

GAZETA LEKARSKA

I. ROZDZIAŁ ANTYMONU POMIĘDZY NARZĄDY USTROJU W DOŚWIADCZALNEM OTRUCIU EMETYKIEM.

Podał

Doc. D-r Stanisław Ciecchanowski.

Cel niniejszych poszukiwań omówiłem niedawno w notatce, drukowanej w № 10 „Gazety Lekarskiej“ z r. b; nadmieniałem wówczas, że prób, zmierzających do zastosowania przyrządu Marsu'a do ilościowego oznaczenia antymonu, zawartego w narządach, nie można uważać za zbyt zachęcające. Ponieważ nie powiodło mi się również zmodyfikować odpowiednio do badań toksykologicznych żadnego ze sposobów oznaczania antymonu zapomocą miareczkowania, podanych przez KESSLER'a, przeto musiałem w poszukiwaniach nad umiejscowieniem antymonu w narządach, ograniczyć się do znanych sposobów BUNSEN'a ¹⁾, ważąc antymon w postaci tlenku SbO_3 . W sposobach tych nie odstępowałem od utartych przepisów; nadmienić tylko wypada, że do destrukcji większych ilości materii organicznych używałem przyrządu J. OGIER'a ²⁾, odającego wyborne usługi a nader dogodnego w użyciu.

Zadając królikom przez zgłębnik do żołądka naraz większe ilości emetyku $[C_4H_4O_6 (SbO) K + \frac{1}{2} H_2O]$ i wywołując w ten sposób zatrucia ostre kończące się śmiercią po kilku godzinach, stwierdzałem, że najmniejsza dawka, zabójcza wynosiła 5 do 6,5 miligramów antymonu na 100 gramów wagi zwierzęcia. By wywołać zatrucia przewlekłe, zadawałem zwierzętom małe dawki emetyku codziennie lub co drugi dzień, w niektórych doświadczeniach zachowując zawsze tę samą dawkę, w innych zaś podnosząc ją powoli i stopniowo. Zadając dziennie $\frac{1}{3}$ dawki zabójczej, to jest 2 miligramy antymonu na 100 gramów wagi zwierzęcia, nie można było utrzymać zwierząt dłużej przy życiu, niż 5 do 9 dni, poczem, kiedy cała ilość zadanego antymonu dochodziła od 8 do 20 miligramów na 100 gramów wagi, zwierzęta padały, utraciwszy tymczasem około $\frac{1}{4}$ pierwotnej wagi.

¹⁾ Patrz FRESENIUS: Analiza ilościowa.

²⁾ BROUARDEL et OGIER: „Le laboratoire de toxicologie, méthodes d'expertises etc.“ 1891.

Zadając natomiast z początku tylko $\frac{1}{10}$ do $\frac{1}{6}$ dawki zabójczej na dzień lub co drugi dzień [0,5 do 1,0 miligram. na 100 gramów] i podnosząc dawkę ostrożnie i powoli, można utrzymać zwierzęta przy życiu przez 4 do 7 tygodni, tak, iż ostatecznie cała ilość zadanego w tym czasie antymonu dochodzi dziesięciokrotnej dawki zabójczej, to jest 50 do 58 miligramów antymonu na 100 gramów wagi zwierzęcia.

Zmiany anatomiczne, znalezione w ostrych zatruciach, ograniczały się do błony śluzowej przewodu pokarmowego i nie różniły się od opisanych już dawniej przez innych autorów. W zatruciach przewlekłych nie znalazłem w przewodzie pokarmowym żadnych zmian charakterystycznych: wątroba była niekiedy lekko stłuszczoną, w innych narządach nie było zmian stale występujących.

W zatruciach ostrych odnajduje się największą część zadanego antymonu w zawartości jelitowej, oprócz tego znajduje się antymon tylko w wątrobie i w nerkach; u zwierząt, które padły w ciągu jednego dnia, nie mogłem znaleźć antymonu w płucach, sercu, układzie nerwowym i mięśniach. Ilość antymonu znalezionej w wątrobie i nerkach jest większą, jeżeli zwierzęta przeżyły kilkanaście godzin i to większą stosunkowo w nerkach, niż w wątrobie. I tak np. królik wagi 2115 gramów otrzymał 100 miligramów antymonu, a gdy padł po 8 godzinach zawierała wątroba, ważąca 75 gramów, 7 miligramów antymonu, czyli 1 miligram na 10 gramów, nerki zaś, ważące 15,5 gramów, zawierały 11,6 miligramów antymonu, czyli przeszło 8 miligramów na 10 gramów. Prawie taką samą ilość antymonu zawierały nerki innego królika, ważącego 2090 gramów, który otrzymał 80 miligramów antymonu i padł po 24-ech godzinach; w wątrobie jego, ważącej 60 gramów, znalazłem 13 miligramów antymonu, czyli około 2 miligr. na 10 gramów wagi tego narządu.

W zatruciach przewlekłych, trwających dość krótko [5 do 9 dni] ilość antymonu, zawartego w wątrobie, znacznie wzrastała, dochodząc do 5,2 miligramów na 10 gramów wagi tego narządu. Zdaje się więc, że antymon, podobnie, jak wiele innych metali, gromadzi się w zatruciach przewlekłych do pewnego stopnia w wątrobie. W nerkach natomiast, zdaje się ilość antymonu niewiele wzrastać; i tak np. u królika, ważącego 1940 gramów, który otrzymał razem w ciągu 5-iu dni 150 miligramów antymonu, czyli 7 miligramów na 100 gramów wagi i stracił przez ten czas 450 gramów, znalazłem w nerkach 10 miligramów antymonu na 10 gramów mięszu nerkowego; a u królika, ważącego 1590 gramów, który dostał wogóle w ciągu dni 8-iu 200 miligramów antymonu, czyli około 14 miligramów na 100 gramów wagi, zawierały nerki 10,5 miligramów antymonu na 10 grm. wagi tego narządu. Nawet u królika, który przeżył 46 dni i przez ten czas dostał ogromną ilość, bo przeszło 900 miligramów antymonu, znalazłem w nerkach tylko 14 miligramów na 10 gramów wagi tego narządu.

W dłużej trwających zatruciach wzrasta natomiast ilość antymonu w wątrobie znacznie wyraźniej: i tak, po 15 dniach znalazłem 6,9, po 38 dniach 7,6 a po 46 dniach nawet 8,3 miligramów antymonu na 10 gramów wagi tego narządu.

W płucach, sercu i mięśniach pojawia się antymon stosunkowo szybko i można go wykazać już po tygodniu, acz w bardzo małych ilościach; po dłużej trwających zatruciach ilość ta powoli wzrasta, nie przekraczając jednak 2 miligramów na 10 gramów wagi płuc i serca a 2,5 miligramów na 10 gramów mięśni.

W układzie nerwowym środkowym nie mogłem odnaleźć antymonu jeszcze po 15-u dniach zatrucia; po tym czasie pojawiają się małe jego ilości, około $\frac{1}{2}$ miligrama na 10 gramów tkanki nerwowej; w dłużej ciągnących się zatruciach nie znalazłem nigdy ilości wyższej nad 1 miligram na 10 gramów.

Chociaż wyników doświadczeń na jednym tylko gatunku zwierząt ¹⁾ nie mogę uważać za ostateczne, to jednak zdaje mi się już na ich podstawie, zgodnie z tem, co wywodzi TARDIEU ²⁾ i co dotąd przypuszczano, że i w przypadkach zatrucia u ludzi wynik samego już badania chemicznego narządów może dostarczyć niejakich wskazówek co do sposobu dokonania zbrodni.

Kończąc tę krótką notatkę winienem podziękować D-rowsi J. OGIER'owi za gościnność i środki do badań, których mi w kierowanej przez siebie pracowni przez ciąg pięciomiesięcznych poszukiwań uprzejmie udzielił.

W czerwcu, 1898.

Z ODDZIAŁU D-RA WŁ. JAŃOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

II. PRZYPADEK SYRINGOMYELII.

Podał

E. Tryjarski,
asystent oddziału.

Aczkolwiek w ciągu ostatnich lat dziesięciu opisywano już dużo przypadków syringomyelii i aczkolwiek choroba ta jest już dziś znaną dokładnie dzięki szeregowi ogłoszonych przypadków kazuistycznych, oraz kilku monografiom o tej sprawie ogłoszonych [najbardziej wyczerpująca H. SCHLESINGER'a z Wiednia w roku 1895], jednakże każdy nowy przypadek tego cierpienia, o ile jest dokładnie zbadany, bądź tylko klinicznie, bądź klinicznie i anatomicznie, zasługuje dziś jeszcze na to, aby był notowany.

Ogółem bowiem liczba ogłoszonych dotąd w całej literaturze przypadków syringomyelii nie dosięga jeszcze 300. Chociaż więc choroba ta znaną już jest w głównych zarysach dokładnie, to jednak mniemać należy, że jeszcze długi szereg oddzielnych spostrzeżeń następnych będzie przynosił ciekawe przyczynki do ustalenia rzadkości lub częstości tego lub owego z poszczególnych objawów tej choroby, szczegółów jej przebiegu, może nawet dość ważnych jeszcze

¹⁾ Urządzenia pracowni nie pozwalały na użycie większych zwierząt.

²⁾ TARDIEU „Étude sur l'empoisonnement“ str. 724—729.

przyczynków do poznania zmian anatomicznych i t. d. W naszej zaś literaturze każdy przypadek syringomyelii zasługuje dziś jeszcze na szczególną uwagę, gdyż liczba ogłoszonych w języku polskim spostrzeżeń tej choroby jest dotąd bardzo jeszcze szczupłą. Nie chcąc wdawać się tu w przegląd całej literatury polskiej syringomyelii, nadmienię tylko, że dotąd ogłoszono po polsku przypadków tej choroby siedm.

Pierwszy, mianowicie ogłosił 2 przypadki BERNSTEIN ¹⁾, następnie zaś ogłosili: EDMUND BIERNACKI ²⁾, J. LUXENBURG ³⁾, E. BREGMAN ⁴⁾, A. WIZEL i L. DYDYŃSKI ⁵⁾ i K. STRÓŻEWSKI ⁶⁾ po jednym przypadku, przyczem nadmienić należy, że J. LUXENBURG ogłosił tylko badanie anatomiczne odnośnego przypadku syringomyelii. Nadto w ostatniej chwili krótki odczyt treści ogólnej o syringomyelii wyszedł z pod pióra A. KROKIEWICZA ⁷⁾ z Krakowa.

Spostrzeżenie moje, odnoszące się do początku stycznia r. b., jest więc dopiero ósmym z kolei z ogłoszonych w naszej literaturze.

Jest ono następujące:

Chora D. J., lat 30, córka wieśniaka, panna, zajmowała się gospodarstwem. Przybyła na oddział dnia 3 stycznia 1898 roku.

Wywiady. Chora od lat 15. Pewnego dnia rano po przebudzeniu się zauważyła utratę władzy i czucia w całej lewej połowie ciała i słuchu w lewym uchu. Przyczyny tego wskazać nie mogła. Dolegliwości te trwały bez zmiany w ciągu trzech miesięcy, poczem miały się zmniejszyć do tego stopnia, że chora miała jakoby w przeciągu lat kilku czucie i ruch normalne. W parę lat po wymienionym przypadku zauważyła, że lewy bok zaczął się wyginać stopniowo coraz bardziej w lewo, co z czasem doszło do znacznych rozmiarów. W dzieciństwie do lat 15—16 miała plecy zupełnie proste, tak przynajmniej twierdzi z całą stanowczością.

O okresie ostatnich lat kilku chora nie bliższego zakomunikować nie jest w stanie. Twierdzi tylko, że około trzech miesięcy temu zauważyła znowu utratę władzy i czucia w lewej kończynie górnej, co też skłoniło ją do udania się do szpitala.

Chora przebyła w dzieciństwie odrę i zapalenie płuc. Uchodziła za dziecko delikatne i słabowite, mianowicie miewała często kaszel i nieżyt, a czasem „krótki dech“, który trwał zazwyczaj po kilka dni. Raz tylko podczas kaszlu pokazała się nieznaczna ilość krwi. Dzieci nie miała. Matka umarła

¹⁾ BERNSTEIN O syringomyelii. *Medycyna*. 1892. N-ra 11, 12, 13, 14, 15, str. 167, 181, 200, 217 i 233.

²⁾ E. BIERNACKI. Przyczynek do nauki o syringomyelii. *Gaz. Lek.* 1892. Nr. 12.

³⁾ J. LUXENBURG. Przypadek jam w rdzeniu kręgowym. *Księga pamiątkowa BRODOWSKIEGO*. Warszawa, 1893. str. 207.

⁴⁾ E. BREGMAN. Przyczynek do rozpoznawania syringomyelii. *Gaz. Lek.* 1895. Nr. 32. str. 812.

⁵⁾ Autoreferat w *Pamiętniku Tow. Lek.* r. 1895. z. I str. 221.

⁶⁾ K. STRÓŻEWSKI. Przypadek syringomyelii. *Gaz. Lek.* r. 1896. Nr. 50. str. 1378.

⁷⁾ A. KROKIEWICZ. O syringomyelii. *Przegl. Lek.* 1898. Nr. 17 i 18.

podobno na suchoty. Ojciec żyje, zdrow. Wypytywaniem o stosunki rodzinne bliższe i dalsze nie udało się stwierdzić w rodzinie chorej jakichkolwiek chorób nerwowych. Nigdy na kręgosłup nie upadła, ani uderzona w niego nie została.

Status praesens. Chora odżywiana dobrze. *Kyphosis et scoliosis arcuata sinistra* w wysokim stopniu. Podczas stania chora przegina się nieco naprzód; lewy bark podniesiony, prawy staw biodrowy wraz z *os ilei dextrum* uniesiony ku górze. Mowa wyraźna, zmian nie przedstawia. Twarz symetryczna; fałda noso-wargowa lewa może nieco wygładzona; występuje to w zaledwie dostrzegalnym stopniu dopiero podczas mówienia. Ze strony oczu, języka, języczka zmian patologicznych niema. Prawie stały szum w lewym uchu. Słuch w tem uchu wyraźnie upośledzony. Wszystkie pozostałe nerwy czaszkowe zupełnie zdrowe. Odnosi się to i do nerwów ocznych, zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych. Badanie prawych kończyn wykazuje w nich stosunki normalne pod każdym względem. To samo dotyczy tułowia, z wyjątkiem chyba tego, że uderzanie wyrostków ościstych 3 i 4 kręgów grzbietowych jest nieco bolesne. Dokładne zbadanie kończyny dolnej lewej wykazuje w niej wzmożony, w porównaniu z prawą stroną, odruch kolanowy i *Fusclonus*. Dokładne zaś zbadanie lewej kończyny górnej wykazuje, co następuje: lewy bark uniesiony ku górze, lewa łopatka znacznie odstaje. Ruchy w stawie barkowym, łokciowym i napiętko-ramieniowym zachowane. Cała ta kończyna okazuje wielką skłonność do przyjmowania kształtu „*en griffe*“ skoro tylko chora ją wyciągnie; ściska lewą ręką bardzo słabo. Mięśnie dolnej połowy przedramienia w stanie wyraźnego zaniku. Toż samo dotyczy mięśni międzykostnych. Mięśnie *thenaris* zanikłe jeszcze bardziej, a *hypothenaris* zupełnie. Badanie grubej siły mięśniowej lewej kończyny górnej okazuje osłabienie *flexionis carpi ulnaris et radialis* oraz *extensoris pollicis longi, extensoris digitorum communis et interosseorum*. *Flexor digitorum sublimis et profundus* są osłabione jeszcze znacznie. *Interossei ext. et lumbricales* osłabione nieznacznie; *intero sei int.* działają, choć bardzo słabo, z wyjątkiem *adductoris poll. brevis*. Wszystkie mięśnie *thenaris* oraz *hypothenaris* znajdują się w stanie prawie zupełnego bezwładu.

Pobudliwość mechaniczna mięśni ramienia i przedramienia normalna. Jedynie uderzanie po mięśniach *thenaris* i *hypothenaris* wywołuje czasem, jednak nie stale, lekkie drżenie włókienkowe. Przykurczeń, ani też żadnego rodzaju drzeń niema.

Dokładne zbadanie wszystkich mięśni lewej kończyny górnej za pomocą prądu stałego wykazało KSZ 7 ASZ przy żywych skurczach. Jednakże mięśnie zanikłe oddziałują na prąd ten słabiej od innych, pomimo iż skurcz jest żywy, a formuła pozostaje prawidłową. Największą zmianę pod tym względem notowaliśmy w 2-ch mięśniach, mianowicie w *adductor pollicis* i w mięśniach międzykostnych. Na prąd faradyczny mięśnie tej kończyny oddziałują z normalną żywością, choć tak są no w mięśniach zanikłych skurcz ten jest słabszy, niż w innych.

Badanie czucia wykazuje, że bólów, parestezyi, bolesności przy ucisku pni nerwowych i mięśni nigdzie niema. Czucie dotykowe na ramieniu i całym przedramieniu oraz na dłoni zachowane w zupełności; na tylnej powierzchni ręki jest ono jednak, w porównaniu z kończyną prawą, nieco osłabione. Umiejscowienie wrażeń dotykowych jest często nieściśle.

Czucie bólu jest normalne na barku i ramieniu, od górnej części przedramienia osłabione, i to tem bardziej, im bliżej ku obwodowi kończyny. Chora częstokroć źle lokalizuje miejsce ukłucia. Na obu powierzchniach ręki uczucie bólu prawie zupełnie zniesione, na dłoni i palcach chora żadnych, nawet najgłębszych ukłuć nie czuje. Na przedramieniu i dłoni chora odczuwa niekiedy ukłucie i szczypanie, jako palenie. Czucie ciepłoty jest osłabione w tym samym stopniu, co i uczucie bólu. Chora doskonale odczuwa, że się jej kończyny jakimś przedmiotem dotykamy, ale z wielką trudnością i niedokładnie odróżnia zimne od gorącego w dolnych $\frac{2}{3}$ przedramienia, na rękę zaś i dłoni i palcach wody wrzącej od zimnej zupełnie nie odróżnia. Uczucie ucisku oraz czucie mięśniowe jest wszędzie, nawet w stawach palców, normalne. Czucie elektryczne jest do połowy przedramienia normalne. W dolnej połowie jego chora czuje tylko silne prądy, w ręce zaś dłoni i palcach nie odczuwa swędzenia nawet przy tak silnych prądach, które w mięśniach ramienia wywołują silny ból. Z zaburzeń troficznych na omawianej kończynie górnej lewej istnieje tylko wyraźne zgrubienie ostatnich członków u wszystkich palców, zwłaszcza zaś u pierwszego.

Pozatem barwa skóry, jej ciepłota i grubość, wilgotność, uwłosienie, kolor włosów, wielkość i wygląd paznokci—normalne. Wysypek, plam, zastrzałów i t. p. niema. Ataksyi niema zupełnie. Odruchy skórne słabo wyrażone, ścięgniste, zdaje się, zniesione.

Dla ścisłości dodajemy, że w narządach jamy płucnej i brzusznej żadnych zmian wykazać nie można.

Chora leżała w szpitalu przez 3 tygodnie, podczas których stosowaliśmy prąd przerywany na chorą kończynę, ale, jak należało przypuszczać z góry, bez widocznego rezultatu.

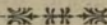
Jak widać z powyższego opisu objawów klinicznych, rozpoznanie było w naszym przypadku łatwe. Cierpienia systemowe rdzenia wyłączyć się dały z taką łatwością, że o nich tu mówić nie mamy potrzeby. Możliwe tylko myśleć przed ostatecznym rozpoznaniem syringomyelii o wyłączeniu organicznego zapalenia opon rdzeniowych i o cierpieniach nerwów kończyny górnej lewej. Ale cierpienie opon mózgo-rdzeniowych wyłącza zupełny brak objawów uciskowych [ból, przykurczenia i t. d.]; poważniejszemu zaś przyjęciu pod uwagę porażen pni nerwowych przeszkadzają jednakowe zmiany w obrębie wszystkich nerwów chorej kończyny. Wreszcie przebytemu zapaleniu nerwów (*neuritis*) przeczą zupełnie dane z anamnezy, zupełny brak objawów bólowych przez cały przebieg choroby i ściśle, do pewnego stopnia, ograniczenie się objawów klinicznych do jednej kończyny. Przeciwnie za rozpoznaniem syringomyelii mówi cały szereg danych i objawów: niewiadomy początek choroby, powolny, wciąż postępujący rozwój garbu, który rozpoczął się dopiero w 14—

15 roku życia bez wszelkiej przyczyny mechanicznej lub innej, osłabienie i zanik mięśni lewego przedramienia, a zwłaszcza lewej ręki, zupełne prawie zachowanie czucia dotykowego na tej kończynie, przy znacznem upośledzeniu na niej, względnie zupełnem zniesieniu, czucia bólu i uczucia ciepłoty, znaczne osłabienie czucia elektrycznego, osłabienie oddziaływania zanikłych mięśni przy zupełnym braku odczynu zwyrodnienia, przerost ostatnich członków wszystkich palców dotkniętej kończyny. Dane te są zupełnie dostateczne do rozpoznania w naszym przypadku syringomyelii z całą pewnością, a nadto pozwalają nam na umiejscowienie sprawy. Mamy tu tak zwany „typ szyjowy“ syringomyelii, t. j. przypuścić musimy, że rozwój neuroglii i tworzenie się jam w szarej substancji rdzenia ma u naszej chorej miejsce w dolnym odcinku części szyjowej rdzenia kręgowego, w rogu lewym tylnym. Rozpoczynające się już zaburzenia w czuciu dotykowym w kończynie górnej wykazują, że sprawa chorobowa zaczyna już przechodzić przez sąsiedztwo i na te części pęczków tylnych lewych, które leżą najbliżej odnośnego rogu, t. j. na najbardziej dośrodkowe. Nadto dłuższe trwanie zaburzeń ruchowych wskazuje na zajęcie odnośnych komórek w przednim rogu lewym szarej substancji. To ostatnie zaś zaczyna, oczywiście, powoli wywoływać zwyrodnienie wtórne lewego pęczka skrzyżowanego piramidalnego, za czem przemawia występujący już na lewej kończynie dolnej *Fuss-Olonus* i wyraźne wzmocnienie lewego odruchu kolanowego.

Powyższe uwagi co do umiejscowienia anatomicznego sprawy w naszym przypadku wskazuje też i na jego osobliwości. Jest, mianowicie, rzeczą wiadomą, że tworzenie się jam w rdzeniu rzadko ogranicza się tak ściśle do jednego miejsca przy dłuższem trwaniu choroby. Zazwyczaj sprawa ta szerzy się ku górze lub ku dołowi i w kierunku poprzecznym, czyli mówiąc językiem klinicznym, zwykle po pewnem trwaniu choroby mamy wyraźne objawy w obu kończynach symetrycznych lub po jednej stronie. To zupełne ograniczenie się objawów wyłącznie ¹⁾ do kończyny górnej lewej, pomimo 15-letniego trwania choroby, stanowi pierwszą osobliwość naszego przypadku. Drugą osobliwością jego jest brak objawów ze strony twarzy i zupełnie normalne zachowanie się wszystkich nerwów wewnętrznych i zewnętrznych lewego oka. Jest to jeden dowód więcej, jak ściśle ograniczoną jest w rdzeniu naszej chorej cała sprawa chorobowa. Zważywszy zaś na tak długi przebieg choroby, nie można nie uznawać tego za fakt godny zanotowania.

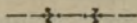
Etyologia naszego przypadku jest ciemna. Dla ścisłości zaznaczam, że laseczników trądu we krwi naszej chorej znaleźć nie mogliśmy.

¹⁾ Objawy wtórnego zwyrodnienia pęczków piramidalnych nie mogą tu, naturalnie, być brane w rachubę.



ODCINEK.

W KWESTYI ZAPISU BARONA DE LENVAL'A.



Znowu jedna wspaniała ofiara na cele dobroczynności publicznej. Baron DE LENVAL ofiarował 90000 rs. na Instytut higieny dziecięcej. Instytut ten ma już przez ofiarodawcę wytknięty pewien statut, pewną drogę postępowania, którą najlepiej przedstawimy, cytując własne wyrazy barona DE LENVAL'a: „Cel instytutu, jak to wskazuje jego nazwa, jest wszczepiać w dzieci praktycznie zasadnicze podstawy higieny, a tem samem krzewić i rozpowszechniać je w ludności, w tem przekonaniu, że tylko młode pokolenie, przyswoiwszy je sobie, na dalsze przenosić je będzie mogło, starszych bowiem ludzi jest trudno wogóle czegoś nauczyć.

Stosować również higienę profilaktyczną i uzdrawiać dzieci w doraźnych nieszpitalnych przypadkach

Dla osiągnięcia tych celów, dzieci obojga płci, od niemowlęcego wieku do lat czternastu, bez różnicy wyznania, znaleźć mają w instytucie:

1) Kąpiele i natryski czystości w szerokiej mierze, jako najskuteczniejsze środki higieniczne.

2) Poradę lekarską i podług wskazówek lekarzy otrzymywać: *a*) kąpiele i natryski lecznicze, *b*) gimnastykę ortopedyczną, *c*) przyrządy ortopedyczne, bandaże i t. d., *d*) opatrunki wszelkiego rodzaju, jako to: okaleczeń, oparzeń, wrzodów, przypadłości skórnych, ocznych, usznych i t. p., które wymagają umiejętności stosowania ich i antyseptycznej czystości, a które w domu przez matki nie mogą być należycie spełniane, *e*) pielęgnowanie zębów przez specjalistów, *f*) opatrywanie głów w chorobach pasożytnych, *g*) szczepienie ospy, *h*) i t. d. i t. d.

3) Udzielanie bielizny, ewentualnie dla zastąpienia zbyt brudnej lub podartej, gdy ta ulegać ma praniu lub reparacyi w samym instytucie i o ile można przez same matki.

4) Udzielanie matkom przy każdej sposobności przystępnych nauczania, a mianowicie przy opatrywaniu ich dzieci, jak się z tem obchodzić należy, przy poradach dla niemowląt, jak je karmić i pielęgnować i t. d. oraz wykładów tymże matkom i starszym dzieciom, grupując je podług wieku w sali i w godzinach na to przeznaczonych, w formie najpopularniejszej, o potrzebie i sposobach utrzymania czystości ciała, odzieży, pościeli, mieszkania, odnawiania powietrza w temże, unikania przyczyn szerzenia się chorób zakaźnych, o pokarmach zdrowych i niezdrowych i t. d.“

Opiekę moralną nad Instytutem powierza baron DE LENVAL Warszawskiemu Towarzystwu Hygienicznemu, „którego emanacją“ ma być, według słów ofiarodawcy, Instytut; przeznacza on:

1) Na nabycie lub wybudowanie gmachu i na urządzenie wewnętrzne Instytutu rb. 60000 [sześćdziesiąt tysięcy].

2) Na założenie funduszu żelaznego, z którego tylko odsetki iść mają na utrzymanie Instytutu rb. 30000 [trzydzieści tysięcy].

Instytut będzie utrzymywany: *a*) z odsetek funduszu żelaznego, który z czasem przez dary specjalne i legaty zwiększać się będzie, *b*) ze składek członków Towarzystwa Hygienicznego, *c*) z darów bieżących, kwest i t. d., *d*) z subwencji od władz publicznych, jak to ma miejsce w „Dispensarium dla chorych dzieci“ fundacyi bar. LENVAL'a w Nizy.

Naturalnie, że my ze stanowiska lekarskiego przyklasnąć możemy myśli

szlachetnego ofiarodawcy i zgodzić się wraz z nim, że niema „piękniejszego i skuteczniejszego pola działania, jak wzięcie w swe ręce higieny dziecięcej [mowa o Tow. Hygienicznym], albowiem higiena, t. j. czystość i zdrowie dzieci, stanowi o całej ich przyszłości“. Jeżeli sobie pozwolimy na parę słów krytyki, to bynajmniej nie w celu obniżenia zasługi ofiarodawcy, zasługi, która nie tyle mieści się w hojnej ofercie pieniężnej, ile w ważnej i rozumnej myśli, która tą ofiarą kierowała, lecz dlatego, że zdaje nam się, że przedyskutowanie „projektu“ barona DE LENVAL'a może być tylko pożytecznem dla przyszłej instytucji i że dyskusya nad tym projektem jest obowiązkiem członków społeczeństwa, które obdarowanem zostało. Projekt wyznacza 4 punkty działalności Instytutu, z których 1-y 3-i i 4-y tyczą się właściwej działalności higienicznej drugi zaś—lekarskiej.

Przyjrzyjmy się naprzód działalności higienicznej. Obejmuje ona: dawanie dzieciom kąpeli i natrysków, pranie bielizny brudnej, pouczanie matek [prawdopodobnie podczas udzielania porady dzieciom chorym] o sposobach opatrywania dzieci, karmienia niemowląt i t. d., wreszcie wykłady z dziedziny higieny dla matek i dzieci. Praktycznie więc stosować będzie Instytut higienę przez udzielanie kąpeli i natrysków, pranie bielizny, teoretycznie—przez wykłady, czy to improwizowane, czy też systematyczne. Widzimy, że zakres działalności Instytutu pod względem higienicznym jest bardzo skromny, albowiem zajmuje się on praktycznie tylko higieną skóry, rzeczą, przyznać trzeba, niezmiernie ważną, lecz nie wyczerpującą nawet w części higieny wieku dziecięcego.

Pominięto tu nader ważną rzecz, której zastosowanie byłoby zupełnie na miejscu w Instytucji t. j. gry dla dzieci na świeżem powietrzu. Przecież Instytut taki jest jakoby miejscem stworzonym na to, aby dzieci proletaryatu miały gdzie pobawić się, aby nie grały „w klipę“ lub guziki na cuchnących podwórzach, aby nie wylegiwały się na słońcu na kupach śmieci, jak to ma miejsce nad Wisłą, aby wreszcie nie siedziały dniami całymi w dusznych izbach, skoro troskliwsze matki nie pozwalają im węszać się po ulicach. Zdaje mi się, że urządzenie takich gier i zabaw umożliwiłoby właśnie dwa inne praktyczne zadania Instytutu, t. j. mycie ciała i pranie bielizny. Biedna matka z pewnością nie pójdzie z dzieckiem do oddalonego Instytutu, dlatego, by je umyć, a perspektywa, że ją zasada do prania i cerowania bielizny z pewnością nie zachęcać, ale odstraszać ją będzie. Inaczej ułożą się stosunki, jeśli dziecko pod nadzorem na czas jakiś zostawić będzie można. Wtedy czas stracony na drogę, a nawet na zacerowanie i upranie bielizny wynagrodzi się sownicie. Zresztą pranie i cerowanie zapewne się nie powtórzy: matki unikać będą straty czasu, i załatwiać te rzeczy w domu. Co więcej, chęć zabawy pobudzi samych malców do czystości, do uwagi na swoją bieliznę i ubranie.

Co się tyczy wykładów teoretycznych, to przyklasnąć im tylko można, pod warunkiem znowu, aby były one prowadzone najbardziej praktycznie. A więc niedość jest powiedzieć matce, że mleko dla niemowlęcia winno być przegotowane i w pewien sposób rozcieńczone; trzeba by jeszcze, aby matki tuż na miejscu same przygotowywały dla swych niemowląt mleko; niedość powiedzieć, że mieszkanie winno mieć pewną objętość, że człowiek pracujący powinien zjeść pewną ilość białka, cukru, i wodań węgla, dziecko zaś odpowiednią do wieku ilość substancji pożywnych, lecz jeszcze trzeba uwzględnić warunki rzeczywistości istniejące, i takie, które zmienionemi być nie mogą, a więc wytłómaczyć, jak się można zabezpieczyć, a przynajmniej osłabić szkodliwe skutki małego mieszkania, jak wydając niewielką sumkę na życie, jeść potrawy najzdrowsze i najpożywniejsze. Prowadzący wykłady powinien nie-rzad udać się do domu robotnika, aby wskazać co i jak zrobić należy w celu uzdrowotnienia mieszkania, powinien przekonać go cyframi, że trzymanie zbyt

wielkiej liczby sublokatorów nie jest wcale oszczędnością, bo co się zyskuje na taniości komornego, traci się na chorobie żony i dzieci, na uczęszczaniu do knajp, gdyż siedzenie w dusznej izbie dla nikogo nie jest przyjemnością i t. d. Jeżeli chodzi o nauczanie higieny dla dzieci, to tu znowu zaopatrzyć się trzeba w modele mieszkań robotniczych, w proste przyrządy chemiczne i fizyczne, bez których wykład np. higieny oddechania byłby niemożliwym, w modele i rysunki ciała ludzkiego i t. p..

Trzebaby dzieci nauczyć praktycznie myć się [gdyż nieraz tego nie umieją, a pewnie nie codzień przyjąć będą mogły do Instytutu na natryski], czyścić sobie odzież [co zawsze wykonaćby można po skończonej zabawie i przed nią], płukać usta i gardło [czego stanowczo nie umieją nawet starsze dzieci naszego proletaryatu]. Starsze dziewczynki należałoby również nauczyć gotować tak, aby to było „zdrowo, smacznie, a tanio“, boć wiadomą jest rzeczą, że dziewczyny z ludu gotować nie umieją, o czym każdy mógł się przekonać, jeśli znudzony wymaganiami warszawskich kucharek, spróbował wziąć niezepsuta dziewczynę wiejską. Przygotowanie zaś dobrego objadu jest równie ważną dla zdrowia rzeczą, jak czystość ciała. Objady, przyrządzone w Instytucie, mogłyby być na miejscu zjedzone przez bawiącą się rzeszę, gdyby naturalnie środki Instytutu na to pozwalały. Inne przedmioty wykładów, np. o szerzeniu się chorób zakaźnych, wymagałyby odpowiednich demonstracji, rysunków i t. d..

Nie dlatego wylczyłem tu zadania Instytutu, abym je miał za rzeczy nowe, przezemnie wymyślone; owszem przyznaję, że prócz gier i zabaw, o których widocznie szanowny ofiarodawca przepomniał, wszystkie przezemnie zaznaczone czynności Instytutu, mieszczą się w tem, co o zadaniach jego mówi baron DE LENVAL. Przypuszczam nawet, że poniekąd trafłem na myśl jego, gdyż kładzie on wielki nacisk na „praktyczne“ zastosowanie higieny.

Wylczenie tych zadań zdawało mi się dlatego koniecznym, że przez to staje się bardziej oczywistym, jak obszerny winien być w myśl ofiarodawcy zakres działania Instytutu. Już to co wylczyłem wymaga pracy i to nie byle jakiej masy ludzi. Trzeba przecież co najmniej kilku lekarzy, którzyby prowadzili wykłady higieniczne, kilku, coby dozorowali zajęciami praktycznymi, a więc myciem i kąpaniem dzieci, zabawami, gotowaniem i t. p.. Trzeba dozorców do pilnowania dzieci przy zabawach, trzeba kucharki lub kilku dla uczenia gotowania, trzeba dosyć dużo usługi dla urządzania kąpieli, natrysków, dla palenia w kuchni i t. d..

Następnie utrzymanie takiego zakładu wymagać będzie dosyć dużo środków na zakupno drzewa, przyrządów do gier, na zakupno zapasów spiżarnianych, gdyby projekt uczenia gotowania przyszedł do skutku i t. d.. Służbę Instytutu również opłacić należy, a do tej służby zaliczam również i lekarzy, bo służba niepłatna będzie wykonywać obowiązki niechętnie, z łaski, przechodząc wtedy, kiedy jej czas pozwoli. Mogą, wybrani przez Towarzystwo higieniczne, lekarze mieć nadzór nad kierunkiem Instytutu, mogą nawet w wyjątkowych razach spełniać niektóre stałe czynności, lecz właściwa praca wykonywana być winna przez lekarzy płatnych, a więc mających obowiązki; że mam w tym względzie rację, dowód choćby w tem, że Towarzystwo kolonii letnich zamieniło lekarzy-ochotników na lekarzy płatnych, choć czynności lekarskie w koloniach były daleko mniej uciążliwe niż te, jakie wykonywać będą musieli przyszli lekarze Instytutu.

A Instytut, według myśli ofiarodawcy na wszystkie te potrzeby rozporządzać ma kapitałem 30,000 rs., czyli rocznym dochodem 1500 rs.. Baron DE LENVAL wprawdzie przypuszcza i inne źródła dochodu: składki członków Tow. hyg., dary bieżące, subwencję władz publicznych. Otóż co do tych dochodów, to są one niepewne. Naprzód Towarzystwo Higieniczne, w początkach przynaj-

mniej, niewiele zapewne udzieliłoby mogło ze swych funduszków na Instytut, gdyż mieć ono będzie znaczne a niezbędne wydatki: założenie biblioteki, pracowni, prenumeratę pism i t. d.. Zapewne, że ofiarność publiczna przysłałaby w pomoc Instytutowi, lecz lepiej by było, aby w początkach przynajmniej nie liczone na nią; gdy się Instytut rozwinie, gdy wykaże owoce swej działalności [jak np. kolonie letnie], wtedy ofiarność publiczna popłynie szerszym korytem. Dzisiaj chyba niewiele na nią liczyć można. Co się tyczy subwencji od władz, to naturalnie, że liczyć na nią nie można, nie dlatego, aby koniecznie z tej strony spotkać miała Instytut odmowa, lecz dlatego, że procedura otrzymania tej subwencji jest zbyt długa, a przytem może wymagać pewnych rękojmi i warunków, na które może ofiarodawca zgodzić się nie chciał.

Jeżeli więc już procent od funduszu żelaznego nie wystarczyłby na opędzenie wydatków czysto higienicznych zadań Instytutu, to co dopiero mówić, jeśli do tych zadań dołączymy i zadania objęte w punkcie drugim, które bar. DE LÉNAL tak ogólnie określa: „stosować higienę profilaktyczną i uzdrawiać dzieci w doraźnych, nieszpitalnych wypadkach“. Wypadki te są dosyć szczegółowo wyliczone. Są to kąpiele i natryski lecznicze, gimnastyka ortepe-dyczna, przyrządy ortopedyczne, bandaże, opatrunki oczne, skórne, chirurgiczne, pielęgnowanie zębów przez specjalistów [a więc zapewne plombowanie, czyszczenie, ewentualnie wstawianie zębów], opatrywanie głów w chorobach pasożytniczych, szczepienie ospy i t. d.. Naturalnie, że te zadania Instytutu wymagałyby nowych lekarzy, baderek i baderek, wykwalifikowanego gimnastyka i ortopedysty, dentysty, wreszcie dużą ilość środków na kupno lekarstw, opatrunków, przyrządów gimnastycznych i ortopedycznych.

Lecz pominiawszy kwestyę pieniężną, czy łączenie w Instytucie zadań czysto higienicznych z lekarskimi jest pożądanem, czy przyniosłoby ludności korzyść? Otóż zdaje mi się że nie: 1) Zadaniem Instytutu jest zaszczepianie pojęć higienicznych wśród naszego społeczeństwa, nauczanie ludu, że nie tylko w chorobie trzymać się należy pewnych zasad postępowania względem ciała, lecz i w zdrowiu. Do Instytutu powinni się więc udawać jedynie zdrowi i wiedzieć, że ma on zupełnie inne zadanie niż leczenie chorób. Można nauczyć ludzi, że powinni czysto trzymać głowę, aby nie dostać chorób pasorzytniczych, że powinni obmyć ranę wodą karbolową, aby się na tem miejscu nie utworzyło owrzodzenie, że oczy należy przemywać i nie dotykać się ich brudnymi rękami, gdyż inaczej grozi zapalenie łącznicy, można wreszcie nauczyć pielęgnowania chorých, nakładania opatrunków i okładów, lecz leczenie chorób nie powinno wchodzić w zakres Instytutu, bo inaczej ludność nie pojmie nigdy, z czem ma do czynienia i będzie zawsze myślała, że otworzono dla niej nowe ambulatoryum. „Poco będę chodzić na koniec Marszałkowskiej, pod rogatki, skoro mam bliżej szpital dziecięcy“, powie sobie nie jeden. 2) Do chodzenia do Instytutu zrazi ludność i nieokreśloność jego czynności lekarskich. O ile zrozumiiałem zamiar ofiarodawcy, chodzi mu o leczenie głównie chorób zewnętrznych i to tych, których zachowaniem odpowiednich przepisów higienicznych uniknąć można. Lecz czyż ludności nieinteligentnej trafiać to będzie do przekonania, że leczą tam zapalenia łącznicy, a nie leczą zapaleń rogówki i nie operują katarakty; że opatrują owrzodzenia i wysypki skórne, ba, nawet zakładają ortopedyczne przyrządy, a nie przetną ropnia, nie otworzą empyematu i t. d. Nie, zgłaszano by się do ambulatoryum Instytutu ze wszystkimi chorobami, albo przestano by się zgłaszać. A jeśli się nie myślę, to bar. DE LÉNAL, znając charakter ludności ubogiej u nas, ambulatoryum to chciał urządzić jako przynętę do od-wiedzania Instytutu. W tem ma on rację: byłaby to przynęta, lecz niestety wypaczyłaby ona wśród ludu pojęcie o zadaniach Instytutu. Mojem zdaniem, nawet gdyby proponowana przezemnie przynęta [gry i zabawy] nie była uznana za praktyczną, to lepiej aby w początkach frekwencya Instytutu była mniej-

szą, niż żeby odrazu rozminął się on ze swem głównem zadaniem. Bo, ponieważ przepisanie lekarstwa, zrobienie opatrunku i t. d. jest rzeczą bez porównania łatwiejszą niż nauczanie higieny, więc pewnoby większość pracowników Instytutu uważała, że w ten sposób dogodniej jej spełniać swe zadanie.

Na zasadzie powyższego ośmielę się postawić następujące wnioski:

1) Czyby nie było lepiej zamiast budowania domu dla Instytutu, cały kapitał po za urządzeniem obrócić na fundusz żelazny, z którego odsetki szłyby na pokrycie bieżących wydatków Instytutu. W ten sposób Instytut rozporządzałby dochodem od 70, a może 80000 rubli, miałby więc rocznie 3500—4000 rubli. Z tem już można zacząć działalność i łatwiej ze składek publicznych pokryć ewentualne niedobory. Zamiast kupowania domu, lepiejby było na placu, podarowanym lub pożyczonym przez miasto, wreszcie wynajętym, wznieść barak dla kąpeli i natrysków, urządzić w nim sale wykładowe, [któreby nie raziły ludu swoją wspaniałością i nie odstręczały go, na co zwrócił uwagę w znakomicie pomyślanym artykule o odczytach ludowych w „Głosie“ p. Mieczysław Brzeziński¹⁾]; urządzić przed barakiem plac gry. Na początek możeby wystarczyło, aby Instytut był czynnym tylko w lecie, a później, w miarę powiększenia się środków i osvajania się z nim ludności, możnaby otwierać go i w zimie, urządzając ślizgawkę, gry w śnieżki i t. p..

2) Zaniechać zupełnie przyjmowania chorych, a fundusze z tego pozostałe obrócić choćby na danie dzieciom śniadania, któreby także było niemałą zachętą do frekwencji.

3) Co się tyczy prowadzenia wykładów, to najlepiejby było, aby Instytut posiadał wprost książeczki, z którychby odczytywano odpowiedni wykład, jak to proponuje we wspomnianym artykule p. Brzeziński. W samej rzeczy popularyzowanie wiedzy nie jest łatwym i dlatego, przynajmniej na początek, lepiej aby lekarze, co się tem zajmą, mieli gotowy i przez odpowiedni komitet za właściwy uznany materiał.

Jeszcze raz zastrzegam się, że tych słów parę nie ma bynajmniej na celu obniżenia zasług Ofiarodawcy. Chciałem tylko w miarę mych środków przyczynić się do rozwinięcia i pogłębienia zacnej Jego myśli, w tej nadziei, że może tych parę krytycznych uwag wywoła dyskusję, z której tylko dobro i powodzenie szlachetnej sprawy wyniknąć może.

Stanisław Kamiński.

Warszawa, d. 3 sierpnia. 1898.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Tryper u dzieci.

Streścił

Seweryn Sterling [Lódź].

— 4 —

Zakażenie rzeżączkowe nie tylko specjalistów interesuje. Powikłania ze strony narządów wewnętrznych każą każdemu lekarzowi przy różnorodnych sprawach chorobowych szukać w wywiadach zakażenia rzeżączkowego, ponieważ może ono grać rolę przyczyny cierpień rozmaitych. Dlatego to

¹⁾ Głos z dnia 23 lipca r. b.

i w pedyatryi liczyć się wypada obecnie z zakażeniem rzeżączkowym co raz częściej, w miarę postępu i rozwoju etyologii. Jeśli HENOCH powiada, że na 1500 chorych dzieci wypada jedno z rzeżączką narządów płciowych, to natomiast inni cierpienie to częściej napotykali: CAHEN BRACH widział 15 przypadków wśród 4501 chorych, czyli 1 na 300, SEIFFERT — 22 wśród 3414 chorych, czyli 1 na 140, POTT — 86 wśród 8481 chorych, czyli 1 na 10), MICHAJŁOW — 45 wśród 2000 chorych szpitalnych, czyli 1 na 45. EPSTEIN, badając w tym kierunku 625 noworodków płci żeńskiej, znalazł rzeżączkę dróg płciowych 3 razy, nie licząc przypadków rzeżączki łącznicy.

Rzeżączka nie jest chorobą li tylko przez akt płciowy upowszechnianą. Poznanie tego faktu gra rolę pierwszorzędną w rozwoju nauki o tryprze u dzieci. Najważniejsze znaczenie ma odkrycie swoistego zarazka, dwoinek przez NEISSER'a, dzięki czemu rozpoznanie rzeżączki oparto na ścisłych podstawach badania drobnowidzowego. Również ważnem było wykrycie, że rzeżączka nie jest wyłącznie nabłonkowi cylindrycznemu właściwą.

Zarażenie przez spółkowanie zdarza się w wieku dziecięcym rzadko — chłopcy w tym razie są zazwyczaj zarażani przez służące, guwernantki, z którymi śpiją; dziewczęta stają się ofiarami przesądu, który w zgwałceniu dziecka widzi najlepszy środek, leczący trypra męskiego. Ale zarażenie drogą płciową zachodzi nie tylko przy spółkowaniu: samo stykanie się zewnętrznych części płciowych, szczególnie dziewcząt, przypadkowe lub w celach lubieżnych — wystarcza do zarażenia. Tym sposobem jedno chore dziecko zaraża inne. Wreszcie, do płciowego zarażenia zaliczyć należy te przypadki, w których zarazek dostaje się podczas porodu na błonę śluzową dróg płciowych dziecka, podobnie do tego, jak dostaje się on na błonę śluzową oczu. EPSTEIN jest zdania, że tą właśnie drogą zaraża się większość dziewcząt chorych na rzeżączkę części płciowych; objawy tego cierpienia, nie zauważone w pierwszym dzieciństwie, lub tłumaczone opacznie, spostrzeżone bywają u dziewcząt 2-u i 3-letnich i jako rzeżączka rozpoznane.

Ręce wydzieliną rzeżączkową zavalane, takąż wydzieliną zanieczyszczoną gąbki, prześcieradła, ręczniki, bielizna, naczynia nocne, sedesy, narzędzia lekarskie, oto najczęstszy pośrednicy zakażenia pozapłciowego. W pojedynczym przypadku trudno nieraz doszukać się źródła zarażenia. Ale już epidemie rodzinne o takim pozapłciowym sposobie szerzenia się rzeżączki przekonywają ¹⁾. Tak np. w spostrzeżeniu WIDMARK'a: ojciec ma trypra, matka również, powikłanego zapaleniem gruczołów pachwinowych i zapaleniem swoistem wewnątrzmacicznym; córeczka 2-letnia ma rzeżączkę sromu i pochwy i zapalenie rzeżączkowe łącznicy, a ssawiec — zapalenie rzeżączkowe łącznicy. Wspólne łóżko, wspólne miednice, ręczniki, szerzą zarazę. Jeszcze wyraźniej występują czynniki zarażenia pozapłciowego w epidemiach szpitalnych, o czem dalej mowa będzie.

Na nowy czynnik zarażenia pozapłciowego wskazuje WELANDER. Stwierdził on mianowicie, że muchy, które się z wydzieliną tryprą stykały, zawierają, jak i ich odchody, zupełnie dzielne dwoinki NEISSER'a.

Niektórzy autorowie zauważyli wzrost liczby przypadków rzeżączki w pewnych porach roku [lato] i czynnikowi klimatycznemu przypisują udział w epidemiach. EPSTEIN przeczy temu, sądząc, że ukryte cierpienie staje się

¹⁾ O epidemii rodzimej zakażenia drogą stosunków płciowych donosi *Deut. Med. Woch. Nr. 8. 1898. str. 129*: Dziewczynka 11-letnia nabywa trypra od swego 30-letniego wujaszka, z którym ma stosunki płciowe; zaraża swego siedmioletniego brata, który ze swej strony zaraża trzyletnią siostrzyczkę, z którą ma „stosunki płciowe“. Jest to w każdym razie *curiosum*.

w lecie jawnem dzięki obfitszej wydzielinie [ciepłota wysoka, dzieci dużo biegają w lecie].

Jeśli zarażeniu pozapłciowemu przyznajemy w etyologii rzeżączki dzieci wybitną rolę, pomimo, że ten rodzaj zarażenia nieznanym jest prawie u dorosłych, to pogląd ten i teoretycznie umotywować można. Otóż zdaniem ERSTEIN'a błony śluzowe dzieci są o wiele wrażliwsze na zarazek rzeżączki, aniżeli błony śluzowe dorosłych. Mniemanie to opiera się na faktach następujących: 1) U dzieci spotykamy daleko częściej, niż u dorosłych, zapalenie rzeżączkowe łącznicy, chociaż tryper jest tylekroć częstszym u dorosłych; 2) u dzieci spotykamy takie umiejscowienie zarazka na błonach śluzowych, jakiego u dorosłych nie znamy, np. w jamie ustnej; 3) rzeżączka przewlekła osoby dorosłej, dla dorosłych już niezaraźliwa, wywołuje u dzieci zarażenie; 4) okres wylęgania choroby omawianej trwa u dzieci krócej niż u dorosłych. Te wszystkie fakty pozwalają wnioskować o szczególnej drażliwości błon śluzowych dzieci na dwoinki NEISSER'a.

Jak się dalej przekonamy, przypadki trypra u chłopców dają się nieskończenie rzadziej spostrzegać, aniżeli u dziewcząt. Przyczyna tego faktu zależną jest od warunków anatomicznych. U chłopców mianowicie napletek przylega dość szczelnie do żołędzi, a że po za nią wystaje, stanowi więc ochronę niedopuszczającą szkodliwości do cewki moczowej. Powtórę, mocz, wypływając przez cewkę, przemiywa u chłopców całą błonę śluzową narządu płciowego, czyli zmywa te zarazki, które się do cewki dostały. Inaczej u dzieci płci żeńskiej. Wargi dziewcząt są krótkie, wiotkie, nie zamykają dobrze sromu; u dziewcząt źle odżywianych są one wprost obwisłe, przez co srom jeszcze szerzej rozziwia. Łechtaczka i wargi małe u dzieci występują często z poza warg wielkich. Jednem słowem srom i pochwa jest u dziewcząt łatwo dla zarazków dostępną. Jednocześnie błona śluzowa sromu i pochwy dziewcząt przedstawia, dzięki fałdom jakie tworzy, obszerną powierzchnię; sama powierzchnia narządów płciowych zewnętrznych jest już znaczną. Te warunki anatomiczne dostatecznie tłómaczą częstość spraw zakaźnych, rozgrywających się na błonie śluzowej dróg rodnych u dziewcząt.

Dane statystyczne o względnej częstości trypra u chłopców i dziewcząt, są nieliczne. MONCORVO na 47 dzieci dotkniętych tryprem znalazł 8 chłopców [17%] i 39 dziewcząt. MICHAJŁOW na 45 dzieci: 42 dziewcząt i 3 chłopców [7%]. W każdym razie o tryprze dziewcząt słyszymy względnie często, o tryprze chłopców rzadko. Pewną wartość statystyczną może mieć fakt, że na 20 opisanych przypadków potryperowego gościa rzeżączkowego u dzieci, liczono 19 dziewcząt a 1 chłopca.

W zestawieniu tem opis sprawy rzeżączkowej miejscowej będzie z konieczności dla obu płci oddzielnie traktowany ¹⁾. Toż samo dotyczy powikłań ze strony narządów, w bezpośrednim związku z siedliskiem trypra będących. O innych powikłaniach mowa będzie wspólnie, dla dziewcząt i dla chłopców.

Należałoby może powiedzieć coś o objawach trypra, jako choroby zakaźnej, której nie obce są cechy innym chorobom zakaźnym właściwe, jak np. podniesienie ciepłoty, zmiany tętna, zaburzenia trawienia, ogólne objawy osłabienia i t. d.. Ale sprawa objawów zakażenia rzeżączkowego, jako choroby ogólnej a nie miejscowej jedynie, jest dotąd za mało zbadana, by można było pod tym względem coś pozytywnego powiedzieć. Dlatego kwestyę tę ciekawą, lecz mało znaną, pominię zupełnie; podam tylko dalej te dane faktyczne, które ja-

¹⁾ O stronie bakteryologicznej i ogólnopatologicznej zakażenia rzeżączkowego mowy wogóle nie będzie w tem zestawieniu.

ko powikłanie trypra zakażeniem rzeżączkowym ogólnem, czyli narządów wewnętrznych, są opisane.

Urethritis gonorrhoeica u chłopców. Jak wspomnieliśmy, warunki anatomiczne pozwalają na powstanie trypra drogą zarażenia pozapłciowego u dziewcząt łatwo, u chłopców bardzo trudno. Jednakowoż i chłopcy tą drogą zarażać się muszą, o czym świadczy wiek niektórych chorych, w którym o akcie płciowym mowy być nie może; mówię tu o spostrzeżeniach, w których chorzy mieli 15, 19, 21 miesięcy, 2 lub 3 lata wieku.

Dla poznania etyologii omawianej sprawy u chłopców przytoczę kilka odnośnych spostrzeżeń:

FRASER opowiada o chłopcu, który miał trypra z obu stronemi dymieniami, zapaleniem żołądki i napletka, a zaraził się przez majtki kąpielowe, których przed nim używał osobnik chory na trypra.

ZEISSL opisuje dwa przypadki trypra u chłopców: lat 3 i 6. Co do trzyletniego—rodzice doszli, że *immissio penis* miało miejsce. Dziecko było, z powodu choroby matki, oddane na 14 dni pod „opiekę“ szesnastoletniej dziewczyny, która, jak się później okazało, była w ciąży i miała trypra. W przypadku drugim—chłopiec sześciolatek cierpiał przez parę miesięcy na bolesne oddawanie moczu i na wydzielinę ropną z cewki. Czterdziestoletnia nianka onaniżowała go i brała do swego łóżka. ZEISSL wychodził z wydzieliny dwoinki NEISSER'a.

RÓNA podaje opis 14 przypadków trypra u chłopców. Między nimi był jeden 15-miesięczny, mający dwustronne zapalenie przyjądrzy; jeden 21-miesięczny, jeden 2-letni, jeden 3-letni, jeden 3½-letni, jeden 4-letni, jeden 8-letni dwóch 10-letnich, jeden 10½-letni, jeden 12-letni, jeden 13-letni i dwóch 13½-letnich. Osmioletni i 13½-letni byli rodzonymi braćmi, których dwie siostrzyczki również trypra miały. We wszystkich przypadkach badanie dało dwoinki NEISSER'a.

IMERWOL referował na XII Zjeździe Międzynarodowym w Moskwie o 10 przypadkach trypra u chłopców wieku lat 2 do 10. Przyczyną zakażenia było: 1) spanie w jednym łóżku ze służącą, dotkniętą białymi upławami, 2) spanie w jednym łóżku z dziewczynką i próby spółkowania z nią, 3) spanie w jednym łóżku z mężczyzną chorym na trypra, 4) wspólna zabawa narządami płciowymi z innym chłopcem, mającym wypływ z cewki, 5) spanie w jednym łóżku z matką, cierpiącą na upławy. W kilku przypadkach przyłączyło się zapalenie żołądki i stulejka.

Co się tyczy przebiegu, to tenże nie różni się od przebiegu rzeżączki cewki moczowej mężczyzn dorosłych. Sprawa ma z początku charakter ostry, postępujący. We wszystkich opisanych przypadkach widziano *urethritis totalis*. Sprawa z czasem stawała się przewlekłą, trwała zwykle miesiące. Istnieją jednak opisy przypadków wyleczonych w ciągu 12 dni.

Powikłania ze strony układu naczyń i gruczołów chłonnych, żołądki, napletka, jąder, przyjądrzy, pęcherza moczowego są również częste, jak u dorosłych. I zejście w zwężenie cewki zdarza się u chłopców.

Blenorrhoea urethro-genitalis u dziewcząt. Już od dawna podręczniki chorób dziecięcych wspominały o wpływie nieżyłowym, śluzowym lub ropnym z pochwy dziewcząt. Etiologii tego „nieżytu błony śluzowej dróg płciowych“ doszukiwano się: 1) w podrażnieniu miejscowem, mianowicie przez nieochędotwo, pot, ciała obce, glistnice robaczkowe, przez samogwałt, *stuprum violentum* i t. p. przyczyny, które drażnić mogą błonę śluzową, 2) w stanie chorobowym ogólnym, więc z powodu niedokrwistości, gruźlicy, żółtów, krzywicy, syfilisu, dalej z powodu chorób gorączkowych ostrych, np. tyfusu, odry, błonicy, płonicy. Wreszcie wpływ z pochwy dziewcząt czyniono zależnym nawet od takich mo-

mentów etyologicznych, jak podrażnienie kiszki odchodowej przez robaki lub wyrzynanie się zębów [drogą odruchu].

Zakaźne pochodzenie cierpienia omawianego uznanem jest jednak już dosyć dawno; niedawno natomiast stwierdzono rzeżączkowy charakter większości spraw podobnych.

Podług EPSTEIN'a pierwszy JAN STORCH opisał spostrzeżenie, w którym jednocześnie matka i dziecko cierpiały na wypływ z części rodnych, słowami: *Anno 1731* łeczyłem wątłe trzechletnie dziecię, które miało wypływ żółtej i białej materji. Matka tegoż miała cierpienie podobne... W tymże roku leczyłem w ciągu wielu miesięcy dziesięcioletnią dziewczynkę na podobną chorobę; i tej matka miała wypływ z części rodnych". Wniosku jednak o związku cierpienia matki i córki STORCH nie czyni. RAMEL pisze w roku 1785 o „wypływie białym dziedzicznym“ u dwojga, 6 i 8-letnich dziewcząt, które od pierwszych miesięcy życia cierpieniu temu uległy. Matka ich przez lata całe ma wypływ podobny. DOUBLET [1781], BERTIN [1810] uważali białe upławy dzieci za objaw syfilisu dziedzicznego. BERTIN powiada, że siedliskiem takiego „nieżytu wenerycznego“ może być błona śluzowa oczu, nosa, uszu, pochwy, cewki moczowej i odbytnicy. Do rozpoznania syfilisu dziedzicznego wystarczała BERTIN'owi obecność wypływu z części rodnych dzieci. Podobnie LANGNEAU [1828], PUTIGNAT [1854] i inni wypływ z części rodnych uważali za objaw syfilisu odziedziczonego. SCHOENFELD [1839] uważa upławy dziewcząt za objaw syfilisu nabytego; wyraża się, że zarażają się one, śpiąc z rodzicami chorymi na syfils, za pośrednictwem bielizny, odzieży i t. p.. Z biegiem czasu upławom dziewcząt przypisywać zaczęto coraz to niklejsze znaczenie, uważając je za skutek podrażnienia mechanicznego, za wyraz nposobienia żółwatatego; wreszcie stanowczo sprawie tej odmówiono charakteru zakaźnego.

Terminu „*vulvo-vaginitis* dziewcząt małych“ użył po raz pierwszy BEHREND w roku 1848-ym. Odróżnia on cierpienia tego odmiany następujące: *vv. phlegmonosa*, *vv. diphtheritica*, *vv. catarrhalis*, *vv. syphilitica*, *vv. eruptiva*. Uznawał więc charakter zakaźny niektórych przypadków zapalenia sromu i pochwy dziewcząt, ale istnienia zakażenia rzeżączkowego nie przypuszczał.

Głębsze poznanie istoty rzeżączki, a głównie stwierdzenie charakteru rzeżączkowego znanych cierpień łącznicy, pozwoliło z czasem spostrzedz związek *vulvo-vaginitidis* dziewcząt z zakażeniem rzeżączkowym. Lekarze angielscy: TANNER [1858], COOPER FORSTER [1860], HOLMES [1869] odróżniali *leucorrhoea* od *gonorrhoea* dziewcząt; przyczynę tej ostatniej widzieli jedynie w *coccus impurus*.

Role zarażenia pozapłciowego, które, jak widzimy, najczęściej jest przyczyną rzeżączki dziewcząt, pozwoliły poznać dopiero spostrzeżenia epidemii trypra.

FORSTER pierwszy opisał w r. 1860 rzeżączkę u trojga małych sióstr, których rodzice na toż samo cierpienie chorowali, a które podmywały się jedną i tą samą gąbką, co i matka. ATKINSON [1879] opisał endemię ropnego zapalenia sromu na jednym pensjonacie, w którym jednocześnie panowało zakaźne zapalenie oczu i wrzodziejące zapalenie jamy ustnej.

Najpoważniejszą zasługę w rozwiązaniu kwestji etyologii *vulvo-vaginitidis gonorrhoeae* ma POTT, który w r. 1883-im, na zasadzie 86 spostrzeganych przez siebie w Halli przypadków *vv-dis* przyszedł do wniosku, że jest to cierpienie przeważnie rzeżączkowe, że dziewczęta zarażają się niem od osób chorych na trypra.

Od tego czasu opisano wiele ściśle spostrzeganych epidemii omawianego cierpienia. E. FRAENKEL ¹⁾ [1885] opisał epidemię zakaźnego zapalenia po-

¹⁾ Wątpliwość, czy drobnoustroje, znalezione przez F., były dwóinkami NEISSER'a już dziś

chwy (*colpitis*), jaka w ciągu lat trzech panowała w jednym ze szpitali Hamburga i dotknęła 62 dziewcząt, w wieku 1 do 12 lat. CSERI [1885] widział podobną epidemię, która objęła 26 dzieci w wieku 3 do 10 lat. OLLIVIER [1888] opisał epidemię zakaźnego zapalenia sromu i pochwy, spostrzeganą w szpitalu *des Enfants Malades* w Paryżu. SUCHARD [1888] widział dwie takie epidemie u dwu grup dzieci, raz 12, raz 8, które kąpały się w jednym basenie w Lavey. SKURSCII [1891] widział w Poznaniu 236 dzieci, w wieku lat 6 do 14, które się w jednym basenie kąpały, a dotykały wzajemnie [w celach lubieżnych] narządami płciowymi; użycie wspólne wody, ręczników do szerzenia zarazy również się przyczyniło. WEIL i BARION opisują epidemię *vv-dis* w jednym ze szpitali Lyonskich spostrzeganą, a zależną od termometru do odbytnicy zakładanego bez dostatecznej ostrożności. ROSEHORN widział w Wiedniu podobną epidemię szpitalną, zależną od kanki lawatywy. Podobne epidemie opisali jeszcze DUSCH [Heidelberg], LENNANDER [Sztokholm], FISCHER [Altona], SPAETH [Monachium].

Zakaźność i swoistość sprawy omawianej wykazały i doświadczenia. DE AMICIS [1884] i DUPRÉ [1889] szczepili wydzielinę z zapalenia sromu i pochwy do cewki dorosłego mężczyzny i wywoływali typowego trypra. E MARTIN [1889] spostrzegł *v. v.* u dziecka pięciomiesięcznego; wydzielinę szczepił zdrowemu mężczyźnie, który zapadł na trypra, powikłanego zapaleniem jąder.

Odkrycie NEISSER'a w celu rozpoznania charakteru zapalenia sromu i pochwy dziewcząt, zażytkował pierwszy AUBERT [1884], który znalazł w wydzielinie przy wzmiankowanym cierpieniu dvoinki swoiste. Z kolei ogłosił NEISSER [1885], że na 143 badanych przypadków wypływu z pochwy u dziewcząt wieku 2—8 lat, w 89 znalazł dvoinki swoiste. W tymże roku WIDMARK znajduje je u 5 dziewcząt i 1 chłopca, a CSERI w 21 przypadkach u dziewcząt. W r. 1888-ym DUSCH znalazł dvoinki NEISSER'a we wszystkich 19 badanych przypadkach, PROCHOWNICK w 17 z 21 badanych. W roku 1889-ym DUPRÉ znajduje je we wszystkich 23 badanych przypadkach, a SPAETH 14 razy na 21 badanych. Później znaleźli je jeszcze ASHBY 6 razy na 8 badanych, CAHENBRACH 25 razy na 26 badań, CASSEL 24 na 30 badań, FISCHER 50 na 54 badań, BERGGRUEN 11 na 31, LABORDE 68 na 87 badań, VEILLON i HALLÉ 25 razy na 27 badań, MONCORVO 39 razy na 47 badań.

Ten szereg spostrzeżeń doprowadza do wniosku, że najczęstszą przyczyną zapalenia sromu i pochwy u dzieci jest zakażenie dvoinkami NEISSER'a. Obok tej inne przyczyny na plan drugi ustępują. Wyjątek stanowią jedynie ssawcy, u których wpływ z pochwy częściej jest natury nierzeźączkowej²⁾.

W każdym razie widywano i u ssawców rzeźączkę dróg płciowych. EPSTEIN widział ją u dzieci 14 dniowych, 16 dniowych i 20-dniowych, u dziecka 9-miesięcznego. CASSEL u dziecka 7-miesięcznego. Co się tyczy wieku dzieci starszych, to np. CASSEL miał 20 przypadków dzieci wieku 1 do 5 lat, CAHENBRACH 19 dziewcząt do 7 lat, FISCHER 32 niżej 6 lat.

Sama etyologia większości przypadków rzeźączki u dziewcząt tłómaczy nam, dlaczego wyjątkowo tylko sprawdzić możemy, jak długo trwa dana sprawa. W rzadkich przypadkach, w których zarażenie zależy np. od zgwałcenia, można określić chwilę zarażenia. W ten sposób przekonano się, że okres wyługania się trypra trwa u dzieci 3 do 4 dni.

nie istnieje. Opisane przez dwuziarniki były niezawodnie dvoinkami swoistemi. Jedynie HELMAN uważa je za swe *diploc. colpitud. catarrh.*

²⁾ Przekonałem się, że między akuszerkami mało jest, względnie, zaraż sprawa fizyologiczna zluszczenia się nabłonka dróg płciowych, powodująca czasem u noworodków płci żeńskiej wpływ z pochwy. Sprawę zbadał i opisał EPSTEIN jeszcze w roku 1891-ym.

Objawy ostrego okresu trypra u dziewcząt polegają na podniesieniu ciepłoty, niepokoju, bezsenności, braku łaknienia, zaparciu stolca, bólu i paleniu w miejscu cierpienia: dzieci drapią się w okolicy sromu, zjawia się częste parcie na mocz przyczem oddawanie moczu bywa bolesne. Dotykanie, ucisk, badanie sprawiają żywy ból. W okresie przewlekłym objawów podmiotowych zwykle nie znajdujemy; ból w okolicy sromu, jeśli jest, zależy wówczas od wyprysku, o czem dalej.

Z objawów przedmiotowych najważniejszym jest wpływ: tłusty, śmietankowy, zielonkawy w okresie ostrym, płynniejszy, surowiczny lub śluzowy, mleczny w okresie przewlekłym. Wpływ ten zasycha na błonie śluzowej warg i na skórze warg, ud, podbrzusza, krocza, tworząc strupy, nadżarcia, powodując powstanie wyprysku. Wpływ obfity w okresie ostrym lub podostrym, wydziela się czasem w ilości nieznacznej, np. tylko przy oddawaniu kału zostaje jakaś kropla wyciśniętą ze sromu. Czasem jedyną oznaką istniejącego cierpienia są plamy na bieliźnie, bo badanie błony śluzowej nie wykazuje żadnej na niej wydzieliny.

Błona śluzowa sromu przy rzeźączce łatwo krwawi, ztąd pochodzi domieszka krwi do wydzieliny.

Skóra i błona śluzowa sromu jest przy tryprze ostrym w stanie zapalenia; wargi większe są zaczerwienione, obrzmiałe; widzimy na nich często drobne ropnie mieszkowe (*folliculitis*), drobne owrzodzenia; w tymże stanie znajduje się i błona śluzowa przedsionka (*vestibulum vaginae*), błony dziewiczej, warg małych.

W okresie przewlekłym objawów zapalnych nie widzimy, lub są one bardzo nieznaczne.

Lepieże kończyste błony śluzowej są u dzieci rzadkością.

Błona śluzowa pochwy bierze u dzieci udział w sprawie rzeźączkowej, Uciskając na krocze możemy zwykle wytłoczyć przez otwór błony dziewiczej ropę z pochwy.

Co się tyczy cewki moczowej, to ta nie zawsze jest przy *vulvo-vaginitis gonorrh.* sprawą rzeźączkową zajęta. Jak ERSTEIN sądzi, zależy to od warunków anatomicznych. Jeśli jednak mamy i w cewce trypra, natenczas jej błona śluzowa znajduje się w stanie zapalenia, obrzmiewa, wokoło ujścia tworzą się nadżarcia a z ujścia wycieka ropa. Tworzące się w okóło ujścia cewki zapalne wyrosła grzybowate dają powód do drobnych krwawień [COMBY]; widzimy wtedy wypadnięcie (*prolapsus*) błony śluzowej cewki. Zapalenie rzeźączkowe cewki ustępuje zwykle najpóźniej, już po ustąpieniu sprawy z pochwy i sromu.

Trudność obejrzenia ujścia szyi macicznej u dzieci w wyjątkowych tylko razach pozwala na stwierdzenie stanu tejże przy tryprze. Tam gdzie zdołano część tę narządów płciowych obejrzeć, nie widziano wypływu żadnego; o wypływie z macicy wspominają jedynie dwaj badacze: ERAUD i KOPLIK. Ale fakt istnienia powikłań ze strony przydatków macicy pozwala wnosić, że macica częściej, aniżeli to udało się dotąd naocznie stwierdzić, bierze udział w sprawie rzeźączkowej dzieci.

Spotykane przy *blenorh. urethro-genitalis* zapalenie gruczołów pachwinowych raczej od wyprysków, aniżeli od samego trypra, uzależnić należy.

Objawy zapalne ostre trwają zwykle nie dłużej nad 2—3 tygodni; cały czas trwania sprawy ogranicza wielu autorów do paru miesięcy. ERSTEIN jednak sądzi, że tryper dziewcząt trwa o wiele dłużej, bo lata całe; zdanie swe opiera na obserwacyi przypadków, w których pomimo pozornego wyleczenia zjawiała się od czasu do czasu, w ciągu lat szeregu, wydzielina, zawierająca dwoinki NEISSER'a.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

104. Prof. Sanarelli. Jad śluzorodny. Przyczynę do nauki o czynnikach chorobotwórczych niewidzialnych.

Autor rozstrzyga na wstępie twierdząco pytanie: czy są w naturze mikroby, których badanie drobnovidzowe nie jest w stanie wykryć? W początkach roku 1896 zaczęła się szerzyć bez żadnych widocznych przyczyn w instytucie higieny w Montevideo zaraza między królikami, którą autor od pierwszej chwili pilnie badał. Objawy tej choroby były następujące: początkowo kataralne zapalenie powiek i łącznicy, które po 24—48 godzinach dochodziło do tego stopnia, że obrzękłe powieki zupełnie się zamykały; gałka oczna została wypchnięta w głąb oczodołów, a szczelina między powiekami wypełniała się obfitą śluzowo-ropną wydzieliną. Jednocześnie występowały na rozmaitych częściach ciała [przeważnie na uszach i kończynach] guzy podskórne rozmaitej wielkości, a pysk i nos tak grubiały, że przyjmowały lwi wygląd. Prócz tego, podlegały ostremu obrzmieniu zapalnemu otwory odbytnicy i narządów moczopłciowych, a przerostowi — brodawki sutkowe u samiec.

Poczynając od tego okresu choroby, żyły zwierzęta jeszcze 2—5 dni, poczem zdychały strasznie zeszpecone. Sekcja wykazuje: guzy podskórne wyglądu galaretowatego, elastyczne, z bardzo obfitem unaczynieniem; przerost gruczołów limfatycznych, zapalenie jąder i obrzmienie śledziony.

Badania histologiczne wykazały, że guzy podskórne zbudowane są z typowej tkanki śluzowej z przewagą elementów gwiaździstych i obfitują w naczyńka włosowate. To samo można powiedzieć o nabrzmiąłych powiekach, otworach zewnętrznych, przeroście gruczołów limfatycznych i śledziony; w tych ostatnich widać jeszcze nacieczenie krwawe.

Jakiego rodzaju jest czynnik chorobotwórczy tej tak rzadkiej choroby, nie zupełnie powiedzieć nie można; wszelkie usiłowania w kierunku jakiegokolwiek bliższego określenia podjęte, nie dały żadnych rezultatów. I dla tego dochodzi autor do tego wniosku, że będący w mowie czynnik etyologiczny nie należy do żadnego z tych organizowanych tworów, któreśmy obecnie zwykli uważać za przyczynę chorób swoistych. Pomimo to, daje się przenieść tą chorobą zaraźliwą z jednego królika na drugiego: jedna kropla krwi, najmniejszy kawałeczek guza, ślad wydzieliny z oczu, cząsteczka jakichkolwiek wnętrzności są w równej mierze zaraźliwe. Przeciwnie, są obojętne: mocz, tak czysty, jak i zawierający hemoglobinę, wysięki z opłucnej i *humor aqueus*.

Autor przerosił sprawę chorobową, wprowadzając krew lub cząstkę tkanki pod skórę, do żył, *per os*, wreszcie do komory przedniej oka. We wszystkich razach, po okresie 4—5-dniowym wylegania, występowały objawy wyżej opisane. Zasługuje na uwagę okoliczność, że po zarażeniu *per os* [jak zresztą i przy innych sposobach zarażania] przewód pokarmowy po śmierci okazał się najzupełniej normalnym. Obserwacje autora wykazały, że samodzielne szerzenie się zarazy między królikami powstawało przez zarażanie się wydzieliną kataralno-ropną z oczu i nosa.

Doświadczenie najzupełniej to potwierdziło, gdyż pociągnięcie igłą platynową po łącznicy chorego zwierzęcia, a następnie dotknięcie nią oka zdrowego wywoływało 5-go dnia swoiste zapalenie powiek i łącznicy i cały szereg dalszych objawów.

Przeciąg czasu, który upływa od chwili dostania się jadu do jakiejkolwiek części ciała do chwili zjawienia się jego we krwi, jak wykazały doświadczenia, wynosi—w razie wprowadzania pod skórę i *per os* 48 godzin—do żył 24 godzin.

Tak więc już na kilka dni przed wystąpieniem typowych objawów, w okresie wylegania, gdy jeszcze zwierzę zdaje się cieszyć zupełnem zdrowiem, już są narządy i krew przesiąknięte jadem, który znajduje się w stanie najwyższej koncentracji.

W tem miejscu autor przeprowadza analogię między sprawą chorobową w mowie będącą i 2-im okresem [ukrytym] syfilisu. Gdy autor oddzielił surowicę krwi od włóknika i części morfologicznych, okazało się, że tak skrzep włóknikowy, jak i optycznie czysta i wyjałowiona surowica posiadają te same własności zakaźne.

Co się tyczy koncentracji jadu we krwi chorych zwierząt, to okazało się, że 1—2 kropel krwi, dodane do 200 ctm. sz. buljonu mięsnego, działają zabójczo nawet w tak małej dawce, jak 1 ctm. sz.. Jad może zyskać na mocy, gdy przejdzie przez kilka królików z rzędu; od mocy jadu zależy przeciąg trwania choroby, która, przy odpowiedniej koncentracji, może trwać bardzo krótko, tak, iż nie zdążą wystąpić wszystkie wyżej opisywane objawy.

Słabszym staje się jad przez starzenie się lub przez działanie nań środków antyseptycznych. Jad krwi, przechowywany w pipetach PASTEUR'a lub w probówkach, zawierających 1^o/_o, wyjałowiony roztwór potasu szczawikowego, działa zabójczo jeszcze po 40—50 dniach. Ze środków antyseptycznych było zbadane działanie kwasu bornego [3%], karbolowego [2%], sublimatu [1^o/_o], płynu GRAM'a [czystego], formaldehydu [5%] i nadmanganianu potasu [2^o/_o]. Okazało się, że po 6-cio godzinnem zetknięciu się z każdym z tych roztworów, zmniejszała się bardzo nieznacznie siła zabójcza jadu. Natomiast działanie ciepła wilgotnego 55° C. w ciągu kilku minut wystarcza najzupełniej do zabicia jadu. Jad śluzorodny wywołuje stale sprawę chorobową tylko u królików. Myszy, świnki morskie, małpy i ptaki zachowują się odporne.

Doświadczenia z psami dały tylko raz jeden wynik dodatni. Prócz obrzmienia brodawek sutkowych, które nabierają wyglądu rakowatego i obrzmienia skóry na całej przestrzeni, zasługuje na uwagę jej łysienie pasami aż do zupełnego zaniku uwłosienia, rozlana, pęcherzykowa wysypka i pęknięcie skóry z jednoczesnem krwawieniem.

Gdy wyluszczano guzy z gruczołów sutkowych, drobnowidz wykazał, że zawierały one tkankę, złożoną z dużych komórek charakteru nabłonkowego, jak to bywa przy trądzie, *elephantiasis* i *pachydermia* VIRCHOW'a. Pies zdechł po upływie 8 miesięcy od rozpoczęcia doświadczeń wśród objawów wyżej opisanych, do których przyłączył się jeszcze bezwład kończyn przednich.

Autor dokonał dwu doświadczeń na ludziach, którym wstrzyknął pod skórę surowicę krwi [wziętej od królika na 24 godz. przed jego śmiercią] w ilości 5—6 ctm. sz.. Następstwem tego było zapalenie łącznicy oka z jednoczesnym obrzękiem i silną bolesnością gałki ocznej. Objawy te ustępują szybko, wnet po przerwaniu wstrzykiwań.

Doświadczenia ze szczepieniem ochronnem nie doprowadziły do żadnych wyników; nie zdołano nigdy żadnego królika uodpornić przeciwko jadowi śluzorodnemu. Zdarzyło się tylko szczęśliwie, że, w ciągu dwuletniego przenoszenia jadu z jednego królika na drugiego, dwa wyzdrowiały. Odporność tych zwierząt była wtedy wzmocnioną przez liczne, obfite wstrzykiwania krwi jadowitej, które były zupełnie dobrze znoszone. Surowica tych królików [oraz jednego psa uodpornianego wstrzykiwaniami w ciągu 10 miesięcy] była nieraz próbowaną na innych królikach, jako środek zapobiegawczy i leczniczy, lecz zawsze z wynikiem ujemnym.

(Centrblt. f. Bacteriologie. 1898. Bd. XXIII. Nr. 20).

Zdzisław Markiewicz.

Towarzystwa lekarzy prowincjonalnych,

Towarzystwo Lekarskie m. Łodzi.

— 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 32].

Posiedzenie z dnia 5 stycznia 1898 r.

4) TUMPOWSKI wygłosił rzecz: o zapaleniu nerwów rozsianem, ilustrowaną odpowiedniami spostrzeżeniami. Pierwsze z nich dotyczy mężczyzny 37-letniego, który bez widocznej przyczyny nagle zasłabł przy objawach ogólnych [ból głowy, gorączka, zaparcie stolca, brak apetytu], jednocześnie z którymi zjawilo się mrowienie początkowo dolnych a później i górnych kończyn; przesunalo się ono od obwodu do ośrodkowych części kończyn, następnie w tym samym porządku zjawilo się odrętwienie i osłabienie kończyn. Badanie, dokonane w szpitalu ś-go Aleksandra w dziesiątym dniu choroby, wykazało parę wiotką kończyn dolnych i górnych, mięśni twarzy po lewej stronie, drżenie galek ocznych, brak odruchów ścięgniętych, skórnych i okostniowych, bóle przy ucisku mięśni, a zwłaszcza nerwów kończyn w okolicy punktów nerwowych, brak zaburzeń ze strony zwieraczy pęcherza i odbytnicy, nieznaczne osłabienie czucia bólowego w obrębie obu goleni. W dalszym przebiegu porażenie dolnych kończyn wciąż się wzmagalo, przeszło też na mięśnie oddechowe i po dwutygodniowym trwaniu choroby pacjent zmarł przy wciąż wzrastającym utrudnieniu oddechania.

Jest to typowy objaw porażenia LANDRY'ego, które zdaniem większości autorów, zależy od rozsianego zapalenia nerwów. Co do etyologii, to ta pozostaje ciemną w danym przypadku; jest to prawdopodobnie t. zw. *neuritis multiplex infectiosa s. rheumatica*, przypisywana zakażeniu; za poglądem tym przemawiają liczne dane kliniczne [początek choroby właściwy chorobom zakaźnym, stwierdzenie obecności mikrobów w niektórych przypadkach] oraz badania eksperymentalne [cierpienia rdzenia, wywoływane szczepieniami holowli drobnoustrojów zakaźnych oraz ich toksyn].

Drugi przypadek dotyczył mężczyzny 28-letniego dotkniętego od roku porażeniem obu nerwów strzałkowych. Wywiady stwierdzają, iż chory codziennie pijał kilka kieliszków wódki i szklanek piwa, kilkakrotnie robiono mu upusty krwi z żył przedramienia; po ostatnim upuszczeniu krwi wystąpiły mocne bóle w palcach, podszwach i łydkach obu nóg; bóle trwały 9 tygodni, poczem okazało się utrudnienie chodzenia. Badanie wykazuje typowe porażenie obu *nn. peroneorum*, chód koguci, brak odruchów Achillesa, słabość odruchów kolonowych, obniżenie czucia bólowego w obrębie palców, podszwy, tylnej powierzchni stopy, zewnętrznej powierzchni goleni i uda, obniżenie oddziaływania elektrycznego nerwów strzałkowych i unerwianych przez nie mięśni. Elektryzacja [galwanizacja] sprowadziła dość znaczną poprawę.

Przyczynę porażenia w danym przypadku upatrywać należy w zatruciu wyskokiem, oraz być może, że współdziałały tu też i wzmiankowane upusty krwi.

Trzecie spostrzeżenie dotyczy kobiety, u której badanie wykazało porażenie mięśni obu kończyn górnych w obrębie obu nerwów promieniowych oraz mięśni naramiennych; porażeniu towarzyszył zanik i odczyn zwyrodnienia na prąd elektryczny; okazało się też, iż dziąsła są obrzmiałe i z fioletową obwódką. Jako przyczyna porażenia okazało się wieloletnie używanie jako pudru t. zw. blajwajsu.

Cierpienia nerwów obwodowych zależne od zakażenia i zatrucia, nie dają, się ściśle odgraniczyć od cierpień ośrodkowych; jeśli pod względem klinicznym granicę tę można jeszcze przeprowadzić na zasadzie przeważających objawów, to pod względem anatomicznym zmiany nerwów obwodowych łączą się zwykle ze zmianami w ośrodkach, *resp.* rdzeniu i opuszce, jak to wykazano w wielu przypadkach zapalenia nerwów rozśianego po chorobach zakaźnych, otruciach, a także przy t. zw. porażeniu wstępującem LANDRY'ego. Zmiany rdzenia czynnościowe, czy też organiczne, są nawet według ERB'a i REMAK'a właściwą przyczyną porażenia ołowianego. Większość badaczy wszakże poglądu tego nie podziela.

PINKUS przypomina, że UHTHOFF, a za nim niektórzy inni twierdzą, iż przy *neuritis alcoholica* ma miejsce różowawe zabarwienie skroniowego odcinka każdej siatkówki, że należałoby zatem w każdym przypadku tego cierpienia posilkować się oftalmoskopem w celu sprawdzenia, czy objaw UHTHOFF'a jest stałym, więc ważnym pod względem różniczkowego rozpoznania w przypadkach wątpliwych.

PINKUS mówił o formalinie i jej zastosowaniu w celach antyseptycznych i aseptycznych, przyczem demonstrował lampy do tego służące, wyrabiane przez SCHERING'a w Berlinie. Formalina jest 40% wodnym roztworem formaldehydu $[\text{CH}_2\text{O}]$, który jest ciałem lotnym, stanowiącym produkt utlenienia alkoholu metylowego, zatem metylaldehydem, właśnie w powyższej proporcji rozpuszczającym się w wodzie. Z formaliny, przy jej wyparowywaniu otrzymuje się ciało stałe, nierozpuszczalne, zwane paraformaldehydem $[\text{CH}_2\text{O}]^n$, a które przy odpowiednim ogrzewaniu daje substancję krystaliczną, także nierozpuszczalną, zwaną *trioxymethylen* $[\text{CH}_2\text{O}]^3$. Na oba ostatnie ciała można zapatrywać się, jak na formaldehyd w stanie stałym.

Ze względu na to, że *trioxymethylen*, zwany także polimeryzowanym formaldehydem, jest wygodnym w użyciu i przy pomocy płomienia spirytusowego zamienia się całkowicie na lotny formaldehyd, który równomiernie rozchodzi się w przestrzeni np. pokoju, u SCHERING'a wpadli na myśl spożytkowania tego środka do dezynfekcyi mieszkań. Wyrabiają w tym celu pastylki, z których każda zawiera 1,0 tryoksymetyleny $[= .00\%$ formaldehydu] i które przy pomocy odpowiednich lamp doprowadzają się napowrót do stanu letniego. Jak wykazały doświadczenia bakteryologiczne, stosowanie 1—2 pastylek na 1 metr sześcienny przestrzeni wystarcza do zabicia drobnoustrojów, jak: lasecznika gruźliczego, błonicy i tyfusu, zarodków węglika, *staphylococcus* i *streptococcus pyogenes*.

Rzeczy, znajdujące się w pokoju, poddany dezynfekcyi formaldehydowej nie zostają uszkodzone pod żadnym względem. To postępowanie dezynfekcyjne zasługuje na rozpowszechnienie, mimo, że formaldehyd do głębszych warstw nie przenika, wobec czego, w niektórych razach pościel i bielizna będą musiały być poddane dezynfekcyi za pomocą pary wodnej. Postępowanie powyższe może również być zastosowane dla osiągnięcia dezynfekcyi rzeczy, jak: ubrania, książek, pierza, szczotek, grzebieni i t. p. w odpowiednio urządzonych szafkach.

STERLING uważa pogląd PINKUSA na wartość formaliny i demonstrowanych lampek za zbyt różowy. Tylko powierzchowną dezynfekcyę osiągamy tą drogą. Cylinder, napełniony żelatyną, którą zabarwiamy fuksyną, wstawiony do pokoju, w którym działają lampki formalinowe, przyjmuje zabarwienie fioletowo-niebieskie tylko w warstwach zewnętrznych, gdy wewnętrzne pozostają dalej czerwonymi. Formalina ma nieznaczną siłę przenikającą [penetracyjną]. Po za tem przypomnieć należy, że przedmioty zwykle, dezynfekcyi poddawane, różnią się znakomicie od tych nitek jedwabiu, jakie zanurzamy w zawieszynie bakteryjnej, i od tych kawałków tapety, posmarowanych takąż zawiesziną. Do

wnętrza grudki śluzu, kału, ropy przeniknąć musi formalina przez warstwy ciał białkowatych, a więc które sama ściana czyni trudniej przenikliwemi; może więc zawsze w głębi grudki śluzu lub ropy pozostawić niezniszczone zarodki chorobotwórcze, jakkolwiek zabije powierzchownie leżące. A na ścianach mieszkania, na podłodze w około łóżka, na sprzętach nie obnażone hodowle czyste są rozsmarowane, lecz cząsteczki śluzu, kału, ropy, tkanek w stanie rozpadu drobnikowego, zmieszane z drobnoustrojami. Formalina nie rozwiązuje, jak dotąd, kwestyi odkażania gazowego, ponieważ wgląd przedmiotów wyjałowionych [poduszki, materace], nie wnika. Pomimo to stanowi krok naprzód w porównaniu ze środkami dotąd używanymi.

PINKUS odpowiada, że zaznaczał sam, że dezynfekcja jest powierzchowną, że jednak w zwykłych warunkach wystarcza, a odnośnie do dezynfekcyi mieszkań, dezynfekcja formalinowa przewyższa stosowane dotychczas środki.

Posiedzenie z dnia 16. II. 1898.

1) STANKIEWICZ przedstawia chorą po wyluszczeniu macicy, dokonaniem w październiku r. z. z przyczyny raka części pochwowej. Po operacyi pozostała przetoka moczowodowa prawa, wskutek czego w styczniu r. b. kol. KRUSCHE dokonał wycięcia nerki.

2) STERLING odczytał rzecz p. t. „Tryper u dzieci“, której treść stanowiło: znaczenie zakażenia rzeżączkowego w etyologii chorób dziecięcych, sposoby zarażania się dzieci, *urethritis gonorrhoeica* chłopców, *vulvo-vaginitis* i *urethritis gonorrhoeica* dziewcząt, leczenie tych cierpień. Powikłania: 1) *per continuitatem* [zapalenie jąder, przyjądrzy, gruczołów BARTHOLIN'a, pęcherza, nerek, otrzewnej]; 2) *per contactum* [rzeżączka oczu, ust, nosa, ucha, odbytnicy]; 3) *per generalisationem infectionis* [gościec rzeżączkowy, zapalenie wsierdzia, osierdzia, opłucnej, wysypki skórne].

W dyskusyi nad tym odczytem przyjmowali udział:

KAUFMAN, który wbrew przytoczonym przez S. poglądom autorów, utrzymuje, że *vulvo-vaginitis* u noworodków jest dosyć częstą; zapytuje on również, w jaki sposób stwierdzono rzeżączkę pochwy u dzieci.

PRZEDBORSKI zapytuje, w jaki sposób *hymen* może, jak to przytaczał S., zasłaniać otwór cewki i ochraniać ją od zarażenia, skoro leży on pod otworem cewki.

PAŃSKI zwraca uwagę, że *chorea*, którą S. zaliczył do powikłań pod № 3, nie jest chorobą ogniskową, zatem nie może powstać od przerzutów,

STERLING odpowiada KAUFMANOWI, że mówił o względnej rzadkości trypra u ssawców w porównaniu z temże cierpieniem u dzieci starszych; najliczniejsze zaś spostrzeżenia pojedynczych autorów nie mówią o względnej liczbie, bo ta się przez porównanie otrzymuje; że ważnem jest badanie bakteriologiczne, gdyż istnieją u dzieci sprawy nie tryprowe; u ssawców właśnie EPSTEIN opisał jeszcze w 1891 r. fizyologiczny wypływ z części rodnych. Fakt istnienia rzeżączki pochwy stwierdzono, badając jamę tejże przez małe lusterko, do otworu błony dziewiczej wstawione.

PRZEDBORSKIEMU: Przy badaniu sromu przez rozsunięcie jego brzegów wygładzają się istniejące w stanie normalnym fałdy, któremi EPSTEIN objaśnia swoje twierdzenie.

PAŃSKIEMU: Zaliczając *choream* do 3-ej kategorii powikłań, t. j. powstających drogą przerzutów, S. rozumiał pod tem związek tego cierpienia z rzeżączką stawów i wsierdzia, które to cierpienia drogą przerzutów powstają. Teoria *choreae postgonorrhoeicae* opiera się na analogii z teorią *choreae rheumaticae*, teoria, zdaje się być powszechnie znaną.

3) STANKIEWICZ miał odczyt: „O leczeniu przetok pęcherzowych za pomocą bezpośredniego zeszcycia pęcherza“.

4) LIKIERNIK demonstrował preparat nowotworu oka, wyciętego 56 letniej kobiecie. Dwa lata temu, u chorej pojawił się na powiece dolnej mały guzik, który wycięto. Wkrótce nowotwór zaczął rozwijać się powtórnie i zajął stopniowo większą część powiek, przeszedł na łącznicę i na gałkę oczną, z którą powieki się zrosły; na całej przestrzeni powstało owrzodzenie, na dnie którego gałki wcale widać nie było, wyczuwaną ją jednak dotykiem. Od roku już chora nie widzi. Wobec rakowatej natury nowotworu i rozprzestrzenia się jego—potrzeba było usunąć całe powieki i całą zawartość oczodołu (*exentratio orbitae*) wraz z okostną.

Posiedzenie z d. 2 marca 1891.

1) STANKIEWICZ przedstawił dwie chore, u których wykonał operację ALEKSANDER'a wskutek *retroflexio uteri mobilis*. Pierwsza, mająca lat 31, u której operacja wykonana została 10 XI. 1896 podług modyfikacji KOCHER-KÜSTNER'a, odbyła 4 tygodnie temu poród normalny. Druga, mająca lat 27, operowaną była 4 miesiące temu przez pochwę [modyfikacja BODE-WERTHEIM'a]. U obu chorych macica pozostaje w przodopochyleniu.

2) PAŃSKI. „Przypadek dyzartrii u 4 letniego chłopca przypuszczalnie na tle rozwijającego się porażenia postępowego opuszki (*paral. bulb. progr.*)“. Chłopczyk, 6 te dziecko zdrowych rodziców; nigdy nie chorował, rodzeństwo zdrowe. Gdy miał rok, mówił i chodzić zaczął; dobrze zbudowany, odżywiany, rozumny. Do lat 3 mówił zupełnie płynnie. Przed rokiem utrudnienie wymowy, które stopniowo się zwiększało, obecnie chłopczyk nie posługuje się mową zupełnie i porozumiewa się gestami. Mowę rozumie, zlecenia spełnia. W powtarzanych za mówiącym [lekarzem] przez chłopca słowach zauważył można szczytki wyrazów, w których stale brak spółgłosek wargowych i językowych [geld=ge; mama=aa; tata=aa; zegarek=skek] Chory nie potrafi całować i z trudnością gasi świecę.

Żuje, łyka, oddecha dobrze. Język wysuwa i unosi w strony, przyczem widoczne jest drżenie włókienkowe. Łuki podniebienne, podniebienie, języczek w porządku. Słuch zachowany; wzrok, węch i smak również. Chód prawidłowy. Siła mięśniowa kończyn zadawalająca; zaniku mięśni brak. Żrennice równe, oddziałują na światło i akomodację. [Badania dna oka i krtańni wzziernikiem jeszcze nie dokonano]. Odruchy ścięgniste normalne. Mięśnie warg oddziałują dobrze na prąd elektryczny. Mięśni języka nie udało mi się drażnić prądem.

Opisane zaburzenie mowy powoli powstałe i z czasem się zwiększające u czteroletniego dziecka, które w przeciągu 2 lat mówiło zupełnie wyraźnie, które żadnego cierpienia wieku dziecięcego nie przechodziło; dalej—niemożność całowania oraz trudność przy gaszeniu świecy, wzbudza podejrzenie, iż objawy te zależnemi być mogą od obustronnego upośledzenia [zaniku i niedowładu] mięśni warg i języka pochodzenia ośrodkowego. Symetrycznie postępujące porażenie ruchowych nerwów mózgowych jest znamienne dla porażenia opuszki postępowego (*paral. bulb. progress.*).

Rozpoznanie musi być uczynione z zastrzeżeniem ze względu: popierwsze na to, że cierpienie to występuje zazwyczaj po 50 r. życia, w młodszym wieku znane są tylko nieliczne przypadki, w wieku zaś dziecięcym ani jeden z kilku zaledwie opisanych przypadków nie został stwierdzony badaniem pośmiertnem; powtórne, że przy tak dalece posuniętym zaburzeniu mowy—brak zupełnie zaburzeń łykania, żucia, oddechania i fonacji, czyli brak porażenia innych ruchowych nerwów mózgowych, których jądra również zlokalizowane są w opuszcze.

3) MAYBAUM przeczytał 1-szą część odczytu p. t.: „O wzajemnej zależności pomiędzy zaburzeniami żołądka i cierpieniami innych narządów“, a mianowicie: „O wpływie chorób żołądka na inne narządy“, w szczególności: na odżywianie, na serce, na krew, na skórę i na układ nerwowy.

W dyskusji nad tym odczytem STERLING zwraca uwagę między innymi, że, co się tyczy wpływu robaków na wywołanie drgawek, to mogą one powstać nie tylko odruchowo, ale i wskutek otrucia produktami rozkładu glist; Francuzi opisują nawet formę tyfoidalną, wywołaną przez to otrucie.

SONENBERG zaznacza, że *erythema nodosum* i *multiforme* występują sezonowo, i zgodnie z tem przyjętem jest, że są pochodzenia zakaźnego, nie zaś wprost skutkiem zaburzeń żołądka. Jod działa na skórę nie przez żołądek, tylko przez krew, zatem po nasyceniu takowej w wykwitach skórnych znajdujemy też jod.

MAYBAUM odpowiada SONENBERGOWI, że poglądy w kwestyach, przez niego poruszonych, są podzielone.

4) COHN M. demonstrował niezwykle co do natury guz jajnika—*myoma*—wielkości główki dziecka, wycięty kobiecie 23-letniej, która 3 razy rodziła i uważała się za chorą dopiero od roku.

5) JASIŃSKI K. przedstawia preparat: *Pyosalpinx et pyovarium duplex*, pochodzący od Klementyny Z., lat 35, operowanej 9. VI. 1897. Chora rodziła 5 razy, ostatni raz przed 3 laty. Od tego czasu miesiączka powtarzała się co 6 tyg., trwała zwykle około 2 tyg. i była połączona z silnymi bólami krzyża. Od lutego r. z. chora zaczęła doznawać silnych boleści w dole brzucha; gorączkowała często po kilka dni i miewała dreszcze. Od maja podlegała gwałtownym bólem głowy, doprowadzającym ją, jak mówiła, do szaleństwa; straciła łaknienie i stała się niezdolną do pracy. Badanie wykazało: 1) wypływ śluzo-ropny z szyi macicznej; 2) owrzodzenie warg macicznych; 3) macicę powiększoną, twardą, przodozgiętą i ku przodowi przesuniętą; 4) w dole DOUGLAS'a podłużny guz, grubości dwóch palców, łączący się z kulistym guzem, wielkości kurzego jaja, leżącym na prawo od macicy; 5) na lewo od macicy podłużny guz przechodzący bezpośrednio w kulisty, również wielkości kurzego jaja. Guzy wymienione były zrosnięte z otoczeniem i przy nacisku dawały uczucie chęłbotania. Guzy usunięto przez tylne sklepienie pochwy; rana w pochwie została zaszyta z pozostawieniem otworu dla sączka. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Po tygodniu usunięto sączek, po 2-ch rana zablizniła się. Operowana czuje się do dziś dnia zupełnie dobrze.

Bóle głowy i brzucha znikły bez śladu.

6) LIKIERNIK przedstawił „Sacharometr EICHORN'a“.

7) KRUSCHE przedstawił cystę wielkości wiśni, znalezionej w worku przeponowym i usuniętą przy doszczętnej operacji *herniae inguinalis*.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

— * — * —

18. Kolaninum Kolanina. Znane są wszystkim sławne orzechy, czyli nasiona *Kola*, pochodzące od rośliny *Sterculia acuminata*, rosnącej w Afryce. D-r DORNBLUETH (*Therapeutische Wochenschr.* 1897. 31) podaje nam kilka ciekawych szczegółów, tyczących się składników owych nasion *Kola*.

Sądzone powszechnie, że głównym składnikiem *Koli* jest kofeina (*caffeinum*), nowsze jednak poszukiwania [KNEBEL] wykazały, że niezmiennione ziarno *Kola* nie zawiera alkaloidów, ale — glukozyd kolaninę. Podczas suszenia nasion *Koli* wytwarza się ferment, a pod jego wpływem rozpada się

kolanina na kofeinę i na glukozę. Świeże ziarna *Koli* dlatego mają tak ważne znaczenie, bo nie zmieniona w nich jeszcze kolanina rozpada się w przewodzie pokarmowym, pod wpływem śliny i soku żołądkowego, na glukozę i kofeinę; ta ostatnia właśnie, działając *in statu nascendi*, działa o wiele energiczniej aniżeli zwyczajna kofeina.

Według DORNBLUETH'a, najodpowiedniejsze do użycia są pastylki kolaninowe (*tabulettae kolanini*); po zażyciu pastylki, zawierającej 0,2 kolaniny, uczucie znużenia szybko znika. Taka sama dawka [0,1—0,2] kofeiny nie wywiera tak efektownego działania.

Kolanina wskazana jest: 1) w stanach ogólnego wyczerpania u neurasteników, a szczególnie przy neurastenicznym osłabieniu serca z omdlewaniami; w tych razach najczęściej w 1 godzinę lub 1½ godziny po pierwszej dawce [0,20 kolaniny] trzeba podać drugą taką samą.

2) Przy osłabieniu serca wskutek zapalenia mięśnia (*myocarditis*) i zapalenia nerek (*nephritis*). W tych razach dla otrzymania pomyślnego skutku trzeba czasami co ½ godziny podawać 0,2 kolaniny.

3) Przeciw migrenie (*hemicrania vasoparalytica*), oraz przeciw bólom głowy, zależnym od silnych wzruszeń, od nadmiernej pracy umysłowej, albo wreszcie od nadużycia napojów wyskokowych okazywała się kolanina również bardzo skuteczną.

4) Wreszcie wielce pożyteczną jest kolanina przy z wyc z a j n e m z n u ż e n i u.

Wiktor Grostern.

19. *Natrium nucleicum*. Nukleinian sodu. Pierwszy HORBACZEWSKI wykazał, że nukleina posiada w wysokim stopniu własności pyrogenetyczne, oraz że pod wpływem nukleiny następuje w ustroju bardzo znaczne zwiększenie liczby leukocytów.

Oprócz tego przekonano się, że krew, otrzymana od zwierzęcia, będącego w okresie hyperleukocytozy—powstałej wskutek nukleiny—i odwłókniona, ma własności bakteryobójcze daleko silniejsze, aniżeli normalna krew tegoż zwierzęcia. Z tego wprost wynika wniosek, że przy niektórych chorobach zakaźnych można za pomocą nukleiny bardzo energicznie wpłynąć na odpowiednie mikroby, to też niektórzy lekarze, korzystając z tych faktów, zaczęli stosować nukleinę w chorobach zakaźnych.

Większość lekarzy używa w tym celu nukleiny, otrzymywanej z drożdży (*nucleinum e faece*); HORBACZEWSKI zaś i GERMAIN SÉE stosowali po raz pierwszy nukleinę, otrzymaną z miazgi śledzionowej (*e pulpa lienis*).

HORBACZEWSKI podawał wewnątrznie wzmiankowany środek leczniczy z dobrym skutkiem chorym z przewlekłymi, żyłakowatymi owrzodzeniami goleni (*ulcera varicosa cruris chronica*), a u chorych na wilka (*lupus*) wywoływał za pomocą nukleiny taki sam odczyn, jak po wstrzykiwaniach tuberkuliny.

GERMAIN SÉE podawał nukleinę w przypadkach bardzo ciężkiego zapalenia płuc i otrzymywał 4—5 dnia wyraźną poprawę, a w pięciu przypadkach skrytej gruźlicy (*tuberculosis larvata*) nukleina wywoływała stan gorączkowy i obfite rżenia wilgotne w ograniczonych miejscach płuc, tak, iż w ten sposób ukryte ogniska gruźlicze na jaw wyszły.

D-r HOFBAUER (*Therap. Wochenschr.* 1897. 22) stosował nukleinę w siedmiu przypadkach septycznego zakażenia połogowego (*febris puerperalis septica*); w pięciu przypadkach zejście było pomyślne; w dwóch zaś, w których z góry z wszelką pewnością postawiono rokowanie fatalne, nukleina wywoływała przynajmniej przemijającą poprawę. Wszystkie pacjentki HOFBAUER'a podczas leczenia nukleiną okazywały niezwykle wielką wrażliwość kości, zupełnie jak przy białaczce (*leukaemia*). Ta nadmierna czułość kości, według HOFBAUER'a,

zależy od zwiększonej leukocytozy w szpiku kostnym, powstałej wskutek działania nukleiny.

Według MONREK'a (*Therap. Wochenschr.* 1897. 22), roztwór nukleiny do wstrzykiwań podskórnych należy przygotować w sposób następujący: 0,5 grm. nukleiny HORBACZEWSKIEGO rozciera się z wodą aż do rozpuszczenia, następnie dodaje się 0,5 grm. kwasu karbolowego i dolewa się wody destylowanej aż do 100 centymetrów sześciennych; wszystko to trzeba przefiltrować. Jeden centymetr sześcienny tego roztworu zawiera 0,005 grm. nukleiny. Z takiego to roztworu trzeba z początku wstrzykiwać pod skórę pół centymetra sześciennego, a potem jeden cały centymetr sześcienny na dobę. Najwyższa dawka pojedyncza wynosiła 60 miligramów, t. j. 12 centymetrów sześciennych wzmiankowanego roztworu.

Wstrzykuje się w okolicy międzyłopatkowej przy zachowaniu wszelkich przepisów antyseptyki. Wstrzykiwania podskórne nukleiny nigdy nie wywołują miejscowego oddziaływania zapalnego.

Wewnętrznie podajemy nukleinę według następujących przepisów:

- 1) Rp. *Nucleini e faece* 5,0.
Divide in partes aequales № X.
D. S. Codziennie 4—6 proszków w oplatkach.
- 2) Rp. *Nucleini HORBACZEWSKI* 5,0
Sachari albi pulv. 10,0.
Mucilaginis gum. arab. q. s.
ut fiant lege artis tabulae № XX.
D. S. 5—10 pastylek codziennie.

Możnaby również stosować nukleinę w postaci lałatyw.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.

— ERNST, Ziarenka keratynowe. Autor nie zgadza się na zarzuty KROMAYER'a ¹⁾, jakoby zatytułowane formacje były sztucznym wytworem, osadem barwników. Na dowód słuszności swego poglądu przytacza to, że obok zabarwionych spostrzegł ziarenka bezbarwne, które posiadały zupełnie takie same własności fizyczne, jak i pierwsze. Nawet na zupełnie niebarwionych preparatach formacje omawiane są dla każdego oka dostępne. Metoda, którą się autor posługiwał w swych badaniach, nie zasługuje na miano jednostronnej, gdyż, oprócz GRAM'a użyty był sposób izolowania komórek rogowych, a także — przetrawiania ścinków za pomocą trypsyny. We wszystkich przypadkach otrzymano wyniki, przemawiające na korzyść istnienia swoistych ziarenek.

(Centrbl. f. Allgem. Pathol u. Pathologische Anatomie, Bd. IX. Nr. 14—15).

— KIENBOECK, Ruchy w oplucnej przy obecności ropy i powietrza, obserwowane na ekranie ROENTGEN'a. Stosując, w oznaczonym w tytule przypadku, prześwietlanie X promieniami, autor stwierdził zmiany w poziomie gęstości w jamie oplucnej, a mianowicie, podnoszenie przy wdechu i opadanie przy wydechu. Jednocześnie ze skurczem serca występowały ruchy faliste w cieczy, które można było również wywołać za pomocą silnych ruchów biernych całego ciała. Wszystkich tych objawów niepodobna było wykazać za pomocą zwykłych metod badania.

(Wiener medic. Wochenschrift. Nr. 22. 1898).

Z. M.

— FERRAN, Zatrucie galopujące bez zarażenia, spowodowane przez czysty jad wściekliczny. Autor przygotował 2 zawiesiny: jedną z całej istoty mózgu królika, który padł z powodu wściekliczny, i 80 ctm. sz. wody wyjalowionej, i drugą — taką samą,

¹⁾ Patrz Gazeta Lekarska. Nr. 32, str. 847.

z tą różnicą, że królikowi zaraz po śmierci wstrzyknięto do *art. carot.* 3 litry wody wyjałowionej. Działanie obu zawiesin wypróbowano na tego samego rodzaju zwierzętach, wstrzykując im 5—10 ctm. sz. pod skórę. Okazało się, że pierwsza zawiesina zabijała króliki po 10—11 dniach, a druga—już po 3—4. Ponieważ tkanka nerwowa zwierząt, zabitych tą ostatnią zawiesiną, nie była w stanie wywołać nowego zarażenia, należy przypuszczać, że śmierć nastąpiła przez zatrucie bez zarażenia. Różnicę w działaniu obu zawiesin objaśnia autor w ten sposób, że pierwsza, obok toksyny, zawiera pewną ilość antytoksyny, która z drugiej usuniętą została przez uprzednie wypłukanie mózgu wstrzykiwaną wodą. Prócz tego, wspomina autor o ustanowionem przez DECLAUX prawie dla fermentów, według którego te ostatnie działają słabiej, jeżeli są zmieszane z produktami fermentacji.

Z. M.

(*Centralbl. für Bakteriologie. Parasitenkunde etc. Bd. XXIII. Nr. 22*).

Wiadomości bieżące.

— Do najprzyjemniejszych wizyt dla lekarza w Warszawie zaliczamy zwiedzenie szpitalika dla dzieci przy ulicy Aleksandrya. Za każdym razem, gdy tam jesteśmy, zauważymy wiele korzystnych zmian, tak w gospodarce wewnętrznej, jak i na zewnątrz szpitala. Do najważniejszych zmian, w ostatnich latach tam dokonanych, zaliczamy: przerobienie dawnej sali sesyjnej na salę imienia Najjaśniejszej Pani dla 10 chorych wewnętrznych; rozszerzenie oddziału chirurgicznego przez urządzenie sali dla chorych gardłanych i usznych [17 łóżek]; doprowadzenie do stanu wzorowego sali operacyjnej; urządzenie pracowni bakteriologicznej. Pomijamy tu takie zmiany, jak: ułożenie posadzki z terrakoty w korytarzach, łazienkach, klozetach, gabinecie opatrunkowym, salach operacyjnych; pomalowanie wszystkich ścian i sufitów olejno, zamianę łóżek, pieców, wentylatorów i t. p. Wszystkie te ulepszenia szpital dla dzieci zawdzięcza staraniom i zabiegliwości naczelnego lekarza kol. SIKORSKIEGO, który umie pobudzić ofiarność publiczną, dzięki której jedynie możliwym jest utrzymanie szpitala we wzorowym dzisiejszym stanie. W ostatnich czasach różne instytucje dobroczynne i naukowe warszawskie otrzymują stosunkowo dość często mniej lub więcej hojne zapisy. Dziwi nas, iż dotąd nie znalazł się dobroczyńca, któryby zapisem znaczącej sumy zapewnił szpitalowi dla dzieci spokojniejsze istnienie i uwolnił go od dotychczasowego życia z dnia na dzień.

— Wskutek znanego rozporządzenia policji pruskiej, uniemożliwiającego uczestnictwo lekarzy polskich, zamieszkałych poza granicami Niemiec, w Zjeździe poznańskim, lekarze i przyrodnicy galicyjscy wystosowali odezwę do austriackiego ministra spraw wewnętrznych, do ministra dla Galicyi oraz do Koła polskiego w wiedeńskiej Radzie Państwa, żądając zabezpieczenia na drodze właściwej praw, równych dla wszystkich poddanych Państwa austriackiego i równomierności w stosunkach poddanych obu państw sprzymierzonych.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski.* TRZEBICKI, Alfred Obaliński, KROKIEWICZ. W sprawie diazoreakcy EHRLICH'a w moczu. [Dok.]. KRZYSZKOWSKI, Torbielkowate zwyrodnienie nerek u noworodka. [Dok.]. — *Medycyna.* № 32. A. LEŚNIEWSKI, Alfred Obaliński [wspomnienie pośmiertne]. B. R. GEPNER [syn]. W sprawie ropnego zapalenia łącznicy noworodków (*Ble-norrhoea neonatorum*). K. SACIEWICZ, O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. [C. d.]. — *Krytyka Lekarska* № 8. Z. KRAMSZYK, Trudności klinicznego badania jaglicy. W. STERLING, Z fizjologii i patologii muzyki. [C. d.].