolnych i wodnej puchliny otrzewnej (*ascites*), z wątroba niewyczuwalną, z rozszerzonymi żyłami powierzchownymi brzucha i piersi. Doznaje on ciągłego bólu w lewym boku, a częste wodniste stolce znacznie go osłabiają. Według opowiadania D., już od lat pięciu cierpienie to się rozwija. Zaczęło się ono od niestrawności i częstych wymiotów, a od dwóch miesięcy dopiero chory zwrócił uwagę na powiększanie się (puchlinę) brzucha i zbyt częste wypróżnienia. Przed piętnastu laty przebył tyfus brzuszny, poczem przez pewien czas trwał obrzęk całego ciała. Na dużyciom napojów w wysokowych nigdy się nie oddawał. Rozpoznano: *cirrhosis hepatis* — *pleuritis sinistra*.

Do powyższych objawów w szpitalu przyłącza się stan gorączkowy: ciepłota ciała wieczorami dochodzi do 38,5° i 39,4° C., chory miewa codziennie poty i dreszcze, zwykle po południu i po północy. Przy wzmagających się ciągle wyżej przytoczonych objawach chorobowych, D. umiera z wyniszczenia 13 Stycznia 1880 roku.

Na zwłokach znajdujemy:

Płuca w górnych swych płatach w stanie niewielkiej rozedmy (*emphysema*). W obydwu szczytach bardzo nieliczne torebkowate rozszerzenia drobnych oskrzeli (*bronchectases saccoformes*), wypełnione blado-żółtą, suchą, serowatą masą. Przedstawiają się one wraz z ich zawartością w postaci drobnych żół-

tawych guziczków, wielkości ziarnka konopnego lub grochu polnego, otoczonych brunatną torebką, będącą zgrubiałą tylko ścianką oskrzeli.

W jamie lewej opłucnej znajduje się do 100 grammów surowiczego, mętnego wysięku.

Najważniejsze niezaprzeczenie zmiany znaleziono w jamie brzusznej. Nagromadzonego tu w znacznej ilości płynu nie możemy poczytać za prostyli tylko przesięk (*transsudatum*). Jest on mętny i zawiera dosyć dużo skręplonego włókniaka, a nadto otrzewna jest zgrubiała, pętlice kiszek są ze sobą posklejane, wreszcie oba listki tej błony, tak ścienny jak i trzewiowy, są zasiane znaczną ilością drobnych guziczków, wielkości ziarek grubego piasku, koloru białoszarego, częstokroć blado-żółte w środku. Wszystko to razem zestawione zniewala nas do przyjęcia opisanego stanu otrzewnej za następstwo drobnoogniskowego serowatego jej zapalenia (t. z. *peritonitis tuberculosa*). I wyniki badań mikroskopowych są w najzupełniejszej zgodzie z tem rozpoznaniem, na skrawkach bowiem prostopadłych do powierzchni otrzewnej widzimy rozlane drobnokomórkowe nacieczenie tej błony, wystające zaś nad powierzchnię guziczki mają budowę drobnych ziarniaków (*granulomata*), opatrzonych jedną lub kilkoma typowemi, t. z. komórkami olbrzymiemi (podług nas olbrzymie angioblasty); nieraz napotykamy także pośród tych guziczków drobnoziarnistą masę rozpadową.

Wątroba jest zmniejszona prawie do połowy zwykłej swej objętości; jedne jej brzegi są ostrzejsze, inne bardziej niż zwykle zaokrąglone. Powierzchnia zewnętrzna jej nierówna, o licznych zagłębieniach i wyniosłościach wielkości ziarnka konopnego, orzecha laskowego a nawet włoskiego (*hobnailed liver*). Otrzewna otaczająca wątrobę pokryta lekkim nalotem włóknikowym. Powierzchnia rozkroju wątroby jest również ziarnista, koloru miejscami czerwonego, miejscami zaś czerwono-żółtawego; pomiędzy temi ziarnami przebiegają szaro-czerwone smugi zbitej, prawie bliznowatej tkanki łącznej, tworzące rodzaj mniej lub więcej gęstej siatki. Spoistość wątroby prawie skórzasta. Właściwej temu organowi budowy zrazikowej nie znajdujemy ani śladu.

Śledziona przeszło 3 razy większa. Jej powłoka zgrubiała i pomarszczona, w kilku miejscach zakłębnięta; miejscem tym odpowiada klinowate ognisko twarde jak kość, powstałe z nacieczenia solami wapiennymi zbitej bliznowatej tkanki łącznej, jako powstałości po zawałach krwawych (*infarctus haemorrhagicus*).

Błona śluzowa kiszek mocno zaczerwieniona, zgrubiała, gruczołki torebkowate nieco powiększone, dochodzą do wielkości ziarnka soczewicy, nie zresztą wspólnego z przemianą serowatą nie przedstawiają.

Ze zmian, znalezionych w tym przypadku przy sekcji, najbardziej godnemi są uwagi zmiany, spowodowane przewlekłym zapaleniem rozlanem otrzewnej, wśród wytworów którego znajdowało się mnóstwo drobnych guziczków serowatych i które właśnie dlatego zwykło nosić nazwę gruzelkowego (*peritonitis tuberculosa*). Wiadomo, że ostatniemi czasy bardzo wielu z nazwą gruzelka, łączy pojęcie infekcyjnego pochodzenia tej sprawy chorobnej i na pierwszy rzut oka mogłoby się zdawać, że w mowie będąca sprawa chorobna otrzewnej w tym przypadku powstała w skutek zakażenia, mającego swe źródło w massach serowatych, znaj-

dujących się w szczytach płuc. Po ściślejszem wszakże rozważeniu tej rzeczy, przypuszczenie takie okaże się bardzo mało prawdopodobnem.

Gdyby tu bowiem wytwory serowate, znajdujące się w rozszerzeniach oskrzelowych, były źródłem zakażenia, toby powinny uleż mu, jak zwykle, jeśli już nie części mięszu płucnego, najbliżej owych ognisk serowatych położone, to co najmniej gruczoły oskrzelowe; ani jedno wszakże ani drugie w danym razie miejsca nie miało. Przypuściwszy zaś, że infekcja tym razem przyszła do skutku nie za pośrednictwem limfy, lecz bezpośrednio za pomocą krwi, to staje się najzupełniej niezrozumiałem, dlaczego jedna tylko otrzewna została dotknięta sprawą gruźlicową. Jakkolwiek bowiem w wątrobie obok wysokiego stopnia marskości, gdzieniegdzie w pośród zbitej nawet tkanki łącznej dawały się spostrzegać ograniczone nacieczenia drobnokomórkowe, z których w paru udało mi się wykryć t. z. komórki olbrzymie, to jednak tworów tych, bardzo i bardzo nielicznych ¹⁾, nigdybym nie uznał za tak zwane gruźliki, tak samo jak Klebs nie uznał za gruźliki podobnych-że zmian, znalezionych w pośród słoniowatości (*elephantiasis*). Przecież i marskość wątroby niektórzy, jak np. Ackermann, w jednym rzędzie stawiają ze słoniowatością. Bądź co bądź, na zapalenie więc otrzewnej w tym przypadku musimy się zapatrywać jako na sprawę chorobną, niezależną od zmian, znalezionych w płucach. Wszak pierwotne tego rodzaju zapalenia błon surowicznych w ogóle do tak nadzwyczajnych znowu rzadkości nie należą. Tu jednak zachodzić może pytanie, czy wzmiankowane zapalenie otrzewnej nie zostaje w jakim związku z marskością wątroby. Niezwykły, co prawda, chodź one w parze, ale ztąd jeszcze nie wynika, żeby to było niemożliwe. Wszak spowodowane marskością wątroby zakłócenie w krążeniu krwi w otrzewnej, jest tejże samej natury, co i w błonie śluzowej przewodu żołądko-kiszkowego. Zapalenia kataralne tej ostatniej przy marskości wątroby należą do zjawisk bardzo pospolitych; dlargóżby chroniczne zapalenie rozlane otrzewnej choć do bardzo rzadkich nie mogło należeć? A to tem bardziej, że miejscowe zapalenie tej błony (*perihepatitis*) wcale nie rzadko chodzi w parze z marskością wątroby; od miejscowego zaś zapalenia otrzewnej do rozlanego, przejście nie jest znowu tak bardzo trudnem. Cokolwiekbydz związek w danym przypadku między marskością wątroby i zapaleniem otrzewnej więcej ma za sobą prawdopodobieństwa, aniżeli między tą ostatnią sprawą chorobną a serowatemi drobnemi ogniskami w płucach.

Co się zaś tyczy drobnoguziczkowej formy zapalenia, to ta bynajmniej nie dowodzi, aby miało ono być w każdym razie znamieniem infekcyjnego pochodzenia tej sprawy. Postać ta, zdaniem naszym, może być owszem tak dobrze następstwem pewnych właściwości anatomicznych podpadającej zapaleniu błony (jak np. błona śluzowa gardła, kiszek i t. p., posiadające w prawidłowej swej budowie twory guziczkowe, zwiększające się zwykle podczas zapalenia), jak niejednokowego na całej przestrzeni natężenia sprawy zapalnej, lub też obecności wśród

¹⁾ Z kilkudziesięciu skrawków mikroskopowych ledwo w trzech udało mi się wykryć po jednym lub dwa; z tych w dwóch pojed. t. z. olbrzymiej komórce.

wytworów zapalenia znaczniejszej ilości szczególnych pierwiastków anatomicznych, jakimi są t. z. olbrzymie komórki, a podług nas olbrzymie angioblasty, jako wynik w zboczeniu wytwarzania się naczyń, o które (zboczenie) wśród takich warunków wcale nie trudno.

W wątrobie, jak to już za życia D. rozpoznano, znaleźliśmy zmiany właściwe tak zwanej marskości (*cirrhosis hepatis*). Nie mamy bynajmniej zamiaru dziś bliżej jej się przypatrywać, chciałbym tylko zwrócić uwagę Panów na tę okoliczność, że mamy tu do czynienia z niezwykle marskością wątroby, t. j. taką, która powstała nie w skutek nadużywania napojów spirytusowych, najczęstszej jak wiadomo, ale nie jedynej przyczyny tej sprawy chorobnej. Przyczyna cierpienia w tym przypadku jest nieznaną. Nie możemy wszakże przemilczeć o przypuszczeniach w tym względzie, które nam nasuwa anamneza.

Ta ostatnia poucza nas, że D. przed kilkunastu laty przebył tyfus brzuszny. Otóż badania nasze zmian, zachodzących w wątrobie podczas rozmaitych chorób infekcyjnych, a między innymi i podczas tyfusu brzusznego, upoważniają do wniosku, że zmiany te noszą na sobie wszelkie cechy rozmaitego natężenia rozlanego zapalenia, zasługującego ze wszech miar na nazwę parenchymatycznego. Że mocniejsze takie zapalenia mogą się wielce przyczyniać do niepomyślnego zejścia choroby ogólnej, że słabsze łatwo rozejść się, a niektóre z nich stać się mogą zawiązkiem lub usposobić do tego zapalenia, które nosi pospolicie nazwę *cirrhosis*, to się nam zdaje wielce prawdopodobnem. Bardzo więc być może, że i w tym przypadku tyfus brzuszny odegrał rolę etyjologicznego momentu marskości.

II. Dwa przypadki *sclerosis lateralis amyotrophicae*.

Podał Dr. **Albert Rosental**.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 12).

S p o s t r z e ż e n i e 2-gie. Kempka A., wyrobnik, lat 45 liczący, w Listopadzie 1880 r. przyjęty został do kliniki szpitalnej. Chory uskarża się na bóle wzdłuż kręgosłupa, oraz w kończynach górnych i dolnych. Choroba datuje się od 9 miesięcy i rozpoczęła się osłabieniem i bólami w kończynach dolnych. Jako przyczynę choroby podaje upadnięcie na krzyż. Przed dziesięciu laty przebył tyfus.

St. praesens. Niewielkiego wzrostu, budowy ciała umiarkowanej, odżywianie niedostateczne; ilość podskórnej tkanki tłuszczowej zmniejszona. W narządach wewnętrznych nie skonstatowano żadnych zboczeń. Na twarzy zauważyć się daje asymetryja: lewa połowa twarzy znajduje się w stanie silniejszego unerwienia aniżeli prawa; bruzda noso-wargowa prawa mniej wyraźna, podbródek przeciągnięty w stronę lewą. Pobudzalność elektryczna lewego nerwu twarzowego większa aniżeli prawego. Zresztą nie widać na twarzy jakoteż i w jamie ustnej zaniku lub porażenia; mowa wyraźna, polykanie prawidłowe. Zmysły

niezmienione. Kończyny górne przedstawiają co następuje: przede wszystkim zwraca uwagę zanik mięśni, rozprzestrzeniony po całych kończynach. Zanikowi podległy: mięśnie kłębu palca dużego (*thenar*), przestrzeni międzykostnej pierwszej, mięśnie wyprostne ręki, trójgłowy ramienia, dwugłowy i naramienny po obu stronach. Zagłębienie podobojczykowe lewe głębsze aniżeli prawe. Drgania włóknikowe spostrzegać się dają w mięśniach piersiowych, naramiennych i dwugłowych. Skóra cienka, mało sprężysta, pokryta potem zimnym na dłoniach i palcach. Czucie zachowane. Ruchy bierne stawów wykonywają się z łatwością. Palce u rąk zgięte w samych stawach i okazują opór przy ich wyprostowaniu. Co się tyczy położenia (*positio*) kończyn, to przedramiona znajdują się w położeniu nawrotnem (*pronatio*), ręce zgięte w stawie promieniowo-napięstkowym, również i członki palców. Ruchy czynne: w stawie ramieniowym kończyna prawa podnosi się do linii poziomej, lewa — nieco wyżej; w stawie łokciowym zginanie, wyprostowywanie i siła nawrotna nie zmniejszone, siła zaś wyrotna znacznie słabsza; w stawie promieniowo-napięstkowym ruchy osłabione, wyprostowanie palców dokonywa się z trudnością. Odruchy ścięgniste jakoteż skórne znacznie wzmocnione. Pobudzalność faradyczna nerwów ¹⁾: *Ulnares* 18 O. C., *Mediani* 16 O. C., *Radiales* 13 O. C. *Mm. brachii et antibrachii* 15 O. C., *Mm. thenaris* 12 O. C. Pobudzalność galwaniczna: *Ulnares* 14 E. S. Z. K. ²⁾, *Radiales* 18 E. S. Z. K., *Mediani* 16 E. S. Z. K. Pobudzalność mięśni ramienia i przedramienia prawidłowa. Mięśnie kłębów palca dużego i małego (*thenar et hypothenar*) okazują zjawiska odczynu zwyrodnienia; 10 E. S. Z. An. > S. Z. K. skurcz powolny i długotrwały. Kończyny dolne: Czucie skóry prawidłowe. Odruchy skórne wzmocnione. Ruchy bierne wykonywają się z łatwością, z wyjątkiem ruchów w stawie goleniostopowym. Co do ruchów czynnych, to osłabione są: odprowadzenie (*abductio*) w stawie biodrowym, oraz ruchy w stawie golenio-stopowym; zginanie podszwowe wykonywa się dobrze, grzbietowe z trudnością; w pozostałych stawach oraz kierunkach ruchów takowe nie przedstawiają zбочeń; w położeniu poziomem chory podnosi kończyny dość wysoko. Pobudzalność elektryczna nerwów i mięśni zachowana. Odruchy ścięgniste wzmocnione; po obu stronach otrzymuje się kloniczny skurcz stóp (*epilepsia spinalis*) przy grzbietowym zgięciu stopy; dotykanie podeszwy wywołuje odruch oraz drżenie stopy. Od czasu do czasu występują mimowolne skurcze drgawkowe w kończynach dolnych. Chód utrudniony, paretyczny; chory mianowicie jest w stanie zrobić zaledwie kilka kroków, przyczem kolana pozostają wyprostowane.

Oto główne wyniki badania chorego. W ciągu kilkutygodniowego pobytu chorego na klinice (chorego miałem sposobność badać poprzednio 2 razy w różnych oddziałach szpitalnych), stan jego choroby nie uległ ważniejszej zmianie. Uskarżał się od czasu do czasu na bóle w kończynach wzdłuż mięśni i ścięgien, na często pojawiające się drgania kończyn dolnych, pocenie się dłoni. W ciągu

1) Pierwsze oddziaływanie mięśnia występuje przy 0 (długości) C(ewek) przyrządu indukcyjnego równej 18 centymetrów i t. d.

2) S(kurcz) przy Z(amknięciu) K(atody), O(twarciu) An(ody).

kilkumiesięcznego przebiegu, osłabienie kończyn górnych postępowało wraz ze zwiększającym się zanikiem mięśni, chód stał się na tyle utrudnionym, iż chory nie usiłował nawet wstawać z łóżka; ruchy zaś czynne w położeniu leżącym pozostały w tym samym co poprzednio stanie.

W tym też stanie chory opuścił klinikę.

Co do rozpoznania tego przypadku, nie ulega wątpliwości, iż pod względem obrazu chorobowego, znaczne zachodzi podobieństwo z przypadkiem poprzedzającym. Mamy tu również: osłabienie siły ruchowej w wysokim stopniu, zanik mięśniowy rozprzestrzeniony na kończynach górnych, czucie zmniejszone, odruchy wzmożone, drgania włókienkowe w zanikających mięśniach, skurcze drgawkowe w kończynach dolnych, drganie stóp (*Fussphänomen*), zachowaną pobudzalność elektryczną nerwów, odczyn zwyrodnienia w mięśniach podległych zanikowi, wreszcie brak zaburzeń ze strony pęcherza, odleżyn i t. p. Różnica pomiędzy obu tymi przypadkami polega na tem, iż zjawiska porażenia i zaniku nie doszły tu jeszcze do tego stopnia natężenia co w poprzednim, jak niemniej iż niema tu objawów porażenia opuszkowego. Przypadek ten pod względem czasu trwania jest o rok świeższym, ztąd też zapewne obraz chorobowy nie rozwinął się dotąd całkowicie.

U w a g i e p i k r y t y c z n e. Staralem się obraz kliniczny opisywanego cierpienia nakreślić z możliwą ścisłością. Ponieważ jednakże pojedyncze przypadki nie wyczerpują jeszcze całości obrazu chorobowego, a tembardziej, że postać chorobowa, o której mówimy, dotąd nie jest opracowaną w naszej literaturze, pozwolę sobie wypowiedzieć słów kilka o klinicznych właściwościach i istocie tej choroby.

W opisanych powyżej przypadkach znajdujemy wszystkie niezbędne objawy chorobowe, jakoto: porażenie, zanik mięśniowy, wzmocnienie odruchów i t. p. nie znajdujemy wszakże ważnego objawu, postawionego przez Charcota¹⁾, t. j. p r z y k u r c z e ń (*contracturæ*). Ostatnie są niezbędnem, według Charcota, zjawiskiem, przy stwardnieniu bocznych pęczków rdzenia (*sclerosis lateralis*). Kazyistyka jednak tego rodzaju przypadków pokazuje, iż brak tego objawu już niejednokrotnie stwierdzonym został. Dowodzi tego Leyden²⁾ opierając się na przypadkach amyotroficznego porażenia opuszkowego wraz ze sklerozą bocznych pęczków, przy których często nie znajdował przykurczeń. Przyznaje też sam Charcot, iż przykurczenia w kończynach dolnych ustają, skoro zanik osiągnął pewnego stopnia. Nie było też przykurczeń w przypadkach Pick'a³⁾, Shawa⁴⁾, wreszcie w przypadku niedawno opisanym przez Moeli'ego⁵⁾. W najnowszym przypadku Strumpella⁶⁾ przykurczenie dotyczyło stawów biodrowego i kolanowego obustronnie, lecz nie w wysokim stopniu i nie stale,

1) Leçons sur les maladies du système nerveux II., oraz Du tabes dorsal spasmodique *Progrès med.* 1876. Nr. 45—47.

2) l. c.

3) Fall von Sclerose laterale amyotrophique *Arch. f. Psych. u. Nerv.* VIII. pag. 294.

4) Refer. w *Centralblatt f. Nervenheilk.* 1879.

5) i 6) l. c.

stałem zaś było zgięcie grzbietowe (*dorsal-flexion*) stóp. Jednocześnie w przypadku tym występowały od czasu do czasu mimowolne skurcze, przejawiające się w ruchach zgięcia w obrębie wszystkich stawów kończyn dolnych (zwykle po jednej tylko stronie), będące więc tylko chwilowem wzmaganiem się stale istniejących przykurczeń. W naszych dwóch przypadkach stałych przykurczeń nie było; występowały zaś tylko często kurczowe drgania w kończynach dolnych (bez powodu lub za lada dotknięciem, lub nawet tylko pod wpływem odsłonięcia kołdry), które również uważać należy za objawy podrażnienia ruchowych pęczków rdzenia. Brak więc stałych przykurczeń w naszych przypadkach, już na zasadzie wyżej zacytowanej kazuistyki (po części stwierdzonej badaniem pośmiertnem), nie przeczy naszemu rozpoznaniu i to tem mniej, iż w stwierdzonych drganiach kurczowych mamy do pewnego stopnia kompensatę, przedstawiającą analogiję ze zjawiskami opisanymi przez Strümpella. Ostatni nazywa owe skurcze „czynnem przykurczeniem“ i uważa je za zjawisko, cechujące pierwotną sklerozę pęczków bocznych, właściwą chorobie przez nas opisywanej. Powiadamy „pierwotną“, dla odróżnienia od wtórnej sklerozy tychże pęczków, lub t. z. wtórnego zwyrodnienia (*secundäre absteigende Degeneration*), powstającego przy sprawach chorobowych w mózgu lub rdzeniu, powodujących przerwę w drogach piramidalnych (tylno-boczne i wewnętrzna część przednich pęczków). W ostatnim razie drogi piramidalne, leżące poniżej uszkodzonego miejsca z nerwami obwodowemi, podlegają wtórnemu zwyrodnieniu w całej swej rozciągłości, tracąc jednocześnie swą pobudzalność. W podobnych przypadkach spostrzegane po pewnym przeciągu czasu stałe przykurczenia w kończynach uważane były powszechnie za wyraz owej wtórnej bocznej sklerozy; nie zgadza się z tem objaśnieniem Strümpell, ponieważ boczne pęczki, tracąc odrazu, jako odcięte od swego ośrodka odżywczego, swą pobudzalność, nie mogą spowodowywać owych spastycznych objawów. Zupełnie co innego ma miejsce przy *latero-sclerosis amyotrophica*, w której to chorobie pęczki boczne, pozostając w związku ze swym ośrodkiem odżywczym, a więc zachowując swą pobudzalność w skutek pierwotnie powstających w nich zmian chorobowych, podlegają podrażnieniu, przejawiającemu się bądźto w stałem przykurczeniu, bądź też w owych kurczowych drgawkach (przykurczenia czynne). Ostatnie więc, jako nienapotymane przy innych tego rodzaju cierpieniach, stanowią zjawisko, cechujące pierwotną boczną sklerozę (amyotroficzną).

Co do zaniku mięśniowego i pobudzalności elektrycznej zanikłych mięśni, zauważyć należy, iż w większej części przypadków (Berger¹⁾ Moeli, Strümpell) znajdowano proste zmniejszenie galwanicznej pobudzalności, tylko w przypadku Pick'a i obydwu naszych stwierdzonym został odczyn z zwyrodnienia. Autorowie wnoszą ztąd, iż zachowanie się mięśni względem prądu galwanicznego, posłużyć być może, za cechę rozpoznawczą dla odróżnienia opisywanej choroby od *poliomyelitis chronica*. Dodamy jeszcze, iż w przypadku Strümpella, mikroskopowe badanie mięśni pokazało prosty

¹⁾ Ein Fall von Sclerosis lat. amyot. *Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medic.* 1876. Nr. 29 u. 30.

zanik bez zmian zwyrodnienia, a choć zanik ograniczonym był do pewnych grupp mięśniowych, badanie pośmiertne nie wykazało zaniku komórek w przednich rogach rdzenia, zanikłymi były tylko komórki słupów Clark'a. Dowodzi to, iż zależność zaniku mięśniowego od zaniku rogów przednich rdzenia nie jest dotąd faktem niezbitym. Wspomniemy tu jeszcze o wytworzeniu się znacznej ilości tłuszczu, *lipomatosi* w mięśniach zanikłych kończyn dolnych. Stwierdzenie odczynu zwyrodnienia w naszych przypadkach skłania nas do przypuszczenia, iż zjawisko to nie może służyć za oznakę różniczkowo-rozpoznawczą, spotyka się ono w zanikłych mięśniach przy rozmaitych cierpieniach rdzenia, a różnorodność tych objawów w opisywanem tu cierpieniu zależy od niejednakowego natężenia sprawy chorobowej w każdym oddzielnym przypadku.

Cechującym boczną sklerozę jest brak zaburzeń ze strony pęcherza, odleżyn i t. p. W przypadkach jednak skombinowanego cierpienia pęczków (bocznych i tylnych), występować może porażenie pęcherza, jak tego dowodzi przypadek Strümpell'a.

W pierwszym z opisanych powyżej przypadków mieliśmy jednocześnie zjawisko porażenia opuszkowego. Występuje ono w rozmaitych okresach amyotroficznej sklerozy bocznej. Charcot z pomiędzy swych przypadków spostrzegł dwa, w których porażenie opuszkowe wystąpiło już na początku choroby. Do tej samej kategorii zaliczyć możemy nasz przypadek pierwszy. Najczęściej zaś porażenie opuszkowe przyłącza się w ostatnim okresie choroby, po kilkoletnim jej trwaniu. Ztądto w naszym drugim przypadku, podobnie jak w przypadkach Moeli'e go i Strümpell'a, porażenia opuszkowego nie było.

O podstawie anatomicznej opisywanej choroby, wspominaliśmy już powyżej. Badania Flechsig'a wykazały, iż stanowi ją zwyrodnienie dróg piramidalnych, obok zaniku przednich rogów rdzenia. W większości przypadków znajdowano zwyrodnienie tylnobocznych pęczków, nie były zaś dotknięte wewnętrzne części pęczków przednich (stanowiące nieskrzyżowaną część pęczków piramidalnych). Prócz pęczków piramidalnych, w przypadku Moeli'e go zwyrodnione były częściowo zewnętrzne połowy tylnych pęczków bez jakichkolwiek objawów tabetycznych za życia. W przypadku zaś Strümpell'a stwierdzono (prócz tylnobocznych pęczków), zwyrodnienie wewnętrznych części pęczków tylnych (p. Goll'a), prócz tego zwyrodnienie pęczków mózdkowo-bocznych (u samego obwodu rdzenia przebiegających). W przypadku Moeli'e go zanik przednich rogów stwierdzony, w przypadku zaś Strümpell'a rogi przednie nie przedstawiały zmian, natomiast komórki słupów Clark'a przedstawiały widoczny zanik. Pomimo tej pozornej różnorodności znajdujących zmian, wyżej podana przez Flechsig'a podstawa anatomiczna pozostaje niewzruszoną; niezgodność zaś rezultatów badań pośmiertnych położyć należy na karb różnorodności obrazu chorobowego, po części zaś tego, iż drobnowidzowe badanie delikatnych zmian rdzenia jest, jak dotąd, rzeczą niedoścignioną.

Co do porządku, w jakim rozwijają się zmiany anatomiczne, czy najprzód w pęczkach bocznych, czy w rogach przednich, zdania są podzielone. Najprawdopodobniejszym jest przypuszczenie, iż jakkolwiek zmiany te powstają we wszystkich częściach dróg ruchowych, to stopień natężenia zmian jakoteż kolejność

w występowania ich w oddzielnych częściach w każdym oddzielnym przypadku bywa niejednakową.

Zwyrodnienie symetrycznych części pęczków bocznych wskazuje, iż mamy tu do czynienia z cierpieniem układowym (*Systemerkrankung*), t. j. zajęciem części, stanowiących pewną anatomiczną i fizjologiczną całość. Według poglądów pewnych autorów, rozwój tego cierpienia zależy od wad rozwojowych. Ponieważ oddzielne pęczki rdzenia rozwijają się niejednocześnie, przeto pewne uszkodzenia mogły podziać na owe pęczki podczas rozwoju rdzenia, nie wpływając na inne. W samej rzeczy, w niektórych razach objaśnienie takie jest prawdopodobnem, np. w przypadku jednoczesnej sklerozy bocznej i *hydromyeliae*, opisanym przez Strümpella¹⁾. Lecz jakże pomyśleć o wrodzonym usposobieniu, gdy choroba rozwija się nagle u 63-letniej dotąd zdrowej kobiety (Strümpell). Zresztą wiad pacierzowy (*tabes*) jest cierpieniem również układowem, a występowanie jego bez dziedzicznego usposobienia, li tylko w skutek uszkodzeń zewnętrznych, jest faktem, doświadczeniem stwierdzonym. Strümpell zwraca uwagę i na to, iż skleroza amyotroficzna dlatego nie jest chorobą rozwojową, iż zmiany chorobne rozwijają się w pęczkach tylko stopniowo, nie występują zaś od razu jakby przy chorobowym usposobieniu całego układu (pęczków) być powinno. Rozwój zmian chorobowych ma miejsce w kierunku wstępującym lub zstępującym; prawdopodobnem też jest, iż nie cały od razu wymiar poprzeczny bywa zajęty, dowodzą tego przypadki, w których przez pewien czas jedynie kończyny górne są porażone. Ścisłe odgraniczanie się pęczków zwyrodnionych od sąsiednich dowodzi, iż rozwój zmian anatomicznych nie pozostaje w związku z naczyniami i tkanką interstycyjalną, lecz że mamy tu do czynienia z parenchymatyczną sprawą degeneracyjną; rozrost tkanki łącznej jest tu zjawiskiem wtórnem.

Wreszcie, na pytania: dlaczego ten a nie inny układ pęczków podlega tu cierpieniu? odpowiada Strümpell: Czynność oddzielnych układów jest różnorodną ztąd i chemiczne i fizjologiczne własności, rozmaite w różnych włóknach, ściśle wiążą w jedną całość włókna jednego układu. Cierpienie zaś takiego układu wytłumaczyć sobie możemy na tej samej zasadzie, na jakiej wyjaśniamy działanie pewnych trucizn na tę lub ową sferę układu nerwowego, z pominięciem innych.

W końcu słów kilka o leceniu. Opiswane cierpienie traktowane było dotąd z punktu teoretycznego, nie zdołano jeszcze zwrócić uwagi na usiłowania terapeutyczne. Z góry powiedzieć można, iż jest to choroba ciężka i jeśli się można spodziewać jakichkolwiek skutków leczenia, to jedynie w najwcześniejszym okresie choroby. Najpewniejszym środkiem pozostaje tu strumień stały, stosowany na kręgosłup. Siła strumienia (ilość elementów) winna być zastosowaną do wrażliwości osobnika. Posiedzenia trwać winny kilka minut. W późniejszym okresie choroby należy prócz tego przepuszczać strumień rdze-

¹⁾ Hydromyelus u. System. degen. der Seitenstränge. *Arch. f. Psych. u. Nervenheilk.* Bd. X, Heft 8, pag. 695.

niowo-nerwowy lub mięśniowy przez przystawianie anody do kręgosłupa, katody zaś do nerwu i porażonych mięśni. Niektórzy poddają też mięśnie działaniu prądu przerywanego. Przy istniejącem już porażeniu opuszkowem należy dla złagodzenia przebiegu przepuszczać strumień stały (z 6 — 8 elementów) przez głowę, przystawiając elektrody do wyrostków sutkowych. Należy się spodziewać, iż przy starannem stosowaniu tej metody leczniczej w niezbyt posuniętych przypadkach choroby, przebieg ich znacznie złagodzonem zostanie; analogija z wiądem pacierzowym, co do istoty choroby, służy nam w tem za wskazówkę. Toż samo da się powiedzieć o hydroterapii, tyle skutecznej w wiądzie pacierzowym. Skuteczność środków farmaceutycznych nie została dotąd wypróbowaną. Przeciw uciążliwemu poceniu się rąk, do wewnątrz zadawana atropina $\frac{1}{60}$ gr. *pro dosi* działa w sposób łagodzący.

III. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych.

Podał **W. Matlakowski**.

Asystent kliniki chirurgicznej.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 8).

Samo tłumaczenie działania metody Listerowskiej i pojmowanie jej zadania, zakresu skuteczności i spostrzeganych przy niej faktów, z każdym dniem staje się głębszem, a zarazem pełniejszym. Wernich (14), autor wielu wybornych prac nad bakteryjami, wyjaśnia różnicę między leczeniem ran antyseptycznem, a leczeniem tychże ran środkami antyseptycznem i. To ostatnie miało na widoku zabicie, zniszczenie na drodze chemicznej zarodników, które się już w ranie zagnieździły, które już weszły w ścisły związek z tkankami ranionemi — cel to był nie do osiągnięcia. Spostrzeżenia nad leczeniem epidemij błonicy ran (*gangraena nosocomialis*) świadczą, o ile usiłowania czynione w celu przecięcia ich były bezskuteczne. Grzybki, po przejściu odpowiednich stopni rozwoju, przechodziły w postaci obdarzone własnościami szczególnymi (specyficznemi) wchodziły w najściślejszy związek (*adaptatio*) z glebą, na którą padły, a wtedy wymykały się nietylko z pod wpływu wszelkich środków chemicznych, użytych w celu ich zabicia, lecz nawet najsilniejszego, bo stanowiącego *ultima ratio* u Hippokratesa, — ognia. Dziś nam chodzi nie o zabicie zarodków, lecz o powstrzymanie ich rozwoju. Opatrunek i całe postępowanie Lister'a nie dopuszcza do rany mnóstwa pasorzytów, gotowych do zagnieźdzenia się w niej, lecz tych, co się pod opatrunek zakradły, bynajmniej nie niszczy, nie zabija. Jestto dziś fakt niewątpliwy, że pod najściślejszym nawet opatrunkiem listerowskim znajdowano grzybki, zdolne do rozmnażania się. Nie należy atoli zapominać, że obecność, ruchliwość i zdolność do mnożenia się grzybków wcale jeszcze nie stanowi o ich działaniu na otoczenie (*medium*). Takie pojmowanie rzeczy by-

łoby niezgodne z faktami; szkodliwymi są nie pierwotne postacie grzybków, lecz ich formy wyższe, powstałe przez rozwój dalszy i stopniowe przystosowywanie się do gruntu. Opatrunek zatem przeciwny spełnia wybornie swoją rolę, powstrzymuje bowiem dalszy rozwój pasorzytów. Grzybki, krzewiące się pod opatrunkiem *Lister'a*, nie posiadają własności zarażenia. Nawet przy bardzo niedokładnem leczeniu ran kwasem karbolowym, przy którym bakteryje krzewią się obficie, ustaje przeobrażanie się w formy wyższe; organizmy te zatrzymują się od działania tego środka na wysokości form pierwotnych i nie zyskują własności przeniesienia się na inne rany. Choć to już raz nadmienionem było wyżej, gdy była mowa o znaczeniu *spray'u*, jednakże nie od rzeczy będzie jeszcze raz tu przypomnieć, że przy leczeniu ran spotykamy dwa rodzaje grzybków: jedne z nich są wszędzie obecne, z początku niewinne, z wielką łatwością osiadające na ranach i ich wydzielinie, które muszą przebyć u danego osobnika w ranie czas dłuższy, zanim nabiorą własności zakażających, ropnicowych, posocznicowych; dla tego rodzaju grzybków prosty opatrunek przeciwny, nawet niezupełnie zamknięty stanowi nieprzewycięzoną zaporę dla dalszego rozwoju. Oprócz nich, w każdym szpitalu chirurgicznym, w każdym zakładzie położniczym, znajdują się postaci wyżej rozwinięte. Każdy stwierdzić to może w swoim oddziale, w którym stosowano przez czas dłuższy ścisły opatrunek *Lister'a*, a mianowicie, niech spróbuje leczyć rany przez parę tygodni bez zachowania ostrożności przeciwnych. Z początku spostrzegać będzie rany niezaraźliwe, lecz już po 8—10 dniach znajdują się rozmaite powikłania i zakażenia. Przeciwno tym właśnie organizmom mikroskopowym obdarzonym własnością zakażenia w porównaniu z prostymi bakteryjami gnilnymi działa skutecznie opatrunek okluzyjny. Część ich osiada na opatrunku i pozostaje bez wpływu na ranę; ta zaś szczupła ilość, która znalazła się pod opatrunkiem z biedą żyje na gruncie tak nieodpowiednim dla siebie, jak tkanki i wydzielina nasycone środkami przeciwnymi. Że podobne przeistoczenie grzybków odbywa się rzeczywiście, dowodzą tego doświadczenia *Wernich'a* (23), który dowiódł, że grzybki wąglika (*bacilli anthracis*) można przeprowadzić drogą odpowiedniej hodowli w formy niewinne, i naodwrot, co ciekawsze, że zwyczajne grzybki sienne (*Heupilze*) sztuczną hodowlą udaje się doprowadzić do stopnia pasorzytów wąglikowych. Tenże sam autor kładzie mocny nacisk na to, aby w sprawozdaniach chirurgicznych odróżniać ściśle *asepsis* od *antisepsis*. Ilość środka, potrzebna do ochrony rany od grzybków, jest nader różną od ilości tegoż środka, potrzebnej do powstrzymania rozwoju bakteryj bujnie krzewiących się na danym gruncie. Częstokroć nadzwyczajnie małe ilości wystarczają, aby uniemożliwić przedostanie się do rany rojów bakteryj, nawet wysokiej kultury; tymczasem dwa, trzy, cztery razy a nawet i więcej potrzeba tegoż samego środka dezynfekcyjnego, aby poradzić sobie z zarazkami, które się już w ranie rozwinęły i do niej przystosowały. Podobne pogmatowanie skutków postępowania aseptycznego i antyseptycznego szkodzi jasnemu pogładowi na otrzymane wyniki leczenia. Gdyby dotychczas ściśle oddzielano wyniki leczenia ran, w których już zagnieździły się bakteryje, od rezultatów, otrzymanych przez proste przesychnienie ran, zupełnie jeszcze świeżych, środkami przeciwnymi, prawdopodobnie mielibyśmy już dzisiaj, zamiast nieco schematycznej techniki teraźniejszych naszych opatrunków, sposoby odpowiedniejsze i bardziej wyrobione.

Zauważyć należy, że pomimo rozmaitych podnoszonych i nasuwających się wątpliwości, Listeryzm zyskuje coraz więcej zwolenników i rozszerza się coraz bardziej krąg jego zastosowania. I tak, powszechnie znanym jest fakt, że Spencer Wells, Koeberlé i Keith, którzy razem wykonali 1422 operacje (18) i mieli 1091 wyzdrowień, a szczególnie Koeberlé, który w ciągu 3 lat (1874—1876) z 63 operowanych stracił tylko 6, miał 90,5% wyzdrowień (19), wcale nie stosowali opatrunku Lister'a; w ostatnich tylko czasach Spencer Wells i Keith, a zwłaszcza ten ostatni, sławny owaryjotomista szkocki, wprowadzili u siebie opatrunek Lister'a z pewnemi zmianami, wynik, jak z góry było do przewidzenia, nie mógł być nadzwyczaj różnym od poprzednich i tak już świetnych rezultatów. Inna rzecz w Niemczech. Tu w okresie przed wprowadzeniem listeryzmu śmiertelność wynosiła od 45,2% (Nussbaum) do 47,5% (Olshausen) — po wprowadzeniu zaś spadła do 18%. Taki świetny wynik wpłynął na to, że Niemcy stali się gorliwymi zwolennikami leczenia antyseptycznego przy owaryjotomji. Schröder, Nussbaum Kocher, Billroth, Olshausen, ściśle przestrzegają przepisów Lister'a. — Mikulicz w tegorocznej swojej pracy (20), po rozważeniu danych pro i contra, przemawia za opatrunkiem antyseptycznym, lecz bez spray'u, co zgadza się z jego badaniami wyżej wyluszczone. W ogóle trudno jest rozstrzygnąć, o ile na polepszenie wyników owaryjotomij w Niemczech wpłynęła lepsza technika i wprawa operatorów, jaka zaś część przypada na wprowadzenie opatrunku Lister'a, lecz różnica w wynikach jest stanowcza.

W najnowszych czasach coraz częściej przemawiają głosy za wprowadzeniem antyseptyki do operacyj dróg moczowych. Hueter radzi wstrzykiwania kwasu karbolowego po każdym posiedzeniu kruszenia kamieni pęcherzowych, jak również zaleca stosować metodę przeciwną przy cięciach cewki moczowej. Petersen, Rassander (24), Trendelenburg (21), Langenbuch (22) zaczęli gorąco polecać wysokie cięcia pęcherza (*sectio alta*), przy którym można zastosować z całą ścisłością przepisy listeryzmu, do czego nie nadają się inne sposoby operowania kamienia (cięcie krokowe i odbytnicowe). Przyszłość okaże, o ile ta droga okaże się lepszą od dawno ubitych, przez tyle świetnych imion uznanych sposobów. Nawiasowo dodamy tylko, że Langenbuch wpada w pewien szowinistyczny zapal, na myśl rozciągnięcia listeryzmu do pozostałych nielicznych obrotów chirurgii.

Kończąc ten nasz urywkowy przegląd listeryzmu w Niemczech, zaznaczamy raz jeszcze, że w kraju tym, z wyjątkiem rzadkich osobistości, należących do starszego pokolenia chirurgów, postępowanie listerowskie na całym obszarze Niemiec, we wszystkich działach chirurgii cieszy się ogólnem uznaniem, które niektórzy posuwają do entuzjazmu. Pisarze niemieccy z góry patrzą na każdego, co nie stosuje opatrunku listerowskiego, uważając go za zacofanego. Niektórzy, jak Langenbuch, piszą dytyramby na cześć listeryzmu, przesadzonego na grunt niemiecki. Szybkie rozpowszechnienie zasad tej metody w Niemczech porównać można z nadzwyczajnem uznaniem teorii innego genialnego Anglika—Darwina, lub z kultem niewygasłym dla wielkiego syna „*old marry England*”—Shakespeare'a. Za wyraz tego zaufania do metody listerowskiej niech posłuży propozycja Nuss-

baum, bezwzględny zwolennik metody, o której mowa. Autor ten, odziedziczywszy klinikę w Monachium, miał, przed wprowadzeniem listeryzmu, wyniki jak najgorsze: wszyscy chorzy ze złamaniami powikłanymi i prawie wszyscy amputowani marli z ropnicy; w szpitalu rozpanoszyła się róża, a zgorzel szpitalna wynosiła 80% wszystkich ran i owrzodzeń. Od czasu wprowadzenia sposobu listerowskiego choroby przyranne ustały jak pod wpływem różdżki czaroksiężkiej a śmiertelność spadła do liczby o połowę mniejszej (z gruźlicy, charłactwa rakowego i t. p.). Opierając się na tych wynikach, żąda Nussbaum (11) odpowiedniego uwzględnienia dla opatrunku przeciwnilnego w kodeksie, w tym duchu, aby prawnie pociągany był do odpowiedzialności sądowej lekarz, któryby przy świeżych ranach, a zwłaszcza przy ranach głowy, postępował przy badaniu niezgodnie z przepisami Lister'a, w razie zaś dowiedzenia mu, że badał ranę zgłębnikiem niezdezynfekowanym, nieczystymi palcami, używał plastrów i t. p. babranin, i gdyby w następstwie wybuchła róża ze śmiertelnym zejściem, — lekarz, zdaniem Nussbaum'a, winien być skazany na 3 lata więzienia. Nadto, autor ten żąda, aby sposób opatrywania ran nie był nadal pozostawiony dobrej woli lekarza, lecz żeby prawnie nakazane zostało postępowanie antyseptyczne. Przeciwno tak wygórowanym pojęciom o skuteczności i niezawodności metody, wystąpili: Rychter z Wrocławia (11) i Koening z Getyngi (12), którzy sami będąc zwolennikami najściślej antyseptyki, zwracają jednak uwagę na to, że jeszcze nie nadeszła pora na podobne paragrafy. Pierwszy z nich przytacza cały szereg technicznych trudności, które pokonać należy, chcąc przeprowadzić ściśle opatrunek Lister'a; z drugiej strony zwraca uwagę na to, że sprawozdania nawet z najlepiej prowadzonych szpitali dowodzą, że niepodobna dotychczas bezwarunkowo uniknąć np. róży. Jeszcze większy nacisk na brak tej absolutnej pewności, jaka stanowić powinna podwalinę kodeksu, kładzie Koening. „Czas już na koniec, abysmy w naszych sprawozdaniach przestali głosić wyniki metody przeciwnilnej za wyższe, niż są niemi w rzeczywistości. Czas jest na koniec, ażebyśmy także i my, biegli, przyznali, że i nam zdarza się nieraz róża, posocznica, po tej lub owej operacji, że i nam umiera chory z obrażeniem głowy, że kończy się śmiertelnie operacja Ogston'a, lub inna jaka operacja na kolanie. Spodziewamy się, że nie pozostaniemy sami, gdy powiemy, iż mimo nadzwyczajnej sumiennosci, z jaką od 6 lat stosujemy opatrunek Lister'a na wielkim materiale chirurgicznym, nie możemy się pochwalić, że jesteśmy nieomylni, że i nam zdarza się, iż rana, która zagoić się powinna bez kropli ropy, goi się przez ropienie, że chory, leczony przeciwnilnie dostaje róży, że operowany jakiś umiera z posocznicy“. Przytoczyliśmy zdanie profesora getyngińskiego na końcu, jako odznaczające się bezstronnością i otwartością, niezbędną do jasnego rozstrzygnięcia każdej kwestyi spornej. (D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

48. Przyczynek do etjologii chorób zakaźnych, ze szczególnym uwzględnieniem teoryi grzybkowej.

Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie. Vorträge gehalten in den Sitzungen des ärztlichen Vereins zu München. 1881.

Streścił D-r. **Korybutt-Daszkiewicz.**

Pod tym tytułem wyszedł w Monachijum szereg odczytów, a mianowicie:

1. D-r R. Hartig. O chorobach roślin przez grzybki spowodowanych. (*Ueber die durch Pilze bedingten Pflanzenkrankheiten*).
2. Prof. O. Bollinger. O chorobach grzybkowych niższych i wyższych zwierząt. (*Ueber Pilzkrankheiten niederer und höherer Thiere*).
3. D-r Hans Buchner. O działaniu schizomycetów na organizm. (*Ueber die Wirkungen der Spaltpilze im lebenden Körper*).
4. D-r Frid. Bezold. O grzybkach w uchu. (*Ueber Otomykosis*).
5. D-r Port. Przyczynek do etjologii tyfusu brzuszego. (*Zur Aetiologie der Abdominaltyphus*).
6. D-r Soyka. O naturze i sposobie rozchodzenia się zarazków, (*Ueber die Natur und Verbreitungsweise der Infectionserreger*).
7. D-r Adolf Weil. Grzybki w chorobach zębów. (*Die Pilze der Zahnkrankheiten*).

Rzuciwszy okiem na porządek pierwszych odczytów, łatwo odgadnąć przewodnią myśl sprzymierzonych badaczy monachijskich. W naturze, wszystko co żyje, ulega jednakowym prawom życiowym, bo komórka i jej treść (*protoplasma*), w zasadzie, jedna dla wszystkich tworów żyjących, a choroby (o jakich tu mowa) to przedewszystkiem walka o byt komórki z jej wrogiem drobnowidzowym.

Badanie ustrojów mniej złożonych jest łatwiejsze, a co w nich z tej walki o byt dostrzeżono, bez błędu rozciągnięte być może do organizmów wyższego ustroju.

W sprawozdaniu niniejszem zachowam zakreslony porządek, zaczynając przegląd od roślin.

Zdaniem Hartig'a, pasorzytami tych ostatnich bywają grzybki tylko wyższego gatunku; ani schizomycety (*bacteria, micrococcus, vibrio*), ani komórkowe fermenty (*saccharomyceta*) w chorobach roślin udziału nie biorą. Przyczynę tego H. widzi w braku wodnych komunikacyj w budowie mięszu rośliny, któreby roznoszeniu zarazków po całym ustroju sprzyjały, jak to się dzieje u zwierząt drogą naczyń krwionośnych¹⁾. U roślin, każdą komórkę z osobna grzybek szturmem zdobywa, rosnąc wciąż wierzchołkową komórką swej grzybni, lub wysyłając ssawki (*haustorie*) na strony.

Pominąwszy tę jedną, pod względem podobieństwa z wyższym ustrojem sprzeczność, mamy wiele momentów chorobnych wspólnych roślinom i zwierzętom. I tak: H. dzieli np. grzybki szkodliwe roślinom na takie, które do wnętrza roślinnego organizmu dostać się mogą o własnej sile, i na takie, które tylko

¹⁾ Ubóstwo w związku azotowe jest tu także przyczyną; po śmierci zwierzęcia, kiedy pompy ustroju działać ustają, bakteryje wszędzie przeniknąć są w stanie, jakkolwiek twardsze osłony, jak powięzie i pochwy niezaprzeczenie stawiają opór przenikaniu bakteryj. — (*Prz. Spr.*)

po obrażeniu rośliny, na ranie jej znaleźć mogą grunt odpowiedni dla swego rozwoju.

Działanie grzybków na komórkę roślinną raz ogranicza się do spożytkowania tylko części jej soków na własną korzyść i w takim razie, jeśli ważniejsze narządy chłonięcia (korzenie, liście) nie są siedliskiem grzyba, to życiu rośliny nie zagraża niebezpieczeństwo; w innym razie grzybek wszystko od razu na rzeź swą konfiskuje, lub soki przemienia na niezdolne do odżywiania rośliny.

Sposób krzewienia się zarazka między roślinami i szerzenia się chorób epidemicznych jest jeden i ten sam. W jednych przypadkach roznosi chorobę powietrze w postaci zarodników, w drugih, przejściu grzybka z jednego osobnika na drugi dopomaga zetknięcie się korzonków roślin sąsiednich, w innych nakoniec—nowe ognisko chorobowe powstaje za pośrednictwem osób trzecich.

Nietykalność (*immunitas*) pewnego roślinnego osobnika względem odpowiedniego grzybka, nie polega jednak na wewnętrznych, odpornych własnościach. Wystarcza tu za wszystko mniej więcej tego pokrywa zewnętrzna. Nietykalność ta uwydatnia się dopiero między owadami. I tak, choroby zaraźliwe np. u jedwabników, nie dotykają wszystkich gąsienic jednego zakładu w równym stopniu; niektóre z nich zdrowe żyją, choć inne obok są chore. Znany powszechnie grzybek *Empusa muscae* napada tylko na muchy już wykształcone; poczwarka tego owadu nie da się grzybkiem zarazić. Co więcej, w pewnych stanach, że tak powiem „odmiennych”, owad jest nietykalnym dla swego grzybka. Liszki rzepakowe i inne, brzemienne larwami pewnego gatunku osy (wylęgłami z jaj w ich ciele złożonych), są przez to samo zabezpieczone od grzybka, gdy jednocześnie ginie od niego tysiące innych. De Bazy i Brefeld to ostatnie zjawisko tłumaczą wzajemnym antagonizmem dwóch pasorzytów: zwierzęcego i roślinnego.

Zakażenie owadu przez grzybki odbywa się często przez przewód pokarmowy i naodwrot, niektóre grzybki, zjadane nie szkodzą owadom (*Empusa radicans*), na skórze jednak natychmiast kielkują. Niektóre okolice ciała są bardziej usposobione do przyjęcia zarazka od innych (u muchy dolna część brzucha). Przenikając do środka, grzybek nie wywołuje natychmiast objawów choroby. Przez pewien czas (okres wylęgania) owad niczem onej nie zdradza. Czas trwania tego okresu dla różnych bywa gatunków zarazy odmienny i od pory roku zależny. Brefeld uważał, że kiedy w letnich miesiącach już po trzech dniach choroba u muchy jest w pełnym rozwoju, zimą dosięga swego *maximum* ledwie 8—10-go, a nawet 14-go dnia (zależność choroby od zmiany materji). Większa część zarazków przechodzi do krwi dopiero po rozmnożeniu się w organizmie owadu.

Pod względem zakażenia przez bezpośrednie zetknięcie się chorego ze zdrowym, ciekawe są doświadczenia Pasteur'a. Jedwabnikowym motyłem, samcom, maczał on brzuszki w roztworze wodnym zarazka, dziś prawie wygubionego, dzięki energii hodowców i rządów, a zwanego *Nosema bombycis*, i niemi zapładniał samiczki. Choroba przeszedłszy na samce, udzieliła się jajom i jak w następstwie wykryto, zarazek tkwił wewnątrz skorupki. Tu już chyba nie trzeba przypominać czytelnikowi o analogii z pewnymi chorobami u ludzi.

Nosema przechowuje się tylko w jajach z roku na rok, należy więc do typu wewnątrz-rozrodczych (*endogene*). Inne znów, między owadami grasujące zarazy mogą się rozmnażać tylko zewnątrz ustroju ¹⁾; są znów i takie, które się mnożą (*Micrococcus bombycis*). Ostatni jest przyczyną choroby jedwabników zwanej *flaccidez*; powstaje ona samodzielnie ²⁾, zwykle przy złych warunkach higienicznych i atmosferycznych, lub też przy zbyt niem nagromadzeniu gąsienic na szczupłej

¹⁾ Potrzebują one do wylęgania pewnego ośrodka (*substratum*), odmiennej, nie zwierzęcej, natury, na podobieństwo zaduchów (miazmatów) np. malaryi.

²⁾ Nie znaczy to *per generationem spontaneam*. — (Przyp. Spr.)

przestrzeni i przyjmuje natychmiast charakter epidemiczny. Śmiertelność jej jest wielka. Wyzdrowiałe liszki nigdy już uprzedniej siły nie odzyskują, nawet po dokonanej przemianie w motyla (moment ważny dla zmiany materji). Potomstwo ich słabe i dziwnie usposobione do tejże samej choroby. Nasuwa się tu na myśl ludzka gruźlica.

Epidemije naszych owadów wszystkie są pochodzenia swojskiego, za wyłączeniem Nosemy, która na podobieństwo cholery i dżumy, sprowadzoną została ze wschodu, w jajach jedwabników japońskich.

Bollinger w swym odczycie mówi jeszcze o epidemijach ryb, raków i wielu innych zwierząt; w epidemijach tych przyczyną choroby bywają stale grzybki; przebieg tych chorób odbywa się zawsze podług pewnego typu, właściwego dla każdej rassy.

Przytoczone dopiero co fakta, bezwątpienia są w stanie niejednego przekonać, z tych co się spóźnili aż dotąd z uznaniem tak zwanego *contagium vivum*, jako przyczyny chorób zakaźnych człowieka.

W trzecim odczycie D-r Buchner rozstrzyga pytanie, czy ten „żywy zarazek“ jest sam sprawcą choroby, czy też nie zachodzi tu jednocześnie z zakażeniem (*infectio*) jeszcze zatrucie (*intoxicatio*), wywołane przez produkta rozkładu udzielone organizmowi (np. przez zaszczepienie), a powstałe w innym ustroju, z którego zarazek pochodzi. Zatrucie to materjami rozkładowymi wyróżnić należy od zakażenia (*infectio* — *intoxicatio*).

Do zakażenia bakterjami węglika, wystarcza tak nadzwyczajnie mała ilość zarazka, że przymieszka trujących substancyj, wcale już w rachunek wchodzić by nie powinna. Buchner postarał się bardziej jeszcze te ostatnie materje trujące rozrzedzić, hodując bakteryje węglikowe przez 36 pokoleń, w tyłuż naczyniach z płynami odżywczeni; do każdego z następnych naczyń kolejno przenosił minimalną cząstkę zarazka z poprzedzającego naczynia, a pomimo to zarazek nie tracił swych własności zakażających. Jeśli do zaszczepienia zwierzęciu użyto płyn z 36 naczynia. Jadowitość zaczęła słabnąć dopiero w dalszych pokoleniach powstałych drogą sztucznej hodowli.

Badacz ten nie poprzestał i na tym jeszcze dowodzie. Jeśli powiada, udało się wywołać pewną, charakterystyczną zakaźną chorobę, jakimi grzybkami obojętnymi dla ustroju przy zwykłych warunkach, grzybkami, które z chorym organizmem żadnej styczności nie miały, w takim razie otrzymalibyśmy dowód niezbity, że istota choroby spoczywa w działaniu samych grzybków.

Za przedmiot do swych doświadczeń wybrał Buchner bakteryje sienne, znajduwane powszechnie na sianie ¹⁾). Przekonawszy się uprzednio, że bakteryje węglikowe przy sztucznej hodowli, w odległych pokoleniach tracą swą jadowitość, postarał się na odwrót wzmocnić jadowitość bakteryj siennych przez stosowną kulturę przygotowawczą. Umieszczane przez kilka pokoleń we krwi tętnicznej, pozbawionej krzepnika, wywołały one po zaszczepieniu karbunkuł z całym dokładnym obrazem chorobowym, a tem samem dostarczyły żądanego dowodu, rozstrzygającego pytanie, co zachodzi przy zarażeniu; zatrucie czy zakażenie grzybkami ²⁾? Porównajmy zachowanie się tych dwóch spokrewnio-

1) Wiadomo, że bakteryje te tak z powierzchowności jak i ze sposobu tworzenia się zarodników (sporów) bardzo są zbliżone do węglikowych, bakteryje te jednak, zastrzyknięte zwierzętom, wcale nie wywołują charakterystycznych objawów węglika.

2) Oba szeregi doświadczeń Buchnera, a zwłaszcza drugi, są nadzwyczaj ważne dla całej teoryj grzybkowej. Dawniejsze bowiem metody jak sposób oddzielania grzybków od materj rozkładowych za pomocą cedzenia, używany przez Pasteura i Klebsa, wystarczał tylko dla umysłów tych badaczy, ogólnie zaś nie wytrzymał ścisłej a bezstronnej krytyki. (Patrz naciągane dowodzenie Klebsa w *Rev. Encyclopaedie* „Die ansteckende Krankheiten“. — (przyp. red.)

nych bakteryj, w organizmie zwierzęcym i w innych, mniej dla nich dogodnych środkach. Dla obu, warunkiem niezbędnym do życia jest tlen. Bakteryje sienne, znoszą jednak z łatwością wyższe ciepłoty niż węglkowe, w jednakowych płynach odżywczych rozradzają się prędzej i silniej od jadowitej swej formy; do życia i rozmnażania się mogą spożytkować substancyje mniej bogate w związki proteinowe i w ogóle takie, w jakich grzybki węglkowe istnieć już nie mogą. Zdawałoby się że i w organizmie zwierzęcym pierwsze, t. j. sienne, okażą się dzielniejszymi; tymczasem dzieje się zupełnie przeciwnie ¹⁾. Słusznie więc Buchner z porównania tego snuje wniosek, że nie chemiczne lub fizyczne przyczyny, ale wyłącznie fizjologiczne własności tkanek zwierzęcych rozstrzygają o losach tych niższych grzybków w ich pasorzytnych zachciankach.

Każda z tkanek zwierzęcych posiada tę własność odporną w bardzo różnym stopniu ²⁾. Buchner przytacza jako przykład ospę, w której zarazek (choć niewidzialny, lecz w każdym razie bardzo prawdopodobny) rozmnaża się tylko w wierzchniej warstwie skórnej, aczkolwiek cały organizm jest dotknięty chorobą. Podług Buchner'a, nietykalność np. względem ospy, u tego, który ją przeżył, polega nie na pewnej przemianie tkanek i soków całego ustroju, lecz tylko na zmodyfikowaniu lub wzmożeniu się odporności komórek, tej tylko pewnej warstwy skórnej. Inne i przedtem ją posiadały.

W leczeniu chorób zakaźnych, radzi Buchner zwrócić przedewszystkiem uwagę na podtrzymanie i podniesienie tej właśnie odporności tkankom właściwej, a ostrzega przed zbytnią zapalczywością ścigania zarazka i chęcią zniszczenia go w organizmie z pomocą środków dezynfekcyjnych i przeciwnieżylnych, przez wytworzenie np. w sokach krążących jednej tysięcznej koncentracji kwasu benzoosowego, jak to Klebs w krwi urządzić zamierzał. Środki tylko co wspomniane, mogą rzeczywiście zniszczyć zarazki w retorcie, lub rozwój ich w pewnych korbach utrzymać. Pominałszy jednak tę trudność, że dla otrzymania żądanego stężenia, np. we krwi, trzeba byłoby, jak się wyraża Buchner, chyba nerki podwiązać, środki te prędzej zdołają zniszczyć tkanki, niż najżywotniejsze z tworów pod słońcem — bakteryje.

Inna rzecz w chirurgii. Postępowanie przeciwnieżylnie Lister'a, chroni tkanki czasowo tylko od wpływu zarazków, aż się odporność chwilowo stracona na nowo (w ziarninie) nie wytworzy. Czy jednak metoda ta może pomódz w zgorzelinowych sprawach dyjabetyków? Zdaniem Buchnera nie zawsze wystarcza ochrona rany od osiedlenia się zarazków zewnętrznych; zarazki bowiem krążące we krwi, dostawszy się do rany, rozwijają się z łatwością w takich organizmach, których odporność tkanek zbliża się do zera. (D. n.)

49. Marx. Dyfteryt kataralny i jego stosunek do cięższych postaci dyfteryi.

Deutsches Archiv für Klinische Medicin. Bd. 27. Heft 1 und 2. 1880.

Stręsił D-r **T. Dunin.**

Z pomiędzy chorób zakaźnych, które od lat kilkunastu stały się tak ulubionym tematem dla poszukiwań patologów i klinicyстів, dyfteryt niewątpliwie najlepiej jest znanym. Dziś już prawie dla nikogo nie ulega wątpliwości, że

¹⁾ Bakteryje sienne w organizmie zwierzęcia mają ginąć bardzo prędko.

²⁾ Stopniowanie w odporności różnych tkanek ludzkiego ciała, zdaje mi się, iż uwydatnia się w przebiegu przymiotu. — (przyp. spraw.)

1) dyfteryt zrazu występuje zawsze jako cierpienie czysto miejscowe, które tylko w następstwie się uogólnia i 2) że choroba ta zawsze związana jest z obecnością pewnych roślinnych pasorzytów. Te dwa punkty wpłynęły nie mało na dokładne zbadanie lżejszych form dyfterytu, ocenienie ich natury i stosunku do tego co powszechnie zowiemy dyfteryją (*diphtheritis gangraenosa s. septica*). Oertel był pierwszy, który rozróżnił cztery formy dyfterytu, a mianowicie: kataralną, krupową, gangrenową i septyczną; następnie Klebs i inni podział ten przyjęli, tak, że tym sposobem te lekkie cierpienia gardła, które pod najrozmaitszymi figurowały imionami, wprowadzone zostały do ogólnej grupy dyfterytu. Pod mianem dyfterytu kataralnego rozumiemy te formy, które się cechują powierzchownymi, ściśle ograniczonymi dyfterytycznymi błonami, kataralnym zajęciem błony śluzowej — i ztąd jej nazwa — lekkim obrzmieniem gruczołów podszczękowych i nieznacznymi objawami ogólnymi. Jako dowód powinowactwa tej formy z cięższymi postaciami dyfteryi, służyć może zarówno częste jej przechodzenie w tę ostatnią, rezultaty szczepienia, a wreszcie i poszukiwania anatomiczne.

Kliniczne objawy tej formy są następujące: wśród nieznaczących dreszczy, powtarzających się po kilka razy, chory doznaje najprzód uczucia suchości i palenia w gardle, następnie bólu głowy i ogólnego osłabienia; ciepłota ciała podnosi się o 2 stopnie, a dzieci nieraz już z samego początku zaczynają bredzić. Gruczoły podżuchwowe w pierwszej prawie chwili są obrzmiałe i bolesne. Co się tyczy objawów miejscowych, to z samego początku polegają one jedynie na czerwoności i obrzmieniu obydwóch, a częściej jeszcze jednego migdałka; dopiero w kilkanaście godzin pokazują się małe wielkości grochu plamki, bardzo ograniczone i dość mocno przylegające do błony śluzowej. Czasami znajdujemy je i na drugim migdałku, podniebieniu lub łukach. W 3 do 4 dni nalot ten się rozpuszcza, ogólne objawy znikają i pozostaje czas jakiś tylko obrzmienie błony śluzowej i lekki ból gardła, który znika po upływie 2—3 dni, tak, że cała choroba ciągnie się tydzień, a czasem tylko 3—4 dni. Forma ta, tak ze względu na objawy ogólne, jak i na zmiany miejscowe, zasadniczo się różni od prostego kataru gardzieli; wprawdzie i w tym ostatnim śluz, zsychając się, może tworzyć rodzaj nalotu, ale barwa jego bywa wtedy brudno-żółta, a mikroskop wykrywa w nich takie grzybki, jak *leptotrix buccalis*, *oidium albicans*, *spirillae*, których, jak to zobaczymy, właśnie nie bywa przy dyfterycie kataralnym.

Jak to już wyżej powiedziano, forma ta dość często przechodzi w cięższe formy dyfteryi. W takich razach opisane wyżej objawy, zamiast zmniejszać, coraz bardziej się wzmagają; gorączka dosięga do wysokiego stopnia, pokazuje się białki w moczu, gruczoły na szyi silnie obrzmiewają, błona śluzowa gardzieli obrzmiewa, nabiera sadowatego blasku, nalot zaś grubieje i rozszerza się teraz na znaczną przestrzeń, a zdjęty okazuje krwawiącą błonę śluzową, która w krótko pokrywa się albo nową błoną albo też warstwą ropy. Wyzdrowienie następuje tu po upływie 2—3 tygodni, jeżeli zakażenie krwi nie stanie się przyczyną śmierci. Oprócz tego, dyfteryt kataralny może, choć to rzadko bywa, przejść i na krtań. W takim razie bardzo często po rozpuszczeniu się błon w gardle i przy wcale dobrym stanie ogólnym, nagle pokazuje się chrypka, charakterystyczny kaszel krupowy, przyczem często błony powracają i w gardzieli. Często pierwotne objawy gardzieli bywają tak nieznaczne, że bardzo łatwo mogą być przeoczone przez mniej uważnego lekarza; niewątpliwie w wielu razach t. z. pierwotnego krupu krtań, proces postępuje w powyższy sposób. Powyższe przypadki prócz tego są niewątpliwym dowodem, że t. z. krup po większej części nie jest niczem innym jak dyfterytem, co zresztą wykazał i Oertel, który szczepiąc błony dyfterytyczne w tchawicy, wywoływał krup. Tożsamość krupu i dyfterytu stała się jeszcze bardziej prawdopodobną, od chwili, kiedy anatomiczne poszukiwania w błonach przy tych dwóch chorobach powstających, nie wykryły żadnej różnicy; to zaś co dawniej uważano za cechę odróżniającą, t. j. miejsce wydziela-

nia się włóknika (przy krupie na powierzchni, przy dyfterycie w głębi tkanki), zależy wprost od rozmaitej budowy błony śluzowej gardzieli i krtani. Zresztą nie można przeczyć, że tak samo jak pod wpływem środków silnie żrących, rozwinąć się może zapalenie krupowe i samodzielnie, ale wtedy nie jest ono przeszczepialne i zaraźliwe. W ogóle takie samodzielne zapalenie krupowe jest rzeczą bardzo rzadką i rozpoznawać je możemy tylko wtedy, jeżeli w okolicy niema wcale epidemii dyfterytu, jeżeli objawy ze strony krtani najpierw występują i rana po tracheotomii nie pokrywa się nalotem dyfterytycznym; zazwyczaj jednak krup jest wprost dyfterytem.

Jednym z najważniejszych dowodów powinowactwa dyfterytu kataralnego z cięższymi formami dyfteryi jest to, że nieraz osoby dotknięte lekkim cierpieniem gardła, nie tylko że udzielają go innym, ale mogą być przyczyną wybuchu najcięższych septycznych form dyfteryi. Z tego powodu są one niezmiernie ważne i niebezpieczne ze względu praktycznego, albowiem nieraz rodzice nie zwracają uwagi na małoznaczne cierpienie gardła dziecka i pozwalają mu przeszczepić innym śmiertelną niejednokrotnie chorobę. Takich przykładów jest wiele; jeden z nich przytacza Oertel; synek barona R. siedząc w szkole obok kolegi, który w parę dni umarł na dyfterję, dostał nieznaczного bólu gardła, któremu ani on, ani rodzina nie nadawali większego znaczenia. Chłopiec co rano i co wieczór pieścił się i całował z ojcem, który też niebawem dostał dyfterytu, pomimo, że, z powodu astmy, na dwór wcale nie wychodził; wkrótce choroba rozszerzyła się na całą rodzinę.

Co się tyczy istoty dyfterytu kataralnego, to przedewszystkiem zauważyć należy, że nie różni się ona wcale od najcięższych postaci dyfteryi. Tu jak tam, jako przyczynę choroby badania Oertela i Klebs'a i innych wykazały pasorzyty, których nie bywa wcale przy prostym katarze lub krupie sztucznie wywołanym (przez środki żrące). Przeciwnie nie tylko, że w prostym katarze nie znajdujemy tych pasorzytów, co w dyfterycie kataralnym, ale nawet w tym ostatnim owe grzybki (*oidium albicans*, *leptotrix burcalis*) charakterystyczne dla błon czysto kataralnych, zupełnie znikają i są niejako wyrugowane przez swoiste dla dyfterytu pasorzyty. Prócz tego, kiedy u zwierząt, zmarłych w skutek sztucznie wywołanego krupu, nie znajdujemy w innych organach żadnych zmian, w dyfterycie we wszystkich organach znajdujemy wysoko posunięty rozpad obok całych kolonij mikrokokków. Rezultaty, jakie Oertel otrzymał, badając i oczyszczając mikrokokki dyfterytu, nakazują nam przyjąć, że pasorzyt tej choroby jest swoisty i że zawsze wywołuje jedne i te same zmiany; raz jeden znalazł Klebs wyższy stopień ich rozwoju, polegający na tem, że pasorzyty przedstawiały się w kształcie kolonij, złożonych z tworów pałeczkowatych.

Zmiany anatomo-patologiczne, będące podstawą dyfterytu kataralnego nie łatwe są do zbadania, z powodu, że choroba rzadko kataralną bywa; nie mniej przeto zbadane są o tyle, że ich obraz przedstawić można. Powierzchnowe warstwy nabłonka zwykle są niezmienione, w głębszych komórki są obrzmiałe, szkliste, a ich jądra bardzo wyraźne. Na powierzchni nabłonka znajdujemy całe kolonije mikrokokków, których osobniki przeciskają się pomiędzy komórkami, podnoszą je, w skutek czego nabłonek przedstawia się w kształcie nalotu na powierzchni błony śluzowej. Po 24 godzinach w głębszych warstwach nabłonka pokazują się pojedyncze komórki ropne, noszące na sobie liczne mikrokokki; im głębiej te ostatnie przenikają, tem więcej znajduje się ciałek ropnych. Prócz tego znajdujemy tu ogromne blade komórki z wyraźnem, nieraz dzielącym się jądrem, które jednak nikną tam, gdzie komórki tworzą warstwę demarkacyjną; tu też i mikrokokków nie bywa. Jeżeli proces się nasila, wtedy następuje wydzielanie się włóknika pomiędzy bujające komórki nabłonka, jak również pomiędzy tym ostatnim i podścieliskiem. Czasami bywa ono bardzo nieznaczne, i przypadki te stanowią przejście od dyfterytu kataralnego do krupowego; zwykle jednak jest ono tak

obfite, że komórki zostają zniszczone i wtedy znajdujemy tylko włóknik, masy mikrokokków i produktu rozpadu komórek. Na błonach z nabłonkiem nrgawkowym, w skutek obecności błony podstawowej, proces jest nieco zmienionym, o tyle, że włóknik zbiera się więcej na powierzchni, aniżeli w głębi tkanek. Jednym słowem badanie anatomiczne pokazuje nieprzerwaną ciągłość pomiędzy dyfterytem kataralnym i krupowym, *resp.* i innymi jeszcze cięższymi formami dyfteryi.

Z tego przedstawienia rzeczy wypada, jakie środki higieniczne i terapeutyczne w obec dyfterytu kataralnego przedsiębrać należy. Każda osoba, tą chorobą dotknięta, winna unikać zetknięcia z innymi, co się szczególnie odnosi do uczniów, uczęszczających do szkół; szczególnie surowo przestrzegać należy, aby chorzy nie całowali się z innymi osobami, bo tą drogą zaraza najłatwiej się przenosi. W leczeniu unikać należy wszelkich przyżęgań i pędzlowań, bo te niejednokrotnie wpływają na nasilenie procesu i rozwój formy krupowej; natomiast stosować należy wszystko to, co ułatwia ropienie, *resp.* oddzielanie części zawierających mikrokoki; tu należy ciepło w kształcie inhalacyj, okładów i płukań.

* * *

Przyp. Spraw. — Zdaniem naszym obok tego miejscowego leczenia, na które w zupełności się zgadzamy, na pierwszym planie postawić należy ogólne, a mianowicie chininę w dużych dawkach, od której zawsze najlepsze widzieliśmy skutki.

50. O lekarstwach powodujących wybuch. Nie mało jest środków w farmacyi, od użycia których w pewnych połączeniach następuje wybuch. Przepisując niektóre z nich przez niewiedomość lub zapomnienie, przyczyniamy się do wywołania tych niepożądanych następstw. Pomiędzy temi bardzo licznymi połączeniami, jakie Dr. Kaeuffer opublikował w *Annales de la Société Médico-chirurgicale de Liège*, a które przedrukował następnie w *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, przytoczę niektóre tylko. Autor przygotował maść, składającą się z chloranu potassu (*kali chlorici*), kwiatu siarki (*flor. sulf.*) i innych jeszcze przetworów i zauważył nieznaczny wybuch w maści, w której to połączenie nastąpiło. W innym wypadku znowu autor zauważył, że essencyja terpentynowa, nalana w butelkę, w której przedtem był kwas siarczynowy, roztrzaskała naczynie. Podobne wybuchy miewają miejsce i w innych przypadkach, szczególnie w Ameryce, gdzie naprzykład materyjał, wywołujący najsilniejszy wybuch, jak nitroglieeryna, jest sprzedawany nawet w aptekach homeopatycznych. Oprócz fosforu, wywołującego jak wiadomo wybuch, autor przytacza inne połączenia. Tak naprzykład, połączenie nadfosforanu wapna (*hypophosph. calc.*), chloranu potassu (*kali chlorici*) i octanu żelaza (*ferr. acet.*) wywołało do tego stopnia silny wybuch, że skaleczyło niebezpiecznie przyrządzającego. Rozczyn ciała utleniającego się w glicerynie, wymaga jaknajwiększej ostrożności. Tak kwas chromny (*acid chromic.*) w glicerynie może wywołać bardzo silny wybuch. Dla zapobieżenia temu, rozczyn powinien być ostrożnie mierzony kroplami. Rozpuszczanie nadmanganianu potassu (*kali hypermangan.*) w glicerynie przedstawia podobne niebezpieczeństwo, również połączenie jodu z azotem. W Ameryce, naprzykład, przepisują często to ostatnie połączenie w formie *Trae jodii* z amonijakiem i jeżeli wybuch w tych wypadkach rzadko następuje, to dzięki temu, że połączenie to zwykle następuje w wodzie. Połączenie to jednakże może być przygotowane tylko w bardzo małych ilościach. Farmaceuta, jak powiada Dr. Kaeuffer powinienby mieć prawo odmówić robienia podobnych połączeń, jak *Tinctura jodii* z amonijakiem, *kali chlorici* z siarką, lub przetworami analogicznymi. Połączenie *kali chlori* z taniną, jest także niebezpiecznym i to połączenie Dr. Kaeuffer radzi wydawać z apteki w przypadkach, w których lekarz ordynuje, nie w płynie, lecz w proszku. Proszek do zębów *Prie'a*, składający się także z *kali chlor.*, przy tarciu zębów suchą kauczukową szczoteczką może powodować wybuch nawet w ustach używającego. Nie mniejsze jest także niebezpieczeństwo roztworu stężonego *kali hypermang.* w alkoholu i w wodzie, który nie może być pomieszczonym w zamkniętym naczyniu, gdyż następuje wybuch. *Kali chlor.* z gliceryną wywołuje także wybuch. Jeden z lekarzy w New-Jorku, cieszący się tam największą praktyką, przepisał płukanie z równych części chlorku żelaza, *kali chlor.* i gliceryny, od którego na-

stał wybuch w kieszeni chorego, niosącego to lekarstwo. W innym wypadku podobne połączenie wywołało wybuch pod wpływem promieni słonecznych, powodując pożar w domu. W ostatnich czasach spostrzeżono własność wybuchową proszku, zawierającego chloran potasu (*kali chloricum*) i chlorek morfiny (*chlorhydras morphii*)
Dr. *Julijan Talko-Hryniewicz.*

KORRESPONDENCYJA.

Kraków, w Marcu 1881.

Lubo ani nie proszony, ani nie wezwany, pragnę od czasu do czasu zawiadamiać Czytelników Gazety lekarskiej o sprawach lekarskich w Krakowie i spodziewam się, że obok stałego i jakby urzędowego korespondenta, znajdzie się kącik i dla moich zdań sprawy.

Od czego tu zacząć? prawdziwe *embarras de richesse*. Zaczę od sporu z anonimem kryjącym się pod *α* i powiem mu, że wybory ostatnie w Tow. lek. krak. poszły nie „prawie całkowicie“ ale zupełnie według wniosku wyznaczonej poprzednio komisji przedwyborczej. Ztąd atoli bynajmniej nie wypada, by te wybory miały się odbyć obojętnie, jeżeli się zważy, dlaczego utworzono po raz pierwszy komisję przedwyborczą. Jak każde ciało zbiorowe w ogólności, tak Towarzystwa z celem naukowym w szczególności pomyślnie rozwijać się mogą tylko wtedy, jeżeli sprawami ich kierują ludzie energiczni i zdolni. W wyborach więc urzędników w Tow. lekarskich nie chodzi o to, by wynagradzać zasługi dawniejsze, ale uważając godności w Towarzystwie za ciężki obowiązek powoływać do nich ludzi, którzy odpowiednie mają zdolności i chęci i potrafią należyta rozwijać energję w obec powszechnego u nas lenistwa. Z tego przeto powodu utworzono w Towarzystwie lekarskim krakowskim, na wniosek jednego z członków, komisję przedwyborczą, która po kilku posiedzeniach obmyśliła na kaźden urząd najodpowiedniejszych kandydatów, przeprowadziła z nimi potrzebne rokowania, a jako wyszła z łona Towarzystwa i złożona z członków, znających dokładnie osoby i stosunki miejscowe, mogła mieć uzasadnioną nadzieję, że jej wnioski przychylnie na ogólnem zebraniu znajdą przyjęcie. Brak więc walki wyborczej nie dowodzi obojętności na sprawę, lecz zaufania do komisji przedwyborczej.

Powiada dalej Szanowny kolega z pod *α*, że wzmianki o ugodzie z Towarzystwem lekarskiem galicyjskim w zdaniach sprawy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego były małe. Na to wyrażenie nie mógłbym przystać i wzmianki o akcie tym były czysto przedmiotowe, lubo z drugiej strony to pewna, że większość członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego nie ludziła się nigdy co do donośności przerzeczonej ugody. Składka do kasy wsparcia w Towarzystwie lekarskim galicyjskim jest tak nieznaczna, w obec prawdziwej biedy między lekarzami na prowincyi, osobliwie w Galicyi wschodniej, że o jakimś szerszem działaniu dobroczynnem tej instytucyi mówić nie łatwo, z drugiej strony cenę „Przeglądu lekarskiego“ obniżono tak znacznie dla członków Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, że wątplić należy, czy za nią będzie mogło Towarzystwo lekarskie krakowskie długo dawać swoje pismo. Towarzystwo lekarskie krakowskie z pewnością dotrzyma sumiennie swych nowych obowiązków względem Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, ale niema powodu entuzjasmować się ugodą, która, mówiąc prawdę, nie cieszyła się nigdy u nas wielką popularnością.

Sprawa słownika terminologicznego postąpiła o tyle, że Towarzystwo lekarskie krakowskie postanowiło wydać go własnym nakładem i w tym celu ogłosiło nań prenumeratę. Radzono wprawdzie, by się jeszcze czas jakiś z drukiem wstrzymać, ale ostatecznie w Towarzystwie lekarskim krakowskim większość jest zdania, że w obec coraz większego rozwoju naszego piśmiennictwa lekarskiego, niepodobna dalej ociągać się z tą sprawą. Z tem postanowieniem zgadzam się najzupełniej, tembardziej, że komisja terminologiczna uwzględniła uwagi, nadsyłane z taką godną uznania życzliwością przez Towarzystwo lekarskie warszawskie, Sekcyję lekarską towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu i wielu lekarzy w kraju i zagraicą. Niewątpliwie zresztą różnice w Towarzy-

stwie między Krakowem a Warszawą maleją coraz bardziej; z drugiej strony wiele terminów do-
brych, utworzonych w Krakowie, przyjęło się w Warszawie, z drugiej strony przekonano się
w Krakowie, że przesada w puryzmie prowadzi tylko do śmieszności i że czystość języka nie polega
na używaniu wyrazów wprawdzie swojskich, ale dziwacznie ukutych. Pod tym względem prawdzi-
wa należy się wdzięczność piśmnom lekarskim warszawskim, że poruszając w swych szpaltach spra-
wę słownictwa, występowały statecznie przeciw zbytniemu puryzmowi i w końcu dokazały swego
tak, iż i w Krakowie nastąpił stanowczy zwrot opinii publicznej. Wyrazem tego jest „Przegląd
lekarski“, który pilnując czystości języka, wystrzega się starannie wszelkich wyrazów dziwacznych.
Sądźmy przeto, że wydanie pierwszego ogólnego słownika lekarskiego powinni poprzeć czynnie
wszyscy lekarze polscy, tem bardziej, że ani autorowie, ani Towarzystwo lekarskie krakowskie nie
uważają go za stanowczy kodeks, lecz spodziewają się, że przez wydanie jego przyczynią się do
ostatecznego ustalenia w niedalekiej przyszłości terminologii lekarskiej i zatarcia różnicy między
Krakowem a Warszawą, obecnie zresztą — jakżeśmy już powiedzieli — nieznaczną.

Jak już z korespondencji kol. *α.* wiadomo, właściwy jubileusz 50-letni doktoratu prof. i pre-
zesa Józefa Majera, będziemy obchodzić w Lipcu r. b. podczas zjazdu lekarzy i przyrodników pol-
skich w Krakowie. Komitet Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, któremu polecono zająć się tą
sprawą, postanowił ofiarować szanownemu Jubilatowi album z podpisami wszystkich — ile można —
lekarzy polskich. Album to będzie się składać z okładki ozdobnie wykonanej i kilku kart pergami-
nowych; na pierwszej mieścić się będą widowne działania jubilata, jako lekarza praktycznego, pro-
fesor uniwersytetu i prezesa akademii umiejętności i adres, a na następnych kartach podpisy. Do
zbierania tych podpisów zaprasza komitet wielu lekarzy w ten sposób, iż przesyła im właściwe kar-
teczki, na których, w miejsc ściśle ograniczonym, podpiszą się kolledzy. poczem z kartek odesłanych
do Krakowa wytną się podpisy i przylepią na pergaminie w adresie. Wykonanie tego albumu po-
lecono jednemu z najznakomitszych polskich artystów, Julijuszowi Kossakowi, a ponie-
waż koszt takiego albumu są bardzo znaczne, spodziewać się należy, iż kolledzy, którym na to sto-
sunki majątkowe pozwalają, złożą większą od wyznaczonej (najmniej 50 kopiejek od podpisu) kwotę,
tem chętniej, że całą nadwyżkę dochodu po pokryciu kosztów przeznacza komitet Towarzystwa le-
karskiego krakowskiego w jednej połowie na kasę wsparcia wdów i sierot po lekarzach istniejącą
w Warszawie, w drugiej na taką kasę w Towarzystwie lekarskiem galicyjskiem we Lwowie.

Ruch naukowy lekarski w Krakowie koncentruje się przeważnie w Towarzystwie lekarskiem
i jego organie; co pod tym względem się robi, wiadomo powszechnie, i o ile sądzić można z powodze-
nia „Przeglądu lekarskiego“ poza Krakowem, osobliwie w Warszawie, działa Towarzystwo nasze
nie bez pożytku. Z prac literackich, wykonanych poza Towarzystwem lekarskiem i wydanych bez
jego pomocy, zasługują na uwagę: prace niez mordowanego na polu piśmienniczym prof. Blumena-
stoka, który obok mozołnych i wiele czasu zajmujących obowiązków redaktora „Przeglądu lekar-
skiego“, wykładów swych medycyny sądowej dla prawników i udziału swego w wychodzącej obe-
cnie w Niemczech encyklopedyi realnej nauk lekarskich, nie cofnął się przed zaszczytnem dla siebie
wezwanem ze strony prof. Mischki w Pradze, znanej powszechnie powagi na polu medycyny
sądowej i w wydanym właśnie pierwszym tomie *Handbuch der gerichtlichen Medicin*, opracował star-
annie następujące części: Naukę o zranieniach pod względem sądowo-lekar-
skim od str. 95 do 158, kwestyję pytania: Morderstwo, samobójstwo czy przypa-
dek? od str. 441 do 480 i O śmierci przez zmarznięcie od str. 781 do 792. O pracy
p. n.: Wodociągi krakowskie D-ra Bolesława Lutostańskiego, nieznużonego
i niezem niezrażonego pracownika na polu, tak mało niestety u nas uprawianem, higieny publicznej
nie potrzebuję Wam osobno nadmieniać. Znać ją lepiej w Warszawie niż my w Krakowie, a na-
groda i uznanie ze strony Towarzystwa lekarskiego warszawskiego jest najlepszą rękojmnią jej
wartości. O ostatniej, nakoniec, pod względem chronologicznym pracy D-ra H. Jordana wspom-
nieć mi wypada. Autor ten, obecnie prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, a wkrótce
docent w uniwersytecie Jagiellońskim, wydał nakładem Stowarzyszenia do wydawania dzieł lekar-
skich polskich pierwszy dział: Nauki położnictwa dla uczniów i lekarzy obejmu-
jący fizjologię i dyjetetykę ciąży, porodu i pólgu (Duża 8-ka, str. 296 z 44
bardzo udatnemi drzeworytami). Krytyka przyjęła nader przychylnie tę pracę, tembardziej, że autor
wykształcony gruntownie w swym przedmiocie, był już lat kilka asystentem kliniki położniczo-gyne-

kologicznej, obecnie ma nader rozległą praktykę i dlatego zupełną daje pewność, że książkę ową napisał na podstawie nie tylko najnowszych dzieł i rozpraw, ale też własnych a licznych doświadczeń i spostrzeżeń.

+

WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

— W d. 18 Marca r. b. bawił w mieście naszym, w powrocie do Paryża, D-r Charcot prof. anatomii patologicznej w szkole lekarskiej Paryżkiej, znany specjalista na polu neuropatologii.

— Prof. Nawrocki rozpocznie lekcje o których wspominaliśmy w Nr. 6 naszego pisma w drugiej połowie Kwietnia r. b. Przedmiotem wykładu będą „Zasady fizyczne i fizjologiczne elektroterapii“. Uwzględnione będą jak najobszerniej względy praktyczne lekarza. Zapisywać się można w Redakcyi Gazety Lekarskiej codziennie między 5—7. Dnie i godziny wykładów oznaczone zostaną za wspólnym porozumieniem się.

— Jubileusz D-ra Ronthala. W m. Radomiu d. 14 Lutego r. b. lekarze tameczni, przy współudziale lekarzy okolicznych, aptekarzy i weterynarzy, obchodzili 52 letni jubileusz D-ra Walentego Ronthala. Jubilat, 81 lat obecnie liczący, urodził się w Krakowie 14 Lutego 1800 r., studiował medycynę w uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie w r. 1829 otrzymał stopień D-ra Medycyny, po obronieniu rozprawy „*De iride et pupilla artificiali operatione*“. Osiedliwszy się w Królestwie wkrótce został sztabs-lekarzem pułku weteranów czynnych b. wojsk Polskich, z których to czasów brawurą swą i poświęceniem chlubne po sobie pozostawił wspomnienie, jak tego dowodzi podziękowanie piśmienne, otrzymane od całego pułku. Po skończeniu się czasów wojennych jubilat osiadł w m. Szydłowcu, w którym to mieście spędził 45 lat swego życia. O czynnościach jego najlepiej świadczą podziękowania: od Rządu Gubernijalnego Sandomierskiego i od Kommissyi Spraw Wewnętrznych i od mieszkańców m. Szydłowca za prace podczas epidemij tyfusu i cholery w roku 1852 i 1856. Podesza uczył składkowej, wyprawionej dla zasłużonego jubilata zebrane rs. 82, przesłano do kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach, istniejącej przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem. Życzymy szanownemu jubilatowi, by jak najdłużej jeszcze zbierał owoce za swą pożyteczną pracę, jakąłożył dla swego społeczeństwa przez ciąg kilkudziesięciu lat.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— Paryż. Nagrodę Lacaze, w ilości 10,000 franków, udzielaną co lat 2 za najlepszą pracę z dziedziny suchot płucnych, wydział lekarski paryżki przysądził w roku bieżącym D-rowi Grancher prof. agrégé w Paryżu.

— Wiedeń. W kwestyi doświadczeń, dokonywanych na zwierzętach (wiwisekcyj), czytamy w Nr. 8 *Allg. Wien. Med. Zeit.*: W chwili gdy rezultaty doświadczeń, dokonywanych na zwierzętach, znalazły tak ważne i świetne zastosowanie przez wycięcie z pomyślnym skutkiem części żołądka, występują znowu przeciwnicy tych doświadczeń, starając się u różnych ministrów o ograniczenie w tym względzie, znajdując nawet przychylnę przyjęcie u niektórych ministrów. Operacja, mająca na celu wyleczenie raka żołądka, nigdy nie mogłaby być dokonana, gdyby nie była poprzedzona doświadczeniami na zwierzętach i już ten jeden wzgląd powinien być wystarczającym, aby nie zwracać uwagi na głosy przeciwników, występujących przeciwko wiwisekcyjom. Żalujemy mocno, że opozycyja, występująca przeciw męczeniu zwierząt, uważa za jedno z tem starania uczonych, którzy doświadczeniami na zwierzętach pragną osiągnąć najwyższe cele lecznicze. Męceniem zwierząt jest, gdy furman swego konia bez litości katuje; męceniem zwierząt jest, gdy mleczarz swe psy układa (*abhetzt*), aby mleko dostarczać do miasta; męceniem zwierząt jest użycie kóz w powózkach koni zamiast; męceniem zwierząt jest, gdy wobec publiczności dokonywają się walki byków na cześć głów koronowanych; męceniem zwierząt są polowania *par force*, w których zwierzęta dla przyjemności męczone są do zupełnego wyczerpania sił; lecz nigdy nie można uważać jako męczenie zwierząt, gdy lekarze, w celu zmniejszenia i ograniczenia cierpień ludzkich, starają się w swoich pracowniach uzyskać pewne dane naukowe, czy u człowieka można będzie wyleczyć tym lub owym

sposobem odpowiednią chorobę, wyciąć część lub też cały organ i t. p. Mniemamy z tego powodu, że minister Taaffe kwestyję, odnoszącą się do doświadczeń na zwierzętach, rozstrzygnie jedynie za porozumieniem się ze wszystkimi zainteresowanymi w tym względzie ludźmi nauki i profesorami uniwersytetu wiedeńskiego,

E. M.

— Program sekiyi laryngologicznej międzynarodowego kongresu lekarskiego w Londynie 1881 roku.

Stosownie do VIII-go paragrafu ogólnej ustawy kongresu postanowiono, aby rozprawy nad każdym z punktów, z góry ułożonego już programu, poprzedzane były wykładem, obejmującym w ściśle określonych wnioskach obecny stan kwestyi i punkta sprzeczne wymagające wyświecenia i dyskusyi. Do wykładów uproszeni zostali przez komitet następujący lekarze:

1. D-r Morell Mackenzie (z Londynu) i D-r Tobold (z Berlina). O miejscowem leczeniu dyftertyu.

2. Prof. Krishaaber (z Paryża) i prof. Waldenburg (z Berlina). Patologija suchot krtaniowych.

3. Prof. Gerhardt (z Würzburga). O zmianach (dających się wykryć wziernikiem) powstających na skutek cierpienia lub zranienia nerwów ruchowych krtani.

4. Prof. Schnitzler (z Wiednia). O nerwicach czuciowych gardzieli i krtani.

5. D-r Fauvel (z Paryża) i prof. Burow (z Królewa). O wskazaniach do wewnątrz- lub zewnątrz-krtaniowego leczenia łagodnych nowotworów krtani.

6. D-r Paul Koch (Luxemburg) i D-r T. Hering (z Warszawy). O wynikach mechanicznego leczenia zwężzeń krtani.

7. D-r Foulis (Glasgow) i D-r Scheeh (z Monachium). O wskazaniach do całkowitego lub częściowego wyluszczenia krtani.

8. Prof. Voltolini (z Wrocławia). Zastosowanie metody galvano-kaustycznej do chorób nosa, gardzieli i krtani.

9. D-r W. Meyers (z Kopenhagi) i D-r Loewenberg (z Paryża). O wyroślach adenoïdalnych w jamie noso-gardzielowej.

Kongres rozpocznie się w Londynie dnia 2 Sierpnia o godzinie 4 popołudniu w gmachu College of Physicians (Pall-Mall) i zakończy w dniu 9 Sierpnia. Językami oficjalnymi są: język francuzki, niemiecki i angielski. Każdy z lekarzy, pragnący wystąpić z wykładem, powinien treściwy wyciąg z takowego przesłać sekretarzowi odpowiedniej sekiyi przed dniem 30 Kwietnia t. r. Wykłady opublikowane będą w 3 językach w ogólnem sprawozdaniu kongresu. Zapisujący się opłaca gwineę (21 Marek), za co otrzymuje egzemplarz ogólnego sprawozdania z kongresu. We wszystkich kwestyjach dotyczących kongresu, odnieść się należy do sekretarza generalnego P. Wiliam Mac Cormac. Esq. Harley-Street Nr 13 w Londynie.



ś. p. Adam Bogumił Helbich Doktor Medycyny, b. Prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zmarł dnia 19 Marca r. b. w wieku lat 84, w dobrach Konary, w gubernii Radomskiej. Szczegółowy życiorys podany będzie w następnym numerze Gazety.

Sprostowanie. W Nr. 12, na str. 247, pod streszczeniem „W kwestyi utleniańcia się ciała w organizmie zwierzęcym“, zamiast przez omyłkę pomieszczonego podpisu D-ra H. Nussbauma, powinno być D-r L. Nencki.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 12 Марта 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 23.