

GAZETA LEKARSKA.

I. DWA PRZYPADKI ZAPALENIA ROPNEGO DRÓG ŻÓŁCIOWYCH,

WYWOŁANEGO PRZEZ BACTERIUM COLI COMMUNE.

PODALI

Zdzisław Dmochowski i Władysław Janowski,

pom. pros. anat. patologicznej, asyst. oddz. chor. wewnętrznych.

— 3 —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 51].

W przeglądzie literatury, pomieszczonym we wstępie, zaznaczyliśmy, że CHARRIN i ROGER otrzymane przy tej sprawie hodowle wstrzykiwali bezpośrednio do dróg żółciowych. Ponieważ za najbardziej pożądane uważaliśmy eksperymentalne wywołanie sprawy tą samą drogą, jaką się odbyła w naturze, podjęliśmy te właśnie doświadczenia. Z pomiędzy kilku metod wybraliśmy następującą. Bulionową hodowlę lub wodną bełtankę pasożytów, rozwiniętych na żelatynie, wciągaliśmy do szklanej rurki, której jeden koniec był wązkim i wyciągniętym do długości 10 ctm., drugi zaś szeroki—zatkany watą. Zaznaczyć należy, że przed użyciem cienki koniec rurki był zalutowanym, cała zaś w piecu wyjaławiana. Po wciągnięciu bełtanki do rurki, cienki jej koniec lutowaliśmy ponownie, całą zaś rurkę trzymaliśmy aż do chwili użycia w 1% roztworze sublimatu. Technika samego doświadczenia była następująca. Psu goliliśmy cały brzuch, następnie wymywaliśmy skórę mydłem, spirytusem, eterem i 0,1% sublimatem. Zachloroformowawszy go, przeprowadzaliśmy cięcie wzdłuż brzucha, w odległości 3 ctm. od linii środkowej, zaczynając od łuku żebrowego. Cięcie to miało długość od trzech do siedmiu centymetrów. Otworzywszy jamę otrzewnej i znalazłszy dwunastnicę, szukaliśmy miejsca, gdzie wpada do niej *ductus choledochus*. Miejsce to najłatwiej daje się tu spostrzedz przy odpowiednim pociąganiu dwunastnicy. Naprzeciw przypuszczalnego ujścia przewodu rozcinaliśmy kiszkę na możliwie małej przestrzeni [3 do 5 ctm.], znajdując ujście przewodu i wprowadzaliśmy doń cienką sondę dla lekkiego rozszerzenia. Następnie wyjmowaliśmy rurkę z sublimatu i, obtarłszy ją starannie tamponem, wyciśniętym z 3% kwasu karbolowego, oblamywaliśmy przepalonym pincetem koniec zalutowany. Zatkawszy palcem szeroki koniec rurki, wprowadzaliśmy ją bardzo ostrożnie i powoli na głębokość mniej więcej 2 ctm. do *ductus choledochus*, rozumie się, wyjąwszy w pierw sondę. Dmuchając następnie przez szeroki koniec rurki, wprowadzaliśmy jej zawartość do dróg żółciowych, poczem rurkę

szybko wyjmowaliśmy, ujęcie zaś *ductus choledochi* uciskaliśmy w przeciągu kilku minut palcem, by w ten sposób wywołać chociaż chwilowy, zupełny zastój żółci. Nałożywszy potem podwójny szew na kiszkę, przyszywaliśmy na całej długości szwu *omentum*, zaszywaliśmy ściany brzucha i ranę zalewaliśmy elastycznym kolodyonem sublimatowym. Operację tę wykonaliśmy na czterech psach.

Doświadczenie I. Pies; pod chloroformem zrobiono laparotomię, rozcięto *duodenum*, przez *ductus choledochus* wprowadzono rurkę do pęcherzyka żółciowego i wstrzyknięto tu 2 ctm. sześć. hodowli rosołowej w 4-tem pokoleniu. Zaszyto następnie kiszkę i przszyto do szwu *omentum*. Pies zdechł na drugi dzień. Na seceji zmian żadnych w organach wewnętrznych nie znaleziono, oprócz tych, które zależały od zabiegów chirurgicznych. Drogi żółciowe zawierały czystą zwykłą żółć.

Doświadczenie II. Pies; pod chloroformem wykonano operację, jak w doświadczeniu piezwszem; pies żył przez 52 godzin, poczem zdechł. Na seceji okazało się, że szew kiszkowy trzymał zupełnie dobrze. W jamie otrzewnej znaleziono około 10 ctm. sześć. mocno mętnego, zabarwionego na różowo płynu. Otrzewna, pokrywająca część kiszek, przylegających do wątroby i odpowiednią część ściany brzusznej, przekrwiona, zmętniała i pokryta niewielką ilością włókniaka. Dwunastnica przyklepioną jest do dolnej powierzchni wątroby. Wszystkie zrazy wątroby są zlepione. Na górnej powierzchni, pomiędzy wątrobą i przeponą brzuszną, nagromadziła się większa ilość płynu, podobnego do ropy, tak, że go na nożu zebrać można było. Przy badaniu mikroskopowem okazało się, że nie jest to ropa, lecz drobne, amorfne ziarenka, do których domieszały się w stosunkowo małej ilości ciała krwi i ciała ropne. Płyn ten rozlano na płytki żelatynowe. Po trzech dniach rozwinęła się czysta hodowla *bact. coli*. Drogi żółciowe były i w tym przypadku bez zmiany.

Doświadczenie III. Pies. Technika operacyjna jak wyżej. Na drugi dzień po operacji pies był chory, nie jadł. Na trzeci zaczął jeść. Po 7 dniach pies był zupełnie zdrow. Na 8-my dzień psa zabito. Okazało się na seceji, że szew kiszkowy trzymał dobrze i że *omentum* przyrosło do niego, tworząc gruby wał. Otrzewna była wszędzie bladą, połyskującą. W jamie otrzewnej zawartości nie było. Pęcherzyk żółciowy mocno rozciągnięty, wysłany zupełnie normalną błoną śluzową. Żółć blada, przezroczysta.

Doświadczenie IV. Pies. Technika operacyjna jak wyżej. Po 10 dniach psa zabito. Na seceji w organach wewnętrznych żadnych zmian, prócz zależnych od zabiegów chirurgicznych, nie wykryto.

Jak widzimy z opisu powyższych doświadczeń, wynik ich był o tyle ujemnym, że ani razu nie udało się nam wywołać jakichkolwiek zmian w drogach żółciowych. Być może, że przy większej ilości prób doszlibyśmy tak, jak CHARIN i ROGER i inni, do zamierzonego celu. Zmudna jednak technika doświadczeń skłoniła nas do odstąpienia od pierwotnego zamiaru, tembardziej, że nie była to jedyna droga, potrzebna do stwierdzenia ropotwórczych własności wyhodowanego przez nas *bacterium coli*. Wiemy, że pasożyty, wywołujące sprawy ropne w jednych miejscach, powinny posiadać tę własność, będąc zaszczerpionymi w in-

ne tkanki; otrzymane więc pod wpływem działania naszego pasożyta ropnie podskórne uważać już możemy za ścisły dowód własności jego ropotwórczych. Chcąc się przekonać, o ile nasze hodowle *bact. coli* własności te posiadają, przerebilibyśmy podany niżej szereg doświadczeń.

Ponieważ wiadomem jest, iż pasożyty ropotwórcze przez kilkakrotne przeszczepianie na sztucznych podłożach tracą swe jadowite własności, ponieważ zaś, z drugiej strony, potrzebnym jest dość znaczny stopień jadowitości pasożytów, by szczepienie ich mogło wogóle ropienie wywołać, postanowiliśmy, idąc śladem LESAGE'a i MACAIGNE'a oraz WURTZ'a, podnieść złośliwość *bact. coli* przez kilkakrotne przeszczepianie go do jamy opłucnej. W tym celu wleliśmy 2-m królikom do opłucnej po dwa kub. ctm. używanej w powyższych doświadczeniach hodowli bulionowej *bact. coli* [4-te pokolenie]. Okazało się jednak, że pasożyty, użyte w tych warunkach, przejawiały od razu bardzo znaczny stopień jadowitości.

Doświadczenie V. Królikowi wstrzyknięto do jamy opłucnej 2,0 ctm. rosółowej hodowli *bact. coli* w 4-tem pokoleniu. Królik zdechł po 24 godzinach. Na sekcji w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie wykryto. Opłucna była biała, połyskująca, zawartości w jamie jej nie było żadnej,

Doświadczenie VI. Królikowi wstrzyknięto do lewej jamy opłucnej 3,0 ctm. rosółowej hodowli *bact. coli* w 4-tem pokoleniu; po 46 godzinach królik zdechł. Na sekcji znaleziono: Lewa opłucna mocno przekrwiona, cała pokryta warstwą włókniaka, w niektórych miejscach wyciągającego się w niteczki. Takim samym nalotem pokrytą była cała zewnętrzna powierzchnia osierdzia. W jamie opłucnej było około 5 c ctm. zupełnie mętnego, krwawego, lepkiego płynu. Po zbadaniu mikroskopowem okazało się, że płyn ten nie był ropą. Zawiesina składała się z drobnych ziarenek rozmaitej wielkości i kształtu, niewielkiej ilości ciałek krwi, ciałek ropnych i niteczek włókniaka; płyn ten rozlano w żelatynie na płytkach i wyhodowano na nich czystą kulturę *bact. coli*.—Wątroba była nieco powiększoną, przekrwioną. Na swobodnej jej powierzchni oraz na powierzchni rozkroju znaleziono wielką ilość drobnych, żółtych ognisk, wielkości mniej więcej ziarenka prosa. Ogniska te znajdowały się przeważnie pod powierzchnią i około wolnych brzegów wątroby. W jednym tylko miejscu, w samym środku wątroby, znaleziono ich kilkanaście obok siebie leżących. Pomiędzy nimi i około nich, na przestrzeni mniej więcej 1 ctm., wątroba była zmętniałą i rozrywała się łatwo. Części te, jak również ognisko, leżące pod powierzchnią, poddaliśmy badaniom mikroskopowym. Okazało się, że są to bardzo drobne ropnie. Przedstawały się one pod postacią zbiorowisk ciałek ropnych, pomiędzy którymi znajdowano dość grube krótkie pałeczki. Otaczające je komórki wątrobowe po większej części wcale barwić się nie chciały [rozczyn LÖFFLER'a], w innych zabarwiała się tylko jądra, inne były mocno ziarniste, lecz przyciągały jeszcze barwnik w znacznej ilości. Niektóre z tych ropni leżały pomiędzy zrazikami wątroby, inne w samych zrazikach, niektóre w tkance łącznej zaraz około naczyń krwionośnych, inne zaś około przewodów żółciowych. Znaleziono jeden przewód mocno rozszerzony, ze złuszczonej i zmętniałym nabłonkiem, cały wypełniony ciałkami ropnemi. Laseczników tu jednak nie znaleziono. Widzimy więc, że nie

mamy żadnej podstawy do dopatrywania się jakiegokolwiek związku sprawy ropnej wątroby z przewodami; musimy ją raczej uważać za wynik zakażenia hematogenicznego, będącego objawem posocznicy (*septico-pyæmia*), na którą, jak widać z powyższego protokołu, padł królik.

Wobec powyższego wyniku doświadczeń, uważaliśmy dalsze podnoszenie jadowitości pasożytów za zbyt znaczne i przystąpiliśmy odrazu do szczepienia ich podskórnego. Technika doświadczeń była jak powyżej, z tą różnicą, że rurkę z nieodłamany końcem wprowadzaliśmy przez opaloną i przekłótną skórę do tkanki podskórnej. Następnie odłamywaliśmy w niej koniec, wydmuchiwaaliśmy zawartość rurki, ranę powtórnie przypalaliśmy żegadłem PAQUELIN'a i zalewaliśmy ją kolodyonem sublimatowym.—Szczepienia podskórne wykonaliśmy na 6 psach, przyczem otrzymaliśmy wyniki następujące.

Doświadczenie VII. 10. XI. P i e s. Wstrzyknięto pod skórę lewej łopatki 1 c. ctm. beltanki wodnej, zawierającej $\frac{1}{2}$ hodowli rozwiniętego na płaszczyźnie żelatynowej *bact. coli*, wyhodowanego bezpośrednio z *angiocholitis purulenta*.

11. XI. Na miejscu wstrzyknięcia wytworzył się guz dość twardy, rozlany, przy ucisku mocno bolesny, nie chelbocący. Guz zajmował mniej więcej 4 kwadr. ctm..

12. XI. *St. idem*. 13. XI. Obrzęk i guzowatość mniejsze. 15. XI. Guz jeszcze mniejszy. 18. XI. Guza wyczuć nie można. W przeciągu następnych dni pies przyszedł do zdrowia.

Doświadczenie VIII. 10. X. P i e s. Wykonanie i przebieg, jak w doświadczeniu Nr. VII.

Doświadczenie IX. 11. XI. Na miejscu wstrzyknięcia wyniosłość długości około 8 ctm., szerokości około 5 ctm. 12. XI. *St. idem*. Chelbotania wyczuć nie można. 13. XI. Guz nieco się powiększył, jest bardziej wyniosłym, wyraźnie chelboce. Psa zabito. Po nacięciu chelbocącego miejsca wypłynęło około 15 c. ctm. ropy dość gęstej, szarej, zabarwionej krwią. Roztarto ją na szkiełkach i poddano badaniom mikroskopowym, przyczem okazało się, że składa się ona przeważnie z komórek wielojądrowych i zawiera dużo pałeczek, barwiących się roztworem LÖFFLER'a i nie barwiących się metodą GRAM'a i WEIGERT'a. Ropę rozlano w żelatynie na płytkach. Otrzymano zupełnie czystą hodowlę *bact. coli*. Badanie mikroskopowe tkanki, stanowiącej ścianę ropnia, wykazało bardzo znaczne przepelnienie większych i drobnych naczyń w tkance podskórnej, drobne wynacznienia w niej, nacieczenie drobnokomórkowe bardzo znaczne, tem większe, im bliżej jamy ropnia znajduje się badane miejsce, rozszerzenie kanalików sokowych, w których i między ciałkami ropniami znajduje się dość dużo pałeczek takich samych, jak w samej ropie.

Doświadczenie X. 15. XI. P i e s. Technika, jak w doświadczeniu Nr. VII, z tą różnicą, że wstrzykiwano pasożyty wyhodowane z *perihepatitis acuta fibrinosa* powstałego przy doświadczeniu Nr. II.

16. XI. Na miejscu wstrzyknięcia obrzęk rozlany, zajmujący przestrzeń około 8 □ ctm. 17. XI. Obrzęk już nieco mniejszy. 20. XI. Obrzęk znikł zupełnie, guza wyczuć nie można.

Doświadczenie XI. 15. XI. Pies bardzo wynędzniały. Szczepiono pasozyty tego samego pochodzenia, jakich użyto w doświadczeniu Nr. X. 16. XI. Na miejscu wstrzyknięcia duży guz, zajmujący około 6 □ ctm., już nieco chelbojący. 17. XI. Wyniosłość na miejscu szczepienia znacznie większa, chelbotanie bardzo wyraźne. Obawiając się, by ropień sam nie pękł, psa zabito. Po rozcięciu skóry wypłynęło około 40 c. ctm. ropy jasno żółtej, nie cuchnącej. Roztarto ją na szkiełkach i stwierdzono pod mikroskopem, że składa się z komórek prawie wyłącznie wielojądrowych oraz zawiera średnią ilość laseczników, barwiących się płynem LÖFFLER'a, a nie barwiących się metodami GRAM'a i WEIGERT'a. Badanie tkanek dało wynik identyczny z badaniem, przeprowadzonym przy doświadczeniu Nr. IX. Ropę rozlano na płytkach w żelatynie i otrzymano czystą hodowlę *bact. coli*.

Doświadczenie XII. 15. XI. Pies. Szczepiono beltankę wodną, zawierającą $\frac{1}{2}$ hodowli, rozwiniętej na płaszczyźnie żelatynowej *bact. coli*, otrzymanego z wysięku pleurytycznego przy doświadczeniu Nr. VI.

10. XI. Na miejscu wstrzyknięcia guz bardzo bolesny, wielkości orzecha włoskiego. 17. XI. Obrzęk naokoło guza nieco większy, bolesność znaczna. 18. XI. Guz lekko chelboce. 19. XI. Chelbotanie wyraźne. Psa zabito. Po rozcięciu guza okazało się, że skóra oraz tkanka podskórna są mocno obrzękłe i zawierają duże, znekrotyzowane gniska żółto-zielonego koloru. Obrzęk otaczającej tkanki jest bardzo znacznym. Jama ropnia niewielka, zawiera zaledwie kilka ctm. sześć. rzadkiej blado-żółtej ropy. Badanie bakteriologiczne oraz mikroskopowe dało wyniki identyczne z wynikami badań, przeprowadzonych po doświadczeniach powyżej podanych.

Z ostatnich sześciu doświadczeń widocznem jest, że *bact. coli*, wstrzyknięte pod skórę, stale wywoływało odczyn zapalny w zakażonej nim tkance. W trzech przypadkach odczyn ten polegał tylko na obrzęku i nacieczeniu tkanki, które następnie powoli ustąpiły. W trzech zaś innych doszło do ropienia. Natężenie sprawy ropnej było dość znacznem, gdyż zniszczenie tkanki było dość rozległem, ilość zaś wytworzonej ropy wielką. Pierwszy przypadek ropienia powstał pod wpływem działania pasożytów, wyhodowanych bezpośrednio z *angiocholitis purulenta*, drugi—z *perihepatitis*, powstałego pod wpływem tych samych pasożytów, trzeci—z *pleuritis ichorosa*, powstałego również po ich zaszczepieniu. Widzimy więc, że czterokrotne przeszczepianie pasożytów, otrzymanych bezpośrednio z dróg żółciowych, nie pozbawiło ich zupełnie własności ropotwórczych. Z jednej strony wywoływały one bezpośrednio ropienie podskórne, z drugiej—prowadziły do posocznicy [dośw. VI],¹ stojącej, jak wiadomo, w szeregu spraw z ropieniem w związku będących. Otrzymane z tych świeżych ognisk pasozyty posiadały, jak widzieliśmy w dośw. XI i XII, własności chorobotwórcze nie większe od hodowli, już kilkakrotnie przez sztuczne podłoża przeprowadzanych.

Zestawiając wszystko wyżej powiedziane, widzimy, że: 1) w jednym szeregu doświadczeń [szczepienie do dróg żółciowych] otrzymaliśmy wyniki ujemne,

2) w innym szeregu [doświadczenie Nr. VII, VIII, X] otrzymaliśmy sprawy zapalne dość wyraźne i znaczne, w ropienie jednak nie przechodzące,

3) w trzech przypadkach [Nr. IX, XI, XII] otrzymaliśmy w tkance podskórnej ropienie,

4) w dwóch przypadkach [Nr. V, VI] szczepienie *bact. coli* doprowadziło do śmierci zwierząt przy objawach posocznicy.

Powyższe własności wyhodowanego przez nas *bact. coli* upoważniają nas do postawienia ich własności na równi z własnościami innych pasożytów ropotwórczych. Wiemy bowiem, że najczęstszy sprawcy ropienia—gronkowce i paciorkowiec—również nie zawsze wywołują przy szczepieniu zwierzętom ropienie, że szczepienie ich raz pozostaje bez skutku, to znów prowadzi do niższych stopni zapalenia wysiękowego, innym razem prowadzi do powstania wysięku ropnego, czasami zaś jest przyczyną ogólnego zakażenia organizmu, zwanego posocznicą *resp.* ropnicą. Wszystkie te stopnie działania *bac. coli* na organizm zwierzęcy spostrzegaliśmy w naszych, choć tylko kilkunastu, doświadczeniach; upoważniają więc nas już one do uważania pasożyta, z którym mieliśmy do czynienia, za ropotwórczy. Ponieważ zaś w obu badanych przez nas przypadkach ropienia dróg żółciowych znajdował się tylko ten pasożyt, niewątpliwie, jak widzieliśmy, te własności ropotwórcze posiadający, musimy więc jego obecność uważać za wyłączną przyczynę zapalenia ich ropnego.

Uważać *bact. coli* za jedyną lub nawet najczęstszą przyczynę ropienia w drogach żółciowych nie mamy żadnej podstawy, ani też zamiaru. Celem naszej pracy było tylko wykazanie, że między innymi i ten pasożyt do ropienia w drogach żółciowych sam przez się prowadzić może, oraz podanie przyczynka do własności chorobotwórczych *bact. coli*, coraz bardziej umysły patologów zajmującego.

Z PRACOWNI PROF. M. NENCKIEGO W INSTYTUCIE MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

II. O SKŁADZIE CHEMICZNYM DZIEGCIĄ SOSNOWEGO I O JEGO WŁASNOŚCIACH DEZYNFEKCYJNYCH.

Podali

Prof. M. Nencki i D-r Sieber.

— 2 —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 51].

Dotychczas była mowa o dezynfekcyjnych własnościach dziegci i jego przetworów; jednocześnie przeprowadziliśmy również doświadczenia nad jego działaniem antyseptycznym, t. j. nad własnością powstrzymywania rozwoju bakterii. Doświadczeń tych dokonano w części według metody BEHRING'a, w części w sposób następujący: zapomocą 1-o centymetrowej pipety, zaopatrzonej w podziałki $\frac{1}{100}$ ctm. sześć., do 10 ctm. sześć. bulionu wyjałowionego dodawano określoną ilość substancji badanej i następnie do tegoż bulionu przenoszono hodowlę bakteryjną umieszczano w termostacie na przeciąg 4 tygodni. Tablice XII, XIII i XIV zawierają wyniki doświadczeń nad antyseptycznymi własnościami wody dziegciowej, octu drzewnego i roztworu alkalicznego.

T a b l i c a X I.

Dziegieć sosnowy z popiołem drzewnym.

W 100 cz. wag. wody, 5 części dziegicia i 100 cz. popiołu. Hodowle bulionowe mieszano z równą objętością płynu dezynfekcyjnego. Znak + oznacza rozwój, znak +* rozwój słaby, znak — brak rozwoju.

Czas działania.	M i n u t y.								G o d z i n y.						
	2	4	6	8	10	15	20	30	45	1	2	3	4	5	6
<i>Spirillum cholerae</i> , Koch	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Bacillus cholerae</i> z Massanah	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Bacillus typhi abdominalis</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—
<i>Bacillus pyocyaneus</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—

Na podstawie powyższych badań dochodzimy do przekonania, że dziegieć drzewny, tak w stanie niezmienionym, jakoteż w postaci różnych przetworów, jako środek dezynfekcyjny, zupełnie zastąpić może kwas karbolowy; kardynalna wada tego przetworu polega na tem, że wskutek niejednakowego sposobu przygotowania różny posiada skład chemiczny, a stąd niejednakowe działanie dezynfekcyjne. Wada ta jednak usuniętą być może przez badania kontrolujące. Nie przypuszczamy bynajmniej, aby przetwory dziegicia sosnowego zastąpić mogły wszystkie inne środki dezynfekcyjne. Para wodna, sublimat, chlorek wapna i t. d., długo jeszcze zajmować będą pierwsze miejsce w praktyce dezynfekcyjnej. Z drugiej zaś strony, równolegle z postępami chemii ilość środków dezynfekcyjnych, posiadających pewne działanie, z roku na rok zwiększać się będzie. Za przykład służyć mogą chlorfenole, które w ostatnich czasach poddaliśmy badaniu w naszej pracowni. Wyższość dziegicia sosnowego w porównaniu z kwasem karbolowym widoczną jest zwłaszcza dla Rosyi. Dziegieć najodpowiedniejszy do stosowania w dezynfekcyi, mianowicie dziegieć sosnowy, jest o wiele tańszym od kwasu karbolowego, w Rosyi dobrze jest znanym i przystępnym, a części w skład jego wchodzące są o wiele mniej trujące dla człowieka i zwierząt, aniżeli czysty kwas karbolowy. Nadto dziegieć posiada własność nie tylko dezynfekcyjną, lecz i odwanianą. Ze wszystkich zbadanych przez nas przetworów dziegicia najbardziej zalecić możemy do dezynfekcyi alkaliczny roztwór dziegicia i ocet drzewny. Na ocet drzewny, jakkolwiek znany oddawna, dotychczas nie

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 1 —

ALFRED FOURNIER

„LECZENIE SYFILISU“.

Streścił

Antoni Elsenberg.

[Dokończenie, — Patrz Nr. 51].

W pierwszym razie, jako środek pomocniczy, rtęć swem działaniem wzmacnia i podtrzymuje działanie jodu, a takie skombinowane leczenie dwoma środkami nazywamy leczeniem mieszanem; środkiem głównym rtęć staje się wtedy, gdy jod zupełnie zawodzi, co się niekiedy zdarza, np. w niektórych przypadkach *sarcocoele* i t. p.; środkiem zaś prewencyjnym rtęć jest w każdym przypadku trzeciorzędnego syfilisu. Jodek potasu szybko usuwa objawy i tworzy syfilisu późnego, nie zabezpiecza jednak od powrotów, które po leczeniu jodowym wcześniej już występują, podczas gdy przy jednoczesnym leczeniu i rtęcią choroby na długo bywa od powrotów wolnym; praktyczny więc wniosek wyprowadzić z tego musimy taki, iż po usunięciu przypadłości trzeciorzędnych leczeniem jodowym, powinna nastąpić kuracja merkuryalna.

Już powyżej było wspomniane, iż współczesne leczenie rtęcią i jodem — leczenie mieszane — jest spotęgowanem leczeniem antisyfilitycznem. Kombinujemy wtedy całe działanie obu środków dla wzmożenia w danej chwili i w danym przypadku ich wpływu leczniczego. Doświadczenie kliniczne przemawia za taką kombinacją, nie może więc być mowy o ich antagonizmie. Wskazania do takiej kuracji mieszanej są bardzo liczne; jako typ, nadający się do tej kuracji, przytoczyć należy suche guziczki (*tubercula*) syfilityczne; ani rtęć, ani jod oddzielnie stosowane, nie są w stanie podziałać na te twory tak silnie i tak skutecznie, jak leczenie mieszane. Temu też leczeniu podlegają postaci syfilisu, stojące na granicy okresu wtórnego i trzeciorzędnego, jako to: *iritis*, *chorioiditis*, *sarcocoele*, *syphilis ulcerosa*, *periostitis* i t. p., oraz wszystkie groźne przypadki, gdzie należy użyć całej potęgi środków swoistych.

Przeprowadzić leczenie mieszane możemy w dwojaki sposób: albo łączymy razem oba środki, albo też stosujemy je oddzielnie.

W ulepku GIBERT'a znajduje się dwujodek rtęci w połączeniu z jodkiem potasu; ilość tego ostatniego jest jednak niewystarczającą i nieraz należy ją znacznie powiększyć, ale i wtedy leczenie mieszanką tą jest najslabszem leczeniem mieszanem. Najczęściej podajemy oddzielnie jodek potasu i oddzielnie rtęć, jako sublimat [w postaci pigułek DUPUYTREN'a], albo też w formie wciekań, czy wstrzykiwań podskórnych; ten sposób leczenia mieszanego jest o wiele wygodniejszy, gdyż możemy wedle potrzeby dozować ilości leków.

Słów kilka jeszcze o leczeniu syfilisu surowicą krwi zwierzęcej.

Ujemne wyniki szczepienia syfilisu zwierzętoma każą wnosić, iż posiadają one zabezpieczenie (*immunitas*), zależne prawdopodobnie od szczególnej własności ich krwi. Mimowoli więc nasuwało się pytanie, czy wstrzykiwania surowicy krwi zwierząt nie będą miały pomyślnego wpływu na leczenie i przebieg syfilisu u człowieka? Wychodząc z tego założenia, FOURNIER wstrzykiwał swym chorym syfilitykom surowicę krwi psa lub konia, ale dotychczas nie mógł

do żadnych pewnych przyjsć wniosków, tembardziej, że obserwacye te są jeszcze nieliczne.

W każdym razie dziś już można powiedzieć, że surowica krwi zwierzęcej wywiera pewien dodatni wpływ na wielu chorych i ich sprawę syfilityczną. Na klinice Fournier'a w ten sposób leczoną była jedna z chorych z rozległemi owrzodzeniami wyżerowemi twarzy — następstwo syfilisu złośliwego, nie przychodzącego od lat czterech. Po upływie niespełna miesiąca owrzodzenia się zabiłiły, a stan ogólny chorej bardzo znacznie się poprawił. Inny znów chory, od lat trzech miewający częste powroty rozległych owrzodzeń syfilitycznych, wskutek właśnie takiej recydywy poddany był leczeniu wstrzykiwaniami surowicy krwi zwierzęcej. Z początku efekt był wysmienity, owrzodzenia zabiłiły się zaczęły, lecz w biegu leczenia potworzyły się nowe nasięki gumatyczne, co skłoniło Fournier'a do przepisania choremu jodku potasu. Pod wpływem takich wstrzykiwań i jodku potasu w małej dawce [o wiele mniejszej, niż zwykle choremu należało podawać wraz z rtęcią dla zapanowania nad sprawą syfilityczną przy poprzednich recydywach], nowe twory uległy wessaniu, a chory obecnie uważa się za wyleczonego.

Powyższe przypadki wskazują, iż niepodobna wstrzykiwaniom surowicy krwi zwierzęcej odmówić pewnego wpływu na sprawy syfilityczne, a nadto tak u syfilityków, jak i u chorych wilkowatych wpływają one doskonale na poprawienie stanu ogólnego: chorzy nabierają sił, wagi im przybywa w przeciągu kilku tygodni 2—3—6 kilogramów. Czy więc nie ta poprawa odżywiania, sił chorego wpływa na zmianę gruntu, co właśnie ułatwia leczenie tworów syfilitycznych? Jakkolwiekbyś objaśniać sobie będziemy działanie tych wstrzykiwań, faktem jest, iż one dobrze wpływają na organizm i spożytkować je można, tembardziej, iż są niebolesne, nie wywołują odczynu zapalnego i wogóle chorzy dobrze je znoszą.

X.

Skorośmy już poznali główne środki przeciwsyfilityczne i sposoby ich stosowania, wypada teraz podać, jak w ogóle należy kierować leczeniem, kiedy je rozpocząć i jak długo prowadzić?

Zacznijmy od kwestyi najbardziej jeszcze spornej: kiedy należy rozpocząć leczenie syfilisu? Odpowiedź na to pytanie jest bardzo prosta: z chwilą niewątpliwego rozpoznania syfilisu leczyć go należy¹⁾. Już zdrowy rozsądek pozwala z góry wnosić, że im wcześniej rozpoczniemy leczenie, tem łatwiej i pewniej działać możemy na złagodzenie choroby, tem łatwiej wywrzeć wpływ prewencyjny. Przemawia za tem doświadczenie, które nas nauczyło, że syfilis, od początku leczony, łatwiej jest później dostępny dla leczenia, objawy jego są łagodne, a w odległej przyszłości nie groźne; przeciwnie zaś syfilis późno leczony jest opornym leczeniu, objawy miewa cięższe, ciągle recydywy, i w ogóle trudno się leczy i bywa bardzo groźnym. Zdawałoby się, jakoby choroba, długo pozostawiona naturalnemu biegowi, zapuściła głęboko swe korzenie, albo, mówiąc językiem chwili, wywołujące ją pasożyty miały czas obficie rozmnożyć swe kolonie, które później wytępić trudno.

Dziwna rzecz, że nigdy nie było dla nikogo najmniejszą wątpliwością, czy pewien objaw lub twór syfilisu należy, czy nie należy leczyć — bez namysłu zwolen-

¹⁾ Pierwotny wrzód syfilityczny, albo stwardnienie pierwotne, niewłaściwie nazywane najczęściej szankrem twardym lub syfilitycznym, jest pierwszym objawem syfilisu, dowodzącym ogólnego zakażenia. Z chwilą wykrycia głównych cech pierwotnego wrzodu [stwardnienia, obrzmienia i twardości chrząstkowatej najbliższych gruczołów limfatycznych i t. p.], należy rozpocząć ogólne leczenie merkuryalne.

nicy różnych poglądów objawy te leczyli. Lecz gdy znajdujemy się wobec pierwotnego wrzodu syfilitycznego, zdania są podzielone. Jedni lekarze postępują wobec wrzodu pierwotnego tak, jak przy każdym innym objawie syfilisu, t. j. zalecają leczenie ogólne, inni zaś nic nie robią — wyczekują.

Uważając leczenie ogólne za konieczne, niezbędne z chwilą wystąpienia wrzodu pierwotnego, zwrócić jednak musimy uwagę, iż w razie najmniejszej wątpliwości co do charakteru wrzodu, należy się powstrzymać od przepisywania choremu leczenia ogólnego. Jeżeli bowiem był to rzeczywiście wrzód pierwotny, objawy wtórne wskutek leczenia mogą przez długi czas nie występować, a wtedy i lekarz i chory w dalszym ciągu nie wiedzą, czy ów wrzód był rzeczywiście wrzodem pierwotnym. Jakie położenie jest chorego w takich okolicznościach, nie trudno się domyślić: niepewność nieustannie go trapi i staje na przeszkodzie wszystkim jego planom i projektom, a stan jego psychiczny jest stokroć gorszym, aniżeli tego, który wie z pewnością, iż syfilisem jest dotknięty. W drugim zaś razie, jeżeli wrzód był prostym szankrem, wtedy chory leczy się niepotrzebnie i ciągle jest w oczekiwaniu jakichś objawów syfilisu.

A teraz przypuśćmy, iż z powodu niepewności rozpoznania powstrzymujemy się od leczenia ogólnego; jeżeli wrzód był syfilityczny, po upływie kilku tygodni objawy wtórne wystąpią, w przeciwnym zaś razie gdy po upływie 6-o miesięcznej obserwacji żadnych oznak syfilisu nie dostrzeżemy, wrzód taki przyjąć musimy za prosty wrzód miękki.

Wiemy tedy, iż leczenie ogólne rozpocząć należy z chwilą wystąpienia wrzodu pierwotnego. Przypuśćmy, iż po upływie kilku tygodni, nawet 2—3 miesięcy, to pierwsze leczenie jest ukończone; jak dalej postępować należy? Kiedy znów kurację powtórzyć, gdyż wiemy, iż syfilisu chorzy nie pozbywają się po kilkotygodniowym leczeniu. Co do tego punktu poglądy lekarzy znów się rozchodzą. Jedni radzą leczyć wtedy tylko, gdy objawy syfilisu wystąpią, a metodę tę nazywamy metodą leczenia objawowego lub metodą oportunistyczną. Inni zaś zgadzają się naturalnie na leczenie w razie wystąpienia jakichkolwiek objawów syfilitycznych, ale leczą także i w okresie utajonym, starając się nie tylko usunąć objawy istniejące, ale i uprzedzać je, zwalczając nie tylko objawy chorobowe, ale i samą chorobę—metodę tę nazywamy metodą leczenia przewencyjnego.

Metoda oportunistyczna oparta jest na dwu tych argumentach: 1-o że leczenie swoiste wywiera działanie tylko w okresie aktywnym syfilisu, t. j. działa na objawy syfilisu, a nie na sam syfilis; uwagi co do tego punktu były już powyżej uwzględnione; 2-o że pomyślnie wyniki tej metody leczenia za nią przemawiają. Argument ten jest bardzo słabym. Przedewszystkiem pewna ilość przypadków syfilisu należy do form łagodnych, których leczenie zawsze się udaje; daleko większa ich ilość w myśl metody oportunistycznej musi być leczoną w ten prawie sposób, jak to metoda przeciwna zaleca, a to dlatego, iż w bardzo wielu przypadkach syfilisu w pierwszych latach bywają częste i liczne powroty, które właśnie dla oportunistów są wskazaniem do leczenia. Serya takich kuracji, w przeciągu krótkiego stosunkowo czasu odpowiada prawie w zupełności kuracji zalecanej przez metodę przewencyjną. Częściej jednakże i niemal z wyjątkiem metoda oportunistyczna miewa ogromne niepowodzenia, prowadzi bowiem do tercyaryzmu ze wszelkimi groźnymi następstwami, jakie ten za sobą pociągnąć może.

Już więc w zasadzie musimy potępić metodę, która z rezygnacją oczekuje wypadków, która z intencją, ze świadomością nie chce czynić wysiłków w celu uprzedzenia przypadłości chorobowych. Musimy również potępić tę metodę i na mocy doświadczenia, jako najpospolitszą przyczynę objawów trzeciorzędnych. Leczenie więc syfilisu podług ciasnych pojęć metody oportunistycznej musimy uznać za leczenie niebezpieczne, za złe leczenie.

To, co powyżej było powiedziane, uprawnia jednocześnie metodę racjonalną, metodę prewencyjną. Opiera się ona na tych danych: że rtęć wywiera działanie lecznicze na syfilis utajony i że nie tylko leczy przypadłości syfilisu, ale działa również prewencyjnie, na samą istotę choroby. Dlatego też metoda ta ma tę zaletę, iż okres wtórny choroby prawie zawsze czyni bardzo lekkim, a okres trzeciorzędny najczęściej cichym, bez objawów.

XI.

Aby należycie przeprowadzić leczenie prewencyjne, uwzględnić należy te dane, z doświadczenia klinicznego wypływające: leczenie musi być peryodycznie przerywane i prowadzone bardzo długo.

Przerwy peryodyczne w leczeniu ustanawiamy z tego względu, iż żołądek nie może czas dłuższy znosić środków takich, jak rtęć i jod; powstaje bowiem wtedy niestrawność, gastralgia, enteralgia, biegunka, jednym słowem, nietolerancja ze strony przewodu pokarmowego. Nietylko to jednak zmusza do ustanowienia przerw w leczeniu, gdyż możnaby przecież zamiast podawania rtęci do wewnątrz, stosować ją w postaci wcierań lub wstrzykiwań podskórnych. Doświadczenie jednak uczy, iż rtęci nie można podawać za wiele, za długo, poza pewien okres czasu, bez wywołania zmian w ogólnym stanie organizmu, a przedewszystkiem w odżywianiu. Drugim powodem, zmuszającym nas do przerw w leczeniu, jest to ogólne prawo terapeutyczne, że ciągłość użycia środka sprawia, iż organizm się doń przyzwyczaja, co osłabia, zmniejsza efekty fizjologiczne i lecznicze danego leku. Objasnimy to na przykładzie. Zdarza się nieraz, iż w biegu leczenia rtęcią, długo i bez przerw prowadzonego, występują nowe objawy syfilityczne. Jeżeli wtedy w dalszym ciągu jeszcze leczenie merkuryalne stosujemy, nie widzimy już prawie żadnego efektu leczniczego, albo bardzo mały, powolny. Wtedy to dla powrócenia rtęci jej pierwotnej siły działania, zawieszamy leczenie na czas jakiś, np. na kilka tygodni lub dłużej. Znowu potem zastosowana rtęć działać zaczyna jak zwykle i w krótkim czasie dane objawy usuwa. Toż samo tyczy się i jodu. Dla zachowania więc zawsze rtęci i jodowi potasu całej ich siły działania, całego ich wpływu na chorobę syfilityczną, musimy oba te środki stosować nie ciągle, lecz z pewnymi przerwami.

Drugim warunkiem leczenia prewencyjnego jest konieczność długotrwałego leczenia. Ale jak długo należy leczyć syfilis, by go uczynić nieszkodliwym nawet w odległej przyszłości. Na to pytanie odpowiedzieć trudno, gdyż w każdym danym przypadku czas ten może być innym i zależy od postaci choroby, od oporności leczenia, częstości i charakterem objawów i t. p.. Jedne przypadki syfilisu np. ucichają odrazu, po pierwszym już jakim takim leczeniu, na inne znów nie wpływa nawet i energiczna kuracja. Z pośród tych ostatnich wyróżniamy tak zw. syfilis powracający (*syphilis récidivante*), o którym tu słów kilka powiemy.

Ta postać syfilisu odznacza się tem, iż powroty choroby następują jeden po drugim, do tego stopnia, iż nieraz jedne twory jeszcze nie znikną, gdy inne już się zjawiają i że objawy wbrew oczekiwaniu bardzo łatwo ustępują po leczeniu. Zadziwiającem w tych przypadkach jest to, iż bardzo często powroty bywają w jednej i tej samej formie, np. różyczka siedem razy powraca niekiedy w przeciągu trzech lat i t. p.. W takich tedy przypadkach wyjątkowych leczenie przedłuża się znacznie. My tutaj zajmujemy się przedewszystkiem określeniem czasu leczenia w przybliżeniu w zwykłych przypadkach syfilisu.

Okres tego czasu różnie oceniano. DUPUYTREN tak długo podawał rtęć po zablźnieniu wrzodu pierwotnego, ile czasu wymagało wyleczenie tego wrzodu;

VIDAL [DE CASSIS] dawał 100—110 pigulek DUPUYTREN'a, inni 80—100 łyżek stołowych płynu VAN SWIETEN'a. Dla CHOMEL'a znów 5—6 miesięczna kuracja merkuryalna, bez przerwy prowadzona, miała wystarczać do wyleczenia z syfilisu. RICORD wreszcie przez sześć miesięcy podawał chorym rtęć w dawkach dziennych takich, które na objawy syfilityczne wpłynąć mogą, poczem następowała trzymiesięczna kuracja jodowa, która miała w przyszłości od późnych objawów syfilisu zabezpieczać.

Dzisiaj, im bardziej obznajmiamy się z przebiegiem syfilisu, z jego przeróżnymi objawami, tem dłuższego czasu wymagamy dla leczenia tego przewlekłego cierpienia, a obserwacya uczy nas, że dla osiągnięcia od rtęci wszystkiego, co rtęć dać może, że dla osiągnięcia jej wpływu nietylko leczniczego w danej chwili, ale i zabezpieczającego na przyszłość, leczenie powinno być długim, bardzo długim nawet. Leczenie bowiem krótkotrwałe jest niedostateczne, zle i w przyszłości chorych naraża na najcięższe zmiany chorobowe; doświadczenie nauczyło, że głównie chorzy tak niedostatecznie leczeni miewają objawy trzeciorzędne. Już przed laty dwudziestu FOURNIER utrzymywał, iż średnio należy kurację rtęciową przeciągnąć do dwu lat, po której jeszcze czas jakiś leczenie jodowe prowadzić należy. Choroba chroniczna powinna być chronicznie leczoną. Obecnie po latach dwudziestu FOURNIER nie znajduje, by ten przybliżenie oceniony czas trwania kuracyi merkuryalnej był za długim; przeciwnie, gdyby przyszło go zmienić, to z pewnością nie na krótszy, lecz na dłuższy okres czasu. Termin ten jednak nie jest, jak było powiedziane, stałym, ostatecznym: często bywają przypadki takie, iż leczenie rtęciowe do 3—5, a nawet i więcej lat przedłużać wypada.

Leczenie jodowe, bez szczególnych wskazań, bywa stosowane jako leczenie następeze, leczenie dopełniające po każdej kuracyi rtęciowej, zupełnie w ten sam sposób, jak i to ostatnie, gdyż i do jodu organizm przywyka i jod podrażnienie żołądka wywołuje. Prawdopodobnie ten zwyczaj kuracyi jodowej powstał na podstawie indukcji, iż skoro jodek potasu tak endownie leczy objawy trzeciorzędne, powinien również i zabezpieczać od tych objawów. Sami chorzy również domagają się zawsze przepisania im jodu, w ich bowiem mniemaniu jest to środek czyszczący krew i wydalający rtęć z organizmu.

Ścisłych obserwacyi w tym kierunku nie posiadamy. Można jednak to powiedzieć, iż jodek potasu nie jest środkiem niezbędnym, a przynajmniej nie we wszystkich przypadkach, gdyż wielu bywa chorych, leczonych tylko samą rtęcią, a pomimo to za wyleczonych [względnie] można ich uważać.

Zwykłe kuracje jodowe przeprowadzamy z przerwami, tak, iż przez 4—6 tygodni podajemy jodek potasu, poczem dłuższa przerwa, znów 4—6 tygodniowe przyjmowanie jodu i t. d.. Wszystkie te jednak kuracje jodowe prowadzimy w pierwszych trzech latach choroby w takim porządku:

- w pierwszym roku trzy lub cztery kuracje, z których każda trwa miesiąc;
- w drugim roku trzy podobne kuracje;
- w trzecim roku dwie tylko.

Są jednak lekarze, którzy przez lat 6 i więcej zalecają leczenie jodowe, a niektórzy radzą przez całe życie, na wiosnę i jesień, jodek potasu przyjmować.

XII.

Wiemy tedy, iż dwie zasady kierować nami muszą w leczeniu syfilisu:

1-o prowadzić należy leczenie długo, chronicznie, by ono było wystarczającym, prewencyjnym;

2-o prowadzi je należy z przerwami.

Na tych podstawach opiera się fournierowska metoda leczenia peryodycznie przerywanego (*Méthode des traitements succesifs ou traitement chronique intermittent*). Zastosowanie jej praktyczne wskażemy na przykładzie.

Choremu z różyczką, łepieżami i t. d. przepisujemy jodek rtęci [0,1 dziennie]; w zwykłych warunkach po upływie 3—4 tygodni objawy te znikają. Niemniej jednak przez dalszych kilka tygodni, wszystkiego dwa miesiące, chory rtęć przyjmuje, doświadczenie bowiem nas uczy, iż pierwsza kuracja powinna być dosyć długa, gdyż stanowczo wpływa na dalszy przebieg choroby. Następnie leczenie zawieszamy z dwóch przyczyn: że chory zaczyna przywykać do leku, który już nie wywiera nań tak silnego działania i że przy dłuższem użyciu rtęci przewód pokarmowy cierpieć zaczyna. Robimy więc przerwę 4-ro lub 6-cio tygodniową.

Po upływie tego czasu, cokolwiek by było, czy chory miałby jakie objawy syfilisu, czy nie, znów przepisujemy takie samo leczenie [wtedy jako leczenie prewencyjne, działające wprost na samą chorobę] na 6 tygodni tylko, poczem znów choremu dajemy dwa do trzech miesięcy wypoczynku. Dalej, choremu przez taki sam przeciąg czasu dajemy rtęć, znów kilkomiesięczna przerwa, dla odzwyczajenia chorego od leku i t. d.. W ten sposób odżywianie chorego nie nie ucierpi, a rtęci ciągle zachowujemy właściwą jej siłę działania.

Gdy wszystko idzie należycie, bez żadnych niespodzianek, chory przebywa cztery kuracje rtęciowe w pierwszym roku, trzy w drugim, dwie, w razie potrzeby, w trzecim roku. Zwykle zaś w początku trzeciego przeznaczamy leczenie jodowe 4—6 tygodniowe z przerwami, coraz większemi, w miarę większego upływu czasu od początku choroby.

Taki bywa idealny przebieg leczenia, które łagodzi objawy okresu wtórnego, a czyni niemym okres trzeciorzędny. Rozumie się, że nie jest to przebieg stały, zawsze jednaki: mogą bowiem najrozmaitsze nieprzewidziane przyczyny zmusić nas do odstąpienia od tego programu, do skrócenia lub przedłużenia czy przerw, czy też okresów kuracyjnych, do zmiany środka, sposobu stosowania rtęci i t. p.. Są wreszcie i takie przypadki, w których metoda ta, jak i wreszcie każda inna, okazuje się bezskuteczną. Przypadki te z pośród wielu innych stanowią dwie niezwykle formy syfilisu.

Pierwsza jest to postać syfilisu oporna leczeniu, szczególnie złośliwa, której ciężkie objawy ciągle powracają, pomimo odpowiedniego leczenia i chociaż przy energicznym działaniu ustępują, natomiast w biegu samego leczenia nowe się wytwarzają, co trwać może lata całe.

Druga z tych postaci syfilisu w inny znów sposób naigrawa się z tak zwanego leczenia swoistego. Są to formy syfilisu z objawami parasylitycznymi. Z początku niczem się one nie różnią od zwykłych form syfilisu, nawet najczęściej bywają łagodnymi. Dopiero po długich latach wytwarzają zmiany, które nie mają już charakteru zmian syfilitycznych, które być może nie są wcale natury syfilitycznej, nie mniej jednak są źródła, są pochodzenia syfilitycznego. Do takich postaci FOURNIER zalicza: *tabes*, *paralysis generalis*, *neurasthenia*, neurasteniczne bóle głowy, szczególną postać epilepsji, i wiele innych, nie mówiąc już o niektórych objawach syfilisu wrodzonego. W tych przypadkach leczenia swoiste jest prawie bezsilnem, a nawet, w ogóle pozostaje bez żadnego działania. Jeżeli zaś w wyjątkowych przypadkach leczenie to wpływ swój wywiera, dzieje się to tylko w początkowych fazach tych postaci chorobowych i przy bardzo energicznej kuracji, której słabego względnie efektu w żadnym razie nie można porównać do ogromnego efektu, jaki taż sama kuracja wywołałaby w innych formach syfilisu.

O tych niepowodzeniach kuracyi swoistej należy pamiętać, gdyż zanadto jest wiary we wszechpotęgę rtęci i jodu w syfilisie, do tego nawet stopnia, iż wielu jeszcze lekarzy wierzy, iż twory i objawy syfilityczne muszą ustąpić pod wpływem leczenia przeciwsyfilitycznego, jak i odwrotnie, to, co jest odporne temu leczeniu, nie jest dla nich syfilitycznego pochodzenia! Jestto iluzją, której nie może podzielać znawca spraw syfilitycznych, wiedzący o tem dobrze, iż twory te są mniej uległe, mniej uleczalne, niżby się wydawało.

Po naszkicowaniu ogólnego planu metody leczenia peryodycznie przerywanego, zwrócimy się jeszcze do niektórych punktów, zasługujących na szczególną uwagę:

1-o. Pierwsza kuracya powinna być jak najenergiczniejszą, faktem bowiem jest, z doświadczenia wypływającym, że gdy ją prowadzimy dosyć długo, gdy duże działające dawki stosujemy, wywiera potężne działanie na całą chorobę obecnie i na przyszłość. Nieraz widzujemy chorych, którym pierwsze leczenie wystarczyło, by przez kilkanaście i kilkadziesiąt lat nawet syfilis niczem się nie zdradzał, a u innych syfilis miewa szczególnie łagodne objawy we wczesnym okresie, i długo jest nieszkodliwym w okresie późnym. Dlatego też należy korzystać z tej chwili i przepisywać duże dawki rtęci [0,10 jodku rtęci i więcej dziennie], prowadzić kuracyę taką najmniej przez 6 tygodni, a po krótkiej przerwie jeszcze na sześć tygodni taką samą kuracyę przepisać, tak, aby to pierwsze leczenie trwało najmniej trzy miesiące.

2-o. Jest rzeczą niezmierniej wagi, by we wszystkich przedsiębranych kuracyach podawać rtęć w odpowiednich dawkach leczniczych, t. j. w takich, które są w stanie wywrzeć działanie odpowiednie na sprawę chorobową. Małe dawki rtęci nic nie są w stanie zdziałać, a leczenie niemi nie jest leczeniem, ale zamaskowaniem wyczekiwania, bezczynności; takie dawki z jednej strony nie leczą i nigdy wpływu żadnego na przebieg choroby nie wywrą, a z drugiej strony przez nie organizm przyzwyczaja się do rtęci, wskutek czego w razie przeznaczenia nawet w danej chwili większych dawek, o wiele słabiej rtęć działanie swoje wywiera. Leczenie więc tak trwożliwe jest symulacją leczenia i tylko szkodę choremu przynosi.

3-o. W biegu leczenia pożytecznym jest zmienić w razie potrzeby czy przetwórczy, czy też sposób jego zastosowania. Wiemy już z powyższego, iż nie każdy związek rtęci jednaki wpływ wywiera w różnych okresach choroby i przy różnych jej objawach: jodek rtęci lepiej działa w okresie wtórnym, sublimat w okresie późnym, w ciężkich postaciach późnych lepiej działają wcierania, a w razie konieczności szybkiego podziałania wstrzykiwaniami najlepiej je osiągniemy i t. p..

XIII.

Już na początku niniejszego wykładu było wspomniane, iż właściwe leczenie swoiste nie jest wszystkim w terapii syfilisu, nie stanowi całego leczenia ogólnego. Musimy zawsze jeszcze zwracać uwagę na to, co nazywają zdrowiem, na stan ogólny chorego, na jego temperament, jego skłonności do pewnych chorób i różne mogące wkleść syfilis przypadłości, musimy poznać jego wszystkie funkcye, jego nałogi i t. p.. Dlatego też w wielkiej liczbie przypadków syfilisu koniecznym bywa leczenie pomocnicze, które musi być połączone wraz z leczeniem swoistem. Postępując w tym duchu zwrócimy najprzód baczniejszą uwagę na higieniczne warunki naszych pacjentów: postaramy się zapoznać z ich codziennem życiem, ich odżywianiem się, ich zajęciami, wypytamy się o czas poświęcany przez nich przechadzkom i wypoczynkowi i t. d., potem należy ich przekonać o konieczności prowadzenia życia spokojnego, regu-

larnego, bez nadużyć w żadnym kierunku, zalecić dobre odżywianie się, odpowiednią ilość godzin snu i t. d.: nieraz nadto wypada przepisać środki toniczne, kąpiele jako pobudzające krążenie kapilarne, hydroterapię, kąpiele morskie, pobyt na wsi, nad brzegiem morza lub w miejscowości górzystej. Te różne pomocnicze środki często są niezbędnymi, a nieraz ważniejszą odgrywają rolę, aniżeli samo leczenie swoiste.

Kilka słów powiemy o odżywianiu się chorych, ogólnej i moralnej higienie.

Zaznaczyć przedewszystkiem wypada, iż niema pokarmów, któreby szczególnie nadawały lub nie nadawały się dla syfilityków, a z drugiej znów strony syfilitycy są najczęściej [po za syfilisem] ludźmi zdrowymi, których należy odżywiać jak i innych ludzi, a nawet w pewnych chwilach i okolicznościach daleko lepiej. Dobrze jest takiej trzymać się zasady: jeżeli zwykłe odżywianie się chorego jest dobre, nie zmieniać go, jeżeli niedostateczne lub wadliwe, zmodyfikować je odpowiednio, jeżeli zaś nadmierne, zredukować je do rzeczywistych potrzeb; obok tego zalecić należy regularne życie, wzbronienie uct, zbytkownego stołu, a przedewszystkiem nadużycia napojów wysokokowych — a l k o h o l bowiem pobudza tylko chorobę syfilityczną do wytwarzania pewnych zmian układu nerwowego i skóry; w niewielkiej jednakże ilości szkody żadnej przynieść nie może. Kawa w umiarkowanej ilości nie powinna być wzbranią, nawet w pewnych przypadkach zalecamy ją jako środek pobudzający. Za to unikać chorzy mają wszystkich tych pokarmów i napojów, które biegunkę wywołać mogą.

Higiena więc i sposób życia chorych dadzą się zamknąć w słowach: **ż a d n y c h n a d u ż y ć**, gdyż wskutek tych organ nadmiernie pobudzany, bywa zawsze zagrożonym przez syfilis. Widzimy np., jak częstymi są wykwity syfilityczne sromu niewieściego u prostytutek, lepsze jamy ustnej u palących tytoń, syfilis mózgu u światowców lub nadmiernie umysłowo pracujących i t. p.

H y g i e n a m o r a l n a jest również bardzo ważną u syfilityków. Smętne usposobienie człowieka zawsze się odbija na zdrowiu, a złe zdrowie często jest przyczyną złego syfilisu. Rozwiąć smętne nieraz usposobienie syfilityków, usposobienie, którego powód dla nas jest nieznanym, a może i niepodobnym do usunięcia, nie jest w naszej mocy. Ale istnieje jeden powód takiego usposobienia, obawa przed dalszemi następstwami syfilisu, zwłaszcza obawa syfilisu mózgowia, na usunięcie którego wpłynąć możemy. Kilka słów zapewnienia, iż się chory z syfilisu wyleczy, iż może się żenić i mieć zdrowe dzieci, przytoczenie kilku pocieszających przykładów, będą najlepszym środkiem, kojącym ich strapienia i usypiającym ich niepokoje.

Szczególną jednak uwagę musimy zwracać zawsze na chorych z **u s p o s o b i e n i e m n e r w o w e m**, dziedzicznym, czy nabytym. Doświadczenie nas uczy, iż syfilis, zakażając cały organizm, jest głównie trucizną dla układu nerwowego, i właśnie w układzie tym lokalizują się zmiany syfilityczne u chorych z usposobieniem nerwowem. Z 3429 przypadków syfilisu trzeciorzędnego, 1085 przypada na późne objawy syfilisu układu nerwowego, podczas gdy twory późne na skórze, uważane dotąd za najczęstsze, tylko w 787 przypadkach były zanotowane. Jeżeli tedy tak częste bywają zmiany w układzie nerwowym i to przedewszystkiem u chorych z usposobieniem nerwowem, co się nieraz z góry daje przewidzieć, czy nie należałoby jakimiś wysiłkami terapeutycznymi usunąć lub zmodyfikować to usposobienie już w pierwszych okresach syfilisu? Czy nie należałoby takim chorym zalecić specjalne higieniczne zachowywanie się, takie, jakie zwykle zalecamy, gdy już nie czas po temu, t. j. gdy syfilis zajął już układ nerwowy? Należałoby więc najprzód usunąć wszystkie bodźce, na układ nerwowy złe wpływające, jak: nadużycia wszelkiego rodzaju, a zwłaszcza nadużycia płciowe, — prace umysłowe, wymagające dłuższego natężenia umysłu, — nadużycia napojów wy-

skokowych,—znużenia, dalej przestrzegać, by chorzy nie spędzali bezsennych nocy, by unikali rozrzuconego życia światowego, wzruszeń gry lub wzruszeń giełdowych,—nadmiernych wysiłków fizycznych, gdyż te powodują kongestyje mózgowia i rdzenia. Co zaś do środków leczniczych, mogących usunąć usposobienie nerwowe, wspomnieć należy o hydroterapii, której wpływ zapobiegawczy nie jest bynajmniej mniejszym od jej wpływu leczniczego; chorym więc takim zalecić należy hydroterapię nie tylko podczas, ale i po przebytej kuracji swoistej, i to na długie lata, a nawet na zawsze.

W tym kierunku tedy działać powinniśmy u osób z usposobieniem nerwowym, a to tem bardziej, że świetnymi wynikami kuracji specyficzej, najlepiej nawet prowadzonej, przy syfilisie układu nerwowego poszczycić się nie możemy.

I jakież są te wyniki?

W syfilisie mózgu, obok cudownego nieraz powodzenia terapii, w znacznej większości przypadków leczenie połowicznie lub też wcale się nie udaje. Toż samo w syfilisie rdzenia, ilość przypadków, w których leczenie nic zdziałać nie mogło, bardzo znacznie przewyższa przypadki uleczone.

W suchotach rdzenia kręgowego wyleczenie zupełne widzujemy w tych przypadkach, w których leczenie było zastosowane w najpierwszych początkach choroby; w fazie późniejszej—mamy tylko możliwość, i to nie zawsze, powstrzymania dalszego rozwoju choroby, ale nie wyleczenia; przy zdeklarowanej zaś ataksyi—jesteśmy zupełnie bezsilni. W końcu przy paraliżu postępowym tyle zawodów, ile przypadków.

Takie to bywają wyniki leczenia syfilisu, choroby uchodzącej za łatwo uleczalną dwoma potężnymi środkami, nie mającymi równych w całej terapii. Nadmienić wszakże wypada, że takie niepowodzenia bywają przeważnie w syfilisie układu nerwowego, uchodzącym w mniemaniu wielu lekarzy za łatwo uleczalny rtęcią i jodem! Jeżeli nad tem dłużej się nieco zatrzymaliśmy, to dlatego tylko, aby wykazać, że tak nie jest, że nasza terapia syfilisu nie jest doskonałą, skończoną, i że gdy ta często zawodzi i jako leczenie właściwe i jako prewencyjne [mamy tu na myśli przedewszystkiem syfilis układu nerwowego], musimy wcześniej myśleć, by u syfilityków, o ile się da, usunąć ich usposobienie nerwowe środkami higienicznymi i terapeutycznymi.

* * *

Na zakończenie, pożytecznem będzie wspomnieć, jaką radę pożegnalną choremu jeszcze dać możemy.

Zwykle po ukończeniu kuracji, chorzy nas zapytują: czy są zupełnie wyleczeni z syfilisu, czy żadne objawy nigdy im się już nie powrócą? W interesie chorych, dla ich dobra szczerą prawdę należy powiedzieć. Należy im powiedzieć, że nauka i doświadczenie dają prawo mniemać, iż po przebyciu powyżej opisanej kuracji, którą za najlepszą i najodpowiedniejszą uważamy, jest wszelkie prawdopodobieństwo poczytania ich jako wolnych od objawów syfilisu w chwili obecnej i w przyszłości. Nie jest jednak niemożliwym, by, pomimo wszystkich wysiłków długiej i energicznej kuracji, nie wystąpiły w mniej lub więcej odległej przyszłości jakieś objawy syfilityczne lub parasyfilityczne. Dla tego też w razie jakiejś przypadłości, jakiejś choroby, któraby kiedykolwiek spotkać ich mogła, powinnyby pomyśleć, czy nie jest to w związku z przebyłym syfilisem i lekarza ze swą przeszłością, co do syfilisu, obznajmić; od tego bowiem zależy może ich zdrowie, a nieraz i życie.

147. Bruck [Berlin]. Mięsak krtani.

Mięsaki krtani należą do zjawisk nadzwyczaj rzadkich, tak, że niektórzy autorzy [STOERCK] w podręcznikach nie wspominają o nich zupełnie. MACKENZIE spostrzegł 5 przypadków, KRAUSE zaledwie trzy. Według ZIEMSEN'a, znaleźć można w literaturze tylko 24 przypadki drobnowidzowo stwierdzone. Spostrzeżenie autora dotyczy 57-letniego mężczyzny, u którego badanie wykazało, co następuje: prawa połowa krtani powiększona, chrząstka tarczowa prawa wypukłona i pokryta nierównościami, struna głosowa z tej strony prawie zupełnie zasłonięta przez guz wielkości dużego orzecha laskowego, znajdujący się pod wypukleniem struny wrzekomej; wreszcie pod kątem żuchwy wyczuwa się inny guz twardy, wielkości jaja kurzego. Po wykonaniu wysokiej tracheotomi usunięto prawą połowę krtani wraz ze zwyrodniałymi gruczołami szyjowymi. Na trzeci dzień po operacji chory zmarł. Badanie drobnowidzowe guza krtani, jak również chrząstki tarczowej i gruczołów, wykazało, że mamy do czynienia z mięsakiem okrągło-komórkowym [najczęstsze, według MACKENZIE'go i ZIEMSEN'a, są wrzecionowato-komórkowe]. Co się tyczy pytania, gdzie począł się nowotwór, to autor przypuszcza na zasadzie wywiadów, że w gruczołach szyjowych, gdyż guz na szyi istniał już znacznie wcześniej, zanim wystąpiły dolegliwości w krtani. Na ostatek dodać należy, że, według VIRCHOW'a, pierwotne mięsaki gruczołów szyjowych są znacznie częstsze, aniżeli przerzuty ich w tchże.

(Berl. klin. Woch. Nr. 37. 1893).

J. Weisblat.

148. Ramaugé [Buenos-Ayres]. O enteropleksyi.

Autor podaje sposób połączenia kiszki po ich przecięciu za pomocą przyrządu, nazwanego enteropleksem. Przyrząd składa się z dwóch pierścieni glinowych z tępymi brzegami; na wewnętrznej powierzchni każdego z pierścieni znajdują się dwa trzonki, położone na końcach średnicy i wystające ponad brzeg pierścienia. Trzonki jednego pierścienia są wydrążone [żeński], drugiego zaś są w postaci słupków, pokrytych ząbkami [męzki]. Średnica pierścienia może być rozmaita—stosownie do kiszki, jednak pierścienie trojkiej wielkości zupełnie wystarczają, choćby średnica pierścienia i kiszki nie była ściśle jednakowa. Przyrząd stosuje autor w ten sposób, że po wprowadzeniu pierścieni w oba odcinki przeciętej kiszki końce tychże owija około tego brzegu pierścienia, nad którym wystają trzonki. Kiszkę przymocowuje do pierścienia za pomocą 4 jedwabnych nitok [lub katgut], które poprzednio wprowadza w małe otworki, znajdujące się na jednym z brzegów pierścienia, przewleka je przez koniec kiszki i przytwierdza do małych gwoździków, znajdujących się wewnątrz pierścieni. Następnie zbliża oba pierścienie tak, aby ząbki męzkiego weszły w trzonki żeńskiego. W ten sposób oba końce kiszki stykają się ze sobą błonami surowiczymi, a ponieważ grubość ścianki kiszki wynosi 1 mm., przestrzeń zaś między złożonymi pierścieniami także 1 mm., zatem końce kiszki ściśle przylegają do siebie, co upośledza krwiobieg i pociąga za sobą oddzielenie się zmartwiałych odcinków kiszki, owiniętych około brzegów pierścieni. Do tego jednak czasu, oba końce kiszki zstają się wskutek zlepnego zapalenia błony surowiczej jelita, na brzegu zaciśniętej przez pierścienie ściany. Co się tyczy samego przyrządu, to stanowi on obce ciało, które dzięki swej budowie żadnej szkody przewodowi pokarmowemu nie przynosi i łatwo opuszcza go przez odby. Pierścienie zrobione z odwapnionej kości, mogą nawet uleść wessaniu. Autor stosował metodę swą u zwierząt przy poprzecznej enterotomii, resekcji cienkiej kiszki i ileo-ileostomii; po kilkunastu dniach zwierzęta zabijał i na sekcji przekonywał się o zupełnym zroście końców kiszki, tak, że trudno było nawet odszukać miejsce operowane. Zdaniem jego, enteropleksya może być wykonaną

przez każdego lekarza; zwężenie światła kieszki nie wywołuje, a przyrząd dzięki swej budowie nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla organizmu.

(Przyp. refer.). Metoda ta nie przedstawia nic nowego, jest bowiem tylko modyfikacją metody SENN'a i znacznie ustępuje tejże, tak pod względem samego przyrządu, który jest dość złożony, jak również z uwagi na jego zastosowanie.

(Wiener med. Presse. Nr. 42. 1893).

J. Weisblat.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z dnia 5. IX. 1883.

KRYSIŃSKI przedstawił preparat torbieli łożyska, znaleziony w końcu zeszłego miesiąca przy porodzie u córki tej pacjentki, od której takiż preparat przedstawił na posiedzeniu d. 30. V. r. b.. W danym przypadku torbiel obejmowała pępowinę, zrosnięta była z płodową powierzchnią łożyska i błonami płodowymi, przylegała do łożyska wycinkiem równym mniej więcej $\frac{1}{6}$ powierzchni i miała, co najmniej, 15 ctm. średnicy.

GĄBSZEWICZ przedstawia preparat nerki, pochodzącej od 17-letniej dziewczyny, u której 18 sierpnia r. b. wykonaną została nefrektomia. Chora, bardzo wyniszczona, skarżyła się na bóle w prawej okolicy lędźwiowej. Przy badaniu wykryto guz bolesny w prawym podżebrzu; w płucach zmian nie było żadnych; ciepłota wynosiła 39°—39,5°, tętno 130—140 uderzeń na minutę. Mocz, oddawany 3—4 razy na dobę w ilości 400 ctm. sz., zawierał bardzo obfity osad ropny, w którym przy szczegółowym badaniu laseczników ropnych nie wykryto. Przypuszczając sprawę zapalną ropną, prawdopodobnie gruźlicę nerki prawej, G. przystąpił do operacji. Torebka włóknista nerki miała grubości 1 ctm.; po przecięciu jej wylała się gęsta, złowonna ropa; w nerce usuniętej były liczne ogniska ropne, poprzedzielane łatwo rozrywającymi się przegródkami. Po operacji wieczorem ciepłota spadła do 36,6°, przez dwa dni następne chora czuła się względnie dobrze, moczu oddawała więcej, lecz zawsze z obfitym, ropnym osadem; 3-go dnia wystąpiły objawy zapaści, a wieczorem nastąpiła śmierć. Przy badaniu pośmiertnem żadnych zmian w płucach nie znaleziono; moczowód prawy prawidłowy, z lewego wyискаło się trochę ropy; w nerce lewej, ani w miedniczce zmian nie było; w pęcherzu przy wylocie prawego moczowodu lekkie przekrwienie, pozostała błona śluzowa prawidłowa; żołądek bardzo rozszerzony, ściany ścieńczałe, odźwiernik szeroki. Przy drobnowidzowom badaniu skrawków z nerki laseczników gruźliczych nie wykryto.

JÓZEF ZAWADZKI opisał przypadek wrzodu żołądka na tle zmian syfilitycznych w naczyniach. Bzecc ta ogłoszona była w N-rze 47 Gazety Lekarskiej z r. b..

W uzupełnieniu powyższego odczytu prof. BRODOWSKI zaznacza, że przy badaniu makroskopowem na sekcji rozpoznano raka, po zbadaniu jednak drobnowidzowem na preparatach, wykonanych w dużej ilości przez LUXENBURGA, prof. B. nie znalazł nigdzie obrazu właściwego rakowi i zwrócił uwagę na wyraźne zmiany w naczyniach, zamknięcie światła niektórych, słowem: na zmiany spotykane zazwyczaj przy *endoarteriitis obliterans*. Wobec braku zmian w tkankach otaczających naczynia, sprawę tą uważać należy za pierwotną, jak to najczęściej bywa, zależną od syfilisu. Cierpienie to wywołało zgorzel w postaci owrzodzenia błony śluzowej żołądka. Wprawdzie chory twierdził, że syfilisu nie przechodził, mógł jednak nie wiedzieć, że miał syfils, albo też mogła to być forma dziedziczna.

SZTEYNER uważa przypadek ten za bardzo ciekawy, ale i zarazem za bardzo trudny w rozpoznaniu wobec zapewnień chorego, że syfilisu nie przechodził. Guzik podskórny około pępka robił wrażenie nowotworu złośliwego; z tego powodu radzono laparotomię, przy której, przypuszczając nowotwór żołądka, zrobionoby resekcję i chory mógłby być ocalony.

GEJNER [syn] mówi o wstrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka. Metodę tę wprowadził na szerszą skalę do okulistyki A. DARIER. G. stosował ją wielokrotnie przy wrzodach rogówki, zapaleniach tęczęwki, przy urazach oka. Wyniki były bardzo dobre; sprawa chorobowa przerywana była nieraz już po pierwszym wstrzyknięciu. W jednym przypadku zapalenia białkówki,

opierającym się wszelkiemu leczeniu, wstrzykiwanie sublimatu pod łącznicę spowodowało trwałą poprawę. Przy krótkowzroczności z upośledzeniem ostrości widzenia wskutek zmian na dnie oka sublimat, stosowany pod łącznicę, daje często znaczne podniesienie ostrości widzenia. W przypadku barwnikowego zwyrodnienia siatkówki ostrość widzenia pod wpływem wstrzykiwań podniosła się z $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{6}$.

W przypadkach zakaźnych rezultat wstrzykiwań G. tłomaczy bakteryjóbczem działaniem sublimatu. Przy krótkowzroczności przypuszcza działanie sublimatu jako „*antiplasticum*“, „*dissolvens*“. Wskazania określa G. w ten sposób: 1) Urazy oka, tak te, w których wystąpiło już zakażenie rany, jak i świeże, w których przy pierwszych oględzinach chorego należy zapobiegawczo wstrzyknąć sublimat. 2) Owrzodzenia rogówki z *hypopyon*. W przypadkach ciężkich należy łączyć tę metodę z paracentezą. 3) Uparte zapalenia tęczęwki. 4) Przypadki krótkowzroczności ze zmianami na dnie oka i powstałym wskutek nich upośledzeniem ostrości widzenia. Tu również należą przypadki zapalenia naczyniówki i siatkówki różnego pochodzenia, tak świeże, jak i zastarzałe. W przypadkach chorób oczu pochodzenia syfilitycznego wyniki są wątpliwe. Do wstrzykiwania G. używa szprycetki PAVAZ'a o igłach z mieszaniny platyny i irydu, których koniec jest spłaszczony. Na jeden raz wstrzykuje $\frac{1}{30}$ część strzykawki, napełnionej roztworem sublimatu 1:1000, czyli $\frac{1}{20}$ mgr. sublimatu. Ból z początku bardzo silny przechodzi po kilku godzinach, a podrażnienie znika po 2—4 dniach. W przypadkach ostrych wyniki określają potrzebną ilość wstrzykiwań, w przewlekłych — należy dłużej prowadzić leczenie, jeżeli po pierwszych wstrzyknięciach jest poprawa. W przypadkach owrzodzeń rogówki często jedno wstrzyknięcie wystarcza.

(Autoreferat).

W dyskusyi KRYSIŃSKI pyta się: w jaki sposób prelegent tłomaczy sobie działanie wstrzykiwań sublimatu przy krótkowzroczności?

GEPNER odpowiada, że dokładnej odpowiedzi na to zapytanie dać nie może; w obu spotrzeganych przypadkach były zmiany w naczyniówce powodujące krwotoki do siatkówki, przypuszcza przeto, że działanie rtęci było wchłaniające, antyplastyczne.

Posiedzenie kliniczne z dnia 19. IX. 1893.

PALMIRSKI odczytał pracę p. t. „Wibryon MIECZNIKOW'a i uodpornianie zwierząt przeciwko niemu szczepionkami cholery i odwrotnie“. Praca ta umieszczoną była w N rach 38 i 39 Gazety Lekarskiej r. b..

W dyskusyi BUJWID wyciąga z pracy PALMIRSKIEGO ten wniosek praktyczny, że szczepienia ochronne przeciwko cholercze nie będą nigdy miały racyi bytu, gdyż odporność jest w danym razie bardzo krótkotrwała.

BĄCZKIEWICZ mówił: „O intubacyi krtani w dławcu u dzieci“. Praca ta ogłoszoną została w N rach 40 i 41 Gazoty Lekarskiej z r. b..

W dyskusyi SOKOŁOWSKI zaznacza, że wobec dodatnich wyników, otrzymanych przez prelegenta, pesymizm, odnoszący się do wartości intubacyi, nie można uważać za uzasadniony. Są przypadki, w których intubacya ma zupełną racyę bytu, zwłaszcza w naszych warunkach, gdzie na dokonanie tracheotomii otoczenie chorego zgadza się wogóle niechętnie. Jest to zabieg łatwy, wymagający małej wprawy, nie może on jednak, jak zaznaczył prelegent, zastąpić tracheotomii. Co się tyczy wskazań, to S. sądzi, że intubacya powinna być stosowaną w każdym przypadku dyfterytu; co do wskazania przy ciałach obcych, to wobec tego, że najczęściej nie wiemy, czy skurez głosińi pochodzi od ciała obcego, czy też z innego powodu, uważa za słusniejsze wskazanie ogólne; podnosi następnie niesłuszność zarzutu stawianego intubacyi, że o ile jest ona dobrą w szpitalu, o tyle nieodpowiednią w praktyce prywatnej, gdzie lekarz nie może ciągle czuwać przy chorym. Tymczasem przeciwko temu przemawiają wyniki, podane przez B., najlepsze w tych właśnie przypadkach, w których intubacyę wykonano na mieście.

SOLMAN przytacza jedno jeszcze wskazanie do intubacyi, mianowicie wykonanie jej podczas i po operacyi w jamie ustnej i gardzieli w celu zapobiegania ściekaniu krwi do krtani.

Posiedzenie kliniczne dodatkowo z dnia 26. IX. 1893.

NEUGEBAUER przedstawia dziecko dwutygodniowe, które urodziło się w końcu 8-go miesiąca z nienormalnym narostem na lewym pośladku, z t. zw. trzecią nogą.

OLETUSZEWSKI miał wykład p. t. „Przyczynek do logopatologii“. Prelegent rozdziela wszystkie zbożenia mowy na trzy działy: *dysarthriæ*, t. j. zbożenia artykulacji, *aphasiæ*, t. j. zbożenia funkcji mowy i *dyslogiæ*, t. j. zbożenia treści myśli. Do dysarthrii należy: jąkanie, trzepotanie, bełkotanie. Jąkanie, z wyjątkiem kilku zaledwie przypadków organicznego pochodzenia, należy do cierpień ośrodkowych, funkcyjalnych. Na zasadzie 61 spostrzeganych przypadków jąkania O. dochodzi do wniosku, że w etyologii jąkania najważniejszym momentem usposabiającym jest dziedziczność i wiek. Zgadza się to z osobistym zaprzytywianiem prelegenta na jąkanie, jako na nerwicę funkcyjną, analogiczną histeryi, neurastenii i t. d. Dopiero po tych dwu momentach usposabiających idą wywołujące, jak: uraz, naśladownictwo, choroby mózgowie, infekcyjne i t. d. Następnie O. opisuje szczegółowo objawy jąkania głosowego, oddechowego i artykulacyjnego, przytaczając na każdą z tych form odpowiednie własne spostrzeżenia. Źródło jąkania upatruje w pobudzeniu ośrodków ruchowych mowy, przyjmuje przeto jąkanie za nerwicę kurczową, funkcyjną. Leczenie dzieli na ogólne i miejscowe. To ostatnie opiera się na świadomej gimnastyce trzech składników mowy, ażeby w przyszłości po wyleczeniu można jej było używać bezwiednie. Oprócz tego przy odpowiednich wskazaniach miejscowo stosować należy prąd stały, przy ogólnem leczeniu: brom, hydroterapię i t. d. Wyniki lecznicze, jakie O. do czasu obecnego otrzymał, są zadawalające. Z 21 osób, które przebyły cały kurs leczniczy, 19 wyzdrowiało, a 2 doznały znakomitej poprawy. Z tej liczby powroty były w 2 przypadkach [1 wskutek dyfterytu, 1 wskutek niedbalstwa otoczenia]. Obaj chorzy po powtórnem leczeniu, które zazwyczaj w takich razach trwa bardzo krótko, powrócili do zdrowia. Wogóle powroty trafiają się stosunkowo dość rzadko. Trudne do leczenia przypadki są te, gdzie chory przebywa w otoczeniu jakałów, niedbałych i mało inteligentnych chorych, wreszcie u dzieci, nie mających żadnej opieki. W takiego to rodzaju przypadkach internat nieodzownie jest wskazany. O. sądzi, że omawiana nerwica w niedługim czasie winna znaleźć miejsce w podręcznikach patologii chorób wewnętrznych, co ułatwi jej rozpoznanie, a więc i zastosowanie odpowiedniego leczenia. Bełgotanie rozdziela O. na ogólne organiczne pochodzenia, jakle mamy przy *sclerosis disseminata*, *paralysis progressiva* i t. d. funkcyjne wskutek niewłaściwego nżywania dróg łączących ośrodki obrazów słuchowych mowy z ruchowymi. Przyczyną tego ostatniego jest upośledzenie władz umysłowych i przebyte cierpienie mózgowie. Zbożenie to z powodu zupełnie niezrozumiałej mowy nosi nazwę hotentotyzmu, podobnie jak analogiczne zbożenie w piśmie mianujemy bełkotaniem pisma. Następnie O. opisuje kilka przypadków ogólnego bełkotania. Częściowe bełkotanie rozdziela się na funkcyjne, wskutek braku wprawy organów artykulacyjnych, przyjmowania właściwego im położenia dla wytwarzania dźwięków i organiczne, warunkowane zmianami organicznymi organów artykulacyjnych jamy ustnej. Wyniki lecznicze, jakie O. otrzymał tak przy ogólnem bełkotaniu funkcyjnym, jakoteż i częściowem, są dobre.

Mowa nosowa właściwie powinna być zaliczoną do bełkotania, gdyż oprócz nosowego dźwięku, jaki bywa przy *rhinolalia clausa*, z powodu rozdziła wydechanego powietrza na dwie drogi, mamy także niewyraźne wymawianie głosek, szczególnie uwydatnia się to przy *rhinolalia aperta*, zależnej od defektów podniebienia, gdzie oprócz mowy nosowej chorzy większą część głosek wymawiają niewyraźnie, a niektórych z nich, jak np. wybuchowych, nie są w możności wytwarzać. O. podnosi ważność interwencji patologa przy mowie nosowej w tych przypadkach, gdzie trzeba stosować swoistą gimnastykę podniebienia miękkiego, lub też w przypadkach, gdzie obok tejże gimnastyki potrzeba wyrabiać brakujące dźwięki lub poprawiać źle wymawiane, jak to bywa przy defektach podniebienia. Chirurgiczna interwencja w tych ostatnich razach jest dotychczas w zupełnem zaniedbanu u nas, z tego powodu, że sama operacja bez pomocy lekarza, zajmującego się zbożeniami mowy, nie prowadzi do celu. Opisawszy szczegółowo 7 form afazy według szematu LICHTHEIM'a z modyfikacją WERNICKE'go, O. rozdziela je na organiczne i funkcyjne. Z ostatniego rodzaju niemot zaznacza ważność afazy wrodzonej u dzieci, czyniąc ją zależną od braku wyrobienia dróg idących od ośrodków ideacji do ośrodków ruchowych, pomimo istniejących obrazów słuchowych, gdyż dzieci takie słyszą, a tylko same nie mówić nie mogą. W kwestyi tej ciekawej

wady u dzieci inteligentnych odgrywają ważną rolę przebyte cierpienia mózgowe, wrodzone lenistwo do mowy i wyrosłe adenoidalne. Upośledzenie władz umysłowych wywołuje takąż niemotę u idiotów i głuptasów. Opierając się na spostrzeżeniach innych autorów, jakoteż na własnych, O. uważa za możliwe leczenie zarówno organicznych niemot, jak i funkcyjonalnych. Opisawszy w krótkości dyslogię, oraz zbeczenia mowy u głuptasów i idiotów, O. sformułował związek logopatologii z wieloma gałęziami wiedzy lekarskiej i sposób, w jaki rozszerza się jej zakres. (*Autoreferat*).

W dyskusyi RYCHLIŃSKI zwraca przedewszystkiem uwagę, że autor niesłusznie pominął sprawy nowotworowe mózgowia, jako moment przyczynowy do powstawania dysartji. Do objawów bowiem nowotworów w pewnej okolicy mózgu umiejscowionych należy i dysartria. Następnie prosi R. prelegenta o wyjaśnienie, jakim sposobem drogą ćwiczenia można powołać do czynności te ośrodki mózgu, które dzięki sprawom organicznym, jakie przechodził dany chory, w niemowlęctwie zniszczone zostały. Ogniskowe porażenia mózgu można wyrównać, jeżeli istniały pewien okres czasu, jeżeli zaś okres ten trwał długi czas [lat 12—13 o których wspomina prelegent], to wyrównanie ich jest niemożliwe. Wiadomem jest, że jeżeli funkeja pewnej drogi przewodniczej, lub samego ośrodka, przez długi okres czasu jest upośledzona, to w końcu znika i włókno nerwowe i ośrodek stosowny; jakim więc sposobem można sobie wytłómaczyć objaśnienie dane przez prelegenta, co do hotentotyzmu istniejącego od urodzenia. Kol. O., opierając się na szemacie LICHTHEIM'a, przypuszcza, że przy tego rodzaju bełkotaniu ośrodki *A, B, M* od urodzenia funkcyjowały prawidłowo, tylko drogi pomiędzy tymi ośrodkami funkcyjowały nieprawidłowo. Gdyby sprawy te istniały rok, dwa lub krócej, to przypuszcza R., że wyrównanie niedokładności byłoby możebnem, jeżeli zaś czynność ich od urodzenia aż do kilkunastu lat była nieprawidłowa, to trzeba przypuszczać, że istnieją pewne zmiany organiczne, czy to we włóknach nerwowych, czy też w samych komórkach korowych, które usunięte być nie mogą. Może być, że praktyka daje kol. O. w podobnych przypadkach dobre rezultaty, lecz prawdopodobnie objaśnienia dla tych przypadków powinniśmy szukać gdzieindziej, a nie tam i nie tak, jak tego chce prelegent. Wreszcie kol. R. nie rozumie, co to znaczy funkcyjalna, wrodzona afazja u tych osobników, które przechodziły w niemowlęctwie cierpienia mózgu [które są cierpieniami organicznymi i najczęściej rozlanymi].

Prof. BRODOWSKI spostrzegał dwa przypadki, w których bez interwencji lekarskiej ośrodki mózgowe wyrobiły się same przez się. W 1-szym przypadku nowotwór dużych rozmiarów (*osteosarcoma*) zajmował kość czołową; guz wtórny był na wewnętrznej powierzchni opony twardej i uciskiem wywołał zniszczenie lewego płata czołowego; mimo to chora była przytomną, mówiła i zachowała inteligencyę, co dowodzi, że ośrodek mowy wytworzył się stopniowo w prawej półkuli. W 2-gim przypadku nowotwór znajdował się w lewym oczodole, rósł powoli i przez otwór nerwu wzrokowego drażył do jamy czaszki. O rozmiarach guza daje pojęcie to, że *foramen opticum* było wielkości srebrnego rubla. Nowotwór ten skutkiem ucisku wywołał zanik ośrodka mowy, a mimo to chory mówił i był inteligentny. Prof. B. zwraca uwagę na fakt, że powolne zniszczenie danego ośrodka w jednej półkuli powoduje rozwój analogicznego ośrodka w drugiej, przy szybkim zaś zniszczeniu kompensata taka miejsca nie ma.

OLETSZEWSKI odpowiada, że przy ogólnem funkcyjnalnem bełkotaniu istnieją ośrodki mowy i drogi je łączące, a cierpienie polega na niewłaściwem użyciu tych dróg. Co do funkcyjnalnych wrodzonych afazji, to także nie może być mowy o żadnym zaniku, gdyż ośrodki mowy istnieją, a brakuje tylko wyrobienia dróg, łączącej ośrodki ideałcy z ośrodkami ruchowymi. Co się zaś tyczy organicznej afazji, t. j. niemoty, gdzie brakuje jednego z ośrodków mowy lub dróg łączących, to tutaj zanik ten aż nadto jest zrozumiały, a leczenie polega na wyrobieniu dróg łączących w lewej półkuli, a nawet na wytworzeniu nowych ośrodków w prawej. Co zaś do metody leczniczej, to całokształt jej, z powodu zbyt małej ilości odnośnych obserwacyi, jak na teraz, nie może być jeszcze ściśle sformułowany.

Według zdania RYCHLIŃSKIEGO, przypadki przytoczone przez prof. BRODOWSKIEGO właśnie popierają jego twierdzenie, gdyż dotyczą takich tylko osobników, u których tkanka mózgowa częściowo tylko była zniszczoną, a którzy przedtem dobrze mówili. To też zapytanie R. nie odnosiło się do podobnych przypadków, które często się napotyka, lecz do tych, w których dzięki rozlanej sprawie zapalnej w samej istocie mózgu są zniszczone ośrodki mózgowe od pierwszej niemal

chwili ich rozwoju. Wreszcie nie zgadza się R. z prelegentem co do jego określenia afazyi organicznych.

BIERNACKI wygłosił, co następuje:

Prelegent w odczycie swym twierdził, jakoby kwestya afazyi w wieku dzieciennym leżała w nauce zupełnie odlogiem. Tymczasem tak nie jest: TREITEL np. poświęcił pytanie temu całą pracę. U dzieci afazyja może powstać z tych samych przyczyn co i u dorosłych, a więc, czy wskutek nowotworu, czy wylewu lub zastojów w mózgu i t. d., chociaż naturalnie ten sposób powstawania afazyi w wieku dzieciennym zdarza się daleko rzadziej, niż w wieku dojrzałym. Najciekawszymi są przypadki t. zw. afazyi wrodzonych, gdzie dzieci fizycznie zupełnie dobrze rozwinięte, zupełnie zdrowe, bez żadnego cierpienia ośrodków nerwowych we wczesnem dzieciństwie, nie mówią do roku 8 i 10, a nawet do kilkunastu lat życia. TREITEL poświęca dużo miejsca w swej broszurce tym afazyjom wrodzonym, przytacza własne spostrzeżenia i cytuje liczne przypadki z literatury. Geneza tego rodzaju afazyi jest zupełnie ciemna. Kol. B. spostrzegł bardzo ciekawy przykład afazyi wrodzonej w roku zeszłym u 1-letniego chłopczyka. Osobnik ten nie nie mówił z wyjątkiem wyrazu „mama“ i „papa“, nie umiał także powtarzać wyrazów, chociaż wszystko rozumiał doskonale. Był to chłopiec fizycznie bardzo dobrze rozwinięty, żadnych chorób nie przebywał, ani też nie był dziedzicznie obciążony. Według świadectwa ojca, który go przyprowadził, osobnik ten był bardzo sprytny i miał dobrą pamięć; mówca sam mógł stwierdzić żywość charakteru i inteligencyę; chłopczyk pokazywał żądane przedmioty, określał mimiką ich użytek, wykazywał na palcach wiek swój i t. p. Być może, że przyczyną takich wrodzonych afazyi jest niedorozwój anatomiczny ośrodka mowy BROCA.

Drugi punkt, w którym kol. B. nie zgadza się z kol. O., obejmuje zapatrywanie się na szemat LICHTHEIM'a. Jest to szemat czysto teoretyczny, hypotetyczny i w ostatnich czasach zaczyna szybko tracić prawo obywatelstwa. Właściwie mówiąc, co do afazyi pewników w naukowych mamy niezmiernie mało, chociaż materiału klinicznego zebrano już bardzo dużo. Pewnym jest: 1) dowód BROCA, że cierpienie tylnej trzeciej części lewego trzeciego zwoju czołowego stoi w związku z utratą mowy ruchowej, 2) co wykazał WERNICKE, że cierpienie pierwszego lewego zwoju skroniowego, warunkuje głuchotę psychiczną: chory może mówić i słyszy wszystko, ale nie rozumie tego, co słyszy. Te spostrzeżenia BROCA [1860] i WERNICKE'go [1874], gdzie dwóm różnym zaburzeniom mowy odpowiadały zmiany w dwóch różnych miejscach kery mózgowej, stały się podstawą dalszych badań nad afazyją i nadały tym badaniom kierunek anatomiczno-lokalistyczny. Opracowywano to pytanie zarówno gorliwie we Francji, jak w Niemczech, chociaż w obu tych krajach badania nad afazyją poszły różnemi drogami. We Francji zastanawiano się głównie nad czystymi formami zaburzeń czterech składników mowy, oprócz afazyi ruchowej [czyli afermii według BROCA] i głuchoty psychicznej (*surdité verbale*), starano się znaleźć lokalizacyę dla ślepoty psychicznej (*cécité verbale*), warunkującej aleksyę i dla „agrafi“. Takiemu kierunkowi badania holdował CHARCOT, a za nim i inni.

Wedle wyników tych badań, autorowie francuscy mniemają, że „*cécité verbale*“, a więc niemożność czytania, zależy od cierpienia lewego dolnego zwoju ciemieniowego (*lobulus parietalis inferior*), a „agrafia“ od cierpienia tylnych części drugiego zwoju czołowego i w ogóle miejsca w pobliżu lub identycznego z ośrodkami psychomotoryjnymi dla kończyny górnej.

Tymczasem doświadczenie kliniczne dowodzi, że czyste przypadki zaburzeń mowy zdarzają się nader rzadko, że najczęściej mamy do czynienia z przypadkami powikłanymi, gdzie zaburzenia w dziedzinie czterech składników mowy kojarzą się w najróżnorodniejszy sposób, tak np., że obok przypadków niemoty ruchowej z utratą zdolności pisanja, istnieją przypadki afermii bez tej utraty i t. p. Otóż, Niemcy zwrócili—wbrew Francuzom—uwagę właśnie na przypadki skomplikowane, ale pozostając ciągle na gruncie lokalistycznym, zaczęli je objaśniać w duchu nauk MEYNERT'a i twierdzić, że zaburzenia mowy mogą się zjawiać nie tylko wskutek cierpienia ośrodka BROCA lub ośrodka WERNICKE'go, ale i wskutek cierpienia włókien łączących zarówno te dwa ośrodki pomiędzy sobą, jak i z innymi [włókna asocjacyjne]: inaczej podzieliłi oni afazyę na „*Centrum*“ i „*Leitungsphasien*“. Początek tej nauce dał już WERNICKE, który widział, że często niemożliwym jest sprowadzić kliniczny przypadek afazyi do cierpienia tylko ośrodków i autor ten np. parafazyę czynił zależną do cierpienia włókien łączących ośrodek BROCA z ośrodkiem słuchowym, a przecho-

dzających w *insula Reilii*. Głównie jednak pytanie o „*Leitungsaphasien*“ wysunął na pierwszy plan LICHTHEIM, którego prace z bardzo małemi modyfikacyami znalazły zupełną aprobatę u WERNICKE'go i w myśl szematu LICHTHEIM'na przyjęto siedem form klinicznych afazy. Wszystkie te siedem form LICHTHEIM mógł ilustrować klinicznemi spostrzeżeniami.

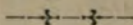
Ale dalsze badania w tym kierunku wykazały, że, przyjmując szemat LICHTHEIM'a, będziemy spotykać daleko więcej wyjątków, niż przypadków zgodnych z regułą tego autora i nie tylko na sekeyach nie znajdowano zmian w odpowiednich miejscach, ale nieraz nie można było podprowadzić czysto klinicznych spostrzeżeń pod jedną z siedmiu form LICHTHEIM'a. Tak stwierdzono wielokrotnie na autopsyach, że zmiany anatomiczne w *insula Reilii* mogą warunkować czystą afazję ruchową, zupełnie jak i cierpienie ośrodka BROCA, a wcale nie parafazję, jak chcieli teoretycznie WERNICKE i LICHTHEIM.

Tego rodzaju i inne spostrzeżenia zdziałały, że w Niemczech w kwestyi afazy zjawia się zwrot w zupełnie inną stronę i nie tylko teorie LICHTHEIM'a, które nb. we Francji bardzo mały oddźwięk znalazły, tracą powszechne uznanie, ale i w ogóle zaczyna się chwiać dawniejszy kierunek badań, przy którym *coûte que coûte* chciano wszelkie przejawy afatyczne objaśniać zmianami w różnych punktach i składnikach kory mózgowej. Niedawno FREUD wydał ciekawą broszurę: „*Auffassung der Aphasien*“, w której podaje bardzo silnej krytyce cały szemat LICHTHEIM'a, a zgodnie z nim i GOLDSCHIEDER w rozwinięciu poglądów BASTIAN'a mniema, że nieraz nie tyle zmiana w tem lub innym miejscu kory mózgowej, ile zaburzenia jej czynności, a specjalnie zaburzenia pamięci, w sferze różnych składników mowy, warunkują obraz kliniczny afazy. Zdaje się, że jest to głębsze i szersze pojmowanie kwestyi afazy, niż u poprzedników. Idąc konsekwentnie w kierunku anatomiczno-lokalistycznym, doszlibyśmy wobec niezmierniej różnorodności przypadków afazy do tego, że np. rzeczowniki umiejscawialibyśmy w tem, a przymiotniki w innym miejscu kory i t. d..

W końcu B. robi uwagę co do leczenia afazy. Jeśli mamy do czynienia z leczeniem jąkania, to łatwo przytoczyć dowód, że pewien sposób, czy metoda może być w tym cierpieniu skuteczny, np. gdy osobnik zaczyna po zastosowaniu leczenia mówić lepiej w przeciągu kilku tygodni lub miesięcy, podczas gdy przedtem całe lata źle mówił. Inna rzecz z przypadkami afazy, o której samostnym przebiegu mało rzeczywistie mówi nauka. A tymczasem rzecz niewątpliwa, że — nie mówiąc naturalnie o afazjach wskutek nowotworu czy ropnia i innych postępujących spraw — bardzo niewielu z tych, którzy wskutek wylewu krwi lub zatoru i t. p. w mózgu dostają afazy, pozostaje do końca życia i w ogóle przez czas dłuższy afatykami. Za najprostsz przykład może służyć przypadek, który niedawno B. spostrzegł, gdzie afazja motoryczna (*subcortical motorische Aphasia* według LICHTHEIM'a) już w 10 dni po insulcie apoplektycznym uległa znacznej poprawie. W ogóle samodzielne, zupełnie niespodziewane zwroty ku lepszemu, nawet przy kilkumiesięcznym trwaniu zaburzeń afatycznych często się dają widzieć. Wobec tego wątpliwym dowodem skuteczności metody leczniczej będzie np. wspomniany przez OŁ. przypadek, w którym przy pięciomiesięcznym trwaniu afazy chory po 2½ miesięcznej odpowiedniej kuracyi zaczął lepiej mówić. (*Autoreferat*).

W odpowiedzi OLTUSZEWSKI zaznacza, że oprócz niektórych prac nowszych, zaprzeczających tylko do pewnego stopnia istnieniu dróg i ośrodków podanych w szemacie, główne jej typy zostały się dotąd niewzruszalnie, jako poparte licznemi sekeyami. Zadaniem właśnie przyszłości jest wypełnienie braków w tym względzie.

Wiadomości terapeutyczne.



25. **Migraeninum.** Migrenina poleconą została przez D-ra M. OVERLACH'a, jako środek wypróbowany przez niego drogą pięćioletniej praktyki, przeciwko najcięższym postaciom migreny. Otrzymuje się on przez połączenie antypiryny KNORR'a z kwasem cytrynowym za dodaniem ko-

feiny, przyczem musi być zachowany nadzwyczaj ścisły wzajemny stosunek procentowy tych trzech ciał pomiędzy sobą, którego to jednak stosunku OVERLACH nie wymienia, nadmienając tylko, że w 1 gramie migreniny¹ znajduje się 0,09 kofeiny. Jest to, zdaniem O., mieszanina chemiczna, którą przygotowuje firma: „Meister, Lucius et Brüning in Höchst a. Main“. Migreninę stosował O. przez przeciąg 5 lat w bardzo wielu przypadkach migreny, przyczem ani razu nie okazał się środek ten nieskutecznym. Wywierał on swoje działanie w najcięższych postaciach migreny tam, gdzie wszystkie inne środki zawiodły, przyczem działanie swoje wywierał zarówno przed spodziewanym napadem migreny, jak i w przebiegu choroby. Oprócz tego posiada migrenina i tę własność, że napady „pojawią się znacznie rzadziej. Najskuteczniejszą dawką okazał się 1,1 migreniny, dlatego też przepisywać należy:

Migraenini Höchst 1,1.

D. tal. dos. № 3. S. Na początku ataku zażyć 1 proszek w $\frac{1}{4}$ szklance wody, w razie potrzeby po upływie 2-ch godzin drugi proszek i w dwie godziny następne trzeci.

W większości przypadków wystarczało zażycie jednego tylko proszku. Przy cięższych postaciach migreny należy zalecić choremu, jeżeli to jest możebnem, spokojne leżenie przez godzinę po zażyciu proszku. (*Deut. med. Wochen. 1893. Nr. 47.*) Józef Winiarski.

Wiadomości bieżące.

— Jak wiadomo, przewlekła podagra wywołuje ze strony narządów oddechowych cały szereg zaburzeń, pomiędzy którymi najczęstszymi są: *emphysema* i *bronchitis*. Czy podagra może wywołać swoiste zapalenie płuc, t. j. zapalenie płuc, spowodowane obecnością kwasu moczowego w tkance płucnej, jest w danej chwili kwestyą nierozstrzygniętą. K. GRUBE ogłosił w N-rze 47 *Deutsche med. Woch. z r. b.* dwa odnośne przypadki, zdające się przemawiać za możliwością swoistego zapalenia płuc przy podagrze. Przypadki te dotyczą 2-ch chorych dotkniętych dziedziczną podagrą, którzy dawniej cierpieli na ostre napady podagry, w ostatnich zaś czasach miewali objawy ostrej i przewlekłej, albo nieprawidłowej podagry [u 1-go chorego: *emphysema*, kurcze w łydkach i zaburzenia ze strony żołądka, u 2-go zaś: *emphysema* i *moczówka cukrowa*]; u chorych tych, bez żadnej widocznej przyczyny, wystąpiło nagle lewostronne zapalenie płuc, połączone z nader nieznaczną gorączką, a które po upływie 3-ch, *resp.* 2-ch dni, nie pozostawiwszy po sobie żadnych następstw, szczęśliwie przemineło; w kilka dni potem u obu chorych pojawiły się napady podagry; u 1 go obrzmienie obu łądek i silne bóle w łydkach, u 2-go typowy napad podagry w lewej nodze. Płwociny pierwszego chorego G. nie badał, w płwocinie zaś drugiego udało mu się wykryć obecność kwasu moczowego. J. W.

— Lekarze gubernii Suwalskiej założyli Towarzystwo Lekarskie. Ustawa została już zatwierdzoną.

— W Towarzystwie lekarskiem Krakowskim zostali wybrani na rok 1894: prezesem D-r KWAŚNICKI; wice-prezesem D-r SURZYCKI; sekretarzem stałym D-r SROCZYŃSKI; sekretarzem dorocznym D-r KRYŃSKI.

— W Paryżkiem „*Société de biologie*“, na posiedzeniu dnia 9. XII. 1893 r. ARLOING odczytał pracę o „*Pneumobacilline comme réactif de la morve*“, w której dowodzi, iż produkt, otrzymany z *bacillus liquefaciens bovis*, wstrzyknięty koniom, dotkniętym nosacizną, wywołuje—podobnie jak tuberkulina w gruźlicy—podwójny skutek: ogólny [podniesienie się ciepłoty ciała] i miejscowy [odezyny w guzikach nosaciznowych].

— W Marsylii otwarto w początkach b. m. „*Institut antirabique*“, którego dyrektorem został D-r LIVON.

— Profesor fizjologii w Gracu, ROLLET, obchodził jubileusz 30-letniego zawodu nauczycielskiego.

— W Monachium pod redakcją D-ra KRÜCHE zaczęło wychodzić nowe pismo: „*Monatschrift für praktische Wasserheilkunde und verwandte Heilmethoden (Mechano- und Elektro-Therapie)*“

— W Warszawie nakładem S. Lewentala wyszła w polskiem tłumaczeniu praca D-ra MUGULI [docenta botaniki w wyższej szkole technicznej w Karlsruhe]: „Bakterye“. Przekładu dokonał znany pracownik D-r M. FLAUM. Po krótkim wstępie: „Co to są bakterye“ i zapoznaniu czytelnika z „Rozwojem nauki o mikroorganizmach“, autor poświęca większość dzieła, zawierającego 220 stron, biologii bakteryi, a mianowicie morfologii i historii rozwoju, metodom badania i systematyce bakteryi. Dzieli je na bakterye chorobotwórcze [organizmy ropy, lasecznik węglikowy, tyfusowy, gruźliczy, trądu, nosacizny, błonicy, węglika gazowego, róży świni, kurzej, cholery, przecinkowy i gorączki powrotnej], bakterye barwnikotwórcze [*Bacillus prodigiosus*, niebieskiej ropy błękitnego mleka] i bakterye wywołujące fermentacye [lasecznik siana, kwasu mlecznego, kwasu masłowego, kefirowy, kwasu octowego, grzybek żabiego skrzelu, *Micrococcus viscosus*, bakterye nitkowate]. W ostatnim rozdziale autor mówi o stosunku bakteryi do żywej i martwej przyrody [gnicie i fermentacya, choroby zakaźne, bakterye w gospodarstwie przyrody]. Dzieło ozdobione jest 30 drzeworytami w tekście.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 18 listopada b. r. zmarł w Dymitryewie w gubernii Kurskiej, ś. p. D-r JÓZEF HOLLAK, lekarz ziemski. Zmarły, skończywszy w 1875 r. uniwersytet warszawski, zajął miejsce lekarza powiatowego w Borowiczach, służył podczas wojny tureckiej w 1877 r. jako lekarz wojskowy w armii, gdzie ciężko chorował na tyfus, następnie jako lekarz ziemski we Lgowie i w końcu w Dymitryewie. Życie jego nie było lekkie: słabowity z urodzenia, przeżył wiele ciężkich prób losu przez stratę żony i ukochanych dzieci, a i oddalenie od stron rodzinnych ciężko wpłynęło na to smutne życie, złamane chorobą. Mimo to zostawił po sobie, jako lekarz, kolega i człowiek, jak najpiękniejsze wspomnienie w stronach, gdzie działał, dowodem czego był jego pogrzeb, na który zebrał się ludźle wszystkich warstw społecznych dla oddania posługi ostatniej i uczczenia zasług zmarłego. Niech mu ziemia lekką będzie!

Juliusz Szczucki.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1894 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1894 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów kartę tytułową i spis rzeczy Tomu XIII Gazety Lekarskiej za 1893 rok.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 17 Декабря 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.