

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI I ODDZIAŁU DERMATOLOGICZNEGO D-RA MED. ELSEMBERGA.

I. POSZUKIWANIA NAD GRZYBKIEM PARCHA.

Napisał

Maksymilian Biro.

W roku 1877 GRAWITZ ¹⁾ wypowiedział zdanie, że *achorion*, *trichophyton tonsurans* i *microsporon furfur*, a nawet i *oidium albicans* są jednym i tym samym pasożytem; ale sam GRAWITZ już w roku 1886 ²⁾ wyrzekł się swego poglądu. Wkrótce jednak nie zadowolono się tem, że odrzucono przypisywane jednemu grzybkowi własności wywoływania kilku cierpień, lecz dla jednego parcha zaczęto wynajdywać kilka grzybków.

Po dziś dzień toczy się spór o ilość grzybków, spotykanych przy parchu.

Wygląd makroskopowy hodowli, jako też drobnowidzowy pasożyta daje się sprowadzić do jednego typu. Hodowlę stanowi blaszka biaława, szarawa, otoczona zależnie od gruntu, częściowo lub też całkowicie meszkiem z niteczek rozmaitej długości, które na starych kulturach znikają, a sama hodowla staje się ciemną i pofałdowaną. Pod drobnowidzem widzimy splot nici o przegródkach, wysylających gałązki, odchodzące pod najrozmaitszym kątem od głównych nici i na końcach niektórych nici spostrzega się zgrubienia.

QUINCKE ³⁾ uznaje trzy grzybki parcha α , β i γ . Grzybki β i γ są prawie identyczne i w późniejszej pracy QUINCKE'go ⁴⁾ za dwie odmiany jednego grzybka uznane. Grzybek α ma mieć meszek bielszy, z cieńszych niteczek i wcześniej występujących, niż u β i γ . Kolonie grzybków β i γ rozrastają się przeważnie w głębi gleby, gdy hodowla α ukazuje się ponad jej powierzchnią. Gałązki grzybka α odchodzą od głównych pni pod bardziej ostrym kątem, niż u β i γ , końce nici są bardziej zaostrome, zgrubienia na końcach nici wrzecionowate, podzielone za

¹⁾ GRAWITZ. Beiträge zur systematischen Botanik der pflanzlichen Parasiten. VIRCHOW'S Archiv. Bd. LXX. p. 546.

²⁾ GRAWITZ. Ueber die Parasiten des Soors, des Favus und des Herpes tonsurans. VIRCHOW'S Archiv. 1886. CIII. 393.

³⁾ QUINCKE. Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmacologie. Bd. XXII. Hft. I i II. 1886. p. 62—76.

⁴⁾ QUINCKE. Doppeltinfection mit Favus vulgaris und Favus herpeticus. Monatshefte f. pract. Dermatologie. 1889. Bd. VIII. Nr. 2.

pomocą przegródek na 4—7 jamek, u β i γ kuliste bez przegródek. Pod względem drobnowidzowym grzybek α odpowiada grzybkowi parcha, odnajdywanemu przez v. BOER'a ⁵⁾ u myszy. Poglądy QUINCKE'go były poddawane w wątpliwość już w r. 1887 przez prof. PICK'a ⁶⁾. VERUJSKI ⁷⁾ mówi o jednym grzybku; z badania jego należy zaznaczyć, że w późniejszych generacjach nici powietrzne powiększają się ilościowo. D-r ELSENBERG ⁸⁾ opisuje dwie odmiany grzybka parcha. Hodowle odmiany II różnią się od I na agarze i kartoflu mniej obfitym i wcześniej znikającym meszkiem. Drobnowidzowo obie odpowiadają podanemu typowi; twory końcowe stale mają ten sam wygląd, co u β i γ QUINCKE'go. Ten sam obraz drobnowidzowy podają WILLIAM DUBREUILH i JEAN SABRAZÉS ⁹⁾.

Grzybek FABRE'go ¹⁰⁾ niczem nie różni się od γ QUINCKE'go, od grzybka D-ra ELSENBERGA, GRAWITZ'a, JADASSOHN'a ¹¹⁾ i MUNNICH'a ¹²⁾. KRÁL ¹³⁾ utrzymuje, że wykrył specjalny grzybek parcha i że żaden z dotychczas opisanych grzybków nie da się z jego pasożytem utożsamić. Cechować go mają nici powietrzne, odchodzące od obwodu kolonii, przeważnie wrastanie w głębi gleby, ukazywanie się na rzepie i kartoflu w postaci guziczków nagich, wyniosłych, szaro-żółtawych, specjalne zachowanie się w mleku i przekształcanie się po wyschnięciu w masę żółtawą, mazistą, kruchą, podobną do tarczki parcha. Zaznaczę, że nici powietrzne spostrzegane były również przez QUINCKE'go i ELSENBERGA, że grzybek γ QUINCKE'go również się rozrasta przeważnie w głębi gruntu, że wygląd hodowli KRÁL'a na kartoflu nie różni się od II odmiany ELSENBERGA, że hodowle D-ra ELSENBERGA, w miarę zsychnania, również stają się kruchemi; zachowanie się w mleku nie może być uważane za cechę różniczkową wobec braku odpowiednich doświadczeń ze strony poprzednich badaczy. Grzybek PLAUT'a ¹⁴⁾ odpowiada grzybkowi γ QUINCKE'go.

FRANK ¹⁵⁾ odróżnia 3 grzybki. Różnią się one szybkością rozwoju na żelatynie i nieco wyglądem. Grzybek I rośnie z nich na żelatynie najprędzej, II najwolniej. Dno kolonii grzybka I jest ciemno-szare z odcieniem żółtawym,

⁵⁾ v. BOER. Zur Biologie des Favus. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1887. p. 429 i nast.

⁶⁾ PICK. Ueber Favus. Prager med. Wochenschrift. 1887.

⁷⁾ Recherches sur la morphologie et la biologie du Tricophyton tonsurans et de l'Achorion Schoenleinii. Annales de l'Institut Pasteur. 1887. Nr. 8. p. 369—391.

⁸⁾ Ueber den Favuspilz. Archiv. f. Dermat. und Syphilis. 1889, oraz grzybek parcha. Gazeta Lekarska. 1889. Nr. 9 i 10.

⁹⁾ Du favus épidermique circiné. Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1892. p. 194.

¹⁰⁾ FABRY. Klinisches und aetiologisches über Favus. Arch. f. Derm. und. Syph. 1889. p. 461.

¹¹⁾ JADASSOHN. Demonstration von Favusculturen. Vortrag, gehalten am I Congresse d. Deutsch. Dermat. Gesellsch. zu Prag. 1889. Verhandl. d. Deutsch. Derm. Ges. 1889. p. 87.

¹²⁾ MUNNICH. Beitrag zur Kenntniss des Favuspilzes. Archiv. f. Hygiene. 1888. VIII. p. 246.

¹³⁾ KRÁL. Untersuchungen über Favus. Mykologischer Theil. Ergänzungshefte z. Archiv. f. Dermatologie und Syphilis. 1891. p. 79.

¹⁴⁾ PLAUT. Beitrag zur Favusfrage. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. 1892. Bd. XI. Nr. 12.

¹⁵⁾ FRANK. Monatshft. f. pract. Dermatologie. XII. 1891. Nr. 6. p. 264.

grzybka II żółte, niekiedy brunatne. Hodowla grzybka III ma dno jaśniejsze, niż II, a górną powierzchnię pokrytą szaro-białawym mieszkciem. Nici powietrzne. I są grubsze od nici obu pozostałych, gałązki odchodzą od pni pod kątem bardziej ostrym. MIBELLI ¹⁶⁾, VIDAL i QUINQUAUD ¹⁷⁾ znajdują stale jeden grzybek w wykwitach parcha.

UNNA ¹⁸⁾ opisuje 3 grzybki. Opiera się on na objawach klinicznych, powstających po zaszczepieniu grzybków, na czasie, po jakim ukazywało się zapalenie, na natężeniu odczynu zapalnego, na zabarwieniu tarczki, jej kształcie, konsystencji i spójni, jaka między nią a gruntem zachodzi.

Po zaszczepieniu grzybka I (*achorion euthytrix*) odczyn zapalny występuje względnie wcześniej, niż po innych, zapalenie jest bardziej natężonym, bolesność większa, tarczki mniej okrągłe [czasami półksiężycowe], bez zagłębienia pośrodku, bardziej chropawe, barwę mają szaro-żółtawą; tarczki grzybka II (*achorion dikroon*) są gładkie, żółtawo-białe, grzybka III gładkie, szafranowe, siarkowo-żółte; tarczki grzybka I były w porównaniu z tarczki II miększe i dawały się łatwiej wyluszczyć. Odpowiednio do owych różnic klinicznych UNNA uznaje trzy postacie chorobowe: *favus griseus*, *favus sulfureus tardus* i *favus sulfureus celerior*. Dane te otrzymane zostały przeważnie na myszach, karmionych hodowlami parcha. U ludzi zdołał UNNA zaszczepić jedynie grzybek I i III.

Doświadczenia ze szczepieniem grzybka parcha rzadko się udawały. QUINCKE otrzymał wyniki dodatnie tylko z grzybkiem α na człowieku, psach i myszach. D-wi EISENBERGOWI wszystkie próby szczepienia jego hodowli na ludziach, myszach i królikach dały wyniki ujemne. FABRY i PICK ¹⁹⁾ chcieli drogą szczepienia określić stosunek do parcha wykwitów wypryskowych, często ukazujących się wspólnie z tarczki. Otrzymali oni wykwity wypryskowe, a po pewnym czasie ujrzeli wśród nich klasyczne tarczki; wyprowadzili stąd wniosek, że wykwity wypryskowe stanowią okres parcha przygotowawczy (*herpetisches Vorstudium*) i odrzucili pogląd QUINCKE'go o istnieniu dwóch postaci parcha *favus herpeticus* i *favus vulgaris*. Jeszcze wcześniej od nich do tegoż, co oni, poglądu doszedł D-r EISENBERG, otrzymując te same hodowle bez względu na to, czy tarczki towarzyszyły wykwity wypryskowe, czy też owych wykwitów nie spostrzegał. MIBELLI szczepił hodowle parcha 5 osobom; u jednej ukazały się wykwity wypryskowe, u reszty żadnych wyników nie uzyskano. Szczepienia takie dokonane przez FRANK'a, jakoteż PLAUT'a dały obraz wyprysku. Dotychczas tedy panuje w kwestyi tej pogląd KOEBNER'a ²⁰⁾.

¹⁶⁾ MIBELLI. Sul fungo del Favo. La Riforma med. 1891. Nr. 69. p. 817.

¹⁷⁾ Du favus épidermique circiné. Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1892. p. 194.

¹⁸⁾ Drei Favusarten. Vortrag, gehalten in der dermatolog. Section der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Halle am 24. VIII. 1891. Monatshefte f. pract. Dermatologie. 1892. Bd. XIV. Nr. 1.

¹⁹⁾ Ergänzungshefte zum Archiv. f. Dermatologie und Syphilis. Untersuchungen über Favus Klinischer und experim. Theil.

²⁰⁾ Klinische und experimentelle Mittheilungen. 1864.

W kilku słowach pozwolę sobie jeszcze określić istniejące dotychczas dane w kwestyi barwienia grzybka parcha i w sprawie jego rozwoju.

QUINCKE barwił kolonie, po stwardzeniu ich wraz z gruntem w alkoholu, za pomocą *kali jodatum*; nici barwiły się wówczas żółto, a zarodniki czerwono-brunatno. Używał on też karminu, błękitu metylowego i metylfioletu; zawsze barwiły się zarodniki mocniej, niż nici.

FABRY proponuje metodę WEIGERT'a²¹⁾. Nici występują wtedy wyraźnie, stają się mocno niebieskimi; zarodniki barwią się słabiej.

Piękne dane w kwestyi rozwoju grzybka udzielił nam D-r ELSEMBERG. Obserwował on ukazywanie się przegródek w niciach, zbadał, o jakim czasie ma to miejsce, wskazał na powstawanie w niciach kropel tłuszczu i ziarenek protei-nowych, określił sposób pączkowania nici i wytwarzania się tworów końcowych. Rozwój grzybka, począwszy od zarodnika, opisał bardzo dokładnie KRÁL. Badacz ten wyjaśnił powstawanie nici z zarodnika, śledził za ukazywaniem się gałązek, wychodzących z nici, za losem wreszcie zgrubień kolbowatych. Spostrzegał on w nich ciała żółte i wykazał uwalnianie się ich z owych tworów końcowych. Natury tych ciałek żółtych KRÁL nie podjął się objaśnić; zaznacza tylko, że nie może ich uznawać za twory patologiczne.

FRANK wygłasza zdanie, że ze zgrubień jego grzybka I występują jasno-żółte, cylindryczne zarodniki, z tworów odnośnych grzybka II uwalnia się jakaś ziarnista masa, a z kolb grzybka III wychodzą zarodniki, z barwy i kształtu odpowiadające odpowiednim produktom grzybka I.

Oryginalny pogląd na ciała żółte podaje PLAUT. Odróżnia on dwa rodzaje ciałek żółtych: ciałka bez błony otaczającej i ciała w błonę zaopatrzone. Ciała, mające błonę, są zawsze w związku z nicią grzybni. Oba rodzaje ciałek powstają w sposób jednaki. Ukazują one się na skutek nagromadzenia się protoplazmy w pewnym miejscu nici. Ścianki w danym miejscu ustępują wzmożonemu ciśnieniu. Tam, gdzie ścianki są cienkie, powstaje wypuklenie. Ma to miejsce przeważnie na końcach nici, jako częściach najświeższych. Zgrubienia w ten sposób powstające są ciałkami żółtymi, otoczonymi błoną. Gdy błona pęka, protoplazma się z nici uwalnia. Mamy wtedy ciała żółte bez błon. Nazajutrz po ukazaniu się żółtych ciałek w niciach spostrzegamy przegródki: jest to początek powstawania zarodników. Po pewnym czasie nici przetwarzają się w łańcuszki. Gdy zarodniki się już zupełnie rozwinęły, nie znajdujemy ani śladu jakiegokolwiek rodzaju żółtych ciałek. Spostrzegamy natomiast liczne ciała okrągłe z podwójnie zarysowaną otoczką, większe od zarodników, z resztkami zawartości protoplazmatycznej: są to pozostałości żółtych ciałek, zaopatrzonych w otoczkę. Gdy nie rozpadać się zaczęła na zarodniki, pooddziaływały się one od nici.

Niema pewnych danych, na zasadzie których moglibyśmy ciałkom tym przypisywać zdolność kiełkowania.

²¹⁾ Ueber eine neue Methode zur Färbung von Fibrin und Mikroorganismen. V. Jahrgang. d. Fortschritte d. Med. 1887. p. 228.

W istniejącej literaturze o parchu napotykanym, jakim się przekonaliśmy, rozmaite sprzeczności.

Jedni uznają grzybek za czynnik etyologiczny parcha, jakkolwiek ich doświadczenia ze szczepieniami nie rozstrzygają kwestyi tej należycie [QUINCKE i PLAUT]; inni nie mogą wcale wypowiedzieć o tem zdania ze względu na ujemne rezultaty swych szczepień [D-r EISENBERG]. Jedni [QUINCKE] uważają za przyczynę parcha człowieka, grzybek, napotykanym u myszy [v. BOER]; inni odrzucają istnienie takiego grzybka u człowieka [KRAL, FABRY, D-r EISENBERG]. Dla jednych wypryskowe wykwity przy parchu są oddzielną postacią chorobową [QUINCKE]; dla innych okresem parcha przygotowawczym [PICK, FABRY, D-r EISENBERG, DUBREUILH i SABRAZES]. Według jednych nowa generacja grzybka, napotykanego przy parchu, rozwija się z masy zawartej w zgrubieniach kolbowatych, jakimi są zaopatrzone niektóre nici pasożyta [KRAL]; według innych są to twory poronne [D-r EISENBERG, PLAUT].

Ciemną jest również kwestya ilości grzybków, spostrzeganych przy parchu. QUINCKE uznaje ich trzy, następnie ogranicza je do dwóch, KRÁL mówi o swoim specjalnym grzybku, D-r EISENBERG o dwu odmianach jednego grzybka, PLAUT, VIDAL, DUBREUILH, MIBELLI, QUINQUAUD o jednym, FRANK, UNNA o trzech, a w liście prywatnym donosi mi, że ma jeszcze 5 czy 6 nowych grzybków.

Chciałem tedy wyjaśnić sobie powyższe sprzeczności. Pracując w laboratorium D-ra EISENBERGA, chciałem przedewszystkiem dołożyć wszelkich starań dla oświetlenia, czy wyhodowany przez niego z tarczki parcha pasożyt jest w samej rzeczy czynnikiem etyologicznym cierpienia, następnie zaś, o ile będę w stanie, określić stosunek wypryskowych wykwitów, spostrzeganych przy parchu, do obchodzącego nas cierpienia, zbadać rozwój pasożyta z zarodnika, rozwój kliniczny cierpienia, a po części i kwestyę ilości napotykanych przy parchu grzybków.

Przygotowałem tedy hodowle z taczki mnóstwa chorych, jakich na oddziale D-ra EISENBERGA nigdy nie brak, w bulionie, na kartoflu, na żelatynie, na agarze i jak tego wymagały wyniki badań, na agarze przy rozmaitych warunkach ubocznych, badałem grzybek pod drobnowidzem, zająłem się kwestyą jego barwienia, sprawą rozwoju pasożyta, czyli jego embryologią, rozwojem klinicznym cierpienia, dokonałem szczepień odnośnych, a gdy te dały mi wyniki dodatnie, przeszczepiając z taczki sztucznych na grunta odżywcze.

Po otrzymaniu, łaskawie mi przesłanych przez D-rę UNNĘ, grzybków, powtórzyłem z nimi badania nad zachowaniem się na gruntach sztucznych, nad drobnowidzowym ich wyglądem i dokonałem szczepień ponownych. Tarczki, wywołane drogą doświadczalną na mnie, jako też na chorych, hodowla z chorych, przybyłych na oddział, jak i z taczki sztucznie otrzymanych, oraz preparaty drobnowidzowe grzybka, barwione i niebarwione, demonstrowałem w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu dnia 1 marca 1892 r. ²²⁾.

²²⁾ Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1892. Zeszyt I. Protokoły posiedzeń. Str. 206.

H o d o w l e.

I. Na bulionie. Części tarczki z jej głębi, zdjęte z chorego, przepłukane zostały w bulionie i przeniesione na agar. Probówki z bulionem pozostawiono w termostacie przy ciepłocie 37° C.. Na drugi dzień już ukazywały się twory pływające w bulionie, osadzające się na dnie i utrzymujące się na powierzchni. Twory te składają się z białych i cienkich nitek, rozchodzących się w najrozmaitszych kierunkach od środkowego punktu. Codziennie kolonie te się powiększały drogą wydłużania nici.

Po trzech dniach twory te mają około 0,5 ctm. średnicy, a na powierzchni znajdujemy skorupkę śnieżnobiałą o bardzo króciutkich, ledwie widzialnych nitkach, zajmującą dnia 10-go już całą powierzchnię bulionu. Dolna powierzchnia takiej skorupki jest srebrzystą, błyszczącą po pewnym czasie siarkowo-żółtą. Po wyjęciu tworu, pływającego w bulionie, przekonywamy się, że środkowy kawałek, od którego rozchodzą się w kształcie promieni białe nici, ma taki sam srebrzysty połysk.

Przeszczepiłem część opisanej skorupki do świeżej probówki z bulionem, do innej przenieśliem odrobinę opisanego tworu z rozgałęzieniami i do trzeciej—kroplę bulionu z tej samej probówki, kroplę, w której gołem okiem żadnych tworów stałych nie spostrzegalem.

W każdej z owych trzech probówek po kilku dniach zauważyłem, że kolonie na powierzchni bulionu miały wygląd wspomnianych skorupek; pływające w bulionie, nie zajmujące jednak warstw najgłębszych gruntu, miały kształt jakiejś olbrzymiej korzenionózki z długimi, we wszystkie strony wysyłanemi niby-nózkami. Tym razem w jednej z probówek rozwinęła się kolonia prawie na jej dnie: była ona podobną do owych niby-korzenionózek, z niby-nózkami krótkimi na powierzchni dolnej i bocznych i nadzwyczaj długimi na powierzchni górnej.

II. Na kartoflu. Na trzeci dzień po zaszczepieniu na kartoflu, trzymanym w ciepłocie 37° C., widzimy śnieżnobiałe wyniosłości, okrągłe, owalne lub innego kształtu, wystające ponad powierzchnię.

Dnia 4-ego ukazuje się na nim meszek z cieniotkich, nadzwyczaj krótkich niteczek białych.

Dnia 6-ego kolonia różni się rozmiarami i wyglądem: jest ona prawie dwa razy większą, niż dnia 3-ego, powierzchnia jej przestaje być gładką, a staje się pofałdowaną i to w sposób nieregularny. Dolna powierzchnia kolonii po 2-tych tygodniach ma barwę żółto-siarkową. Z czasem kartofel, a wraz z nim i kolonia wysycha; hodowla traci wówczas meszek, barwa jej staje się wciąż ciemniejszą, a w końcu brunatno-szarawą.

III. Na żelatynie, przy ciepłocie pokojowej. Do trzech probówek z żelatyną przenieśliem cząsteczki tarczki z chorego dotkniętego parchem.

Do tyłuż--kolonie z bulionu, zaopatrzone w długie nici powietrzne; do dwóch cząsteczek kolonii z kartofla, nie posiadających przynajmniej makroskopowo żadnych nici. We wszystkich probówkach ukazują się jakieś twory żółtawe, podobne do ciasta; rozrost odbywa się przeważnie w częściach spodnich; nitek na

powierzchni hodowli prawie nie można dostrzedz. Po 3—4 tygodniach zaczyna się powoli rozpuszczać przylegająca do kolonii warstwa żelatyny. Wytwarza się zagłębienie z zawartością płynną, żółtawą, w którą się kolonia zanurza coraz głębiej, w miarę rozpuszczania się gruntu. Po kilku tygodniach, zależnie od ilości gruntu w próbówce i wielkości kolonii, cała żelatyna rozpuszczoną zostaje, a kolonia opada na dno próbówki. Płynna zawartość jej wciąż ciemnieje i nabiera barwy brunatno-czerwonawej. W całej seryi próbek zawsze spostrzegłem to samo. W niektórych widziałem nadto na samym dnie próbek małe twory z niteczkami, ku górze i bokom się rozchodzącymi, a na ściankach powyżej gruntu rodzaj gwiazdeczek białawych.

IV. Na agarze. Prób na gruncie agarowym dokonywałem dziesiątki razy, używając agaru 2% bez domieszek i agaru w tym samym stosunku, lecz z dodatkiem cukru gronowego; próbówki trzymałem przy ciepłocie 33° C., 35° C. i 37° C. w termostacie, próbek z innymi pasożytami nie zawierającymi, ani też żadnych tkanek w płynach odpowiednich. Najbujniej rozrastały się kolonie przy ciepłocie 35° C.—37° C..

1) Hodowle na agarze 2%. Cząsteczki tarczek, bądź to kultur z kartofla, bądź też żelatyny, bulionu zawsze dawały obraz identyczny. Nazajutrz po przeszczepieniu przeniesiona cząstka już bieląca, zwłaszcza na obwodzie. Trzeciego dnia otaczała już nieco rozrosłą kolonię w kształcie półcienia, korona cienkich niteczek rozmaitej długości, powstałych na powierzchni agaru lub tuż pod nią w samej glebie i przez nią słabo przeświecających. Nazajutrz korona stawała się wyraźniejszą. Po pewnym czasie powstawała nad opisaną koroną druga, a pierwsza wciąż się rozrastała. Z czasem powstawał cały szereg kół koncentrycznych, wytwarzanych przez układające się jedną nad drugą korony o rozmaitej długości niciach.

Gdy agar zaczął wysychać, powstawały na miejscu kół koncentrycznych także brózdy. Mieliśmy wówczas dokoła okrągławego przeszczepionego, znacznie rozrosłego białawo-szarego kawałka szarawe fałdy koncentryczne. W dalszym ciągu ukazywały się brózdy promieniste.

Taki typ przeważał. Bywały jednak hodowle, otrzymane drogą przeszczepienia z opisanych kultur, nieco się od prototypu różniące. Na niektórych przeważały brózdy koncentryczne, na innych promieniste; spostrzegłem hodowle wyłącznie z brózdami promienistymi i kultury bez wszelkich brózd, a w postaci białego meshka gładziutko pokrywającego glebę dokoła przeszczepionej cząstki.

2) Hodowle na agarze 2% z domieszką cukru gronowego. Ogólny wygląd nie różnił się od hodowli na agarze bez domieszek, nici jednak były o wiele rzadsze, lecz natomiast grubsze. Kolonia była usianą rodzajem koleców.

3) Hodowle na agarze w atmosferze olejku gwoździkowego. Hodowle te miały wygląd żółtawych półkulistych wyniosłości, ułożonych dokoła takiej samej wyniosłości, powstałej z przeniesionej cząstki. Różniły one się prócz tego od innych hodowli parcha znaczną twardością.

W jednej próbówce na agarze 2% bez domieszek spostrzegłem kolonię, dość znacznie się różniącą od innych hodowli na tym samym gruncie i przy jednej i tej samej ciepłocie się rozwijających.

Nici jej były znacznie krótsze i rzadsze, barwa szarawa, a nie śnieżno-biała. W miarę rozwoju ukazywały się takie same brózdki, jak na innych, zabarwienie jednak pozostawało wciąż szarawe. Nici wciąż były rzadkie, obficie nieco występowały tylko na obwodzie kolonii. Po bardzo krótkim czasie meszek zupełnie znika. Barwa dna żółto-pomarańczowa.

Wygląd ten dowodził, że wyhodowałem odmianę II grzybka D-ra ELSENBERGA. Za taką też D-r ELSENBERG ją uznał.

Zainteresowało mię to mocno i niezwłocznie po stwierdzeniu przez D-ra ELSENBERGA mego przypuszczenia przeszczepiłem cząsteczki z danej próbki do kilku innych.

Ku memu zdumieniu fakt ten się już nie powtórzył. We wszystkich próbkach kolonie odpowiadały odmianie I.

Wygląd drobnowidzowy grzybka.

Preparaty z obu odmian dały obraz identyczny. Grzybek ma wygląd splotu nici z rozgałęzieniami. Nici główne są grubsze od gałązek. Jedne i drugie mają przebieg jak najrozmaitszy, bądź to prostolinijny, bądź też falisty. Gałązki odchodzą od głównych nici pod różnymi kątami, bądź pod prostym, bądź ostrym i to różnej wielkości. Nici główne i gałązki składają się z oddzielnych członków czworobocznych. W wielu z nich spostrzegamy ziarenka proteinowe i kropelki tłuszczowe. Obok nich rozsiane są miejscami zarodniki. Nici i ich rozgałęzienia kończą się zazwyczaj widelkowato; końce nitek, jako też gałązek są nieco zwężone, jakkolwiek tępe, zaokrąglone, a niekiedy zaopatrzone w zgrubienia kolbiaste [8—15 ctm. w średnicy] o ścianie połyskującej i zawartości ziarnistej. Niektóre członki na przebiegu nici mają również wygląd zgrubień kolbowatych.

Barwienie.

Barwienie wszystkich pleśni pozostawia dotychczas jeszcze wiele do życzenia. Barwiłem kultury *in situ* podług metody UNNA²³⁾, jakoteż już po stwierdzeniu do szkiełek przedmiotowych. W pierwszym celu napełniałem próbki wodno-alkoholowym roztworem alkalicznego barwnika anilinowego i po pewnym czasie odbarwiałem słabym wyskokiem, poczem dolewałem do próbki roztworu potasu gryzącego. Przytwierdzone preparaty poddawałem działaniu potażu gryzącego 20%, następnie sublimatu, splukiwałem wodą, alkoholem i barwiłem błękitem metylowym, metylfioletem, karminem, metodą WEIGERT'a, używałem też podwójnego barwienia hematoksyliną i eozyną. Najdogodniejszym, o ile mi się zdaje, jest ostatni sposób. Preparaty podwójną metodą barwione najbardziej mię zadawały; demonstrowałem je też w Warszawskim Towa-

²³⁾ UNNA. Zur Untersuchung der Hyphomyeten. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. 1892. Tom. XI. Nr. 1.

rzystwie Lekarskiem. Muszę jednak wyznać, że pod działaniem wszystkich barwników tworzy się kureczą i że z tego powodu najlepiej badać grzybek parcha niebarwiony, a poddany działaniu potasu gryzącego lub wprost w kropli bulionu. Ostatni sposób jest najodpowiedniejszy. Grzybek przedstawia nam się wtedy w swej naturalnej postaci, gdy pod wpływem potasu mocno pęcznieje.

[D. n.]

II. PRZYPADEK SYFILISU KRTANI DZIEDZICZNEGO, PÓŹNO UJAWNIONEGO.

(*Lues hereditaria tarda laryngis*).

Podał

D-r Alfred Sokołowski.

— 1 —

Wogóle sprawy syfilityczne, umiejscowione li tylko w krtani występują stosunkowo bardzo rzadko, jak to dokładnie można się przekonać z licznych pod tym ostatnim względem ogłaszanych sprawozdań statystycznych LEWIN'a, MACKENZIE'go, SCHROETTER'a i innych, przeciętnie nie więcej, niż koło 3% z ogólnej liczby chorych gardlanych ma być dotkniętych sprawą syfilityczną krtani. Zdaje się, że u nas stosunek procentowy będzie chyba jeszcze mniejszy. I tak: z liczby 7311 chorych z cierpieniami gardzielo-krtaniowemi, szukających pomocy w mojem ambulatoryum szpitalnem w ciągu 8-u lat ostatnich, znajdowało się dotkniętych cierpieniami syfilitycznemi krtani osób 36, co stanowi około ½%. Naturalnie, procent ten w rzeczywistości okazałby się wyższym; syfilis krtani rozpoznawałem tylko w przypadkach nieulegających wątpliwości. W wielu zaś przypadkach, ze względu, że chorzy zjawiali się raz jeden tylko w ambulatoryum, rozpoznanie okazało się wątpliwem. Syfilis krtani, jako sprawa nabyta, jest cierpieniem stosunkowo bardzo rzadkiem, a jeszcze rzadszą bywa forma dziedziczna i to w okresie późnym, dlatego też sądzę, że nawet pojedynczy przypadek cierpienia, przez dłuższy czas spostrzegany i nieulegający wątpliwości, załuguje na bliższy opis.

W początkach września 1892 r. przybyła do mnie na poradę do ambulatoryum domowego 15-letnia panna N., z powodu upartej chrypki, około 6-iu tygodni trwającej. Pacjentka przedtem stale miała być zdrową; ani chrypkom, ani katarom nie podlegała wcale. Chrypka miała powstać przed 6-ciu tygodniami na wsi powoli, bez widocznej przyczyny i pomimo różnorodnych leków domowych, a nawet pomimo to, że przez kilka tygodni stosowano w ostatnich czasach leczenie miejscowe krtani, trwa dotąd uparcie. Zresztą chora czuła się, pominąwszy chrypkę, zupełnie dobrze; nie kaszłała wcale. Badanie krtani wykazało rozległe owrzodzenia wraz z naciekiem na przestrzeni całej prawej struny prawdziwej i fałszywej. Na swobodnym brzegu nagłośni widać również owrzodzenia niewielkie i jakby częściowo podgojone. Lewa połowa krtani, jako też tylna ściana nie przedstawiały zmian wyraźnych. W jamie nosogardzielowej zmian żadnych nie wykryłem; gruczoły szyjowe nie były powiększone. W płucach oddech pęcherzykowy prawidłowy. Chora nie kaszle i nie odpluwa

wcale. Stan ogólny przedstawiał się wcale dobrze. Tym sposobem zmiany rozległe i to natury wrzodzącej ograniczały się li tylko do krtani, w zupełności tłómacząc nam upartą chrypkę. Trudno jednakże stanowczo było orzec, z jaką istotnie sprawą mieliśmy do czynienia w danym przypadku. Z pierwszego wejścia zdawało się nie ulegać najmniejszej kwestyi, że sprawa ma charakter owrzodzeń natury gruźliczej [jak to i poprzednio leczący lekarz sądził], przy bliższem jednakże zastanowieniu się i zanalizowaniu wszystkich objawów nastroczyły mi się pewne wątpliwości. 1) Prawda, że owrzodzenia strun prawych miały wygląd owrzodzeń gruźliczych, toż samo i owrzodzenie nagłośni; dziwnie jednakże zdrowo wyglądała błona śluzowa lewej połowy krtani oraz tylnej ściany, co zazwyczaj bardzo rzadko miewa miejsce przy wiele tygodni trwających rozległych owrzodzeniach natury gruźliczej jednej połowy krtani, które nader szybko wywołują, jeśli już nie owrzodzenie, to nacieczenie i obrzęk odpowiedniej strony tylnej ściany krtani. 2) Gruźlicze owrzodzenia swobodnego brzegu nagłośni zazwyczaj w przebiegu wywołują ból przy łykaniu, a nawet przy mówieniu, w danym zaś przypadku chora w ciągu całego przebiegu bynajmniej o żadnych bólach nie wspominała. Powyższe wątpliwości, jakie nastroczyło mi badanie laryngoskopowe chorej, same przez się miały tylko bardzo względną wartość; wiemy bowiem dokładnie, na co sam również szczegółową zwróciłem uwagę w rozdziale o pseudokrtaniowej postaci suchot płucnych w odczycie moim „O skrytych postaciach suchot“, że istotne rozpoznanie owrzodzeń gruźliczych krtani z wszelką stanowczością zrobić można, li tylko uwzględniając wszelkie inne zmiany i dane anatomiczne, spotykane u danego osobnika.

Otóż, właśnie brak wszelkich danych ze strony płuc, brak kaszlu, płwociny, chudnienia, a wreszcie chociażby i względnie stosunkowo niezwyklej rzadkości suchot krtaniowych u dzieci, pozwalał mi w danym razie pozorny wygląd owrzodzeń gruźliczych postawić na plan drugi, a zadać sobie pytanie: czy w danym przypadku nie mam do czynienia ze sprawą syfilityczną krtani? Wszelkie pod tym względem pozostałe wątpliwości rozstrzygnął ojciec chorej, wyznawszy, że sam przed wielu laty przebywał ciężką postacią syfilisu z licznymi powrotami, u żony zaś jego, t. j. matki pacjentki również w lat kilka po ślubie wystąpiły objawy recydującej sprawy tej samej, co i jego, natury. U pacjentki po urodzeniu i w latach następnych, na co zwracano szczególną uwagę, nie było żadnych objawów syfilitycznych; zresztą pacjentka, oprócz cierpienia powiek, zdaje się zwykłej zapalnej natury, żadnym innym chorobom nie podlegała. Te niesłychanie ważne dane anamnestyczne skłoniły mnie w zupełności do rozpoznania u chorej owrzodzeń syfilitycznych, a jako leczenie zaleciłem natychmiast jod w dawce stopniowo zwiększonej, wdychania sublimatowe, oraz pędzlowania co dni kilka owrzodzeń krtani również słabymi roztworami sublimatu. Terapia powyższa nader szybko zaczęła sprowadzać pożądany rezultat. Owrzodzenia zaczęły się oczyszczać, a wreszcie powoli zablizniać. Głos chorej stawał się coraz bardziej wyraźnym, tak, że po upływie sześciu do ośmiu tygodni głos wrócił zupełnie do normy, owrzodzenia w krtani zablizniły się całkowicie. Stan ogólny chorej stale był dobry.

Jak wiadomo, wielu autorów do ostatnich niemal czasów odrzucało możli-

wość rozwoju syfilisu krtani w późniejszych okresach życia. Dopiero FOURNIER w swojej pracy pod tytułem „*La syphilis héréditaire tardive*“ 1886 r., rozbiegając szczegółowo różnorodne postacie późnych objawów syfilisu, również i przymiotowi krtani poświęca oddzielny rozdział [str. 407—418] i wykazuje, że objawy późnego syfilisu krtani nie należą znowu do objawów tak niezmiernie rzadkich, sam zaś spostrzegał ich około 10. Według tegoż autora, objawy krtaniowe tejże postaci syfilisu nie różnią się w swoich przejawach od zmian, spostrzeganych w krtani w przebiegu nabytego syfilisu. Objawy te występują głównie pod trzema postaciami. 1) Jako postać rozlanego nacieczenia błony śluzowej, która często przechodzi w formę sklerotyczną, wytwarzając zwyrodnienie włókniste. 2) Pod postacią rozpadających się ograniczonych gumatów. 3) Pod formą pośrednią, będącą następstwem połączenia obu tych postaci. Najczęściej forma krtaniowa, według tego autora, ma występować współcześnie z objawami gardzielowymi, co naturalnie ułatwia należyte rozpoznanie sprawy. W literaturze niemieckiej również istnieje szereg, acz bardzo nieliczny, odpowiednich spostrzeżeń, w liczbie około kilkunastu, a które szczegółowo zestawił i krytycznie opracował w ostatnich czasach D-r HERMANN STRAUSS w pracy swej pod tytułem: „*Ueber Lues tarda laryngis im Kindesalter*“. (*Archiv für Kinderheilkunde tom 14, str. 312*. Autor, zestawivszy przypadki ZIEMSEN'a, RAUCHFUSS'a, FRANK'a, HUETENBRENNER'a, GERHARDT'a i innych, opisuje jeszcze trzy bardzo ciekawe przypadki, spostrzegane przez siebie w poliklinice pediatrycznej BAGINSKY'ego w Berlinie. Czysto kazuistyczny charakter niniejszej notatki nie pozwala mi rozbiegać szczegółowo owej zajmującej pracy, do której zresztą odsyłam kolegów, pragnących bliżej z nią się zaznajomić.

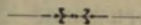
III. KILKA SŁÓW

o sematologicznem i dyagnostycznym znaczeniu badania śladów chodzenia,

CZYLI ICHNOGRAMÓW LUDZKICH.

Podał

D-r med. Franciszek Neugebauer.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 36].

Figura 24 przedstawia ichnogram 4-letniej dziewczynki o wrodzonym obustronnem zwichnięciu ud biodrowem, która swobodnie chodzi i nawet biega bez upadnięcia chociażby w szybkim biegu, jak się naocznie przekonałem [pat. fig. 25 i 26].

W ichnogramie tym [figura XIV] uderza szczególnie sposób ustawiania nóg z wyłącznem używaniem łuku horyzontalnego, a nie wertykalnego. Przy używaniu pionowego łuku chora nie byłaby w stanie stawiać prawą stopę przed lewą, a nawet na zewnątrz od lewej, a wyłącznie tylko przy używaniu łuku poziomego, czyli, że przy chodzeniu obracała całą miednicę naokoło osi pionowej, przechodzącej przez panewkę nogi opartej tak, jak my chodzimy dajmy na to w gęstwinie lasu, torując sobie drogę przez krzewy biodrem, na polowaniu i t. d.

Najlepiej zorientować się można w tem, co chcę powiedzieć, stawiając dwa palce na figurze XIV obok siebie na stanowisku *AB*, zatem zaś naśladując pal-

Fig. 28.

Fig. 29.

Fig. 24.

Fig. 25.

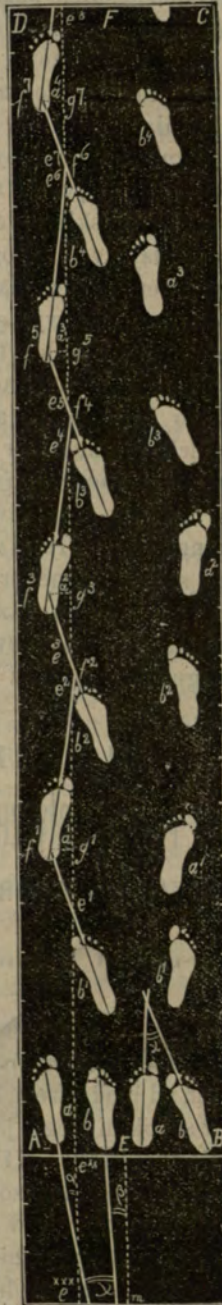


Fig. 26.



cami oznaczony chód. Aby ustawić stopę lewą przed prawą, musimy dokonać odpowiedniego obrotu dookoła osi pionowej palca, palec przed palcem musi dookoła obejść. Chód ten jest tak charakterystyczny i pouczający, że ten jeden przykład powinienby starczyć dla zainteresowania się ogółu lekarzy kwestyą przezemnie dziś poruszoną.

Widzimy w tym ichnogramie rotację stóp na wewnątrz, spowodowaną siłą trakcyi *lig. ileofemoralium* naprężonych wskutek *luxationis iliacaе*. Na figurze XIII widzimy ichnogram tej samej dziewczynki, odzianej gorsetem podpierającym *SAYRE'a*. Chód o wiele pewniejszy, bez słów zrozumiały z ichnogramu. Ciekawą jest pewna symetrya w ustawianiu stóp przy chodzeniu w gorsecie w porównaniu z chodzeniem bez gorsetu, zresztą *quo ad therapiam* bezwartościowego w danym przypadku. Jedno-

spojrzenie na ichnogram pod figurą XIV starczy, aby zrozumieć, dlaczego dzieci dotknięte wrodzonym obustronnem zwichnięciem ud mają chód bardzo niepe-
Fig. 27.



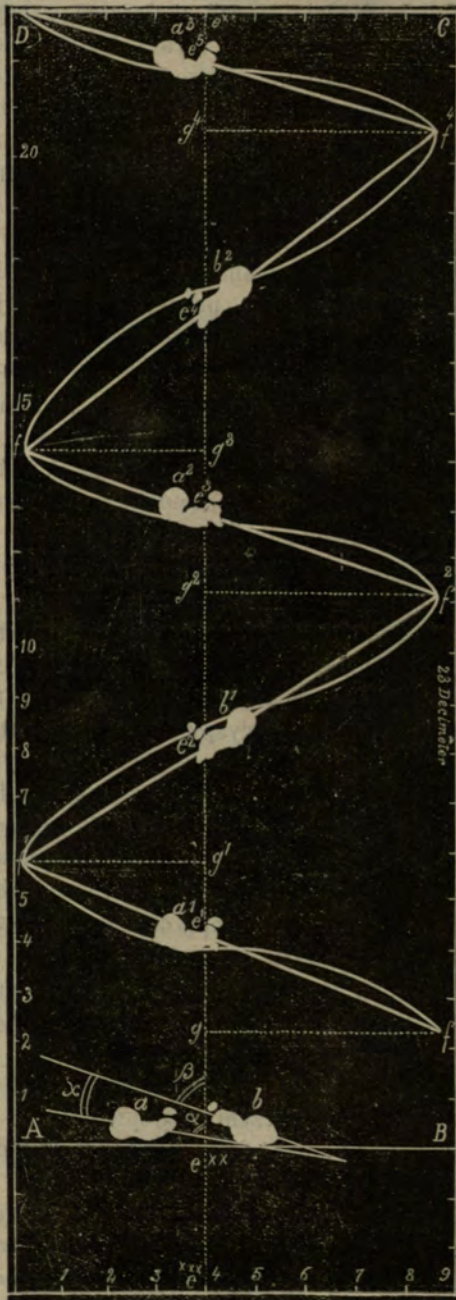
wny i tak łatwo padają, skoro stawiają jedną nogę po stronie zewnętrznej drugiej lub bezpośrednio przed drugą. Kolana krzyżują się przy chodzeniu i dziecko—leży! Dorosła osoba nie, bo się nauczyła chodzić dobrze, zacierając, o ile można, ślady swojej ułomności dla wszystkich, prócz lekarza, który w tej chwili z dysproporcji skróconej długości kończyn dolnych oraz kolywania się tułowia przy chodzeniu na ulicy trafną dyagnozę postawi. Osobiście widziałem 33 okazy tego wrodzonego zwichnięcia ud, po części jednostronnego, po części obustronnego, więc bynajmniej nie jest ono rzadkiem. Mógłbym *ad hoc* załączyć cały szereg niedrukowanych dotąd nowych spostrzeżeń własnych, lecz w danej chwili nie mam do dyspozycji klisz, ponieważ wysłałem je za granicę dla pracy, odnoszącej się do uzupełnienia nauki o różniczkowym rozpoznaniu kręgozmyku, miednicy zwężonej wskutek *luxationis cong. femorum iliaceae* i t. d..

Figura 27 przedstawia ichnogram 22-letniej panny Patten-son, którą poznałem w roku 1881 w Warszawie, lecząc jej matkę, dotkniętą wypadnięciem macicy. Panna P. była wtenczas śpiewaczką i tancerką w *Café chantant* w tak zwanym Żelaznym Domku w Warszawie, gdzie występowała wraz z matką i siostrą. Panna P., urodzona w Londynie, swoją drogą posiada typ czysto afrykański o spłaszczonych stopach, znacznej lordozie lędźwiowej, będącej w związku ze znacznym meteoryzmem, o prognacyi szczęki górnej, niskiem czole, głowie okrągłej, krótkim nosie, kędzierzawym czarnym włosie i czarnej cerze murzynki. Ojcem jej był kreol francuski z wyspy Jamajka, matka zaś jest córką rodzonej buszmannki z południowej Afryki. Typ afrykański stosunkowo czysto zachowany w obu wnuczkiach. Ichnogram tej murzynki, który zdjęłem w mieszkaniu jej przy ulicy Długiej, zdradza popierwsze pewien stopień spłaszczenia stopy, może być następstwo zawodu tancerki, lub też i pozostałość rasową, dalej skłonność do paralelizmu stóp, charakterystyczną dla narodów południowo-afrykańskich, u których meteoryzm brzucha, czyli tak zwany „*Armoed Penz*“ jest następstwem lichego pokarmu, przy którym ilość zastępuje jakoś. Bardzo możliwem jest, że powiększona lordoza lędźwiowa wskutek przewagi obciążenia ciężarem wewnętrznej krawędzi, czyli brzegu stopy przy takowej predysponuje do wytworzenia się spłaszczenia stopy; znaną powszechnie jest skłonność dzikich plemion południowej Afryki do spłaszczenia stopy, dla których równocześnie powiększona znacznie lordoza lędźwiowa jest charakterystyczną. [Patrz G. FRITSCH: „*Die Eingeborenen Suedafrika's ethnographisch und anatomisch beschrieben*“. (Berlin, 1872, str. 279): „*Einen Hinweis darauf*“

möchte ich darin sehen, dass merkwürdigerweise bei dem Soldatenstande, welcher zwangsmässig bei der sogenannten Meyer'schen militärischen Haltung die Lendenlordose dauernd vermehrt, die Neigung zur Plattfussbildung sehr häufig zu sein scheint“.

Fig. 28.

Fig. 29.



pisałem w r. 1881. Zauważyłem u grenadyerów pruskich, że, skoro dłużej postoją na jednym miejscu, stopa pozostawia po sobie odbliskę stopy płaskiej, czyli, że stopa płaska jest niczem innym, jak wyrazem zmęczenia, chwilowego nadwyrężenia sił. Zachodzi wprawdzie wielka różnica w tem, czy stopa od razu odbija się jako *pes planus*, czy dopiero po dłuższem staniu na jednej nodze. Są to kwestye jeszcze nie zbadane, ale zasługujące na zbadanie. Dobrze będzie w danym przypadku badania sądowego co do tożsamości indywiduum i o tem pamiętać. Spostrzeżenie z fig. XII przytaczam jako ilustracyę do twierdzeń niektórych podróżników afrykańskich: „Dass die wilden Völkerstämme Afrika's mit parallelen Fusssohlen einhergehen“.

Przytaczam dalej ichnogram 35-letniej kobiety, która w wieku lat 5 przy wypadnięciu z dożki w Warszawie w ten czas nawet słynnych z wypadków, choć tyle higienicznych i przyjemnych jednokonek warszawskich jeszcze nie była] dotkniętą została pra-

wostronnem zwiechnięciem uda. [Fig. 28]. Ichnogram zdradza charakterystyczne rzekome skrócenie prawej dolnej kończyny ustawianej przy chodzeniu na palcach tylko („Zehenballengang“), czyli, *stricte* mówiąc, na przednim końcu śródstopia i palcach, dalej rotację nogi prawej na wewnątrz i zmniejszoną wydatność processyi po stronie uszkodzonej.

Fig. 30.



Figura 29 przedstawia ichnogram 14-letniego chłopca o obustronnym *pes varus congenitus*, chodzącego na *dorsum pedis* zamiast na *planta pedis*, jak to *normaliter* powinno być. Charakterystyczną jest forma odbitki przedniej części *dorsi pedis* oraz zgięcia palców pomiędzy 1 i 2 członkiem. Ichnogram jest tak charakterystyczny, że chyba mógłby posłużyć do ewentualnego skonstatowania tożsamości indywiduum w sprawie sądowej.

Figura 30 przedstawia chorą, którą dnia 31 maja r. 1887 przedstawiałem w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim [Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. Rok 1888. Zesz. 2, str. 373], 18-letniej panny o *atresia vaginae hymenalis congenita* i „*pes equinovarus dexter*“. [Operacji co do atrezji dokonał śp. Ojciec mój w klinice gyniatrycznej w szp. Św. Ducha, operacji zaś co do *pes varus* ze świetnym wynikiem kol. JAWDYŃSKI w szpitalu na Pradze].

Figura 31—34 przedstawiają 26-letnią pannę o miednicy zwężonej przez kręgozmyk (?) [Rozpoznanie dotychczas wątpliwe wobec niemożności badania dokładnego *per vaginam* i *per rectum*]. Chód wązkotorowy „*mit negativer Spreizweite der Fusssohlen*“. Może być, że w danym przypadku zwężenie miednicy polega na zwężeniu rachitycznem, zdaje mi się to nawet do pewnego stopnia prawdopodobnem, lecz wobec niemożności dokładnego zbadania chorej bez chloroformu, na którego użycie chora się nie zgodziła, muszę kwestyę pozostawić otwartą.

Figura 35 przedstawia chód mężczyzny, u którego niby bez jawnej przyczyny [prawdopodobnie w związku ze skoliozą] lewa stopa jest bardziej zwrócona na zewnątrz, niż prawa. Osie stóp przedłużone przecinają się po prawej stronie w okolicy śródstopia stopy lewej. Dystans frontalny stóp jest pozytywny, długość kroków prawidłowa. Przyczyną asymetryi jest skolioza kręgosłupa.

„*Beiläufig gesagt, berechtigt sowohl weder eine Stellungsdifferenz der beiden Fussabdrücke noch eine leichte Längverschiedenheit der Excursionsweiten der beiden Bei-*

ne schon an und für sich zu dem Schlusse, dass die Gangspur unter pathologischen Verhältnissen entstanden sei, ja, es giebt im Gegentheil kaum einen normal gehenden

Fig. 31.

Fig. 32.

Fig. 33.

Fig. 34.

Fig. 35.



Menschen, bei dem eine absolute Symmetrie und Gleichheit zwischen rechts und links am Ichnogramm zu constatiren wäre. Es mag das auf einem functionellen Uebergewichte des einen oder des anderen Beines beruhen“.

Figura 36 przedstawia ciężarną w końcu ciąży Minnę Berndt, którą egzaminowałem w klinice położniczej profesora WINCKEL'a w Dreźnie, będąc asystentem-wolontaryuszem w roku 1882. *Pelvis spondylolisthetica*; 26-letnia 2-para [№ 609 klinicznego dziennika]. Patrz pracę moją: „Zur Casuistik des sogenannten spondylolisthetischen Beckens“. *Archiv für Gynäkologie, Band 19, Heft 3*. Chód wązkotorowy przy zmniejszonym nachyleniu miednicy. [Ichnogram oraz pacjentkę demonstrowałem w Drezdeńskim Towarzystwie Akuszeryjno-ginekologicznem w roku 1882].



Ichnogramy pod numerem XVIII, XIX, XX, XXI i XVI w tablicy załączonej w końcu pracy mojej przedstawiają moje własne ichnogramy w roku 1880, gdy liczyłem sobie lat 26. Ichnogramy zdjęte są z fotografii.

Fig. 36.



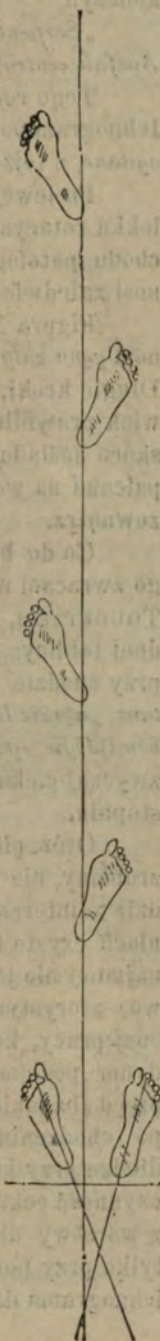
Ichnogram № XVIII, chód wolny o małych krokach, nazywam chodem „pogrzebowym“, chód zwykły fig. XIX i XX, chód prędki, biegający oraz chód na palcach [№ XVI] właściwie na przedstopiu.

W figurze pod № XVI widać niesymetryczne ustawianie stóp przy krokach bardzo krótkich, prawie równych, o początkowo pozytywnej, później negatywnej szerokości frontального odstępu stóp. Ichnogramy w tablicy pod № III i VII przedstawiają prawidłowy chód osób dorosłych, którego rozbiór wskazany już jest przy objaśnieniu ichnogramu pod figurą I. Zwracam uwagę na te cokolwiek szematyzowane ichnogramy. Ichnogram III w tablicy: punkty przecięcia, czyli krzyżowania się przedłużonych osi stóp leżą przed palcami, w rysunku VII poza piętami. Położenie tych punktów przecięcia osi jest odmienne, zależne popierwsze od długości kroku, powtórne od stopnia rotacji stopy palcami na na zewnątrz, potrzenie od szerokości chodu (*Spurbreite*). W zwykłych warunkach punkty przecięcia przedłużonych ku przodowi i ku tyłowi osi podłużnych pojedynczych pelmatogramów leżą mniej więcej w śródstopiu, zaraz za podstawą przednią nogi (*Zehenballen*), a różnicy stałej pod tym względem co do mężczyzn i kobiet nie zauważyłem.

Figury XXIII i XXIII na tablicy ichnogramów przedstawiają ichnogramy dwóch pruskich grenadyerów „im gewöhnlichen Marschschritt bei einer Belastung von 15—20 Kilogramm“.

Figura XXIV na tablicy przedstawia ichnogram pacjenta z Dorpackiej terapeutycznej kliniki profesora HOFFMANN'a — pacjent był dotknięty cierpieniem mleczka mianowicie: *tubes dorsualis*. Ichnogram jeszcze nie wskazuje śladów nieładu koordynacyjnego w lokomocyi, nieregularnego charakteru i wyglądu chodu ataktycznego „*regellose Spurensolge eines ataktischen Ganges*“, oraz pociągania pięty na podłodze przed ustawieniem stopy, [przez przedwczesne uderzenie pięty o ziemię].

Fig. 37.



Chód o zupełnie nieregularnem stawianiu stóp co do szerokości chodu, długości kroków, rotacyi stóp jest charakterystycznym dla ataksyi [Patrz ZENKER: *l. c.* str. 87) w porównaniu z nienormalnym, lecz swoją drogą regularnym stałym symetrycznym ichnogramem chodu ludzi o zboczeniach dolnych kończyn.

„*Serpentiner Verlauf der Gangrichtungslinie und unregelmässige Spurweite bei Ausfall centraler Bewegungselemente*“.

Tego rodzaju chód obserwujemy u paralityków, tabetyków, pijanych i t. d. Ichnogram pod figurą XXVIII tablicy przedstawia chód pacyentki przy *paralysis agitans*, z teje kliniki. Typ asymetryczny, nieprawidłowy, chodu.

Po lewej stronie=0 lub minimalna rotacya stopy na wewnątrz, po prawej lekka rotacya na zewnątrz, skłonność do paralelizmu stóp, średnia szerokość chodu, patologicznie zmniejszona długość kroków. [Ekskursya każdej nogi wynosi zaledwie długość jednej stopy lub cokolwiek więcej].

Figura XXV na tablicy ichnogramów przedstawia chód posłańca o obustronem *genu valgum*. Przy chodzeniu tułów znacznie ku przodowi przechylony. Długie kroki, prawa stopa znacznie na zewnątrz skręcona, chód szeroki. Człowiek prawidłowo ułożony nie jest w stanie naśladować tego chodu, ponieważ, skoro naśladuje pozycję kolan, jak przy *genu valgum*, od razu stopy skręcają się palcami na wewnątrz, przy *genu valgum* zaś istotnem obserwujemy rotację na zewnątrz.

Co do badania śladów chodzenia przy różnych chorobach ustroju nerwowego zwracam uwagę czytelnika na wyżej wymienioną pracę kolegi GILLES de la TOURETTE'a, który w podobny sposób zestawił przy końcu swojej pracy na jednej tablicy: „*Tableau comparatif des divers genres de marche*“, 28 ichnogramów przy chodzie spazmodycznym (*démarche spasmodique titubante*), przy *paralysis agitans*, „*ataxie locomotrice, sclérose en plaques, vertige de MENIÈRE, hémiplégie flasque, hémiplégie spasmodique infantile, hémiplégie avec hemichorée etc.*“. Praca ta nadzwyczaj ciekawa z pewnością zainteresuje niejednego z czytelników w wysokim stopniu.

Otóż, pierwszy krok na polu rozpoznawczego badania śladów chodzenia jest zrobiony, nie wątpię o tem, że kwestyja, którą dziś ponownie poruszyłem, znajdzie zainteresowanie i zastosowanie szersze i w praktyce klinicznej i w badaniach czysto fizyologicznych. Wyniki moich badań są skromne, ogłoszone bynajmniej nie jako skończona praca wszechstronnie opracowana, a bardziej urywkowo, aforystycznie. „*Multa sed non multum*“, muszę tym razem powiedzieć o własnej pracy, która jednak czasu niemało mi zabrała. Kto się tego rodzaju studyum podejmie, na różnego rodzaju prace natrafi: 108 osobom myłem nogi przed badaniem ich chodzenia, przed zabarwieniem stopy karminem, również po chodzeniu musiałem te nogi obmywać, ileż godzin klęczałem na podłodze przy koloracyi ichnogramów, rysowaniu konturów stóp i t. d., była to czynność cokolwiek uciążliwa, szczególnie jeśli miałem przed sobą indywidua z warstwy ubogiej niezbyt gorliwej względem zachowania czystości. Często tylko przy pomocy brzęczącej namowy zdołałem uzyskać pozwolenie na zdjęcie ichnogramu danego osobnika, nawet na wymyślanie byłem kiedyś narażony ze

strony jakiegoś rzemieślnika o *pes varus duplex congenitus*, gdy go zaczepilem pod filarami Teatru o pozwolenie zdjęcia ichnogramu—czuł się obrażonym wskutek zwrócenia uwagi na jego ułomność. Dziś zapomniało się o tem, lecz w danej chwili było to nieprzyjemnem dosyć, aby zaniechać zamiaru. Cóż robić? Nie ma światła bez cienia!

Oto są wyniki badań moich w tej kwestyi, wyniki poboczne studyum do innych celów dążącego! Nie wątpię o tem, że koledzy bardziej, aniżeli ja, powołani do takich badań fizyologicznych dojdą do rezultatów większej doniosłości praktycznej i naukowej, swoją drogą chętnie przykładam rękę do tej wspólnej pracy. Krok za krokiem! „*Sempre avanti!*“

NOTATKI LEKARSKIE.

14. Przypadek pozbawienia życia za pomocą podania do wewnątrz szkła tłuczonego.

Kiedym w roku 1891 pełnił obowiązki ziemskiego lekarza powiatu Czerdyńskiego, w gubernii Permskiej, zdarzył mi się przypadek w praktyce sądowo-lekarskiej śmierci dziecka, wskutek podania mu w chlebie i w kaszy kartoflanej dość sporej ilości szkła tłuczonego. W literaturze naszej i obcej nie mogłem wynaleźć ani jednego przypadku podobnego sposobu pozbawienia życia; to też w krótkości szczególnie mego spostrzeżenia komunikuję. Włościanka S. wyszła za wdowca zamąż; miała z mężem kilkoro dzieci; a oprócz tego chował się u nich w domu chłopak lat 12 z pierwszej żony ojca rodziny. Macocha nie lubiła swego pasierba, często go morzyła głodem, biła. W lecie chłopak dostaje podobno krwawej biegunki, leczy go felczer i po tygodniu chory umiera. Trup został pochowany przez popa wobec stwierdzonej przez felczera choroby. Po kilku miesiącach władze sądowe, wskutek doniesienia sąsiadów, że macocha biła swego pasierba często, że więc i obecnie z potłuczenia umarł, zarządziły wykopanie trupa z ziemi i sekcję. W marcu po ośmiu miesiącach od czasu pogrzebu odbyła się ekshumacya. Zewnętrzne powłoki były już zupełnie zgniłe, koloru zielonawo-szarego, pokryte pleśnią, włosy i paznogie wyłaziły za pociągnięciem, jamy oczne zapadnięte, gałki oczne rozmiękczone, brzuch i klatka piersiowa wzdęte. Przy takim stanie powłok zewnętrznych śladów jakiegokolwiek urazu nie mogłem wykryć. Znalazłem całe żebra, zarówno kości czaszki i kończyn. Po otworzeniu jamy brzusznej uderzył mnie szczególny wygląd zewnętrznej powierzchni wstępującej okrężnicy i kiszek cienkich, a mianowicie: pod powłoką surowiczą tu i owdzie wyraźnie występowały jakieś ziarenka—wielkości ziarenka konopi lub prosa. Aby się przekonać, czy nie są to pęcherzyki gazów, wytworzonych wskutek gnicia, lub może grudki prosówkowej gruźlicy, wymacałem te ziarenka i uczulem pod palcami coś twardego, nawet kołącego. Ponacinałem błonę surowiczą w odpowiednich miejscach i powydobywałem te ziarenka na papier, a następnie otworzyłem światło kiszek cienkich i grubych. Znalazłem tam [więcej w kiszczkach cienkich i w ślepej] mnóstwo takich ziarenek zmieszanych z kałem płynnym i śluzem [prawdopodobnie], lub też w wielu miejscach dosyć głęboko wdrażonych w błonę śluzową. Zabarwienie błony śluzowej kiszek było następujące: tło szaro-zielonawo-żółte i na niem porzrucane wielkie dosyć [wielkości srebrnej złotówki i większe] plamy z zabarwieniem brudno czerwonawo-czarnem. Tkanki, stanowiące podścielisko tych

plam, były silnie impregnowane przez wyżej wspomniane ziarenka, a rozpad tych tkanek był znaczniejszy, niż tkanek na około leżących. Błona śluzowa żołądka była też w kilku miejscach w podobny sposób, jak w kiszkiach, zmieniona, ale w ogóle w znacznie mniejszym stopniu. Pod powłoką surowiczą żołądka także kilka ziarenek dawało się wyjąć.

Przy badaniu innych narządów i jam nie znalazłem nic godnego uwagi. Bliższego zbadania błony śluzowej kiszki i żołądka zaniechałem, bo niepodobna było otrzymać żadnych wyników, wskutek daleko już posuniętych zmian rozpadowych. Wziąłem tylko w dostatecznej ilości wyżej wspomniane ziarenka, jako *corpus delicti*, do bliższego zbadania, jak również i kawał owrzodzonej kiszki ślepej.

Kiedym po powrocie do miasta w aptecce robił dokładniejsze badanie wyżej wspomnianych ziarenek, uderzyło mnie, że niektóre z nich bardzo prędko tonęły w wodzie, inne zaś wolniej. Te, które wolniej tonęły, były żółtawo-brudnej barwy i niektóre z nich dawały się rozcierać między palcami, te zaś, które od razu potonęły, były stale twarde, ostrawe, białe, przezroczyste, a niektóre też żółto mętne. Poddając po wyjęciu z wody wyżej wspomniane ciała działaniu różnych kwasów i zasad, przekonałem się, że białe, przezroczyste, ostrawe, od razu tonące ziarenka nie zmieniały się wcale od żadnych odczynników; inne zaś miękkawe i nieco na żółto zabarwione traciły barwę w nieznacznej ilości od niektórych kwasów i rozpuszczały się trochę w kwasie octowym. Żółtawe, miękkie, dające się rozcierać między palcami twory prawdopodobnie były konkrementami, wytworzonymi ze śluzu, sztywnego kału, może ze krwi lub ropy, a w nich leżały minimalne cząsteczki szkła.

W każdym razie co do obecności tłuczonego szkła w przewodzie kiszkiowym i pod otrzewną nie było w danym przypadku żadnej wątpliwości. Szkło to, mechanicznie oddziałując na przewód żołądkowo-kiszkiowy, wywołało ostre zapalenie tegoż z owrzodzeniami, ujawnionymi na trupie przez wyżej opisane na błonie śluzowej kiszki brudno czerwono-czarne plamy; w obfitszej ilości zebrane kawałeczki szkła na miejscu tych plam wywołały wybitniejszą zapalną sprawę miejscową i owrzodzenia.

Wyżej opisaną przyczynę choroby i śmierci chłopaka S. podałem na eksperytyzie. Po zapadłym wyroku zbrodniarka przyznała się do winy, t. j., że podała swemu wygłodzonemu kilkudniowemu postem pasierbowi kilka łyżek tłuczonego szkła z chlebem i z kaszą kartoflaną. Przypadki śmierci od tłuczonego szkła zapewne zdarzają się częściej, ale trupów się nie bada, bo nieraz szkło tłuczone podają bez żadnych złych chęci pozbawienia życia, lecz przeciwnie z dobrym zamiarem. Mówię to o często praktykowanym w niektórych miejscowościach Rosyi ludowym sposobie leczenia chorób pęcherza moczowego i cewki, szerególnie trypra, za pomocą podawania tłuczonego szkła do wewnątrz.

Szczęśny Bronowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 2 — 3 —

109. Leo Berthanson. Przyczynek do rozpoznawania nowotworów pierwotnych serca. Śluzak (*myxoma*) przedsionka lewego.

Na zasadzie jednego, zbadanego przez siebie, a podanego niżej przypadku, jakoteż na zasadzie wniosków innych badaczy stara się autor rzucić promień światła na ciemną dotychczas i zawiłą sprawę rozpoznawania pierwotnych nowotworów serca.

Nawet tak poważni klinicyści, jak: SCHROETTER, EICHHORST, OPOLZER, KUNZE, C. PAUL, BYRÖM-BRAMWELL i inni uważają rozpoznawanie takich gu-

zów za niemożliwe przy łóżku chorego, ze względu na różnorodność objawów, z których ani jeden nie jest typowym dla tego cierpienia. To tłumaczy z jednej strony omyłki rozpoznawcze, z drugiej—niespodzianki przy sekcji pośmiertnej.

Przypadek autora był następujący: 55-letnia kobieta zapisała się do szpitala, skarżąc się na ogromne osłabienie, zawroty głowy, bicie serca, niepokój w okolicy sercowej, duszność, napady dreszczów i obfite poty. Choroba rozpoczęła się przed trzema laty: wówczas chora uczuwała brak tchu przy skwapliwszych poruszeniach; na cztery miesiące przed przybyciem do szpitala, podczas napadu duszności, połączonej z biciem serca i zawrotem głowy, chora uczuła nagle silne osłabienie, które ją głównie znagliło do szukania pomocy w szpitalu. Ważniejsze dane badania przedmiotowego: twarz żółtawo-błada, zlekka obrzmiała, nieco w lewo skrzywiona; wargi i nos sinicowe; prawe kończyny, szczególnie górna, w stanie niedowładu; tętno tętnic promieniowych małe, słabe, nierówne, uderza 80 razy na minutę, po obu stronach jednakie; słabe uderzenie serca widać w dwóch przestrzeniach międzyżebrowych; wymiary serca powiększone, u wierzchołka jego niewyraźny szmer skurczowy; tony aorty głuche i nieczyste; 2-gi ton tętnicy płucnej — wzmożony. Okolica rękoiści mostka i obu stron jego, szczególnie lewej, wypukłona; na tem też miejscu wyraźne stępienie odgłosu opukowego i słabe drżenie przy obmacywaniu. Postawiono rozpoznanie: *aneurysma arcus aortae*.

W przebiegu choroby zaznaczono następujące szczegóły ważniejsze: wielokrotnie chora uskarżała się na trudne polykanie; dziewiątego dnia pobytu w szpitalu, w ślad za napadem bicia serca i duszności, zjawił się wstrząsający dreszcz, krótkotrwała utrata przytomności; twarz skrzywiła się w lewo, w prawej górnej kończynie stwierdzono wzmożone objawy niedowładu; ciepłota wzniosła się do 38°, tętno uderzało 100 razy na minutę. Po opisanym napadzie chora opadła z sił, a działalność serca znacznie osłabła; podobny napad powtórzył się w kilka dni potem, a kolejno przyłączały się co jakiś czas: trudność w polykaniu, podwójne widzenie, niedowład języka, niewyraźna mowa, zamroczenie świadomości, krwioplucie, krew i wateczki ziarniste w moczu, wreszcie zapaść i śmierć.

Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: w jamie osierdzia znaczna ilość płynu surowiczego; serce powiększone; w lewym przedsionku guz w kształcie stożka o powierzchni zrazikowatej; szypuła guza przyczepiona do tylnej ściany przedsionka, przyczem guz dolną swą częścią przenika przez lewy otwór żylny do jamy komórki lewej. Drobnowidzowe badanie wykazało, iż nowotwór należy do gatunku śluzaków (*myxoma medullare*). *Bulbus aortae* nieznacznie rozszerzony. W prawem i lewem płucu i w istocie korowej nerek widać na przekroju liczne, rozsiane ogniska krwotoczne.

Wprawdzie nowotwory serca nie wywołują jakiegos odrębnego obrazu chorobowego, jednakże już BODENHEIMER w r. 1865 wyraził się, że drogą bacznego spostrzegania i różniczkowania objawów można postawić właściwe rozpoznanie cierpienia. Autor, przytakując powyższemu zdaniu, twierdzi, że w tych przypadkach mniemanego zapalenia wsierdzia lub tętniaka aorty, w których obraz chorobowy nie jest dość jasny i przedstawia braki lub zboczenia od zwykłego typu, myśl o istnieniu nowotworu wewnątrz-sercowego winny nasunąć objawy przerzutowe (*embolia*), które w przypadku autora były rozpoznane za życia chorej.

Pośrednio rozpoznanie nowotworu popierać mogą jeszcze następujące objawy: szmery sercowe nie są tak wyraźne i czyste, jak przy zapaleniu wsierdzia i wadach serca; szmerów może nawet brakować, a co najgłówniejsza, mogą one, zależnie od umiejscowienia guza, zjawiać się naprzemian lub zniknąć, wzmagać się lub słabnąć. BODENHEIMER kładzie nacisk na to, że, z uwagi na rzadkość wad prawego serca, objawy cierpienia tej właśnie połowy serca łatwiej przemawiać winny przy pewnych okolicznościach za nowotworem, aniżeli za wadą organiczną.

Pogląd powyższy jest tem godniejszy zaznaczenia, że nowotwory prawego serca są tak częste, jak lewego.

FRAENKEL przypisuje szczególną rozpoznawczą wartość obecności krw w wysięku osierdzia i szybkiemu odnawianiu się tegoż wysięku po opróżnieniu jamy osierdzia; twierdzi on, że, po wykluczeniu gruzlicy i gnilca, na zasadzie wysięku krwawego możemy prawie stanowczo przyjąć istnienie złośliwego nowotworu serca.

W końcu podaje autor statystykę nowotworów pierwotnych serca. Opisano 30 przypadków; pod względem budowy anatomicznej stwierdzono: 9 mięsaków, 7 śluzaków, 6 włókniaków, 3 raki, 2 tłuszczaki, 1 torbiel, 2 nowotwory przymiotowe. Siedlisko obrały sobie guzy: w prawym przedsionku 7 razy, w lewym 7, w prawej komórce—3, w lewej—5, w przegrodzie przedsionkowej i komorowej po 2 razy. Odnośnie do wieku i płci osobników, u których stwierdzono guzy w sercu, nic ważniejszego wnioskować nie można.

(VIRCHOW'S *Archiv.* T. 132. Z. 3).

Witold Żurkowski.

Sprawozdanie z V zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

[Dokończenie, — Patrz Nr. 35].

Prof. CYBULSKI zaznacza, iż rzeczywiście, jak dawno już wiadomo, skład kału nie odpowiada treści pokarmów. Doświadczenia kol. KLECKIEGO mówca uważa za bardzo ważne, lecz wyprowadzanie wniosków—za przedwczesne. Należałoby przy podobnych doświadczeniach brać większe kawałki jelita, a nadto badać zawartość przewodu pokarmowego, po wykluczeniu wątroby i trzustki. W każdym razie dziś już można przyjąć, że kał nie stanowi produktu błony śluzowej, lecz rozpad zawartych w jelicie substancji.

Prof. OBALINSKI jest zdania, iż praca kol. KLECKIEGO i dla chirurgii ma duże znaczenie, ponieważ wykazuje nieracjonalność wykluczania odcinków jelit. Sam mówca w jednym przypadku, operowanym z powodu sztucznego odbytu wskutek znacznych zrostów, zmuszony był dokonać rezekcyi na dalekiej przestrzeni od otworu w kiszce. Całą część pozrastaną w ten sposób wykluczył i oba jej końce wszył w ranę. Z wykluczonej części w przeciągu długiego czasu wydzieliał się następnie płyn śluzowaty, podobny do kału, co zmusiło mówcę do ponownej operacji, t. j. doszczętnego wycięcia wykluczonej kiszki. Wobec tego prof. O. godzi się najzupełniej, że zamiast wykluczania części jelit, należy robić entero-anastomozę lub rezekcyę z wycięciem części wykluczonej.

Prof. BROWICZ uważa wnioski kol. KLECKIEGO za przedwczesne. Sam on był obecny przy dwóch sekcyach. W 1-ym przypadku znaleziono zapalenie otrzewnej. Zawartość wykluczonej pętlicy była obfita z cechami kału. Ściana jelita makroskopowych zmian nie przedstawiała. W 2-im przypadku—zapalenia otrzewnej nie było, wykluczona pętlica była pozlepiana z jelitami sąsiednimi, a jej błona śluzowa bez zmian. Zawartość pętlicy obfita, pomarańczowa, podobna do kału. Wobec tych danych trudno jeszcze stanowczo wyłączać udział błony śluzowej w sprawie wytwarzania kału, i uważać ostatni za produkt patologiczny. Należy dalej prowadzić doświadczenia, starając się, o ile można, najmniejsze otrzymać zrosty pętlicy wykluczonej.

Prof. RYDYGIER radzi dłużej pozostawiać podobne psy przy życiu, by się przekonać, co się ostatecznie stanie z pętlą wykluczoną. Ponieważ pod chloroformem dużo psów zdechało, przeto doświadczenia robiono bez narkozy. Pomimo to psy leżały spokojnie. Na człowieku raz jeden zmuszony był prof. R. robić laparotomię bez chloroformu. Chora znosiła operacyę bardzo dobrze.

Kol. KRYŃSKI robi zarzut kol. KLECKIEMU, iż tenże ocenił zbyt ostro prace swoich poprzedników. Nie może się też zgodzić na to, by powstawanie kału miało być uwarunkowane patologicznymi zmianami w błonie śluzowej.

Kol. GABRYSZEWSKI jest zdania, iż przedewszystkiem należałoby ściślej określić, co pojmujemy pod nazwą: kał. Może być przecież ciecz żółta, niecuchnąca, której kałem nie nazwiemy. Chloroform przy laparotomiach często można zastąpić kokainą.

Doc. TRZEBICKI także jest zdania, że kokaina może oddać dobre usługi. Od niejakiego czasu przy każdej przepuklinie uwięźniętej robi hernio-laparotomię, używając przytem tylko kokainy.

Prof. GLUZIŃSKI zwraca uwagę na nieściśłość pojęcia: kał. W doświadczeniach swoich kol. K. nie zaznacza weale, na jakiej wysokości wykluczał pętlicę. Należałoby zbadać oddzielnie zawartość pętlicy przed jej wykluczeniem i porównać z jej zawartością po wykluczeniu. Dezynfekcja jelita jest niemożliwa. Kwas solny także się wiąże z białkiem i zmienia błonę śluzową. Pozostaje przeto dla oczyszczenia jelita tylko droga czysto mechaniczna.

Prof. CYBULSKI: kał w fizjologii — to ściśle określona substancja. W innych miejscach spotykamy *chymus*, *chylus* i t. d.. To też w doświadczeniach kol. K. może być mowa o zawartości, a nie o kale. Przy dalszych doświadczeniach powinien on brać większe kawałki jelita i porównywać ich zawartość przed i po wykluczeniu. Kwas solny trawi wszystko, z wyjątkiem błony śluzowej. Po nakarmieniu psa można znaleźć w górnym odcinku jelita na przestrzeni metra kwas mleczny.

Prof. GLUZIŃSKI nie może się zgodzić, by pojęcie kału było ściśle określone. Zależnie od przypadku zarówno zawartość grubych kiszek, jakoteż i substancja wydzielona na zewnątrz będzie różną.

Kol. SAWICKI przypomina pracę prof. NENCKIEGO, który kwas solny znajdował nawet w dolnym odcinku jelita czczego przy prawidłowym stanie błony śluzowej.

Kol. KLECKI w odpowiedzi swej zaznacza, iż rzeczywiście nazwa „kał“ w danym razie jest nieodpowiednią, to też i sam przeważnie używał nazwy „zawartość“. Umiejscowienie wykluczonej pętlicy zawsze oznaczał i odnotowywał na sekcji, podając zaś w pracy obszernej. Określanie odległości pętlicy podczas operacji jest niemożliwe, wobec niemożności robienia ewentracji. Dezynfekcja pętlicy wykluczonej jest konieczna. Prawidłowo jelita zawierają także bakterye, lecz te ciągle się przesuwiają; tymczasem pozostawione w pętlicy wykluczonej rozmnażałyby się niepomiarowo. Dezynfekcja kwasem solnym nie wpływa niszcząco na błonę śluzową, jak to wykazują odpowiednie preparaty drobnowidzowe i nie może być porównywaną z sublimatem. Do doświadczeń nie można brać długich pętlic, ponieważ dezynfekcja tychże byłaby niezmiernie trudna. W odpowiedzi prof. Browiczowi prelegent przypomina, iż tenże przyznał w przypadku, niepowikłanym zapaleniem otrzewnej, że zawartość pętlicy wykluczonej nie miała wyglądu kału. Następnie odpiera zarzut lekkiego traktowania prac poprzedników; zaznacza, iż psy lepiej operowano bez chloroformu, niż pod narkozą, wreszcie przypomina, że po prof. NENCKIM sprawą kwaśnego odczynu w jelitach cienkich zajmował się kol. JAKOWSKI. Zarówno jednakże NENCKI, jak i JAKOWSKI doszli do wniosku, iż odczyn ten zależy od obecności kwasów organicznych. W końcu prelegent zaznacza, że udziału błony śluzowej w sprawie wytwarzania kału nie wyłącza zupełnie, główną jednakże rolę, zdaniem jego, odgrywają tu resztki pokarmów i bakterye.

Na popołudniowym posiedzeniu kol. WEHR opisuje dwa spostrzegane przez siebie przypadki potrójnego raka na twarzy [demonstrując je na fotografiach]. W pierwszym przypadku pracza posiadała 3 ogniska rakowe: na gładszce,

przy nasadzie nosa i na wewnętrznej powierzchni skrzydła nosa. Drugi przypadek dotyczył górala, u którego ogniska rakowe znajdowały się: na skroni, na wardze górnej i na wardze dolnej. Przy badaniu drobnowidzowem każdego z tych ognisk można było odnaleźć ciągłość pomiędzy rakiem i pomiędzy otaczającym go naskórkiem. Mówca przypuszcza w obu przypadkach samozakażenie, powstałe drogą przeniesienia elementów rakowych z jednego miejsca na drugie. Góral nawet wskazywał na to, że na jednej wardze posiadał brodawkę. Gdy na drugiej wardze powstało owrzodzenie, często macał palcami zarówno owrzodzenie, jak i brodawkę. W jakiś czas potem na miejscu brodawki powstało nowe owrzodzenie.

Prof. BROWICZ przypuszcza, że raki występowały tu kolejno wskutek istniejącego poprzednio usposobienia. Samozakażenie na drodze przeniesienia pierwiastków rakowych jest tu mniej prawdopodobne wobec trudności, jakie przedstawia sztuczne szczepienie raków.

Kol. ZIEMBICKI widział w klinice prof. BERGMANN'a przypadek bardzo podobny do opisanych przez kol. WEHRA. W swojej własnej praktyce spostrzegł przypadek, w którym w 3 lata po usunięciu raka na jednej stronie twarzy rozwinął się rak na drugiej stronie.

Kol. GABRYSZEWSKI stwierdza rzadkość tego rodzaju przypadków i przemawia na korzyść usposobienia, które ma znaczenie i przy recydywach.

Kol. WEHR broni swego twierdzenia, wskazując jeszcze raz na etyologiczne momenty, sprzyjające samozakażeniu w jego przypadkach: u praczek ciągła maceracya skóry, u górala rozdrapywanie brodawki.

Prof. Browicz dowodzi, że te momenty nie uzasadniają jeszcze w dostateczny sposób teorii samozakażenia.

Prof. OBALIŃSKI przytacza dwa przypadki z własnej praktyki, stwierdzające pogląd prof. BROWICZA. Przemawiają jeszcze w kwestyi zakażenia rakowego GABRYSZEWSKI, SAWICKI i prof. OBALIŃSKI, poczem zabiera głos kol. ZIEMBICKI i opisuje interesujący okaz nowotworu na głowie, który demonstruje jednocześnie na rysunkach. Przypadek dotyczył 15 letniej dziewczynki, która od urodzenia miała guz na głowie. Guz ten, rosnąc stopniowo, dosięgnął ogromnych rozmiarów, tak, że zwieszał się na karku. Waga jego wynosiła 28 funtów. Przy badaniu zdawało się, iż można wyczuć chełbotanie i jakby brzegi otworu, prowadzącego do czaszki. Przy operacyi okazało się, że był to tłuszczak olbrzymi.

Kol. Bossowski spostrzegł podobny przypadek, lecz tam guz był znacznie mniejszy.

Kol. GABRYSZEWSKI mówi „o guzach powłok brzusznych“, przyczem opisuje dwa przypadki złośliwych nowotworów u kobiet, spostrzegane i operowane w klinice prof. RYDYGIERA. U pierwszej chorej podczas ciąży rozwinęły się w przestrzeni pomiędzy skórą i mięśniami brzucha guzy, z których jeden wykazał budowę włókniaka, drugi zaś włókniako-mięsaka. W drugim przypadku miano do czynienia z rakiem.

Prof. OBALIŃSKI oświadcza, że raki powłok brzucha należą do rzadkości. Sam on operował jeden przypadek, w którym rak wychodził z pępka i zajmował otrzewną na przestrzeni dłoni. Wówczas wpadł on na myśl zastąpienia braku w otrzewnej siecią. Myśl tę samą powziął i ze skutkiem zastosował prof. SKLI-FASOWSKI.

Kol. WEHR spostrzegł mięsaka, który wziął początek ze ścięgniętej powłoki mięśnia prostego.

Kol. SAWICKI zwraca uwagę na trudności przy zaszywaniu jamy brzusznej tam, gdzie potrzeba było wyciąć powłoki brzuszne na znacznej przestrzeni. Może się zdarzyć w takim razie, iż zbliżenie brzegów rany okaże się niemożliwym. To też tam, gdzie skóra nowotworem nie jest zajęta, należy ją pozostawiać, choćby nawet na większej przestrzeni była pozbawioną mięśni. W jednym przypadku,

sposptrzegany w oddziale kol. RAUMA, S. miał możność przekonać się, że nawet na większej przestrzeni [na przestrzeni, przenoszącej wielkość dłoni] pozbawiona wszelkiej podściółki skóra może się zrastać i stanowić później nienajgorszą powłokę brzuszłą. Widocznie okrwawiona jej powierzchnia zlepia się z kiszki, wskutek czego warunki jej odżywiania polepszają się.

Prof. OBALIŃSKI radzi w tych przypadkach, w których po wycięciu części ściany brzusznej niepodobna połączyć ze sobą dokładnie brzegów rany, zeszywać te ostatnie o tyle, o ile to jest możebnem bez napięcia. Resztę rany pozostawić otwartą, utrzymując kiszki w jamie brzusznej za pomocą dokładnie założonego tampona z gazy jodoformowej. Powierzchnia kiszek wrędcie pokrywa się ziarniną, rana się ściąga i zagaja sama lub po przeszczepieniu płatków skóry. Sposobu tego używał parokrotnie z dobrym wynikiem.

W sprawie nowotworów ścian brzusznych przemawiają jeszcze koledzy: GABRYSZEWSKI i KRYŃSKI.

Kol. SCHRAMM demonstruje kamień, wyjęty przez cięcie nadłonowe u dziecka, które już dwa razy przedtem operowano z tego samego powodu. Kamień wytworzył się na około nitki szwu, założonego przy drugiej operacji [cięcie wewnątrz-otrzewnowe RYDYGIERA].

Trzeci dzień zjazdu poświęcono przeważnie dyskusyom, których treść już wyżej pódaliśmy. Z pomiędzy odczytów pierwszy wygłosił prof. PIENIAŻEK, mówiąc o operowaniu nowotworów nagłośni. Sam prelegent operował niedawno jeden przypadek raka nagłośni, w którym zastosował *pharyngotomiam subhyoideam*, w połączeniu z *laryngofissura*. Otrzymany w ten sposób dostęp okazał się zupełnie dostatecznym. Po operacji ranę zaszyto z pozostawieniem kaniuli i chorego początkowo karmiono, wrędcie już jednakże zaczął on sam polykać. Podczas operacji zaleca prelegent stosować tamponującą kaniulę tam, gdzie mamy do czynienia z nowotworem złośliwym, zwłaszcza na szerokiej podstawie siedzącym. Natomiast przy nowotworach niewielkich i niezłośliwych można tamponowania zaniechać, lub, co najwyżej, ułożyć chorego ze zwieszoną głową.

Prof. RYDYGIER opisuje przez siebie obmyślony i dwukrotnie wykonany sposób wytwarzania sztucznej przetoki pochwowo-odbytnicowej. Operacja ta, stosowana w połączeniu z kolkoleizą, w bardzo ciężkich przypadkach uszkodzeń przegrody pęcherzowo-pochwowej ma tę niedogodną stronę, iż kał przez sztuczną przetokę bardzo łatwo przedostaje się do pochwy, względnie do pęcherza. Dla uniknięcia tej niedogodności prof. RYDYGIER stara się wytworzyć rodzaj klapy, zwróconej do odbytnicy. W tym celu przez całą grubość przegrody pochwowo-odbytnicowej wycina płat trójkątny, zwrócony wierzchołkiem na dół, a podstawą ku górze. Płat ten wychyla ku odbytnicy, a ranę w przegrodzie pod nim zaszywa. Odczyt swój prof. R. uzupełnia demonstracją jednej chorej operowanej i fantomu, wykonanego przez prof. MARSA.

Kol. SAWICKI wyraża obawę, czy wytworzony w ten sposób płat nie skurczy się z czasem i nie odciągnie ku górze.

Prof. RYDYGIER odpowiada, że oba operowane przypadki są zbyt świeże, by można było sprawę przesądzać. Sam miał jednakże pod tym względem obawę, wskutek czego w drugim przypadku przymocował paroma ściegami płat do błony śluzowej odbytnicy.

Doc BOSSOWSKI jest zdania, że obawa taka jest tu zbytęczną, gdyż płat nie ma po temu odpowiednich warunków, by się odsuwać ku górze.

Kol. SAWICKI mówi „o stopie końskiej wskutek zapalenia żył“. W dwóch sopsptrzeganych przez S. przypadkach objawy stopy końskiej wystąpiły w następstwie zapalenia śródmięśniowych żył łydki. Oba przypadki dotyczyły młodych robotników, pracujących przy budowie fortyfikacyi. U jednego z nich objawy wystąpiły na obu nogach, u drugiego na jednej. W obu przypadkach, choć w nierównej mierze, znaleziono podeszwowe zgięcie i sztywność palców.

Pod wpływem mięsienia, ciepłych, wilgotnych zawijań i kąpeli nożnych choroby wrócili do zdrowia.

Prof. OBALIŃSKI konstatuje rzadkość tego rodzaju przypadków i powiada, że sam posiada w oddziale kilkonastoletniego chłopca, u którego od kilku lat dopiero na obu nogach zaczęła się rozwijać końska stopa, tak, że chory dziś może się opierać tylko na palcach i główkach kości śródstopia. W danym jednak przypadku wywiady nie dają zupełnie żadnych danych, a nadto niema tu krogulczego zgięcia palców.

Kol. SAWICKI opisuje i na fotografii demonstruje przypadek wrodzonych zboczeń w stawach u dziecka. Na lewej nóżce znaleziono: zwichnienie uda załonowe i zwichnienie kolana przednie, stopę szpotawą, bliźnę rozciągniętą naprzeciw krętarza wielkiego. Na prawej nóżce: krańcowe zgięcie i sztywność w stawie biodrowym i kolanowym, stopę szpotawą. W stawach łokciowych umiarkowane zgięcie i sztywność. Nadto oddzielne grupy mięśni na wszystkich kończynach przedstawiały objawy zaniku i niedowładu. Stan taki S. objaśnia jakąś sprawą zapalną płodu z następczemi zmianami w układzie nerwowym. Blizna naprzeciw krętarza może być pozostałością takiej sprawy, aczkolwiek nie można wyłączyć możności jej powstania wskutek zrostów z owodnią.

Prof. MARS godzi się, iż dany stan mógł się wytworzyć wskutek przebytej w życiu płodowej sprawy zapalnej. Blizna w tym przypadku nie może być pozostałością po zroście z owodnią, lecz jest śladem przebytego zapalenia.

Prof. RYDYGIER podaje „przyczynę do operowania raka sutki“. Prowadząc cięcie przy wyluszczeniu gruczołów pachowych przez środek dołu pachowego, prof. R. miał dwa razy powikłania wskutek ucisku blizny na naczynia i nerwy [raz bóle, drugi raz obrzęk]. Wobec tego robi obecnie cięcie bardziej ku tyłowi, przy przednim brzegu *m. latissimi dorsi*. Odpreparowawszy teraz płat skóry, aż do *m. coraco-brachialis*, unosi tenże płat ku górze, przecina powięź pachową, odsłania naczynia i przystępuje do oczyszczania jamy pachowej.

Kol. KRYŃSKI mówi „o nowotworach rakowych w skórze, wychodzących z gruczołów potowych“. Guz zwykle bywa niewielki, rośnie początkowo powoli, następnie daje przerzuty. Rozpoznanie często trudne, ponieważ łatwo przyjąć guz za kaszak. Prelegent spostrzegł 2 przypadki tego rodzaju: raz na twarzy, drugi raz około ucha u kąta żuchwy. Badanie drobnowidzowe wykazało *epitheliomata*.

Na tem zjazd zakończył czynności swoje. Kilka zapowiedzianych odczytów, jako to: prof. RYDYGIER'a „o wycinaniu włókniaków macicy“, kol. KRYŃSKIEGO „o antyseptyce w jamie brzusznej“, kol. ŚLAPY „o leczeniu konserwatywnem“ i kol. GABRYSZEWSKIEGO „o leczeniu operacyjnem gruźlicy stawów“, dla różnych powodów odłożono do zjazdu przyszłorocznego. Nadto zjazd uchwalił na przyszłość wydawać krótkie sprawozdania z czynności swoich.

Na zakończenie niniejszego sprawozdania pozwolę sobie wypowiedzieć kilka uwag ogólniejszej treści.

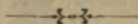
Ostatni zjazd zarówno pod względem ilości odczytów, jako też i uczestników wypadł znacznie gorzej, niż dawniejsze. Na 18 przedstawionych odczytów 13 dostarczył Kraków [w tej liczbie 8 klinika prof. RYDYGIERA], 5 zaś tylko inne miejscowości. Z drugiej strony ogół przybyłych gości wynosił niewiele więcej, niż dziesiątek. Można by to usprawiedliwić zapowiedzianym na wrzesień kongresem w Rzymie i trudnościami wyjazdu wobec zagrażającej cholery, gdyby nie ta okoliczność, że w ogóle doroczne zjazdy chirurgiczne traktowane są przez ogół naszych specjalistów po macoszemu. Urządzone przez prof. RYDYGIERA zjazdy mają cel dwojaki: naukowy i dydaktyczny. Zadaniem ich przeto jest z jednej strony pobudzać chirurgów do szukania nowych dróg, z drugiej zaś strony dać możność zebranim w ciągu kilku dni zapoznać się możebnie dokładnie ze wszystkimi zdobyczami wiedzy, dokonaniem w ciągu

roku za granicą. W ten sposób pojęte i przeprowadzone zjazdy mają rację bytu, nawet corocznie urządzone. Lekarz—praktyk, uprawiający chirurgię w mniejszym mieście, nie ma możliwości prenumerowania i odczytywania całej masy drukującej się dziś bibuly, nie może sam wypróbować rozmaitych metod, sprowadzać wszystkich zebranych przyrządów i narzędzi. Tymczasem tenże lekarz może poświęcić raz do roku kilka dni czasu i niewielką stosunkowo kwotę pieniędzy, by się od razu naocznie zapoznać z ważniejszymi nowymi rękoczynami i przyrządami. Idzie tylko o to, by zjazd rzeczywiście odpowiadał pod tym względem swemu zadaniu. Otóż, z tego, com dotąd słyszał i widział naocznie, mogę twierdzić stanowczo, że uczestnicy zjazdu co rok mogą nie tylko dowiedzieć się o postępach chirurgii u nas, lecz jednocześnie zapoznać się bardzo dobrze ze stanem chirurgii niemieckiej, a do pewnego stopnia i innych.

Profesorowie RYDYGIER i OBALIŃSKI sami stale jeżdżą na zjazdy chirurgiczne niemieckie, co roku zwiedzają obce oddziały, sprowadzają najnowsze przyrządy i modele. Żadna prawie poważniejsza myśl nowa nie przejdzie, by nie znaleźć na zjazdach oddźwięku. Jeżeli weźmiemy jeszcze na uwagę, że strona towarzyska, tak szeroko reprezentowana na zjazdach ogólnych, bywa tu z korzyścią naukową spychana na stanowisko pośrednie, to możnaby przypuszczać, że zjazdy chirurgiczne będą się roiły od uczestników. Tymczasem w rzeczywistości spotykamy się z objawem przeciwnym. Obok Krakowa w zjazdach przyjmuje stosunkowo najżywszy udział Lwów; poza tem przyjeżdża zaledwie kilku chirurgów z innych miast większych, prowincya zaś, która by może najwięcej mogła odnieść korzyści, wytrwale świeci nieobecnością [wyjątek stanowi paru, a w najlepszych okolicznościach—kilku ludzi dobrej woli]. Co się tyczy działów, które się u nas zdołały odszczepić od ogólnej chirurgii [ginekologia, laryngologia, okulistyka, otyatria i inne], to żaden z ich przedstawicieli nie splamił się jeszcze udziałem w zjazdach chirurgicznych. Zdarzało mi się nawet spotykać takich, którzy przypadkiem podczas zjazdu wpadli do Krakowa; pomimo to kliniki chirurgicznej stale unikali, jak szpitala cholerycznego. A przecież nie było prawie ani jednego zjazdu, na którymby nie podnoszono kwestyi ginekologicznych. Na ostatnim zjeździe prof. RYDYGIER głównie dlatego odłożył swój odczyt do zjazdu ogólnego, że z wyjątkiem prof. MARSA nie było żadnego ginekologa. Muszę tu jeszcze raz powtórzyć dawniej już powiedziane, że przecież prof. RYDYGIER i prof. OBALIŃSKI nie po to przygotowują wykłady, gromadzą, często z prowincyi umyślnie sprowadzając, chorych, zakupując całe masy najczęściej im niepotrzebnych narzędzi, by sobie to wzajemnie pokazywać. Gdyby wszyscy ordynatorowie oddziałów chirurgicznych zechcieli dopomagać kierownikom zjazdu w ich pracy, a ogół miłośników chirurgii poparł tę pracę zainteresowaniem się swoim, wówczas zjazdy mogłyby się stać świetną szkołą. Inaczej, spoczywając na barkach kilku tylko ludzi, muszą im przynieść rozczarowanie i wyczerpanie, same zaś zjazdy ulegać charłactwu.

Bronisław Sawicki.

Wiadomości terapeutyczne.



16. *Creosotalum*, s. *Creosotum carbonicum*. Kreozotal, czyli Węglan kreozotu. Zamiast czystego kreozotu i rozmaitych związków gwajakolu, w ostatnich czasach stosują, szczególnie we Francyi, przy leczeniu gruźlicy płuc nowy przetwór kreozotu, a mianowicie węglan kreozotu.

Kreozot wprawdzie nie jest związkiem chemicznym jednolitym, jednakże, podobnie jak się otrzymuje węglan gwajakolu, można otrzymać i nowy przetwór, o którym mowa, a mianowicie przez działanie gazu fosgenowego [chloro-tlenek węgla Cl_2CO] na roztwór kreozotu w odpowiedniej ilości łągu sodowego.

Kreozotal jest płynem konsystencji syropu, przejrzystym, barwy jasno brunatnawej. Gęstość płynu tego zależy od temperatury; w zimie np. kreozotal trudniej daje się przelewać, jeżeli poprze-

dnio nie został nieco ogrzany. Podobniez bardziej płynnym staje się kreozotol przez zmieszane go z alkoholem, lub z olejami tłustymi.

Przetwór ten, a mianowicie z jasną a nie ciemną barwą, nie ma zapachu; nie pali jak kreozot, ale ma smak gorzkawy.

Pod wpływem alkaliu lub też w organizmie ludzkim i zwierzęcym rozkłada się na kwas węglany i kreozot, który wydziela się głównie z moczem; to też w wielu razach mocz przyjmuje cieple mne zabarwienie i pachnie kreozotem.

D-r EDMUND CHAUMIER (*Deutsch. med. Woch. 1893. 24. 25. Therap. Monatsh. 1893. 5*) przeprowadził szereg spostrzeżeń nad działaniem tego środka leczniczego i bardzo zachwala skuteczność jego przy gruźlicy płuc tak u dorosłych, jakoteż u dzieci, przyczem zaznacza, że przetwór ten nie wywołuje ani podrażnienia przewodu pokarmowego, ani żadnych innych niepożądanych objawów.

Podawać można kreozotol albo sam przez się, albo w winie, albo w kapsułkach, albo nareszcie w emulsyi.

Dawka wynosi u dzieci 1,0—6,0 *pro die*, u dorosłych 4,0—15,0 *pro die* [trzy łyżeczki].

17. Formalinum, s. Formolum, s. Formaldehydum. Formalina, czyli Formol, czyli Aldehyd kwasu mrówkowego. Wprawdzie już dawniej chemicy przypuszczali, że istnieje aldehyd kwasu mrówkowego, jednakże otrzymać go nie mogli; dopiero HOFMANN'owi udało się związek ten otrzymać w stanie wolnym.

Aldehyd kwasu mrówkowego jest gazem bezbarwnym, zapachu przenikliwego. Gaz ten bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie i właśnie taki wodny roztwór 40% nosi nazwę formaliny.

Z doświadczeń ARONSON'a, BERLIOZ'a i TRILLAT'a wyprowadzić można następujące wnioski: Formalina należy do najsilniejszych środków, zabójczo działających na bakterye. Działanie toksyczne na zwierzęta ciepłokrwiste jest niezmiernie słabe, tak, że środek ten w dawkach małych na organizm ludzki i zwierzęcy żadnego szkodliwego wpływu nie wywiera.

Pary aldehydu kwasu mrówkowego bardzo szybko przenikają tkanki organiczne i chronią je od gnicia.

Pary te, nawet w bardzo wielkiem rozcieńczeniu, powstrzymują rozwój wszelkich drobnoustrojów.

Substancye, nasiąknięte lasecznikami EBERTH'a, albo lasecznikami karbunkulowymi, zostają przez owe pary wyjałowione w ciągu kilku minut.

Pary te wywierają działanie toksyczne na ustrój ludzki i zwierzęcy tylko wówczas, gdy wdychaniem zostają w dużej ilości w ciągu kilku godzin.

Świeże kawałki normalnej skóry pod wpływem aldehydu kwasu mrówkowego stają się podobnymi do skóry wyprawionej, garbowanej.

Białko i krew pod wpływem rzeczonoego aldehydu krzepną, przyczem białko przyjmuje postać masy przejrzystej.

JABLON-GONNET oraz RACZOWSKI na mocy osobistych doświadczeń przekonali się, że dodatek $\frac{1}{2}$ miligramu wzmiankowanego aldehydu na litr płynu [wino, piwo i t. p.] chroni ów płyn od rozkładu.

Prócz tego formalina może okazać się niezmiernie pożyteczną przy dezynfekcyi mieszkań i rozmaitych przedmiotów; dotąd bowiem nie posiadaliśmy substancyi gazowej, którą dla jej niewątpliwych własności dezynfekcyjnych śmiało można byłoby stosować — bez narażenia przedmiotów dezynfekowanych na zepsucie, aldehyd zaś kwasu mrówkowego w postaci wodnego roztworu, t. j. formaliny, doskonale nadaje się do tych celów, dość bowiem w tym razie użyć odpowiedniego rozpylacza.

Formalina prawdopodobnie w niedługim czasie może zająć poważne stanowisko tak w celach higienicznych, jak i leczniczych. (LIEBREICH. *Therapeut. Monatsh. 1893. 4*).

W końcu dodać winniem, że w ostatnich czasach z własności formaliny skorzystano dla utrwalenia czystych hodowli rozmaitych drobnoustrojów, a mianowicie dla utworzenia zbiorów bakteriologicznych. (*Münch. med. Woch. 30. Gazeta Lekarska. 36. str. 954*). Wiktor Grostern.

Do dzisiejszego N-ru dołącza się do pracy FR. NEUGEBAUERA tablica porównaweza 28 ichnogramów.

F. Neugebauer. Tablica porównawcza 28 ichnogramów czyli śladów chodu ludzkiego przy prawidłowych oraz przy niektórych patologicznych warunkach.

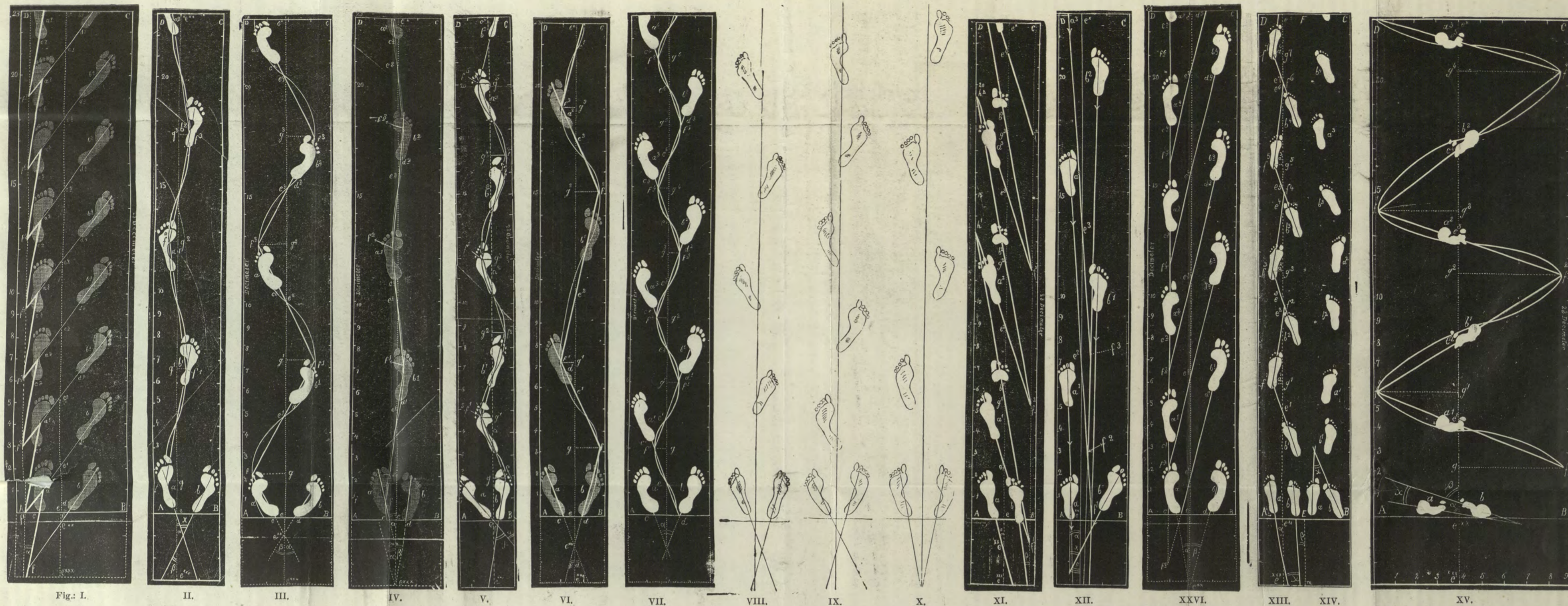


Fig.: I. II. III. IV. V. VI. VII. VIII. IX. X. XI. XII. XXVI. XIII. XIV. XV.

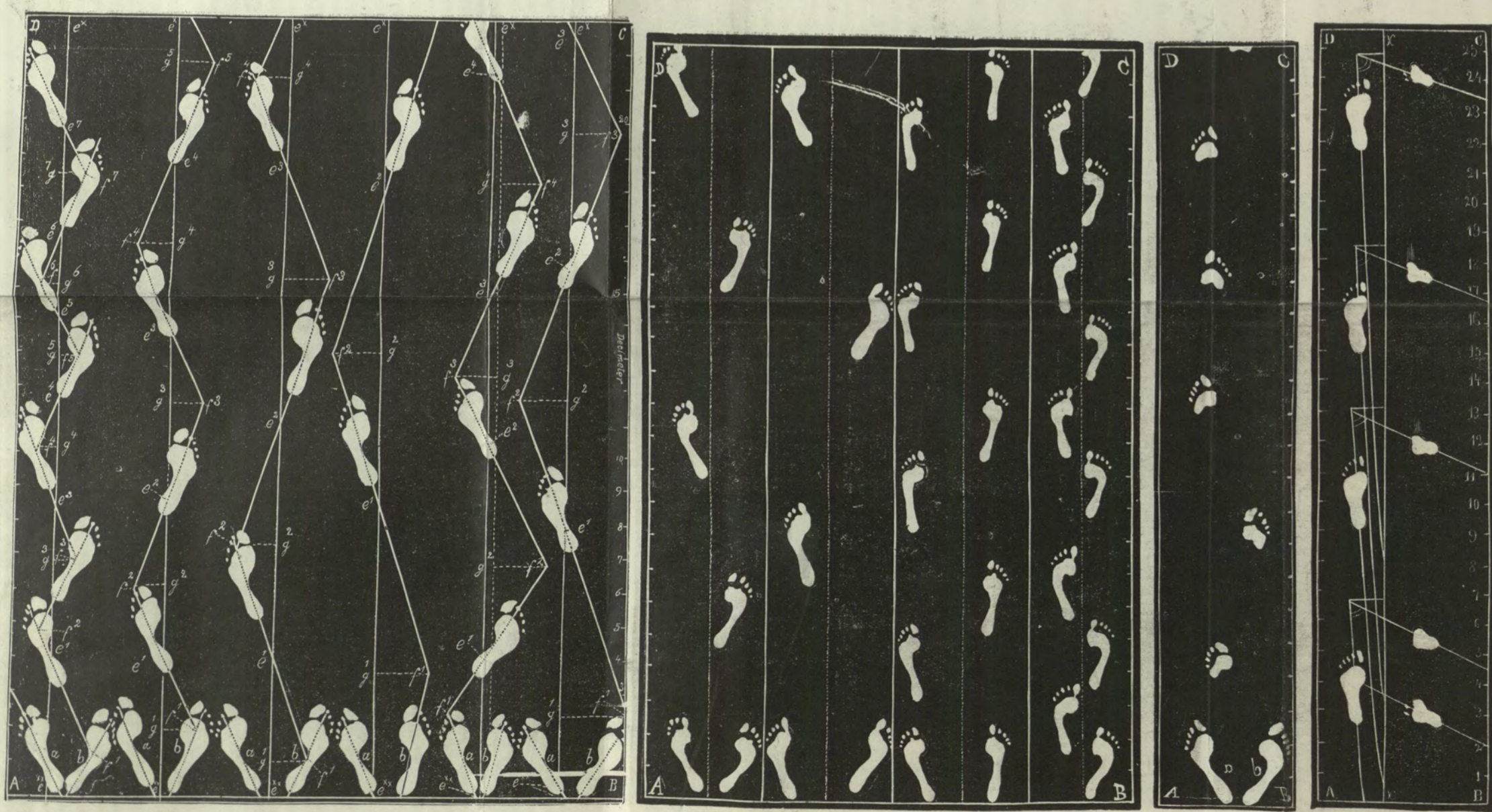


Fig.: XVIII. XIX. XX. XXI. XXII. XXIII. XXIV. XXV. XXVII. XXVIII. XXVI. XXVII.

- Fig. I. Chód kołyszący się przy chodzeniu H. R. (p. f. 1-3).
- Fig. II. Chód dorosłego mężczyzny (Kyphosis dorsalis) (patrz fig. 18).
- Fig. III. Prawidłowy chód (cokolwiek szematyzowany).
- Fig. IV. Chód ciężarnej w 6 miesiącu kobiety (Kyphosis dorsalis) (patrz fig. 10).
- Fig. V. Chód dorosłej kobiety dotkniętej kręgozmykiem (p. fig. 7 i 8).
- Fig. VI. Chód dorosłego wyrobnika (Scoliosis col. vert.).
- Fig. VII. Prawidłowy chód (cokolwiek szematyzowany).
- Fig. VIII. Chód Minny Bernd dotkniętej kręgozmykiem (spondylolisthesis lumbosacralis).
- Fig. IX. Chód Ottyli Grassau (Kyphosis lumbosacralis) (patrz fig. 11-13).
- Fig. X. Chód prawidłowy kobiety dorosłej przy kołach ciężkich.
- Fig. XI. Chód dorosłej kobiety (Luxat. femor. dextri iliaca orig. traumaticae).
- Fig. XII. Chód dorosłej 22 letniej tancerki z Londynu, (ojcem jest Kreol francuzki z Jamajki, matką córka afrykańskiej buszmarki).
- Fig. XIII. Chód 4 letniej panienci z gorsetem Sayre'a oraz
- Fig. XIV. bezgorsetu (Lux. cox. iliaca dupl. cong.) (p. fig. 25 i 26).
- Fig. XV. Chód 14 letniego chłopca (pes varus congenitus dexter et sinister).
- Fig. XVI. Chód prawidłowy 26 letniego mężczyzny na palcach czyli przedstopiu.
- Fig. XVII. Chód pacjentki o pes varus cong. dexter (p. fig. 30).
- Fig. XVIII. Chód prawidłowy 26 letniego mężczyzny tak zw. pogrzebowy, czyli bardzo wolny (mój własny chód).
- Fig. XIX. Chód tegoż wolny.
- Fig. XX. Chód tegoż zwykły (8 wiorst na godzinę).
- Fig. XXI. Chód tegoż biegający (patrz również ichnogram XVI).
- Fig. XXII. Chód Pruskiego grenadjera podczas marszu przy pełnem uzbrojeniu i pakunku.
- Fig. XXIII. Chód pruskiego grenadjera przy marszu.
- Fig. XXIV. Chód dorosłego mężczyzny (Tabes dorsalis).
- Fig. XXV. Chód posłańca dorosłego (Genu valgum obu kończyn).
- Fig. XXVI. Chód Waleryi Waczyńskiej bez używania kuli (patrz fig. 22-25 oraz ichnogr. XXVII).
- Fig. XXVII. Chód Waleryi Waczyńskiej przy używaniu kuli.
- Fig. XXVIII. Chód wiekowej kobiety (Paralysis agitans).

Patrz również prace moje o kręgozmyku w czasopiśmie: Archiv f. Gynäkologie:
 Bd. XIX Heft 3, S. 441-474 (z 22 rysunkami w tekście).
 Bd. XX Heft 1, S. 133-144 (z 38 rysunkami).
 Bd. XXI Heft 2, S. 194-204 (z 2 rysunkami).
 Bd. XXII Heft 3, S. 347-407 (z 25 rysunkami).
 Bd. XXV. Heft 2, S. 182-252 (z 44 rysunkami).

Prace: „Spondylolisthesis et Spondylizème. Résumé des recherches littéraires et personnelles depuis 1880 jusqu'en 1892. Avec introduction par le professeur A. Charpentier. Steinheil éditeur Paris 1892 (z 131 rysunkami).
 Oraz: Bericht über die neueste Kasuistik der Spondylolisthesis nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose (z licznymi rysunkami—pod prasą).
 Porównaj nareszcie A. Swedelin: „Ein neuer Fall von klinisch beobachteter Spondylolisthesis“. Arch. f. Gyn. Bd. XXII. Heft 2. (Fig. 1-7).
 Oraz: Zimmer: Ein Fall von spondylol. Becken. Diss. inaug. Erlangen 1888.
 Schlesier: „Ein Fall von spondylol. Becken“, Diss. inaug. Halle 1890.
 Bohm: Ein neuer Fall von Spondylolisthesis des weiblichen Beckens mit glücklichem Geburtsverlauf. Diss. inaug. Berlin 1892.

Ichnogramy po większej części drogą fotograficzną zredukowane na 1/11 część naturalnej wielkości przez Warszawską firmę p. Boretti.

W rysunkach ichnogramów I-XXVIII mniej zwracałem uwagi na dokładność rysunku odbić każdej pojedynczej stopy jak na dokładność rysunku ichnogramu w całości; przy badaniach sądowo-lekarskich co do tożsamości badanego osobnika wypada kontury każdego pedatogramu zdejmować z jaknajściślejszą dokładnością.