

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## O zakaźnem pochodzeniu i przeciwnym leczeniu SUCHOT PŁUCNYCH.

Skreślił

**Władysław Zawadzki**

Ordynator kliniki terapeutycznej w Warszawie.

---

W ostatniem pięcioleciu w piśmiennictwie lekarskiem zjawilo się wiele prac, które z jednej strony rzuciły jaśniejsze światło na wątpliwe dotąd pochodzenie sprawy gruźliczej, a z drugiej wytknęły drogę, po której dążyć winny usiłowania racjonalnego lekarza przy leczeniu suchot płucnych, najstraszniejszej z chorób trapiących ludzkość. Zaznajomić szersze koło lekarzy praktyków z wynikami tych prac, powiększyć ich zapas środków i metod w walce z tak częstem cierpieniem i ułatwić możność samodzielnych postępów w tym kierunku przez wskazanie źródeł odpowiednich—było przewodnią myślą pracy niniejszej.

---

### I. Pochodzenie suchot płucnych.

---

Pojęcie o zaraźliwości suchot datuje się oddawna. Z pracy Ullerspergera <sup>1)</sup>, który szczegółowo rozbiiera zapamiętania się dawniejszych patologów na tę sprawę, możemy się przekonać, że lekarze 16, 17 i 18 wieków najmocniej przekonani byli o zaraźliwości suchot. Wiara w zaraźliwość była tak silną, że Morgagni naprzykład obawiał się robić oględzin pośmiertnych suchotników, ażeby się nie zarazić. Tłómacząc się dlaczego obraz zmian anatomicznych spostrzeganych przy suchotach płuc-

---

<sup>1)</sup> Die Contagiosität der Lungenphthise. — Preisschrift. — Leipzig. 1869.

nych w jego księdze przedstawionym jest tak pobieżnie, Morgagni mówi: „*Praecipuam causam accipe brevitatis nostrae. Valsalva posteaquam juvenis in phthisis periculum venit, ut in ejus scriptum est visa, cadavera istiusmodi morbis absumptorum minus, opinor, quaesivit. Ego vero, ut me tibi aperiam, illa fugi de industria adolescens et fugio vel senex, tunc ut mihi, nunc ut studiosae, quae me circumstat, juventuti prospiciam, cautius fortasse quam opus sit, at tutius. Itaque non multa ille, ego vix aliquid dissecui*“<sup>1)</sup>. Dopiero w końcu 18-go stulecia zaczęli się pojawiać klinicyści (James Clarc, Thomas Reid i inni), którzy zwątpili o możliwości zarażania się suchotami, a od początku bieżącego stulecia zaraźliwość suchot stopniowo prawie zupełnie wyrugowaną została z nauki i pogrzebano ją pod nieokreślonym pojęciem o swoistem usposobieniu ustroju i dziedziczności, aż wreszcie w ostatnich latach sprawa zaraźliwości zmartwychpowstała, obleczona w nową szatę teoryi pasorzytniczej, która zdołała jasno przemówić do krytycznego umysłu badaczy dzisiejszych.

Wczytując się w dzieje zaraźliwości suchot, pomimo woli zadajemy sobie pytanie, czy zarazek gruźlicy lat kilkaset w tył nie był więcej żywotnym, a sam fakt zaraźliwości więcej pochwytnym; w ten sposób pojmując rzecz wytłomaczyćbyśmy sobie mogli silną wiarę w zaraźliwość u lekarzy dawnych w obec późniejszej abnegacyi. I w obecnym stanie nauki, gdybyśmy chcieli zadowolnić się samemi spostrzeżeniami klinicznymi, które były dla lekarzy dawnych jedynym sposobem zdobywania wiedzy lekarskiej, dojsćbyśmy musieli do bardzo niejasnych pojęć o pochodzeniu suchot. Tylko metoda doświadczalna w najobszerniejszym znaczeniu może nam dać pewniejsze wskazówki w tej zawiłej sprawie.

Jako pierwsze usiłowanie w tym kierunku, zaznaczyć należy prace Villemin'a <sup>1)</sup> z roku 1865, w których autor wnosi, że suchoty są chorobą zaraźliwą, gdyż przez zaszczerpienia królikowi produktów gruźliczych człowieka można wywołać ostrą gruźlicę. Niestety Villemin nie mógł dowieść obecności i wyosobnić zarazka gruźlicy i cała rzecz poszła w zapomnienie, tembardziej, że tacy poważni badacze jak Le-

<sup>1)</sup> Cause et nature de la tuberculose, son inoculation de l'homme au lapin.—Gaz. des hôpitaux. 1865.—N. 15. i

Quelques experiences sur la transmission par inoculation des tubercules.—Bul. de l'Acad. de med.—1865 i 1866. T. 32—3.

bert, Waldenburg, Cohnheim i inni powstali przeciwko teorii Villemin'a, dowodząc, że nawet przez zaszczepienie zwierzęciu ciał zupełnie niewinnych, jak proszek węgla, korek, papier i t. p., można wywołać sprawę podobną do tej, jaką wywoływał Villemin u swoich królików, że sprawa ta więc jest natury czysto zatorowej. Od tego czasu kilkakrotnie zjawiały się w piśmiennictwie lekarskim doniesienia różnych badaczy (Rindfleisch, Aufrecht, Rénaut, Malassez, Vignal), którzy spostrzegali w gruźelku rozmaite drobnoustroje, nie mogli jednakże ściśle określić ich stosunku do sprawy gruźliczej. Na wyróżnienie zasługuje doniesienie Klebs'a <sup>1)</sup> z roku 1877 z 50-go zjazdu przyrodnawców w Monachium, w którym K. oznajmił, że udało mu się odkryć w gruźelku swoistego pasorzyta *monas tuberculosis*, którego hodowle (w białku kurzego jaja) zaszczepione zwierzętom wywołują gruźlicę. Jednakże praca Klebsa nie okazała się dość przekonywającą i znalazła wielu przeciwników (Amburger <sup>2)</sup>). Zarazek gruźlicy wciąż pozostawał w ukryciu.

Dopiero w Marcu roku 1882 dzięki udoskonalonym metodom badania, Robert Koch <sup>3)</sup> przedstawił berlińskiemu towarzystwu fizjologicznemu swą klassyczną pracę, w której jasno wykazał obecność w gruźelku swoistego pasorzyta i określił znaczenie jego dla sprawy gruźliczej. Pasorzyta tego, należącego do rzędu grzybków rozszczepkowych, Koch nazwał lasecznikiem gruźlicy—*bacillus tuberculosis*. Badania Kocha były tak wszechstronne, że od razu zwróciły na siebie uwagę całego uczonego świata lekarskiego. Koch za pomocą podwójnego barwienia dokładnie wyróżnił lasecznika z pośród istoty gruźelka i stale znajdował go w badanych przez siebie przypadkach gruźlicy prosówkowej i serowatego zapalenia płuc i oskrzeli człowieka, jak również we wszystkich przypadkach sztucznie wywołanych spraw gruźliczych u zwierząt. Dalej Koch przedsięwziął cały szereg doświadczeń z hodowaniem pasorzyta w odpowiednio przyrządzonej surowicy krwi; przeprowadzał hodowle przez kilka pokoleń i następnie szczepił już czystą hodowlę, wolną od mas serowatych, zdrowym zwierzętom, wynikiem czego zawsze

<sup>1)</sup> Allg. med. Centr. Zeit. 1877. N. 87, 89, 91.

<sup>2)</sup> St. Pet. med. Woch. 1879—II.

<sup>3)</sup> R. Koch. Die Aetiologie der Tuberculose. — Berl. Klin. Woch. 1882. N. 15.

była gruźlica sztuczna. Produkty gruźlicze zawierające laseczniki, jako to: produkty serowate z płuc człowieka, płwocina suchotników, twory gruźlicze małą suchotniczych, królików, morskich świnek, cząsteczki z ognisk płuc perlicowych rogacizny szczepione zwierzętom zawsze w rezultacie powodowały gruźlicę. Z badań tych Koch przyszedł do wniosku, że gruzełek i najrozmaitsze zmiany uboczne, jakie spostrzegamy w ustroju dotkniętym gruźlicą, zawdzięczają swoje pochodzenie swoistemu pasorzytowi — lasecznikowi gruźlicy, przenikającemu do ustroju chorego z zewnątrz, czyli innemi słowy, że gruźlica jest chorobą zakaźną. Jednocześnie z Kochem do tych samych wyników, choć odmienną drogą, doszedł Baumgarten <sup>1)</sup>, który podobno już w r. 1880 robił doświadczenia w tym kierunku.

Liczne prace nastęne różnych badaczy potwierdziły odkrycie Kocha i bliżej określiły udział lasecznika w tworzeniu się gruzelków, jakkolwiek w sprawie tej wiele jeszcze pozostaje stron ciemnych. Lasecznik przenikłszy do ustroju czy to, najczęstszą drogą, z powietrzem wdechanem przez drogi oddechowe, czy to przez przewód pokarmowy lub wreszcie przez skórę obnażoną z nabłonka rozwija się na miejscu, lub przy pomyślnych warunkach drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych wędruje po ustroju.

Pochłonięty przez białe ciało krwi, według Kocha, lub wtargnąwszy do wnętrza stałej komórki nabłonkowej lub łącznotkankowej według Baumgartena <sup>2)</sup>, lasecznik wywołuje w tych ostatnich sprawę karyjokinetyczną, jądro komórki dzieli się wielokrotnie, protoplasma zaś nie podlega dzieleniu, wskutek czego tworzą się tak zwane komórki olbrzymie, twory protoplasmatyczne z otoczką („Mantel“ Langhans'a) zawierające wiele jąder, twory uważane przez niektórych badaczy za swoiste dla gruzelka (jakkolwiek znajdowano je i przy wielu innych sprawach patologicznych). W komórkach tych jądra zbierają się u obwodu, środek zaś wypełniony jest masą zwyrodnioną. Rozmnożone laseczniki również spostrzegać się dają według Weiger-

<sup>1)</sup> Baumgarten. — Ueber ein bequemes Verfahren Tuberkell-Bacillen in sputis nachzuweisen — Centr. Bl. f. d. m. Wissensch. — 1882 — 25.

<sup>2)</sup> Baumgarten. — Exp. und anat. pat. Untersuchungen über Tuberculose. Zeitschr. für klin. Med. 1885. Bd. IX—X.

t'a <sup>1)</sup> więcej u obwodu, chociaż Koch i Baumgarten upatrują pewien antagonizm w ułożeniu jąder i laseczników w komórce olbrzymiej. Dalej laseczniki drażniącą swą obecnością wywołują odczyn zwykły zapalny — emigrację ciałek białych z sąsiednich naczyń do ogniska podrażnienia, skutkiem czego pierwszy załazek gruzelka (gruzełek nabłonkowy) w miarę wzmagania się emigracji drobnokomórkowej przyjmuje postać gruzelka tak zwanego lymfoidalnego (Virchow).

Niejasne hipotezy Kocha i Baumgartena o pochodzeniu komórek olbrzymich, należy dopełnić więcej zrozumiałymi poglądami innych badaczy. Brodowski <sup>2)</sup> komórki olbrzymie uważa za *angioblasty* t. j. zawiązki nowotworzących się naczyń w gruzelku, których dalszy rozwój został wstrzymanym; Arnold <sup>3)</sup> na zasadzie swych badań nad gruczołowatą gruczołową twierdzi, że komórki olbrzymie są wyrazem dążności do nowotworzenia się kanalików gruczołowych; wreszcie Obrzut <sup>4)</sup> nie odrzucając zdania Brodowskiego i Arnolda dodaje, że i naczynia krwionośne, jak również kanaliki sokowe i gruczołowe, istniejące w tkankach uległych sprawie gruźliczej i przez nią pozbawione światła, mogą pod wpływem zmian spowodowanych przez laseczniki, dojść do takiego stopnia zniekształtnienia, że w przecięciu poprzecznym dadzą obraz komórki olbrzymiej, która według takiego pojmowania będzie konglomeratem komórek śródbłonkowych lub nabłonkowych, podległych procesom karyjokinetycznym z jednej i procesom zwyrodnienia z drugiej strony. Obwodowy układ jąder w komórce olbrzymiej i otoczka jej znajdują w takim razie dostateczne wyjaśnienie.

Jakkolwiekbyś by się rzeczy miały, faktem jest, że gruzełek jest tworem obfitującym w drobne komórki i zupełnie pozbawionym naczyń krwionośnych, a co za tem idzie przyplwyu pierwiastków odżywczych. W takim sta-

<sup>1)</sup> Weigert.—Zur Theorie der tuberculosen Riesenzellen. (Deut. Med. Woch. 1885 — 25).

<sup>2)</sup> Brodowski.—Ueber den Ursprung sogen. Riesenzellen. (Virch. Arch. 1875 T. 63).

<sup>3)</sup> Arnold.—Beiträge zur Anatomie des miliar. Tuberkels. (Virch. Arch. T. 82—83—87).

<sup>4)</sup> Obrzut. — Przyczynek do nauki o komórkach olbrzymich gruźliczych. (Gaz. lek. 1886—N-r 15).

nie gruzełek nie zdolny jest do żadnych spraw progresywnych, jedyną dolą jego jest tak zwana zgorzel koagulacyjna Wejgerta, zwyrodnienie serowate i śmierć, bądź to przez zwapnienie i otorbenie, bądź przez rozkład. Oddzielne gruzelki w miarę wzrostu liczebnego zlewają się w większe lub mniejsze ogniska serowate skłonne do rozpadu i tworzenia jam, sąsiednia zaś tkanka otaczająca gruzelki ulega najrozmaitszym zmianom, dla scharakteryzowania których nie od rzeczy będzie przytoczyć słowa Rindfleischa <sup>1)</sup>: „Každy patologo-anatom zgodzi się, że dane znajduwane przy oględzinach pośmiertnych płuc suchotników przedstawiają dziwną różnaitość, że ani jeden przypadek nie jest zgodny z drugim. Jednakże na podstawie wielkiej liczby opisanych dotychczas szczegółów, jesteśmy w stanie oryentować się w każdym oddzielnym przypadku i przy sposobności pozostaje nam tylko podziwiać, w jak pstre i różnorodne obrazy mogą układać się granulacje gruźlicze i zapalenie okołoskrzelowe, nacieczenie żelatynowe i zwyrodnienie serowate, zapaść płuc i rozedma, katar i rozszerzenie oskrzeli, gruzełek prosówkowy i owrzodzenie gruźlicze, zapalenie opłucnej i rozrost tkanki łącznej międzymięzszowej płuc i t. d.“ Gruntem anatomopatologicznym całego tego złożonego obrazu jest gruzełek, już sześćdziesiąt przeszło lat temu uznany przez Laënneca za podstawę wspólną różnorodnych form suchot płucnych, przyczyną zaś swoisty pasorzyt-lasecznik gruźliczy, który przenika do płuc chorego i znalazłszy tu dla siebie odpowiedni grunt odżywczy i możność mnożenia się, powolnie szerzy sprawę zniszczenia, lub też wtargnąwszy do krwi w większej liczbie powoduje chorobę ostrą ogólną—gruźlicę prosówkową.

Tak się przedstawia w najgrubszych zarysach teoria pochodzenia suchot. G. Sée <sup>2)</sup> mówi: „Suchoty więc są pochodzenia pasorzytowego; innych nie ma; — jest to choroba zakaźna, zależna od grzybka swoistego, udzielająca się zwierzętom i przenosząca się od człowieka chorego do zdrowego drogą bezpośredniego zarażenia lub dziedziczności“.

Dla wykazania słuszności tego określenia przytoczyć można tysiące dowodów doświadczalnych i zebranych w klinice. Mając na uwadze gruźlicę płuc, przy której za naj-

<sup>1)</sup> Ziemsens.—Handbuch v. V.

<sup>2)</sup> G. Sée.—Médecine clinique.— T. I.—Paris. 1884.

częstszego pośrednika uważanem jest powietrze wdechane, przejrzymy najprzód kilka doświadczeń z wzięwaniem produktów gruźliczych.

Jeszcze w 1877 roku Lippel <sup>1)</sup> zmuszał psy dół wdechania przez rurkę tracheotomiczną wysuszonej i sproszkowanej płwociny suchotników i następnie zabijając je po 12 dół 60 dniach, zawsze znajdował gruźlicę. W tym samym roku ogłoszone zostały prace Tappeinera <sup>2)</sup>. Trzy psy zamknięto w skrzyni, w której codziennie 1—2 razy rozpylano za pomocą parowego rozpylacza płwocinę suchotników (1 łyżka stołowa płwociny na 900 c. sz. wody). Po upływie 4-ch tygodni psy zostały zabite i we wszystkich trzech przypadkach znaleziono gruźlicę prosówkowatą. Rok później 11-cie psów w podobny sposób traktowanych przez Tappeinera, również porażone zostały wyraźną gruźlicą, w dwóch przypadkach na tle *pneumoniae desquamativae*, w jednym przypadku u psa, który wdechał płwocinę przez 4-ry tygodnie i był zabity po upływie 6-ciu tygodni, znaleziono nawet małe kawerny. Tappeiner określa okres utajenia choroby na 12—23 dni. Schwejniger, który robił pośmiertne badanie u niektórych z tych psów, zaznacza, że w danych przypadkach przynajmniej nie może być mowy o jakimkolwiek swoistem usposobieniu lub suchotniczym ciałoskładzie psów, lecz po prostu przyjąć należy zarażenie.

Berteau <sup>3)</sup> podobnie robił doświadczenia z wdechaniem płwociny suchotników przez psy, króliki i kozy i doszedł do tych samych wyników. Wdechaniem płwociny chorych na zapalenie płuc i nieżyt oskrzeli, nigdy nie powodowało u zwierząt gruźlicy. Okres utajenia określa Berteau na 14—21 dni. Jeżeli zwierzę zabić przed tym czasem, to w płucach żadnych zmian makroskopowych nie widzimy, ztąd autor wnosi, że wdechaniem płwociny suchotników nie działa na płuca jako ciało obce wywołując zapalenie — *Fremdkörpérpneumonie*, lecz jako swoisty zarazek, mający swój okres utajenia.

<sup>1)</sup> Ueber Künstliche Tuberculose Aemtl. Ber. des 50 Ver. d. Nat. 1877.

<sup>2)</sup> Ueber Kunstliche Tuberculose—ibidem.

Ueber eine neue Methode Tuberculose zu erzeugen. — Virch. Arch. 1878—74—3.

<sup>3)</sup> Archiv für klin. Med. 1880. B. 26.

W 1882 roku zjawiała się praca Gibou<sup>1)</sup>. W dwóch skrzynkach zamknięto po dwa króliki. W ciągu 105 dni wprowadzano do skrzynek powietrze wydechane przez suchotników, do jednej wprost, do drugiej przez watę namoczoną roztworem kwasu karbolowego, oba króliki w skrzynce pierwszej zostały dotknięte typową gruźlicą — w drugiej pozostały zdrowi.

Vahle<sup>2)</sup> — oprócz doświadczeń podobnych do poprzednich; które dały również rezultat dodatni — poddał 4 psy i 4 króliki wdychaniu płwociny suchotników przygotowanej lub zmieszanej z kwasem karbolowym. Po trzydziestodniowym takim wdychaniu, płuca pozostawały nietkniętymi.

Widzimy więc, że nie brak nam pozytywnych dowodów, że drogą wdychania zarażenie się gruźlicą jest najzupełniej możliwem — że powietrze wydechane przez suchotników powinno być uważane za roznościela zarazy, bo jakkolwiek badanie powietrza sal przepelnionych przez suchotników wykonywane przez Celli'ego, Guarmeri'ego, Bollingera, Mendelsohna i innych (z wyjątkiem Williamsa, Ransoma i Charnley-Smitha), nie wykryło zawartości laseczników gruźlicy, jednakże nie należy zapominać, że w dziele zarażenia główną rolę odgrywają zarodniki lasecznika (Klebs, Malassez, Vignal, Raymond i inni), dotychczas zaś nie posiadamy pewnego sposobu do wykrywania obecności tychże zarodników.

Od czasu odkrycia Kocha doświadczenia nad zaraźliwością gruźlicy głównie dokonywane były za pomocą szczepienia mas gruźliczych, płwociny suchotników lub czystej hodowli do tkanki podskórnej, wprost do krwi, lub do jamy otrzewnej, i w ogromnej liczbie w ten sposób dokonanych doświadczeń, w rezultacie otrzymano gruźlicę prosówkową organów wewnętrznych.

Nie mniej mało znanych jest faktów samozaszczepienia czyli po prostu zarażenia się gruźlicą, bądź to przez obcowanie z suchotnikami i oddechanie powietrzem przez nich wydechanem i przepelnionem lasecznikami unoszącemi się np. z wysechającej płwociny i t. p., bądź też drogą pożywienia lub prostego zetknięcia.

<sup>1)</sup> Comptes rendu de l'Acad. des sciences. 1882—Mai.

<sup>2)</sup> Beitrag zur Lehre von der Inhalations Tuberculose.— Diss.



*British medical Association* <sup>1)</sup> rozesłało zapytania do lekarzy, o ile spostrzeganą była gruźlica rozwinięta drogą przejścia z jednego osobnika na drugiego. W liczbie 261 (na 1078) odpowiedzi potwierdzających, zarażenie spostrzegane było 158 razy pomiędzy małżonkami (119 razy od męża do żony), fakt wskazujący niebezpieczeństwo długiego i bliskiego obcowania z suchotnikami.

Compin <sup>2)</sup> wskazuje ze swej praktyki 52 przypadki zarażenia suchotami żony przez męża, lub odwrotnie.

Vialettes <sup>3)</sup> podaje przypadek zarażenia młodej i zdrowej kobiety przez suchotnika męża, która następnie zaraziła drugiego swego męża.

Herman Weber <sup>4)</sup> wskazuje 51 małżeństw, w których mąż był suchotnikiem. 18-cie żon zostało zarażonych suchotami.

Villemin opowiada, że rozpoczął swe badania nad szczepieniem gruźlicy pod wrażeniem spostrzeganego przez siebie przypadku zarażenia się gruźlicą, w którym dotąd zdrowa i ze zdrowej rodziny pochodząca panienka zaraziwszy się, według mniemania V. na pensyi, po powrocie do domu zaraziła suchotami dwie swoje siostry i służącą, z którymi ciągle pozostawała.

Flindt <sup>5)</sup> widział rodzinę zupełnie zdrową, składającą się z ojca i pięciorga dzieci, którzy mieszkali w jednej izbie z suchotnikiem. — Wszystkie dzieci dostały suchot i umarły.

Hubert Reich <sup>6)</sup> podaje bardzo charakterystyczne spostrzeżenie. W małym miasteczku praktykowały dwie akuszerki, które pobudzały noworodków do ruchów oddechowych wdechaniem powietrza do płuc bezpośrednio z ust swoich. Jedna z akuszerek była suchotnicą i w okresie największego rozwoju swej choroby straciła 10 przyjmowanych przez siebie noworodków na gruźlicę, podczas, gdy z dzieci przyjmowanych przez drugą akuszerkę, ani jedno nie zapadło na to cierpienie.

Przed odkryciem Ameryki, wyspy morza południowe-

1) *Séc.—Medecine clinique*. Paris. 1887.

2) *Tamże*.

3) *Tamże*.

4) *London clinical society*. 1874.

5) *Jahresbericht*. 1875.

6) *Berl. Klin. Woch.* 1878—37.

go były wolne od gruźlicy, która obecnie czyni tam wielkie spustoszenia (Budd, Bush).

W Rio Janeiro wypadki suchot bardzo rzadkie do roku 1848, wzmogły się w miarę rozwoju handlu zagranicznego. Crevaux opowiada, że w okolicach Orenoko indyjanie z obawy zarażenia się uciekają przed cudzoziemcem, który kaszle, i obawiają się nawet dotykać przedmiotów, które mu służyły.

Nie mniej znane są fakty zarażenia się ludzi od zwierząt, na przykład mlekiem krów gruźliczych, lub wreszcie zwierząt od ludzi, jak na przykład przypadek Cullincora <sup>1)</sup>, gdzie pies zjadał zwykle płwocinę wyplwaną przez suchotnika na ziemię i po pewnym czasie został dotknięty gruźlicą płuc (inne narządy nie były badane).

Fischer <sup>2)</sup> karmił 20-cia królików mlekiem zmieszaniem z sokiem wyciśniętym z płuc osobnika zmarłego na suchoty; wszystkie króliki po pewnym czasie dotknięte zostały gruźlicą.

Nie brak więc dowodów zaraźliwości suchot. Pozostaje wykazać, o ile lasecznik gruźlicy przyjmuje w tem udział i występuje stale w formach klinicznie stwierdzonych jako suchoty płucne.

Dettweiler i Meissen <sup>3)</sup> badali płwocinę 87-miu suchotników w różnych okresach rozwoju choroby i znaleźli w 85-ciu przypadkach mniejsze lub większe ilości laseczników w płwocinie. U dwóch chorych, u których nie znaleziono laseczników, objawy choroby znacznie różniły się od zwykłych objawów suchot: w wierzchołkach wykryć można było stępienie i rżenia, jednakże budowa chorych i odżywianie było zupełnie dobre i gorączki nie było. Co do ilości znajdujących laseczników, to spostrzegano większe ilości u 28% niegorączkujących chorych i 51,5% gorączkujących.

Kowalski <sup>4)</sup> badał płwocinę 600 chorych suchotników i z innymi cierpieniami organów oddechowych — i ani razu nie znalazł laseczników w płwocinie tych osobników, którzy nie przedstawiali obrazu choroby suchotniczej.

<sup>1)</sup> The Brit. med. Journ. 1880.

<sup>2)</sup> Arch. für exp. Pat. und Ther.—1886—20.

<sup>3)</sup> Der Tuberkelbacillus und die chronische Lungenschwindsucht.  
Berl. Klin. Woch. 1883—7—8.

<sup>4)</sup> Ueber Bacillen (Gesell. d. Ärzte in Wien. 1883).

Dreschfeld <sup>1)</sup> badał płwocinę w 46 ciu przypadkach suchot: Wiek chorych wahał się pomiędzy 15 i 46 laty. Przebieg choroby był ostry lub przewlekły. Ilość płwociny była bardzo rozmaita. Lasecznik wykryty był we wszystkich przypadkach. Oprócz tego Dreschfeld zbadał trzy przypadki wątpliwe, gdzie objawy były bardzo nieznaczne, i na zasadzie znajdujących laseczników w płwocinie postawił rozpoznanie gruźlicy. W jednym z tych przypadków który D. miał w obserwacji przez czas dłuższy w następstwie zjawilo się w wierzchołku stępienie i oddech oskrzelowy.

Następnie D. badał płwocinę przy chronicznym nieżyście oskrzeli i rozedmie płuc i nigdy w przypadkach takich nie znajdował laseczników.

Th Wiliams <sup>2)</sup> na 109 suchotników — znalazł laseczniki w 106 przypadkach; w pozostałych trzech laseczników nie wykryto z przyczyn natury technicznej.

Heron <sup>3)</sup> we wszystkich badanych przez siebie 62-ch przypadkach suchot zawsze znajdował laseczniki, przyczem M. zaznacza, że w niektórych przypadkach poszukiwania zostają uwieńczone pomyślnym skutkiem dopiero po 7-tygodniowym codziennem badaniu. Jakkolwiek przeciąg czasu 7 tygodni wydaje się cokolwiek przesadzonym, jednakże przy wykrywaniu obecności laseczników w płwocinie w żadnym razie nie można zadawałniać się jednorazowem badaniem. — Pfeiffer wskazuje termin trzydniowego badania jako dostateczny. W większości przypadków trzykrotne badanie płwociny może być dostateczną, jednakże jeżeli w ten sposób obecność laseczników stwierdzoną nie zostanie, a objawy ogólne spostrzegane u chorego pozwalają przypuszczać sprawę gruźliczą, to wskazanem jest usilne badanie płwociny w pewnych odstępach czasu. Tak naprzykład w jednym przypadku, który miałem sposobność spostrzegać pomimo wyraźnie zaostzonego oddechu w prawym wierzchołku i rzężeń wilgotnych, w wydzielanej skąpo przez chorą płwocinie śluzowo-ropnej nie mogłem wykryć laseczników; po-

<sup>1)</sup> On the diagnostic value of the Tubercle Bacillus.—The Brit. Med. Journ. 1883.

<sup>2)</sup> Remarks on the relation of the tubercle Bacillus to pthisis. The Lancet. 1883.

<sup>3)</sup> Observations clinical and sanitary, concerning the Bacillus of Tubercle. The Lancet. 1883.

mimo codziennego badania przez dni 8, po upływie których laseczniki zaczęły się zjawiać w plwocinie z początku w nader małej ilości, a następnie w dość znacznej (19—20 w polu drobnowidza).

Po upływie 2-ch tygodni ilość ich zaczęła się znacznie zmniejszać, jakkolwiek nie znikły już zupełnie i zawsze w polu drobnowidza można było znaleźć 1 — 3 laseczniki. Podobnie zmienna ilość laseczników należy do rzeczy rzadkich, gdyż na kilkadziesiąt przypadków suchot, które więcej szczegółowo badałem w tym kierunku, spostrzegłem to tylko raz.

Zwykle zaś przy pewnej wprawie w badaniu i umiejętnem wybieraniu odpowiednich cząstek plwociny ilość laseczników w każdym poszczególnym przypadku nie podlega tak znacznym wahaniom.

Należyte przeprowadzone badanie plwociny przy suchotach we wszystkich okresach rozwoju choroby ma znaczenie rozpoznawcze decydujące i niekiedy jest w stanie określić naturę cierpienia już wtedy, kiedy jeszcze inne objawy ze strony płuc lub ogólnego zachowania się ustroju nie mogą nam dać żadnych wskazówek. Ważną byłoby rzeczą określić pewną zależność pomiędzy ilością znajdujących laseczników w plwocinie i rokowaniem co do przebiegu choroby. Jednakże zdania badaczy w tym punkcie znacznie różnią się pomiędzy sobą. Podczas kiedy Balmer i Fraeazel twierdzą że ilość i wielkość laseczników znajdująca w plwocinie jest w stosunku prostym do ciężkości każdego oddzielnego przypadku, a Pfeiffer dodaje, że w miarę posuwania się choroby zwiększa się ilość, wielkość i częstość znajdowania laseczników w plwocinie, inni badacze jak Lichtheim <sup>1)</sup>, Detweiler i Meissen <sup>2)</sup>, West <sup>3)</sup>, nie widzą tej zależności. O ile sam zauważyć mogłem, wielka ilość laseczników znajdujących w plwocinie zwykle jest znakiem znacznych zniszczeń w płucach i przepowiednią szybkiego zejścia śmiertelnego, podczas gdy małe ilości zarówno spostrzegane być mogą w przypadkach bardzo lekkich jak i bardzo ciężkich. Ważną tu rolę odgrywa ilość i ja-

<sup>1)</sup> Der Tuberkelbacillus und die chronische Lungenschwindsucht.—Berl. Klin. Woch. 1883—7—8

<sup>2)</sup> Patrz wyżej.

<sup>3)</sup> On Bacillus Tuberculosis the Lancet. 1883

kość wypluwanej płwociny. Gdy więcej płwocina jest ropną, ilość laseczników jest większą. Pomiedzy stanem gorączkowym suchotników i ilością laseczników w płwocinie nie można ustalić żadnej zależności.

Bezpośredni więc udział lasecznika w genezie suchot niezbitie stwierdzonym został z jednej strony doświadczeniem ze szczepieniem, z drugiej stałem odnajdywaniem lasecznika przy procesach gruźliczych i zdawałoby się, że pasorzytowe pochodzenie suchot nie powinno podlegać żadnej wątpliwości, że zaraźliwość suchot jest faktem powszechnie przyjętym. Jednakże spostrzeżenie z życia codziennego i kliniki zdaje się nie zgadzać z logiką teorii i wielu lekarzy gotowi są zacytować swe spostrzeżenia, które jakoby przeczyć mają powyższej teorii. Pomiedzy innymi Detweiler i Meissen twierdzą, że teoria pochodzenia pasorzytniczego pod wieloma względami nie objaśnia tak zasadniczej różnicy jaką napotykamy pomiedzy objawami, pochodzeniem i anatomicznym obrazem gruźlicy zaszczepionej i przewlekłych suchot płucnych.

Aufrecht ostrzega, że doświadczenia nad zwierzętami powinny być przyjmowane bardzo ostrożnie i nie sądzi, aby odkrycie lasecznika wykryło rzeczywistą przyczynę suchot przewlekłych.

Nie ulega wątpliwości, że laseczniki dostawszy się w większej ilości do ustroju człowieka, mogą spowodować gruźlicę prosówkową, która da obraz równoznaczny z tym, jaki spostrzegamy u zwierząt, którym sztucznie zaszczepiono hodowlę pasorzyta gruźlicy. Ale przeciwnicy teorii pasorzytniczej, pominawszy już kwestyję dziedziczności, robią zarzut, że w żaden sposób zarażeniu lasecznikami przypisywać nie można pierwszych niewyraźnych okresów rozwoju suchot przewlekłych, że jeżeli suchoty są chorobą zaraźliwą, to jak zrozumieć można naprzykład, że sprawa gruźlicza niekiedy przez wiele lat umiejscawia się w jednym wierzchołku, nie przechodząc na drugi, lub rozwinięszy się w wierzchołku nie zajmuje płatów dolnych i t. p.

Dla zbitcia teorii zaraźliwości suchot przytaczano np. takie fakty. T. Williams <sup>1)</sup> — z Brompton, lekarz szpitala dla suchotników, posiadającego obecnie 240 łóżek i przed-

<sup>1)</sup> The Contagion of Phthisis. (The Brit. med. Journ. — 1882).

stawiającego tym sposobem najobszerniejszy materiał do badań nad suchotnikami, podaje: Personal szpitalny składał się w przeciągu 36-ciu lat z kilkuset osób. Z pomiędzy niego na 150 klinicznych asystentów studentów, z których każdy mieszkał w szpitalu przez 6 miesięcy, 8-miu zachorowało na suchoty. Z 200 dozorczyń, z których wiele mieszkało w szpitalu po 10 — 15 lat, zachorowała na suchoty tylko jedna. Z 32 posługaczek, których obowiązkiem było utrzymywanie w czystości sprzętów otaczających suchotników, na suchoty nie umarła żadna.

R. Robertson <sup>1)</sup>— zbadał historję familijną 100 pacjentów. W małżeństwach gdzie jedną stroną była dotkniętą suchotami, wykluczenie suchot ze strony drugiej R. spostrzegł w 80% przypadków.

W odpowiedziach otrzymanych przez towarzystwo lekarskie angielskie, na ogólną liczbę 1078, twierdzących było tylko 261, przeczących 673, wątpliwych 39 i nieokreślonych 105.

Zarzuty takie w porównaniu z dowodami dodatniemi są zbyt słabe i skierowane być mogą do większości chorób bezspornie uznanych za zakaźne.

Chory na tyfus płamisty leży w oddziale klinicznym razem z dwudziestoma innymi chorymi przez ciąg miesiąca; codziennie bada go profesor i ordynator w obec 60-ciu studentów, pielęgnuje chorego siostra miłosierdzia, felczer i kilku posługaczy; żadna z tych osób nie przechodziła tyfusu płamistego, i pomimo bardzo blizkiego zetknięcia się z chorym i jego wydzielinami przy badaniu, żadna z tych osób nie zaraża się tyfusem płamistym. Czyżby to miało znaczyć że choroba ta nie jest zaraźliwą. Objawy zarazy przymiotowej przez czas długi mogą być wyrażone w jednym miejscu ustroju, lecz rzecz ta bynajmniej nie ujmuje przymiotowi znaczenia choroby zakaźnej. Jeżeli kwestyja zaraźliwości suchot nie jest tak jasną jak w innych chorobach zakaźnych, to przyczyną tego bez zaprzeczenia jest w większości przypadków bardzo przewlekły przebieg choroby i niewyraźny początek, a co za tem idzie niemożność jasnego określenia czasu wtargnięcia pasorzytów i przyjęcia się ich w ustroju.

---

<sup>1)</sup> Family history in relation to Contagion in Phthisis pulmonalis. (The Brit. med. Journ. — 1882).

Dalej ciągłość, że tak powiem, endemii gruźliczej nie tak jasno wykazuje jej przyrodę zakaźną, jak naprzykład w pewnych przestankach napastujące ludzkość epidemije cholery, tyfusu, błonicy i t. p.

Dane statystyczne zbierane w celu określenia zaraźliwości suchot, zdaje mi się, dla tych powodów są bardzo niedokładne i nie można przypisywać im wielkiego znaczenia.

Wszystkie zarzuty skierowane przeciw zaraźliwości suchot, mogą być *mutatis mutandis* zastosowane do wszelkich innych chorób zakaźnych i dowodzą tylko, że warunki sprzyjające przyjęciu jakiegokolwiek bądź zarazy przez ustroj są bardzo ciemne i medycyna nie jest w stanie obecnie dać ścisłej odpowiedzi na pytanie, jakie warunki ustroju są konieczne, ażeby pewna choroba zakaźna znalazła sobie w nim niezawodny grunt, przyjmując zwykle drogi zakażenia. Pod tym względem nauka o suchotach jest nawet więcej bogatą w porównaniu z innymi cierpieniami. — Szeroko i wielokrotnie rozbierana kwestyja tak zwanej dziedziczności i usposobienia suchotniczego wiele przyczyniła się do wskazania warunków, przy których zaraza gruźlicza ma ułatwioną możność rozwinięcia się w ustroju. Dziś jeszcze dające się słyszeć zdania takie, jak np. wypowiedział Meissen <sup>1)</sup>, że swoiste usposobienie ustroju jest najbliższą przyczyną gruźlicy, lasecznik zaś jest tylko czynnikiem pobudzającym (*causa movens*), uważam za prostą grę wyrazów, którą możnaby zastosować do wszystkich chorób zakaźnych, gdyż nie ma takiej choroby zakaźnej, któraby była w stanie rozwinąć się w każdym ustroju, a jednakże nikt nie będzie kruszył kopij o to, czy przyczyną np. cholery jest zarazek choleryczny, czy też usposobienie choleryczne ustroju. Jeżeli weźmiemy trzy próbówki, z których jedną wypełnimy agaragarem, drugą bulijonem, trzecią surowicą krwi, i do wszystkich trzech dodamy pewną ilość hodowli lasecznika gruźliczego i po pewnym czasie spostrzeżemy, że tylko w ostatniej rozwinęła się hodowla grzybka, to pytam się, co jest główną przyczyną hodowli i wszystkich zmian drobinowych które powstały w surowicy — w ostatniej próbówce — surowica krwi, czy też lasecznik. Logiczna

<sup>1)</sup> Zur Kenntnis der menschl. Phthise. — Berlin. 1885.

odpowiedź jest tylko jedna — przyczyną kolonii lasecznika jest zarodek lasecznika wprowadzony do próbowki, który w niej znalazł odpowiedni grunt (surowicę krwi) do swego rozwoju.

Toż samo dzieje się i w ustroju człowieka — w miejscowościach gdzie gruźlica wciąż grasuje — lasecznik, albo właściwiej zarodniki jego unoszą się w powietrzu i co za tem idzie, nawiedzają płuca ludzi, którzy oddechają tem powietrzem, jednakże w znakomitej większości znajdują tam niegościnnie przyjęcie.

Wiadomo jest, że lasecznik gruźlicy należy do najwzbredniejszych grzybków pod względem wyboru gruntu odżywczego; dotychczas udawało się hodować go tylko na surowicy, lub w ostatnich czasach na agarze i buljionie z domieszką gliceryny <sup>1)</sup>, podczas gdy naprzykład lasecznik tyfusowy znakomicie rozwijać się może na najrozmaitszych gruntach, począwszy od surowicy krwi, aż do kawałka kartofla. Dalej wiadomo nam, że rozwój lasecznika jest nader powolny. Na surowicy w temperaturze 37° C. zaledwie po 10-ciu dniach zjawiają się widoczne ślady hodowli po zasianiu. Nie dziwnem więc będzie, że w płucach zdrowych i silnych lasecznik nie znajduje dla siebie warunków wygodnych do rozwoju: przy zdrowej błonie śluzowej i dobrze działającym nabłonku migawkowym, lasecznik nie ma możliwości zatrzymania się tyle czasu, ile to jest potrzebne do jego rozwoju; z drugiej zaś strony organizm człowieka zdrowego posiada środek na pokonanie wroga, o ile ten nie wkracza w zbyt wielkiej ilości — mówimy tu o wędrujących ciałkach białych — fagocytach Miecznikoff'a.

Rzecz ma się inaczej, skoro z jednej strony ustrój z jakich bądź przyczyn jest osłabiony i niezdolny do walki zwyciężkiej z pasorzytem, z drugiej zaś strony płuca resp. błona śluzowa jest niezdrową i daje lasecznikom możliwość rozwijania się, lub też budowa płuc jest tego rodzaju, że nie wszystkie części jednakowo dobrze się odżywiają, np. klatka piersiowa płaska, wydłużona t. z. poralityczna, przy czem pojemność płuc przy oddechaniu nie dosięgająca fizjologicznego minimum (600 c. s. — Hutschinson) i wentylacja wierzchołkowa odbywa się bardzo niedbale — błona śluzowa

<sup>1)</sup> Nocard et Roux, — Annales de l' Inst. Past. 1887. N. 1.



wtedy przedstawia skłonność do cierpień nieżytowych i pomyslnie warunki do przyjęcia lasecznika. Warunki w ogóle uspasabiające ustrój do przyjęcia zarazy gruźliczej, są zbyt znane, ażebyśmy mieli je szczegółowo rozbierać.

Ogólną cechą warunków tych jest osłabienie respective zmniejszenie odporności ustroju względem zarazka gruźliczego. Warunki takie mogą być odziedziczone lub nabyte. Po rodzicach suchotnikach dziedziczyć można z jednej strony swoistą budowę klatki piersiowej, z drugiej brak sił życiowych. Rodzice zupełnie zdrowi rodzic mogą dzieci z odziedziczonymi warunkami sprzyjającymi do przyjęcia zarazka gruźliczego, jeżeli związek małżeński zawarty został pomiędzy osobami w podeszłym wieku. Dalej strony wyniszczone w skutek jakichbądź chorób przewlekłych, jakkolwiek same nie dotknięte suchotami, mogą mieć potomstwo z małym zapasem sił życiowych, łatwo ulegające w walce z pasorzytem gruźliczym.

Nabyte usposobienie do suchot warunkuje się chorobami lub sposobem życia sprowadzającym osłabienie płuc lub całego ustroju. Zapalenie płuc włóknikowe, nieżyt oskrzeli przewlekły, zapalenie opłucnej, krwotoki płucne, krztusiec i t. p. powodują niekiedy zmiany w płucach, sprzyjające rozwojowi zarazka gruźliczego. Zajęcia wymagające pozycyi siedzącej pracującego z tułowiem pochylonym na przód, respective uciskiem i słabą wentylacją wierzchołków (przy czem im praca wymaga mniej siły fizycznej, a więcej uwagi powstrzymującej prawidłowe oddechanie, tem jest szkodliwszą), dalej długotrwałe pozostawanie w atmosferze przepelnionej pyłem np. kamiennym, również usposabiać mogą płuca do suchot. Mendelson wskazuje nawet na urazy (trauma) płuc, jako czynnik sprzyjający rozwojowi suchot.

Wreszcie choroby i rodzaj życia prowadzące za sobą ogólne osłabienie ustroju, nierzadko torują drogę sprawie gruźliczej.

Z pomiędzy innych wspomnieć można o blednicy, przymicie, odrze, szkarlatynie, tyfusie, chorobie cukrowej, zimnicy, zwężeniu przetyku, raku żołądka, wadach serca, zapaleniu nerek; cierpienia te często w następstwie wikłają się suchotami płucnymi. Wyniszczający sposób życia, cierpienia moralne i t. p. do tegoż samego mogą doprowadzić rezultatu.

Co się tycze możliwości odziedziczenia samej sprawy gruźliczej, to jest przenoszenia się laseczników z krwią matki lub nasieniem ojca do płodu, to rzecz ta do ostatnich czasów nie została jeszcze rozstrzygniętą, gdyż posiadamy dowody za i przeciw podobnemu przypuszczeniu.

M. Wolff <sup>1)</sup> ściśle zbadał 42 noworodki samic gruźliczych i nigdy nie znajdował śladów sprawy gruźliczej; na zasadzie tych badań sądzi Wolff, że przy prawidłowym łożyskowym krwiobiegum zarazek gruźlicy krążący we krwi matki nie może przedostać się do układu krwionośnego płodu.

Prawie zgodne wyniki z poprzedniami otrzymał Wysokowitsch <sup>2)</sup>, dowodząc, że przejście ciał obcych od matki do płodu musi się skuteczniać chyba przez pośrednictwo uszkodzeń łożyskowych, jakkolwiek Haller <sup>3)</sup> na zjeździe w Kopenhadze przedstawił macicę dotkniętą obszerną sprawą gruźliczą, bez jednoczesnego przejścia gruźlicy do płodu.

Z drugiej zaś strony odosobnione badania Spitz'a <sup>4)</sup>, Koubassoff'a <sup>5)</sup>, Straus'a i Chamberland'a <sup>6)</sup>, von Fodora <sup>7)</sup>, Johne <sup>8)</sup>, zdają się wykazywać przechodzenie pasorzytów chorobotwórczych z ustroju matki do płodu.

Landouzy i Martin <sup>9)</sup> dowodzą, że cząstki płodu pochodzącego od matki gruźliczej, jakkolwiek nie posiadające jasno wyrażonej gruźlicy, po zaszczepieniu zwierzęciu wywołują u tegoż tworzenie się gruzelków. Firket <sup>10)</sup> dodaje,

<sup>1)</sup> Wolff.—Ueber erbliche Uebertragung parasit Organ. Virch. Arch. T. 104—1.

<sup>2)</sup> Wysokowitsch.—Ueber die Schicksale der in's Blut injiniciten Mikroorganismen etc.

Zeitschr. für Hyg. 1886. T. 1.

<sup>3)</sup> Firket.—De l'hérédité de la tuberculose.

Revue de med. 1887. N. 1.

<sup>4)</sup> Spitz.—Die Recurrens-epidemie in Breslau.

Inaug. Diss. Breslau, 1879.

<sup>5)</sup> Koubassoff.—Passage des microbes pathogènes de la mère au foetus (Comptes rendus. Acad. d. sc. 1885. T. C.).

<sup>6)</sup> Soc. biol. 1881.

<sup>7)</sup> J. von Fodor.—Neure Versuche mit Injection von Bact. in Venen. (Deut. med. Woch. 1886. N. 36).

<sup>8)</sup> Johne.—Ein zweifelohser Fall von congenitalen Tuberculose.— (Fortschr. der Med. 1885. N. 7).

<sup>9)</sup> Rev d. Med. 1883, p. 1014.

<sup>10)</sup> Patrz wyżej.

że w badaniach tych nie poszukiwano laseczników gruźlicy, a więc wartość tych badań jest niewielka. Leyden <sup>1)</sup> sprawdzał badania L. i M. i doszedł do wyników ujemnych.

Jakkolwiek bądź by się rzeczy miały, dla możliwości przejścia zarazka gruźlicy od matki do płodu, pominiawszy przypadki gruźlicy narządów rodnych matki, konieczną jest obecność zarazka we krwi matki. Zarazek we krwi a priori wykryć można przy gruźlicy ostrej prosówkowej, która najmniej nas interesuje w sprawie dziedziczności.—W przypadkach zaś zwykłej gruźlicy przewlekłej płuc, według Firketa więcej niż w połowie przypadków brak objawów rozsiania się sprawy gruźliczej, respective obecności chociażby chwilowej pasorzytów we krwi. Na 141 przypadków przewlekłej gruźlicy płuc, Firket widział tylko 30 razy gruźlicę nerek; Frerichs <sup>2)</sup> na 250 przypadków 90 razy, Steinthal <sup>3)</sup> na 100 przypadków 28 razy.

Dalej Firket zwraca słuszną uwagę, że gdyby u płodu gruźlica rozwijała się wskutek przenikania laseczników ze krwi matki, to najpierwsze i największe zmiany chorobowe spostrzegąby należało w wątrobie noworodków, gdy tymczasem badanie pośmiertne noworodków zmarłych na gruźlicę wykazuje zwykle największe zmiany w płucach, co przemawia przeciw wnikaniu pasorzytów do płodu przez łożysko.

Jeszcze więcej ciemną przedstawia się sprawa możliwości zarażenia płodu przez nasienie mężkie. Jani <sup>4)</sup> wprawdzie wykazał obecność lasecznika gruźliczego w zdrowych narządach płciowych suchotników, a Landouzy i Martin <sup>5)</sup>, wstrzykując nasienie świnek gruźliczych do jamy otrzewnej

<sup>1)</sup> Leyden — Klin. über den Tuberkel-bacillus, — (Zeitschr. für Klin. Med. T. 8).

<sup>2)</sup> Frerichs. — Beiträge zur Lehre von der Tubercul. — Marburg, 1882.

<sup>3)</sup> Steinthal — Ueber die tuberculöse Erkrankung der Niere. Virch. Arch. T. 100.

<sup>4)</sup> Curt Jani. — Ueber des Vorkommen von Tuberkelbacillen im gesunden Genitalapparat bei Lungenschwindsucht etc. — Virch. Arch. T. 103.

<sup>5)</sup> Landouzy. et Martin. — Sur quelques faits experimentaux relat. à l'histoire de l'heredo tuberculose. (Etudes exp. et clin. de tuberculose publ. s. I, dir de Verneuil.—Paris, 1887).

zwierząt w 6-ciu przypadkach (na 16), wywołali sprawę gruźliczą, jednakże sam fakt przenikania zarazka z nasieniem do płodu nie był dotychczas przez nikogo stwierdzonym. — Jeżelibyśmy nawet przyjęli możliwość takiego zarażenia jaja płodowego, to trudno sobie wyobrazić, ażeby obecność grzybka gruźlicy w jaju płodowym w najpierwszych okresach jego rozwoju, nie podziałała zabójczo na dalszy jego rozwój.

Sprawa więc dziedziczenia samego zarazka gruźlicy nie posiada trwałych podstaw doświadczalnych. Statystyka również nie rozstrzyga kwestyi stanowczo, jakkolwiek wykazuje, że w pewnej bardzo małej liczbie przypadków, gruźlica spostrzeganą była w nader wczesnem dzieciństwie. Landouzy i Queyrat <sup>1)</sup> podają następującą statystykę gruźlicy dziecinnej:

Hervieux na 996 oględzin pośmiertnych dzieci niżej dwóch lat, spostrzegał gruźlicę 18 razy (w dwóch przypadkach wiek dzieci nie przewyższał dwóch tygodni). Froebelius na 16,581 oględzin, widział 416 przypadków gruźlicy u dzieci w wieku 1—4 miesięcy.

Demme na 36,148 oględzin, znalazł 1932 przypadki gruźlicy, przy czem u dzieci mających 21 — 29 dni spotykano jamy w płucach.

Biedert na 1308 oględzin pośmiertnych, dzieci nie starszych nad rok, w 6,8% przypadków znajdował gruźlicę.

Nieco odmiennie przedstawia się statystyka, zebrana przez Schwera <sup>2)</sup>, a osnuta na 1318 oględzinach pośmiertnych dzieci zmarłych w wieku od 1-go dnia do 15-tu lat. Co do wieku dzieci i częstości przypadków gruźlicy, material ten Schwer grupuje w następujący sposób:

Liczba przypadków.	wiek dziecka.	Liczba przypadków gruźlicy.	Odsetka gruźlicy.
261	— 1 dzień do 4 tygodni	— 0	— 0
123	— 5 do 9 tygodni	— 1	— 0,8
144	— 9 do 20 tygodni	— 15	— 10,4
160	— 6 do 12 miesięcy	— 28	— 17,5

<sup>1)</sup> Landouzy et Queyrat, — Note sur la tuberculose infant. (Bul. de la soc. med. des hôp. 1886, p. 169).

<sup>2)</sup> Revue mens. des malad, de l'enfance. 1886, p. 128.

188	—	do 2 lat	—	—	49	—	26,0
104	—	do 3 lat	—	—	47	—	45,2
82	—	do 4 lat	—	—	27	—	32,9
53	—	do 5 lat	—	—	20	—	37,7
112	—	6 do 10 lat	—	—	40	—	35,7
89	—	11 do 15 lat	—	—	20	—	31,5

Jakkolwiek więc śmiertelność dzieci największą jest w wieku od 1-go dnia do 4-ch tygodni, w liczbie 261 przypadków w tym wieku nie spostrzegał Schwer ani jednego przypadku gruźlicy. Śmiertelność dzieci od gruźlicy największej liczby dosięga dopiero około trzeciego roku życia (45,2%).

Lannelongue <sup>1)</sup> podaje najświeższą statystykę 1,005 przypadków gruźlicy dziecięcej chirurgicznej. Przypadki te odnośnie do wieku dziecka przedstawiają się w następujący sposób:

Wiek dziecka.		Liczba przypadków.
1 do 4 tygodni	—	4
5 do 9 tygodni	—	6
9 tygodni do 5 miesięcy		17
6 do 12 miesięcy	—	60
1 do 2 lat	—	144
3 lata	—	107
4 „	—	108
5 „	—	99
6 „	—	95
7 „	—	73
8 „	—	55
9 „	—	28
10 „	—	48
11 „	—	39
12 „	—	28
13 „	—	30
14 „	—	19
15 „	—	9

Z tych danych okazuje się, że sprawa gruźlicza u dzieci dopiero około 2-go roku życia występuje wyraźniej.

<sup>1)</sup> Lannelongue.—De la tuberculose externe cong. et prec. — (Etudes Verneuil. Paris. 1887).

Zdaje się, że zdanie Cohnheima <sup>1)</sup>, według którego cała sprawa dziedziczności zasadza się na dziedziczeniu gruntu usposabiającego do przyjęcia i rozwoju lasecznika gruczołowego, dotychczas ma najwięcej racji bytu.

Baumgarten <sup>2)</sup> przyjmując bezpośrednio zakażenie płodu przez krew matki i godząc to pojęcie z nieulegającym wątpliwości faktem, że przypadki gruczołowego lasecznika w pierwszych dniach i tygodniach życia należą do nader rzadkich wyjątków, robi przypuszczenie, że lasecznik gruczołowy wniknąwszy do jaja płodowego, nie powstrzymuje i nie zmienia rozwoju tegoż; młode komórki zarodkowe, jak również komórki ustroju dziecinnego w najpierwszych okresach życia przedstawiają silną odporność względem chorobotwórczej działalności lasecznika, który zamknięty w gruczołach chłonnych, pozostawać może przez długi czas w stanie niejako uśpienia. Przypuszczenie to znajduje poparcie w rozwoju przymiotu dziedzicznego, który przez dość znaczny przeciąg czasu pozostawać może w stanie utajenia, wyrażając się zaledwie powiększeniem gruczołów chłonnych. O ile rzecz ma się tak samo i z gruczołowym lasecznikiem, dotychczas zadowolnić się musimy tylko przypuszczeniem. Na przypuszczeniu tem oprzećby można unitarny pogląd na pochodzenie żołądkowego i gruczołowego lasecznika.

Według poglądu tego, osnutego na poszukiwaniach swoistych pasorzytów w produktach żołądkowych i doświadczeniach z szczepieniem tychże produktów, żołądkowe uważane są za sprawę gruczołowego lasecznika osłabioną lub miejscową (gruczołową).

Osobnik pochodzący od rodziców suchotnicznych z tego powodu byłby żołądkowym, dzięki odziedziczeniu swoistego pasorzyta gruczołowego, który zasiadł w gruczołach chłonnych i przez długie przebywanie w jednym otoczeniu, które dzięki znacznemu zapasowi sił żywotnych, stawiało dzielną zaporę jego chorobotwórczemu działaniu, został tak osłabionym, że nie jest już w stanie zabić osobnika, w którym znalazł przytułek.

Badania dokonywane w tym kierunku są tak chaoty-

<sup>1)</sup> La tuberculose cons. au point de vue de la doctrine de l'infection. 1882.

<sup>2)</sup> Baumgarten.—Die Wege der tuberculösen Infection. (Zeitschr. f. klin. Med., 1883.—T. 6.)

czne i niekiedy sprzeczne, że trudno, opierając się na nich, dojść do jakichkolwiek trwałych wniosków ogólnych. Więcej ścisłe badania prowadzone obecnie przez Arloinga <sup>1)</sup> dotychczas wykazały, że pomiędzy zwykłymi formami zołzów, produkty których przez szczepienie wywołują sprawę gruźliczą u morskich świnek (zwierzątek bardzo łatwo przyjmujących zarazek gruźlicy choćby bardzo osłabiony), nie są zaś w stanie sprowadzić jej u królików, istnieje pewna liczba przypadków wprost gruźlicy utajonej, gotowej do rozsiania się po ustroju po wycięciu np. gruczołów obrzmiałych: produkty takich błędnie rozpoznawanych zołzów przez szczepienie bardzo łatwo powodują sprawę gruźliczą u królików.

Nauka o zołzach zaledwie zaczyna wchodzić na właściwą drogę; zdaje się przedewszystkiem należałoby zwrócić pilniejszą uwagę, czy obszerna grupa cierpień nazwana ogólnem mianem zołzów, nie jest zbiorem różnych form chorobowych; należałoby wyróżnić zołzy odziedziczone i nabyte, pochodzenia gruźliczego, przymiotowego, dyjetetycznego i t. p.

Przedwczesnem zaś jest twierdzenie Marfana <sup>2)</sup> (przez nikogo zresztą dotychczas nie potwierdzone), że zupełne wyleczenie ustroju od zołzów w ogóle, zabezpiecza na zawsze ustrój od suchot. (Marfan nazywa zołzy miejscową gruźlicą, samą zaś gruźlicę uważa za chorobę zakaźną z rodzaju przymiotu, ospy i t. p., w których jednorazowe przebycie choroby chroni od powtórnego zarażenia się. Wprost przeciwnie zapatruje się na sprawę gruźliczą Gosselin, mówiąc w zbiorniku prac pod redakcją Verneuil'a (Parys 1887 roku), że gruźlica jest bardzo skłoną do powrotów).

Inne drogi zarażania się sprawą gruźliczą, jak pokarm np. mleko krów gruźliczych (Baumgarten, Gerlach), lub masek i mamek suchotniczych, osobliwie jeżeli wymię krowy (Niepce), lub pierś kobieca (Charrin) dotknięte są gruźlicą; dalej zetknięcie produktów gruźliczych z obnażoną z na-

<sup>1)</sup> Arloing M. S. — Essai sur la differentiation exp. de la scrofule et de la tuberculose humaines.

(Revue de med. — 1887. — Nr. 2).

<sup>2)</sup> Marfan. — De l'immunité conférée par la guerison d'une tuberculose locale pour la phtisie pulmonaire.

(Arch. gen. de Med. 1886).

skórka powierzchnią ciała lub raną (obrzezanie—Elsenberg) i t. p. pomijamy jako nie mające bezpośredniego związku z suchotami płucnymi.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Farmakologija.

88. R. LEPINE. **O działaniu fizylogiezem i terapeutycznym antifebryny.** (Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétanilide). — *Revue de Médecine* N-r 4 i 6. 2887).

U zwierząt zdrowych antifebrina, w dawkach 0,25 do 0,30 na kilogram, wstrzymuje w ogóle przemianę materji i ogranicza wytwarzanie się ciepła.

Dalej podnosi energiję serca i zniża pobudliwość ośrodków czucia; wpływa na krew—przyczyniając się do powstawania w czerwonych krążkach niewielkiej ilości metahemoglobiny. Zjawisko to nie ma zresztą poważniejszego znaczenia.

Na mikroby, zdaje się działać, chociaż nie energicznie, nawet w nasyconych roztworach. U gorączkujących—zniża w odpowiednich dawkach ciepłotę. Ostatnie odbywa się drogą wpływu bezpośredniego na ośrodki regulujące, gdyż promieniowanie ciepła przez skórę jest przy tem zmniejszone. Ilość materji wyciągowych nie zmniejsza się przy tem. Autor nie widział wpływu szkodliwego na serce u gorączkujących i stawia antifebrynę wyżej od wszelkich innych środków antipiretycznych (porównaj inne referaty).

W chorobach nerwowych—okazuje się antifebrina jako wyborny środek usmierający np. przy newralgijach w przebiegu tabes (crises gastriques). W jednym przypadku padaczki (stojącej w związku z cierpieniem ucha), chory przestał ulegać napadom od miesiąca, odkąd przyjmuje codziennie 2 gramy antifebryny.

Autor sądzi, że środek ten może oddać ważne usługi przy leczeniu morfiomanji, w chwili odstawienia morfiny.

O.

89. D-r Louis SECRETAN. **O antifebrynie** \*). Note sur l'antifebrine. — (*Revue médicale de la Suisse Romande* I. 1887).

Podług prof. Lepine'a dawka 0,50 antifebryny nie wywołuje u człowieka zdrowego żadnego skutku widocznego; przy dawce 4,0 podawanej w ciągu kilku dni, autor ten spostrzegał sinicę twarzy i kończyn, która ustępowała po odstawieniu środka.

\*) Por. Kron. lek. 1886. N-r 12.



U świnki morskiej dawka 0,30 pro kilo w postaci podskórnych zastrzykiwań, wywołuje obniżenie ciepłoty ciała, zwolnienie tętna i pewien stan ogólnego osłabienia, który może zakończyć się śmiercią.

Krew zwierzęcia zabitego antifebryną wykazuje w spektroskopie smugi pochłonne, takie same jak przy zatruciu aniliną. Kształt i ilość czerwonych ciałek krwi nie jest zmieniona, tylko kolor krwi jest ciemny—ilość tlenu we krwi jest o połowę zmniejszona.

U psa zwykle te objawy występują daleko wyraźniej. — Dawka 0,40 pro kilo wprowadzona przez żołądek, wywołuje już po upływie pół godziny wyraźne powiększenie energii serca; — ciśnienie wewnątrz tętnicze też z lekka się podwyższa.

Układ nerwowy również bywa zajęty: kończyny tylne drżą, są lekko paretyczne; przy dawce podwójnej występuje zupełne obezwładnienie.

Co do własności terapeutycznych antifebryny, to odróżniają ją w niej działanie:

- 1) Antitermiczne.
- 2) N an e r w n e (nervinum).
- 3) P r z e c i w g n i l n e.

Autor stosował antifebrynę w 17 wypadkach; 12 gorączkowych i 5 przebiegających bez gorączki.

Na 12 przypadków gorączkowych było: 5 tyfusu, 3 gruźlicy, 2 ostrego gościca stawowego, 1-no zapalenie płuc kataralne — i 1-no zapalenie osierdzia pochodzenia reumatycznego, z przebiegiem ostrym.

Działanie antifebryny nie było jednakowe we wszystkich przypadkach. Najmniej pocieszające wyniki otrzymano u dwu chorych z ostrym gościcem stawowym, u jednego pomimo dość znacznych dawek (6 dawek po 0,50), obniżenie temperatury wcale nie nastąpiło — w drugim wypadku po 1,0 środka gorączka spadła do 38°.

Lepsze daleko wyniki otrzymał autor u pozostałych 10-iu chorych. Tak naprzykład: u 5-ciu tyfusowych temperatura spadała rzadko mniej niż na 2°; — spadki na 3°—4°,8 były też notowane.

Temperatura zaczyna spadać już po upływie godziny; największe jednak obniżenie temperatury ma miejsce w 5 lub 6 godzin po zadaniu środka — mowa tu naturalnie o bardzo powolnem obniżaniu temperatury, jak po antipyrynie, a nie o gwałtownych spadkach jak po kairynie i tallinie.

Okres spadku ciepłoty po antifebrynie trwa krócej niż po antipyrynie i w 3 do 6 godzin po ostatecznej niższej temperaturze zaczyna się znów podnosić i dochodzi do cyfr wyższych czasami niż były przed zadaniem środka.

W trzech wypadkach gruźlicy, jak również w 1-nym wypadku zapalenia płuc kataralnego, obniżenie temperatury dochodziło zawsze do 2° lub więcej. Okres apyrektyki i w tych wypadkach był krótki.

Jako n e r v i n u m antifebryna nie zasługuje, zdaniem

autora, na wielkie pochwały, chociaż udało mu się wyleczyć nią w ciągu trzech dni nerwoból potyliczo-twarzowy.

Co się tyczy działań ubocznych antifebryny — to zauważono przekrwienie skóry z następczymi obfitami potami; poty te połączone były u niektórych chorych z uczuciem osłabienia, do zapaści jednak nie przychodziło.

Częstość pulsu zmniejsza się np. z 120 na 90, z 96 na 80, z 72 na 56,

Tętno przy tem jest dosyć pełne, dwubitność znika.

Cohn i Hepp zanotowali poluryję, której autor wcale nie widział.

Ze strony nerwowej zauważono tylko 2 razy dreszcze, które były dosyć silnie wyrażone, ze szczękaniem zębów — ale bez uczucia zimna.

Zaburzenia gastryczne występują po antifebrynie częściej niż po antypyrynie — za to nigdy nie spostrzegał autor wysypki, tak często występującej po antypyrynie.

Sposób użycia. Antifebrynę łatwo można przyjmować w proszku, gdyż nie ma żadnego nieprzyjemnego smaku. Łatwo też rozpuścić ją można w winie.

Dawki potrzebne do obniżenia temperatury są prawie cztery razy mniejsze niż dla antypyryny, 1,0, 1,50 Antifebryni = 4,0—5,0 Antypyryni.

U suchotników dostateczny rezultat można otrzymać po dawce 0,50 Antifebryni.

U tyfusowych nie potrzeba więcej jak 2,0, — przy czem lepiej ilość tę zadać w dwóch dawkach pełnych po 1,0 niż w kilku mniejszych. — Przy gościu stawowym przeciwnie, lepszy skutek odnoszą dawki mniejsze 0,50 kilkakrotnie w ciągu dnia zadawane (co 2 godziny) — w ogólnej ilości 2,0 do 3,0.

W ubogiej praktyce omawiany środek ma tę wielką wyższość nad antypyryną, że jest 8 razy od niej tańszy; przy tem dawki są prawie cztery razy mniejsze.

*Adam Ciagliński.*

90. GRÜNEBERG. **Antifebryna w tyfusie.** (*Berl. Kl. Woch. N. 49*).

W tyfusie wciąż jeszcze zmuszeni jesteśmy uciekać się do środków objawowych, których głównym, można powiedzieć, jedynym celem — znizienie ciepłoty. Po chininie niepewnie działającej i nie zawsze znoszonej, po antypyrynie którą trzeba podawać w ogromnych dawkach i która ma swe wady poniżej wyłuszczone, przyszła kolej na antifebrynę, polecaną przez Cohna i Heppa z Strasburga i wypróbowaną na klinice prof. Kussmaula. Autor w wielu wypadkach stosował ją z wielkim pożytkiem w szpitalu w Altonie i przekonał się, że dawki zniżające ciepłotę o kilka stopni i w ciągu kilku godzin są dla antypyryny częstokroć mniejsze od antifebryny, czyli że wystarczy 0,25—0,5 grm. dla takiego samego rezultatu, jaki przy antifebrynie otrzymujemy dopiero przy 1,0—2,0. — Ciepłota poranna daje się znacznie łatwiej obniżyć, niżeli ciepłota wieczorna i dla tego trzeba podawać środek od samego rana, w ta-

kim razie otrzymujemy ten wynik, że wieczorna ciepłota nie przewyższa porannej.

Spadanie ciepłoty odbywa się niekiedy bez pocenia się, najczęściej jednak występują poty, nawet bardzo obfite; natomiast sinicy, zaczerwienienia skóry lub wysypek autor nigdy nie spostrzegł. Sam środek nie wywołuje ani palenia, ani nudności, ani wymiotów i daleko chętniej jest przyjmowany i lepiej znoszony przez chorych, jak antifebryna. — Nowe podwyższanie się ciepłoty po ustaniu działania środka; odbywa się nieraz wśród dreszczów, co jednak w następstwie nie powtarza się — przy dalszem podawaniu antifebryny.

*Wolberg.*

91. D-r T. LANG. **O działaniu antifebryny.** Ueber die Wirkung des Antifebrins. (*Wiener Med. Preses.* N-r 22. — 1887).

Autor stosował antifebrynę:

w 4	przypadkach	ostrego zapalenia oskrzeli.
„ 1	„	plonicy.
„ 1	„	duru brzuszego.
„ 1	„	dyfteryi.
„ 2	„	zapalenia płuc krupowego.
„ 3	„	zapalenia płuc nieżytego.
„ 1	„	suchot płucnych.

Dawka wahała się stosownie do wieku między 0,10 a 0,25 do 0,50, co 2 do 3 godzin, dawka dzienna 0,50 do 1,0 u dzieci, a 2,0 do 2,50 u dorosłych. Spadek ciepłoty o 1,5 bywał dosyć szybki, lecz nie długo trwał, tak, że gdy np. w południe podaną była dawka antifebryny, już o 3-ej godzinie zauważyć było można podnoszenie się ciepłoty. Na wysokości choroby ani w jednym przypadku nie był dostrzeżonym spadek ciepłoty do normy. Dreszczów ani razu nie spostrzeżono.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje wpływ leku na czynność serca. Częstość tętna zmniejszała się wraz ze spadkiem ciepłoty, lecz zmniejszenie to trwało znacznie dłużej. We wszystkich bez wyjątku przypadkach tętno pozostawało małym, miękkim, lekko się ucisnąć dającym, nitkowatym u dzieci małokrwiastych, chorych na płuca. Uderzenie wierzchołkowe serca pod wpływem antifebryny stawało się słabym; tony serca u chorych na zapalenie płuc, dur brzuszny przytłumione, skurcz komórek krótkotrwały, przerwa między pierwszym a drugim tonem krótka, przerwa po drugim tonie (*Herzpause*) długa.

Niedostateczna czynność serca ze swej strony powodowała zboczenie w krążeniu płucnem, specjalnie uporczywy niezbyt płucny podczas leczenia za pomocą antifebryny.

I częstość oddechów widocznie pod wpływem antifebryny ulegała zmniejszeniu.

Wpływu na trawienie antifebrena nie miała; w żadnym przypadku nie zauważono mdłości, wymiotów, lub też biegunki.

Nie zauważono też żadnego wpływu na czynność nerek i ośrodków nerwowych.

Czy antifebryna wywiera wpływ na czynność skóry, trudno orzec, ponieważ w niektórych przypadkach w durze, płonicy, dyfteryi skóra pozostawała suchą, przy zapaleniach płuc czasowo występowały poty. Skóra najczęściej bywała bladą, wargi sine; w przypadkach śmiertelnych zauważono sinicę silnie rozwiniętą.

Na mocy swych spostrzeżeń autor twierdzi:

1) Że antifebryna jest lekiem przeciwgorączkowym, który pod względem działania przeciwgorączkowego zajmuje niższe od innych (chininy, antypyryny) miejsce, ponieważ *ceteris paribus* nie zniża ciepłoty znacznie i trwale.

2) Że zmniejsza ona energiję serca prawdopodobnie przez podrażnienie n. błędnego i z tego względu winna być z wielką ostrożnością używana.

3) Że działa ona deprymująco na oddechanie. Właściw-  
szem będzie, zdaniem autora, użycie antifebryny w innych cierpieniach (tachycardia przy chorobie Basedowa, stenocardia, dusznica nerwowa) aniżeli przy gorączce.

*F. Arnstein.*

92. D-r P. DEMIEVILLE **Antifebryna jako środek nanerwny.** (De l'antifebrine comme nervin). *Revue Médicale de la Suisse Romande*. N. 6, 1887.

Autor na wstępie zbija obawy G. Sée, co do możliwości zatrucia antifebryną już przy 1,5; w samej rzeczy bowiem objawy zatrucia występują dopiero przy 2—3 gramach. W 80-iu przypadkach, przy dawkach 0,75—1,0 kilka razy na dzień, nie zauważono ani razu poważniejszych objawów. Autor miał zawsze na uwadze słabość serca i w ogóle spostrzeżenia swoje czynił nie nad gorączkującymi. Objawy ze strony przewodu pokarmowego były mało znaczące i przejściowe.

Dawka antifebryny w celach uśmierzenia bólu musi być większą, niż gdy się ma zamiar zniżyć ciepłość ciała (0,25), niżej pół gramma nie można oczekiwać skutku. Nie należy się jednak zrażać, gdy za pierwszym razem doza taka nie wywarła pomyslnego działania. Zdarzało się, że gdy pierwsze dawki musiano podnieść do 1 gramma, następnie i mniejsze już wywierały wpływ. Autor w ogóle u dorosłych podawał 0,50 jednodokrotnie, albo stosownie do przypadku, powtarzając 3—4 razy dziennie co 1—2 godziny lub rzadziej. Mniejsze dawki działają tylko u dzieci.

Zmniejszanie się resp. ustępowanie bólu następuje dość szybko po zadaniu środka ( $\frac{1}{2}$ —1—2 godzin), często zjawia się przy tem nieprzewyciężona potrzeba snu. Przy dłuższem użyciu następuje przyzwyczajenie, które jednak ustępuje po kilkudniowej lub dłuższej przerwie.

Nerwo ból kulszowy, 11 przypadków; w 5 przypadkach (4 ostre) wyleczenie było szybkie i zupełne, w 4-ch otrzymywano krótszą lub dłuższą ulgę, bóle wracały jednak. — W jednym tylko nie otrzymano pomyslnego wyniku.

Nerwobóle śródżebrowe, 7 przypadków, z tych w 6-ciu uzdrowienie zupełne po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu (3—15 dni).

Nerwobóle n. trójdzielnego — 8 przypadków, (5 n. dentales, 3 supra et infraorbitales) — wyniki dobre.

Bóle głowy różnej natury 11 przypadków. — W jednym przy blednicy i w dwóch u ciężarnych skutek bardzo dobry, podobnie przy migrenie, za to przy dyspepsyi skutek był tylko chwilowy.

Nieokreślonej natury bóle (3 przypadki) u młodych niedokrewnych kobiet, umiejscowione w dłoni i przedramieniu, zwiększające się nocą, a zwłaszcza w czasie miesiączkowania — zostały złagodzone.

Przy bolesnem miesiączkowaniu (dysmenorrhoea) w 3-ch przypadkach wynik był świetny, w dwóch żaden. W dwóch przypadkach z gorzeli starczej zauważono znakomite złagodzenie bólów, podobnie w trzech przypadkach wiądnicy mlecznej.

Autor stosował antifebrynę w 6-ciu przypadkach padaczki i zdaje mu się jakoby u pięciu chorych napady straciły na natężeniu; w jednym zaś nie było wpływu.

Wreszcie stosował autor omawiany środek z pomyslnym wynikiem i w pojedynczych przypadkach: przy raku macicy, przy kamieniach żółciowych i przy urticaria chronica.

Na podstawie tych spostrzeżeń autor sądzi się w prawie wystąpić przeciw zdaniu Sée, odmawiającemu antifebrynie działanie usmierzającego bólu i rokuje temu środkowi równoznaczne miejsce pomiędzy „nervina“ przynajmniej na równi z salicylanem sodu, antipyriną, chininą i t. p.

O. H.

93. W. FAUST. **Antifebryna przeciw bólowi głowy.** Antifebrin b. Kopfschmerz. (*Deutsch. Med. Woch.* 26).

Autor już 8 razy spostrzegł na samym sobie wyborowy wpływ antifebryny: połowiczne bóle głowy ustępowały mu nagle po upływie  $\frac{1}{2}$  godziny (do 1 godz.) od przyjęcia środka. Dawka powinna dochodzić do  $\frac{1}{2}$  — 1 gramma. Działanie jest pewniejsze i silniejsze niż przy wszelkich innych środkach; oprócz siebie zrobił autor to samo spostrzeżenie w 10-ciu przypadkach. Co się tyczy rodzaju „bólów głowy“, to działanie występuje głównie tam, gdzie przyczyną jest wadliwe krążenie krwi wewnątrz czaszki.

Także dobry wpływ widział autor przy bólu głowy po przepiciu.

O.

94. Prof. E. SALKOWSKI. **O zachowaniu się tak zwanej sachariny w ustroju.** (*Virch. Arch. Z. I.* 105).

Sachariną nazwał Fablberg ciało chemiczne, słodkiego smaku, które przed paru laty odkrył wspólnie z Remsenem i polecił do zastąpienia cukru u chorych na cukromocz. Ponieważ ciało to już obecnie weszło w użycie, postanowił autor

wykonać próby dotyczące się szkodliwości lub nieszkodliwości tego preparatu dla ustroju.

Saccharina jest anhydridem kwasu sulfaminbenzoesowego  $C_6 H_4 < \begin{matrix} CO \\ SO_2 \end{matrix} > NH$ ; przedstawia się w postaci białego proszku, smaku słodkiego, rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1:638 aq.—W połączeniu z mączką i śliną przeszkadza tworzeniu się cukru, co zależy od kwaśnego odczynu płynu; nie wpływa zaś na trawienie białka nawet w nasyconych roztworach.

1% roztwór peptonowy (pepton depurat Grübleri) pozostawiony w otwartej retorce przy temperaturze 30° z nasyconym roztworem sacchariny nie uległ rozkładowi nawet po upływie kilku miesięcy. Po dodaniu dwuwęglanu sodu następuje prędko gnicie z obfitą ilością mikroorganizmów. Wskazuje to na słabe antyseptyczne własności sacchariny, identyczne z własnościami kwasów.

Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że saccharina nie działa szkodliwie na trawienie mięsa ani tłuszczów, że nie przeszkadza wchłanianiu i nie wywołuje przyspieszonego rozpadu białka ustrojowego (jak benzoan sodu).

Saccharina posiada i w kanale kiszkowym słabe antyseptyczne działanie, które jednak nie wystarcza, by stosować ją w znaczeniu leczniczem.

Z doświadczeń autora wynika, że użycie sacchariny nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na organizm i że zastąpieniu przez nią cukru u chorych na cukromocz nie można zarzucić.

Co się tyczy losu sacchariny w ustroju, to słodki smak moczu wskazuje, że część jej niezmieniona lub w postaci soli sodowej wydziela się w moczu.

Saccharina nie szkodzi użyta nawet w ilości 5 grm. dziennie w przeciągu wielu dni.

M. H.

## II. Oftalmologija.

95. TERRIER. **Kilka uwag nad przeszczepianiem oka** (transplantatio). — *Archives d'Ophthalmologie*. — Tom IV-ty 1886.

D-r Chibert z Clermont-Ferrand pierwszy wpadł na pomysł przeszczepienia oka zwierzęcego na miejsce wyluszczonego człowiekowi, dokonana jednak przez niego próba (4 Maja 1885) dała rezultat ujemny. Również chybiły były i następne próby dokonane przez autora i przez M. Rohmer'a prof. adj. w Nancy. Niepowodzenie to przypisuje autor głównie metodzie operowania. Dopiero H. W. Bradford w Bostonie (9 Sierpnia 1885) otrzymał rezultat więcej zadawalniający, mianowicie oko przeszczepione po upływie dwóch miesięcy i 20 dni przedstawiało się jak następuje: kształt, objętość i napięcie (tensio) gałki—normalne; na zewnętrznej części rogówki wrzód obejmujący  $\frac{1}{6}$

jej obwodu; łącznica w stanie normalnym; tęcza cokolwiek mętnawa, źrenica umiarkowanie rozszerzona, na światło nie oddziaływa; ciało szkliste, cokolwiek mętne, tarcza nerwu wzrokowego słabo odznaczona, ruchy gałki we wszystkich kierunkach prawidłowe.

Powodzenie swoje, według autora, zawdzięcza Bradfort udoskonalonej technice operacyjnej. Mianowicie wówczas gdy w poprzednich próbach ograniczano się na zeszcyciu łącznicy chorego nad gałką pozbawioną łącznicy i tkanki episkleralnej (Chibret) lub na zeszcyciu jedynie łącznicy chorego z łącznicą oka przeniesionego (Röhmer, Terrier)—Bradfort połączył szwami nerw wzrokowy, mięśnie i łącznicę.

Błędnem natomiast było przymocowanie mięśni do luźnej tkanki podłącznicowej, wskutek czego mięsień prosty zewnętrzny zerwał szew i kurcząc się pociągnął za sobą łącznicę, obnażając odwodniejącą część białkówki.

Tej to okoliczności należy przypisać następne powstanie wrzodu na zewnętrznej części rogówki. To skłoniło autora, że w drugiej swojej próbie (19 Października 1885 r.), naśladowując w ogólności sposób postępowania Bradfort'a, ujął mięsień w szew łącznicowy, nie udało mu się atoli nałożyć szwu na nerw wzrokowy. Tym razem przedziurawienie i opróżnienie gałki ocznej nastąpiło dopiero na 19-ty dzień po operacji skutkiem wrzodu rogówki spowodowanego przez zawinięcie powieki (Entropion) dolnej, przyczem pozostałe części oka okazały się mocno przyrosłymi (autor natychmiast przystąpił do wyluszczenia). — Zawinięcie brzegu powiekowego miało miejsce w obu przypadkach autora i dla tego sądzi, że po dokonaniem przeszczepienia należy zamknąć czasowo szparę powiekową za pomocą jednej lub dwóch nitki srebrnych, by zapobiedz tarciu powiek o gałkę. Natomiast zwilżanie oczodołu i mającej się przenieść gałki białkiem jaja kurzego, jak to uczynił Bradfort, uważa za zbyt szkodliwe, a w każdym razie wolalby użyć do tego świeżo przygotowanej sztucznej surowicy.

Dodać jeszcze należy, że do czterech z powyżej wymienionych prób brano oko królicze, jeden tylko Röhmer użył oka psiego. Czy korzystniej byłoby wybierać zwierzęta zbliżone do typu ludzkiego, jak np. pies, trudno orzec, ponieważ powiodło się właśnie przeszczepienie oka króliczego. Również trudno dotąd sądzić o wpływie wieku, trzeba jednak przypuszczać, że gra on pewną rolę, tak co się tyczy osobnika, któremu ma być oko przeszczepione, jak i zwierzęcia, od którego ma być wzięte. Co się tyczy ostatniego, to autor mniema, że właściwiej jest brać oczy zwierząt młodych.

W końcu zachęca autor do dalszych prób, wyznając, że chociaż sam nie wierzy by rezultat mógł być inny niż kosmetyczny, to jednak nie należy przesądzać, a przedewszystkiem doświadczać.

*T. Maczewski.*

96. CHIBRET. **Wskazania do wycięcia tęczy przy operacji zaćmy** —(tamże).

Autor jest gorącym stronnikiem kombinowanej metody wydalania zaćmy (z wycięciem tęczy).

Zalety jej według autora są następujące:

1. Pozwala dokładniej wydzielić zawartość woreczka soczewkowego, a przeto czyni możliwem wcześniejsze operowanie niż przy stosowaniu metody prostej (bez wycięcia tęczy), która wymaga wysokiego stopnia dojrzałości zaćmy.

2. Zapobiega stanowczo następczemu wypadnięciu i uwięźnięciu tęczy, co przy metodzie prostej zdarza się stosunkowo często (w 5—40 wypadkach na 100). Przy zwioteczalej zwłaszcza tęczy u osób niespokojnych nawet ezeryna nie jest w stanie zapobiedz tej niebezpiecznej komplikacji; przytem dawki ezeryny nie mogą być bezkarnie zwiększane, ponieważ wywołują bóle, łzawienie, skurcz zwieracza powiek—okoliczności wpływające na opóźnienie sprawy gojenia.

Jedyny poważny zarzut jaki możnaby uczynić metodzie kombinowanej, jest, według autora, osłabienie siły wzroku w skutek zwiększenia obszaru źrenicy i pochodzącego ztąd oślnienia, lecz i ten zarzut więcej ma słuszności w teorii niż w rzeczywistości; z obserwacyj autora wypada, że jeżeli osobnik był operowany na jedno oko metodą prostą, na drugie zaś kombinowaną, to w ogólności widzi lepiej na to ostatnie, co zależy od możliwości dokładniejszego oczyszczenia woreczka soczewkowego przez powiększoną sztucznie źrenicę. Zresztą autor nie jest bynajmniej zwolennikiem obszernych wycinań tęczy, ograniczając się do wycięcia fałdy, jaka schwyć się daje pincetem — nożyczkami. Wypadki zaś w których wycięcie tęczy tym sposobem skutecznic się nie da (zaćma twarda, tęcza napięta), stanowią według autora jedyne wskazanie do operowania metodą prostą, tu bowiem nie grozi niebezpieczeństwo następczego wypadnięcia tęczy, a zaćma twarda łatwo w całości wydzielić się daje.

*T. Mączewski.*

97. Prof. GAYET. **O guzach symetrycznych obu oczodołów i ich znaczeniu symptomatycznym** — tamże.

Autor opisuje obserwowany przez siebie wypadek symetrycznego guza obu oczodołów z wysadzeniem gałek ocznych i ograniczeniem jej ruchów; upośledzenia wzroku nie było. — W kilka dni po wstąpieniu do szpitala chory zmarł przy objawach cierpienia płuc.

Guzy oczodołów po zbadaniu drobnowidzowem okazały się gruczolakami chłonnictwami, które prawdopodobnie wyrosły z podściółki tłuszczowej oczodołów i zwyrodnily mięśnie, nerwy i ścianki naczyń.

Autor zwraca uwagę: 1) że dotąd zaznaczono w literaturze 4-ry wypadki guzów symetrycznych obustronnych, 2) że we wszystkich razach guzy te posiadały cechy gruczolaków chłonnictw, 3) że w dwóch wypadkach stwierdzono stanowczo biaczkę, w jednym zaś prócz guzów oczodołów istniały obrzmienie gruczolów przyusznych i pachowych.

W wypadku autora (5-ty w literaturze) krew za życia nie



była badana, autopsya zaś była niezupełna, ale szybki zgon chorego i charakter cierpienia opłucnej stwierdzony po śmierci, pozwala również przypuszczać istnienie białaczki.

Ponieważ autorowi nie udało się znaleźć w literaturze opisu podwójnych nowotworów innej natury, przychodzi więc do wniosku, że w każdym podobnym przypadku należy podejrzewać chłonnikową naturę guzów, wiążącą się prawdopodobnie z cierpieniem ogólnem—białaczką. Z charakteru swego chłoniaki te należy uważać za złośliwe, ponieważ zwyrodniają części otaczające, otrzymane jednak w dwóch przypadkach wyleczenie na drodze operacyjnej (Otto Becher, Raymond) każe przypuszczać, że mogą się zdarzać guzy otorbione.

E. Delens z powodu podanego wyżej w referacie artykułu prof. Gayet'a, zaznacza obserwowany przez siebie w 1865 r. jeszcze jeden wypadek symetrycznych guzów obu oczodołów w połączeniu z ogólnem cierpieniem białaczkowem. Wypadek Delens'a ciekawy jest jeszcze z tego względu, że wspomniane guzy znikły bez śladu, po przebytych przez chorego napadzie cholery.

*T. Mączewski.*

98. Prof. S. BAUDY (z Lille). **Przyczynk do nauki o zapaleniu rogówki porażennem** (Keratitis neuroparalytica) tamże.

Autor opisuje dwa przypadki pomienionego cierpienia wyróżniające się tem, że w jednym z nich przyczyną było częściowe porażenie nerwu trójdzielnego w skutek nerwobólu reumatycznego (neuralgia a frigore); w obu zaś brakowało uprzedniego zebrania ropy w przedniej komórce, zapalenia tęczy lub naczyńki z tęczą (iridochoroiditis), jak to miało miejsce zawsze w doświadczeniach Laborde'a na zwierzętach.

Wykazawszy następnie niedostateczność różnych teoryj tłómaczących cierpienie rogówki porażenne (teoryja mechaniczna, naczynioruchowa, troficzna), przypuszcza wraz z Vulpian'em i Weir-Mitchell'em, że zakłócenia troficzne mogą powstawać nie tylko w skutek zmian materjalnych w ośrodkach troficznych (droga prosta), lecz i drogą odruchu przez osłabienie czynności tych ośrodków w skutek podrażnienia rozprzestrzeniającego się na nie z nerwów obwodowych.

*T. Mączewski.*

99. D-r Victor de BOITO. **Kilka uwag nad działaniem atropiny i ezeryny na łącznicę oka** tamże.

Zaznaczywszy, że szkodliwe działanie długotrwałego użycia atropiny i ezeryny, powodujące conjunctivitis toxica, znane jest oddawna, autor mniema, że szkodliwy wpływ tych alkaloidów na łącznicę zależy głównie:

1. Od użycia soli niezupełnie neutralnych.
2. Od rozwoju w rozczynach, długo trzymany, mikrobów.
3. Od idyjosynkrazyi.

Dla uniknięcia szkodliwego działania wspomnianych środków proponuje:

1. Przygotowywanie rozczynów w małych ilościach, tak aby w krótkim czasie mogły być zużyte.

2. Dodawanie do rozczynów jakiegokolwiek środka przeciwnilnego, np. kwasu borowego lub sublimatu.

3. Ograniczanie wkraplań do 6–8 razy dziennie rozczynu 10%, co według autora jest zupełnie wystarczające, nawet w wypadkach nagłych.

4. W razie idyjosynkrazyi, gdy chory nie znosi nawet małych dawek atropiny, radzi używać równie prawie silnej diubuazyny.

*T. Mączewski.*

100. **MAGNUS. Wysładzenie oka i podwójne widzenie w skutek zebrania ropy w prawej zatoce czołowej.** (*Klin. Monatschr. f. Augenhkld.* Decemb. 1886).

U 63-letniej kobiety w Czerwcu 1885 r. w górnowęwnętrznym kącie prawego oczodołu, poniżej brwi, D-r M. skonstatał miękki guz, bez wyraźnych granic, idący w głąb i ściśle przylegający do dachu oczodołu, bez żadnych objawów zapalnych; funkcyjje oka normalne. Użycie wewnątrz jodku potasu nie dało żadnego rezultatu. W Lipcu rozwinęło się ostre zapalenie skóry pokrywającej guz, i, po użyciu kataplazmu, wypuszczono dość sporo wodnistej ropy, po czem guz przyjął znów swój pierwotny wygląd. W Grudniu t. r. zauważono zбочzenie oka na dół i na zewnątrz wraz z dwojeniem się, które to objawy zaczęły iść szybko naprzód; przetym można było zauważyć i szybkie powiększanie się guza ku przodowi i w głąb, jako też i fluktuację w jednym punkcie, tuż poniżej brwi; miejsce to ograniczone było kostnym brzegiem. Przy nakłóciu próbnem okazała się ropa. Rozpoznano: empyema prawej zatoki czołowej z wypchnięciem na dół ścianki kostnej oczodołu.

W klinice D-ra Janicke była zrobiona operacyja wycięcia dłuikiem przedniej ścianki zatoki czołowej, przyczem wyszło około 60 grm. czystej ropy; przez ranę można było wprowadzić palec w głąb zatoki na 7 ctm.; po zeszkobaniu błony śluzowej i przepłukaniu rozczynek kwasu karbolowego, włożono tampon z marli jodoformowej.

Dwojenie się zniknęło zupełnie w przeciągu 3-ch dni, rana jednakże długo nie chciała się zagoić, póki nie użyto energicznie galwanokaustyki; zupełne zagojenie nastąpiło w  $\frac{3}{4}$  roku po operacyi; funkcyjje oka pozostały nienaruszone.

*Lange.*

101. D-r Bol. **WICHERKIEWICZ. Przyczynę do terapii chorób ocznych.** — (*Klin. Monatsblt. f. Augenhkld.* Decemb. 1886).

W skutek niepewności działania będących w użyciu adstringentia et tonica przy niektórych chorobach łącznicy połączonych z cierpieniem rogówki, D-r W. używa z bardzo dobrym rezultatem proszku z kwasów tanninowego i bornego w proporcyi następującej: Rp. Acid. tann. 1.0, Acid. borici subtitl. pulv. 3.0.

Proszkiem tym za pomocą pędzelka 1 do 2 razy dziennie przysypuje się w większej lub mniejszej ilości łącznicy i rozciera się delikatnie palcem przez zamknięte powieki. Bólu przy tem nie ma, lub też bywa bardzo nieznaczny.

Przedewszystkiem zaleca autor użycie tego środka przy tej formie jaglicy, przy której chrząstka powiek w bliskości fałdy przedhodniej przedstawia się zgrubiałą, zawartość zaś ziaren jaglicowych jest roznięczona. W takich razach po zapuszczeniu kokainy, wywraca się powieki, wyciska paznociami ziarna jaglicowe, a znajdujące się na części jaglicowej zeskrobuje się. Po tej wstępnej operacji łącznica wysusza się płóciennym gałgankiem i przysypuje się borotanninowym proszkiem; proszek używa się od 1—4 tygodni, po upływie którego czasu łącznica przybiera postać normalną i następuje zupełne wyzdrowienie.

Także bardzo korzystnie borotanninowy proszek może być używanym przy silnie rozwiniętej jaglicy, połączonej z następczym śluzotokiem, naprzemian z lap. mit. i Cupr. sulph.; wpływa on skutecznie na wessanie ziaren, zniszczenie łuszczyki i innych cierpień rogówki.

Przy dużych ziarnach jaglicowych i mięsistej łuszczyce D-r W. używa galwanokaustyki, a następnie posypuje łącznicę borotanninowym proszkiem, wpływającym na prędsze gojenie się ranek i tem samem ułatwiającym skuteczniejsze i prędsze zastosowanie galwanokaustyki.

Oprócz tego bardzo skutecznym okazał się ów proszek i przy innych zewnętrznych chorobach oczu, jak chronicznym śluzotoku, zapaleniu pryszczykowem rogówki i łącznicy, jakoteż przy eczemie powiek i w ogóle przy skrofulicznych chorobach łącznicy i rogówki, jeżeli pacjent nie znosi maści z żółtym tlenkiem rtęci, kalomelu zaś, przy użyciu wewnętrznem jodku potasu, używać nie podobna.

*Lang.*

### III Syfilidologija i choroby skórne.

102. M. ZEISSL. **O diplokoku Neissera i jego stosunku do rzerzączki.** Ueber den Diplococcus Neissers, und seine Beziehung zum Tripperprozess. (*Wiener Klinik.* Zeszyt 11 i 12 r. 1886).

W pracy tej autor przedstawia wyniki własnych poszukiwań i wyłuszcza powody, jakie go skłaniają do powątpiewania o chorobotwórczym wpływie diplokokka Neissera powszechnie zwanym gonokokkiem. Zdaniem autora wpływ ten stanowczo dowiedzionego nie został.

Autor najprzód streszcza prace dotychczas opublikowane, a dotyczące się odnośnej kwestyi. — Tylko ważniejsze podajemy.

Pierwszy Neisser w 1879 roku (*Centralblatt für die med. Wissensch.*) wykrył w ropie rzerzączkowej mniej lub więcej

znaczną ilość mikrokokków okrągłych i wielkich, które układają się w grupy złożone z 10, 20 i więcej osobników. Najczęściej mikrokokki usadawiają się na powierzchni ciałek ropnych, rzadziej na nabłonku. Opisane mikrokokki znalazł Neisser w 35-ciu przypadkach rzerzączki różnego trwania (3 dni do 13 tygodni). W jednym przypadku rzerzączki trwającej 1½ roku nie udało mu się takowych wynaleźć.

Ropa w każdym przypadku rzerzączki zawierała tylko ten jeden rodzaj drobnoustroju; z drugiej strony powyżej opisane mikrokokki nie zostały przez autora znalezione w ropie innego pochodzenia (balanopostitis, ulcus molle et durum, bubo, panaritium i t. p.). Nie zostały też mikrokokki te znalezione w 13-tu przypadkach zwyczajnych upławów u kobiet; znaleziono je zaś obficie w wydzielinie z pochwy u dziewcząt, które miały stosunki z mężczyzną dotkniętym rzerzączką.

Zupełnie też same mikrokokki znalazł autor w wydzielinie ropnej z cewki moczowej u kobiet, niemniej w 7-miu przypadkach ostrego ropnego zapalenia spojówki oka u niemowląt i w dwóch przypadkach takiegoż zapalenia u dorosłych.

A. Bokai i Finkelstejn (Allgem. med. Central zeitung 1880 N-r 74) twierdzą, że zarazek rzerzączki ściśle jest związanym z mikrokokkiem znalezionym w ropie rzerzączkowej.

Czy mikrokokki te są zarazkiem i stanowią istotną przyczynę rzerzączki, czy one dopiero produkują zakaźną substancję, nie podobna jeszcze dziś — zdaniem autorów — rozstrzygnąć.

Autorzy ci twierdzą też, że mikrokokki wywołujące ostre zapalenie cewki moczowej, są identyczne z mikrokokkami przy rzerzączkowem zapaleniu spojówki oka, lecz zupełnie różnymi od mikrokokków właściwych sprawom nierzerzączkowym. Autorzy podjęli też próby hodowania, które się udawały, a w 6-iu próbach szczepienia 3 razy otrzymali dodatnie, a 3 razy ujemne wyniki.

W roku 1882 pojawiła się nowa praca Neissera (Deutsch. Mediz. Wochenschrift) w której autor potwierdza swe pierwotne przypuszczenia.

Bockhart (Vierteljahrsh. für Dermatologie und Syphilis. X. 1 zeszyt) zaszczepił czystą hodowlę gonokokków w cewkę mężczyźnie zdrowemu; 7 dni badał wydzielinę z cewki i zawsze znajdował gonokokki Neissera, z czego wnosi, że stanowią one chorobotwórcze bakteryje rzerzączki.

Welandr (Quelques recherches sur les microbes pathogenes de la blenorhagie, Gazette médicale N-r 23. 1884), znalazł w 129-ciu przypadkach ostrej i w 15-tu przewlekłej rzerzączki u mężczyzn gonokokki, niemniej w ropnym wypływie z cewki u 79-ciu kobiet. W innych wydzielinach nie znalazł on gonokokków. Szczepienie wydzieliny wolnej od gonokokków dawało ujemne wyniki. Po zaszczepieniu mężczyźnie wydzieliny z pochwy 14-letniej dziewczyny, zawierającej okrągłe drobnoustroje, nie nastąpiło zakażenie. Również bez skutku pozostało

szczepienie wydzieliny wolnej od gonokokków, a otrzymanej z pochwy kobiet, u których wydzielina z cewki zawierała takowe i zaszczipiona mężczyźnie, wywołała rzerzączkę z obecnością gonokokków. Z pomiędzy 163-ch kobiet badanych przez Welandera, u 79 znaleziono gonokokki w cewce, a tylko u 10 w pochwie.

Zweifel (Archiv für Ginekologie tom 22), prznosił wydzielinę połogową wolną od gonokokków wprost z pochwy wziętą do worka spojówkowego oka noworodków. Wyniki były w 6-ciu przypadkach ujemne. Na mocy tych wprawdzie nielicznych, ale stale ujemnych wyników autor wnosi, że rzerzączkowe zapalenie spojówki oka u noworodków powstaje skutkiem przeniesienia rzerzączki.

Szczególnie ważnemi są fakta przytoczone przez Kronera (Zur Aetiologie der Ophthalmoblenorrhoea neonatorum. Archiv f. Ginekologie tom 2<sup>a</sup>). Autor ten badał wydzielinę w 92-ch przypadkach ophthalmoblenorrhoea neonatorum; u 63-ch noworodków znalazł on gonokokki, u 29-ciu takowych nie było. Autor też badał matki noworodków dotkniętych cierpieniem oczu. Ile razy w wydzielinie z oczu noworodków znaleziono gonokokki, tyle razy znaleziono je też u matek i przeciwnie. Przeniesienie wydzieliny z pochwy nie zawierającej gonokokków od kobiety, u której chorego dziecka też nie znaleziono takowych, do worka spojówkowego człowieka dorosłego dotkniętego ślepotą, pozostało bez skutku. Autor na mocy własnych spostrzeżeń i poszukiwań przypuszcza, że i wydzielina z pochwy, jako też odchody połogowe wolne od gonokokków mogą w pewnych warunkach wywołać blenorrhoeam neonatorum.

Kammerer (Zentralblatt für Chirurgie N-r 4, 1884) znalazł w jednym przypadku zapalenia rzerzączkowego stawu kolanowego gonokokki w ropie, gdy w 13 dni zrobił drugie przekłucie, już w ropie gonokokków nie znalazł.

Lundström (Studier öfrer Gonococcus) w 50-ciu przypadkach tak ostrej jak i przewlekłej rzerzączki znalazł gonokokki. U 3-ch psów przeniesiono gonokokki do cewki moczowej i otrzymano ropne zapalenie tejże; u 5-ciu psów i 3-ch królików szczepienie pozostało bez skutku. W ropie psów dodatnio szczepionych znaleziono charakterystyczne gonokokki. Przeniesienie czystych hodowli na błonę śluzową pochwy i spojówki oka psów i królików pozostało też bez skutku. — Zastrzyknięcie czystej hodowli do żył i do stawów pozostało też bez skutku.

E. Bumm (Der Mikro-Organismus der gonorrhoeischen Schleimhaut-Erkrankungen 1885), znalazł gonokokki przy rzerzączce cewki moczowej tak u mężczyzn jak i u kobiet, w rzerzączkowym zapaleniu spojówki oka i stawów; znalazł też autor gonokokki w wydzielinie szyi macicznej podczas trwania, jakoteż po ustąpieniu rzerzączki cewki moczowej. Autor sądzi, że na błonie śluzowej pochwy prawdopodobnie gonokokki nigdy pierwotnie się nie rozwijają, gdyż wielowarstwowy nabłonek pokrywający błonę śluzową pochwy nie pozwala mu się tu

rozwinąć. Według Buma obecność gonokokków dowodzi zakaźnej przyrody cierpienia błony śluzowej i zaraźliwości wydzielin. Oprócz diplokokków Neissera, Bumm znalazł u kobiet i inne diplokoki, z których jedne posiadają własności chorobotwórcze, inne własności tych nie posiadają.

Czyste hodowle gonokokków zostały przez autora przeniesione do cewki moczowej u kobiet, poczem następowało typowe zapalenie takowej.

Autor od 1½ roku robi poszukiwania nad wydzieliną z cewki moczowej chorych dotkniętych rzerzączką, jak też dotkniętych innymi cierpieniami. W 62-ch przypadkach już to ostrej, już przewlekłej rzerzączki, udało się autorowi zawsze wykryć w mniejszej lub większej ilości gonokokki Neissera. — W dwóch przypadkach przewlekłej rzerzączki, z których jeden trwał 1½ roku, a drugi 4 lata, autor gonokokków nie znalazł, choć co drugi dzień w ciągu tygodnia robił poszukiwania i za każdym razem przygotowywał 6 preparatów. Obaj chorzy od dawna nie byli poddawani żadnemu leczeniu.

Ilość znalezionych gonokokków nie stoi zdaje się w związku z natężeniem rzerzączki; w przypadkach bardzo silnie rozwiniętych i jeszcze nieleczonych, autor często znajdował nieliczne gonokokki i przeciwnie w przypadkach słabo rozwiniętych i w przewlekłych postaciach często widywał ogromne ilości gonokokków.

Lecz diplokoki nie były jedynymi drobnoustrojami znalezionymi przez autora w wydzielinie rzerzączkowej. Autor w 62-ch przypadkach przez się badanych, 11-cie razy znalazł ustroje laseczkowate, skupione, różnej długości, lecz najeźsiej krótkie, grube i w końcach nieco zaokrąglone. Bywały one nieraz daleko liczniejsze od diplokokków Neissera. Laseczniki te nie są zdaniem autora w żadnym związku ze sprawą rzerzączkową, lecz są objawem spraw gnilnych. Podobne laseczniki autor znalazł i u prostytutek dotkniętych umiarkowanym, niespecyficznym niezycem pochwy i szyi macicznej, lecz również i w wydzielinie z cewki moczowej i pochwy prostytutki dotkniętej rzerzączką cewki moczowej.

Dalsze poszukiwania swoje autor streszcza w następujących punktach:

1. Gonokok Neissera stale znajdowanym bywa przy rzerzączce cewki moczowej, mniej stale przy ophthalmorrhoea neonatorum.

2. Nie jest on jedynym drobnoustrojem znajduwanym w wydzielinie rzerzączkowej, gdyż oprócz niego często znaleźć można różnego rodzaju i różnej wielkości drobnoustroje laseczkowate.

3. Morfologicznie identyczne z diplokokkiem Neissera drobnoustroje znajdują się też w wydzielinie z cewki mechanicznie lub chemicznie drażnionej, jako też dotkniętej sprawą przymiotową.

4. Dotychczasowe próby szczepienia czystej hodowli gonokokków podjęte przez Buma, Bokaią, Bockharda, Sternber-

ga, Lundströma i innych pozwalają na jeden tylko stanowczy wniosek, to jest, że nie we wszystkich próbach szczepienia czystej hodowli udało się wywołać rzerzączkę cewki moczowej.

5. Bockhartowi wprawdzie udało się za pomocą szczepienia czystej hodowli drobnoustroju otrzymanego od kobiety sprawą rzerzączkową nie dotkniętej wywołać u mężczyzny rzerzączkę cewki moczowej, lecz w obec niepewności, czy opisane przez niego „male kokki“ były identycznymi z gonokokkami Neissera, nie należy jeszcze wnosić, że nie tylko za pomocą gonokokka Neissera można wywołać rzerzączkę cewki moczowej.

6. Próby szczepienia przez różnych badaczy dotychczas podjęte, niemniej niejednakowe a owszem sprzeczne wyniki przez nich otrzymane, nie pozwalają na stanowcze twierdzenie, że istnieje związek etjologiczny między gonokokkiem Neissera a sprawą rzerzączkową.

7. Cewka moczowa nie jest, zdaniem autora, odpowiednią do prób szczepienia; jest ona bowiem zbyt czułą na wszelkie bodźce tak chemiczne jak i mechaniczne, pod wpływem których łatwo się rozwijają ropne zapalenia; odpowiedniejszą pod tym względem jest spojówka oka.

8. Mniejsza lub większa ilość gonokokków nie zależy bynajmniej od natężenia rzerzączki; często stan choroby znacznie się poprawia, pomimo że ilość gonokokków wcale się nie zmniejszyła.

9. Pod względem różniczkowego rozpoznania gonokokk Neissera nie posiada ważnego znaczenia. Na uwagę jednak zasługuje, że znajdującym on bywa stale w każdym przypadku rzerzączki cewki moczowej.

10. Co się tycze zaraźliwości rzerzączki w ogóle, pod tym względem zdania oddawna są podzielone. Na czele kontagjonistów stoją: Rollet, Diday i większa część niemieckich syfilidologów, na czele przeciwnej partyi Ricord, Fournier, Jullien i Tarnowski. Autor wraz z H. Zeisslem niejednokrotnie oświadczali się za zaraźliwością, wszelako przyjmując nawet zaraźliwość rzerzączki, niepodobna z drugiej strony nie przyznać, że istnieją liczne fakty przemawiające jakoby przeciw zaraźliwości. Każdy klinicysta przyznać musi, że na mocy danych klinicznych nie podobna stanowczo orzec, czy niezbyt cewki moczowej powstał skutkiem spółkowania, czy też jakiegoś mechanicznego lub chemicznego bodźca. Ani objawy, ani przebieg choroby nie stanowią cech klinicznych, mogących odróżnić jedną postać od drugiej. Jeżeli dalej przypuścić, że rzerzączka przenosi się z osoby na osobę, to czy źródłem jej musi być koniecznie specyficzny, jej tylko właściwy zarazek, czy nie jest też możliwym, że każda wydzieliną przeniesiona do cewki moczowej wywołuje rzerzączkę? Ricord przypuszcza taką możliwość, mówi bowiem: „la femme donne souvent la chaude pisse sans l'avoir“.

Inni syfilidologowie: Latour, Tarnowski, Diday cytują liczne historyje chorób, w których rzerzączka nastąpiła bez

spółkowania (skutkiem pobudzenia płciowego — Tarnowski), lub też po spółkowaniu z kobietą miesiączkującą, dotkniętą rakiem macicy i t. p. Lecz podobne historie chorób nie są przekonywającymi. Tylko na drodze doświadczalnej kwestyja omawiana da się rozstrzygnąć; należy się przekonać, czy każda ropa przeniesiona do cewki moczowej wywołać może rzerzączkę. Kilka prób w tym kierunku podjętych zostało przez Rosboecka, Voillemiera, Rocco de Lucca, z niejednakowym jednak wynikiem. Na mocy powiedzianego, tak z klinicznego jako też doświadczalnego punktu widzenia, istnienie zarazka rzerzączkowego silnie jest zachwianam. Dopóki więc nowe próby nie będą przeprowadzone, autor widzi się zmuszonym twierdzić, że z punktu widzenia klinicznego nie jest dowiedzionem, że źródłem rzerzączki jest w ogóle zarazek.

11. W obec tylko co powiedzianego, wyniki ujemne otrzymane przez Zweiffa i Bumma, mające świadczyć o tem, że wydzielina wolna od gonokokków nie jest zaraźliwą, tracą na znaczeniu.

12. Wykryte przez Julliena we krwi chorych, dotkniętych rzerzączką, gonokokki muszą być na mocy podjętych przez innych poszukiwań z wielkiem niedowierzaniem przyjęte. Co się tycze znajdowania się tychże w wysięku przy zapaleniu rzerzączkowem stawów, to wyniki dodatnie i ujemne są, jakieśmy to wyżej widzieli, jednakie.

Po szczegółowym rozbiorze wszystkich kwestyj tyczących stosunku sprawy rzerzączkowej do diplokokka Neissera, autor na mocy dotychczasowego materiału twierdzi, że klinicznie nie jesteśmy w stanie odróżnić nieżyłowego cierpienia narządów moczopłciowych i spojówek oka od rzerzączkowego.

Nie jesteśmy też w stanie stanowczo orzec, czy morfologicznie identyczne diplokokki znajduwane w wydzielinie pochodzącej z błony śluzowej nie dotkniętej sprawą rzerzączkową są w istocie identycznymi z diplokokkami Neissera.

Lecz za to jesteśmy w stanie stanowczo twierdzić, że związek etyologiczny między diplokokkiem Neissera a sprawą rzerzączkową nie został dotychczas dowiedzionym.

Pozytywne wnioski dadzą się tylko drogą doświadczalną osiągnąć, a mianowicie przez szczegółowe zbadanie nieżyłowej cewki moczowej i spojówki oka wywołanych za pomocą przyżegania i t. p. jeżeli się dowiedzie, że nie każda ropa przeniesiona na błonę śluzową cewki macicznej, spojówkę oka, macicę i t. p., wywołuje na tychże sprawę rzerzączkową.

*Feliks Arnstein.*

103. SPENDER. **Kilka uwag o leczeniu trądziku, zwłaszcza na twarzy.** Some point in the treatment of acne especially of the face. (*The Lancet*. January. 1887).

Z punktu widzenia klinicznego leczenie trądziku należy podzielić na dwie części: 1) leczenie trądziku cichego (dormant acne), nie przebiegającego przy objawach zapalnych, może być drażniące, pobudzające czynności łojowych gruczołów; 2) przeciwnie, leczenie trądziku występującego przy objawach



zapalnych (ból, nabrzmienie, zaczerwienienie) winno być uspokajające.

W pierwszym przypadku, aby pobudzić czynność gruczołów łojowych i tym sposobem uprzędzić tworzenie się tak zwanych wągrów (comedones), autor zaleca sposób leczenia D-ra Leveing'a, który jest następujący: a) trzymać twarz wieczorem przez pięć minut nad naczyniem z wrzącą wodą; b) nacierać skórę przez 5—10 minut mydłem (przekłada mydło terpentynowe) i flanelą lub szczoteczką, a następnie zmyć mydło letnią wodą. c) Gdy skóra na twarzy obsuszy się, należy ją obmyć następującym płynem: Sulfur. praec. unc.  $1\frac{1}{2}$ , Glycerini dr. 2, Spirit. vini unc. 1, Aq. rosar. et Aq. Calcis aa unc. 3. — Płyn ten po obmyciu powinien wyschnąć na twarzy i pozostać przez noc całą. Rano należy twarz wymyć wodą owsianą lub jęczmienną. Jeżeliby kto przekładał użycie maści miasto obmywania, to kombinacja oczyszczonej siarki z wazeliną jest najodpowiedniejszą.

W razie, gdyby leczenie powyższe okazało się bezskutecznem, to pomyślny efekt można wywołać, stosując szare mydło w postaci następującej: Sapon. virid. unc. 1. Spirit. vini unc. 1, Aq. rosar. unc. Aq. destill. unc. 7. Tym płynem należy nacierać mocno twarz, aż do doznania bólu.

Metodę D-ra Leveing'a autor stosował w wielu przypadkach z niezawodnym powodzeniem, lecz długoletnie doświadczenie przekonało go, że u niektórych wrażliwych osób z dość drażliwą skórą, powyższe leczenie stosowaniem być nie może. — Zaleca więc u takich osób stosować kilka razy dziennie obmywania płynem z tlenku cynku, galmanu, kredy, wody oziębiającej i wody wapiennej, z dodatkiem małej ilości gliceryny.

Zdarzają się wreszcie przypadki, że u pewnych osób skóra wcale nie znosi siarki, w takich razach kombinacja ołowiu i cynku z wazeliną, jako maść oddaje najlepsze usługi. Również pewne działanie wywołuje środek stary, tak zwana ceratka Kirkland'a, składająca się z plastra ołowianego i oliwy. Jeżeli trądzik występuje na twarzy u młodych kobiet, u których regularność dopiero co się rozpoczyna, to D-r Spender radzi używać następującej maści: Hydr. ammon. scr. 1, Sulfur. praec. dr. 2, Ol. amygd. dulc. unc.  $\frac{1}{2}$ , Vaselini albi ad unc. 2.

Daleko trudniejsza sprawa z trądzikiem występującym przy zapalnych objawach. Autor gorąco zachwala metodę D-ra Robinson'a polegającą na obmywaniu twarzy mieszaniną z dwóch gran hydr. sulph. rubri na unc. 1 emuls. amygd. dulc. Gdy proces przeszedł już w ropienie — można stosować ciepłe okłady, a po przejściu ostrego stanu, należy codziennie na noc wcierać maść składającą się z Hydr. oxyd. flavi serp. 1 i Axung. porci. unc. 1.

Co się tyczy środków wewnętrznych, to zaleca użycie arseniku, żelaza. — Natomiast wystrzegać się wszelkich pokarmów rozgrzewających, jako to, piwa, wódki, wina, kawy etc, jak również i rzeczy korzennych.

*Drzewiecki.*

104. Prof. HENOCH. **O postaci plamicy z nader ostrym przebiegiem.** (Purpura fulminans). *Berl. Klin. Woch.* N. 1. 1887.

Autor podaje cztery wypadki tej nader rzadko spostrzeganej postaci, z których dwa spostrzegane były przez niego samego, trzeci przez prof. Charron'a w Brukseli, czwarty zaś przez Michaelis'a.

Wypadek pierwszy dotyczy chłopca 5-letniego, który przebył włóknikowe zapalenie płuc, z przebiegiem typowym. We dwa dni po przesileniu pojawiły się bóle w lewej kończynie dolnej, w kilka zaś godzin później ukazała się po lewej stronie klatki piersiowej czerwona plama, 9 ctm. długa, a 5 ctm. szeroka, otoczona nieco jaśniejszą obwódką; w godzinę potem wystąpiło mnóstwo ciemno-czerwonych plam na kończynach zarówno górnych jak i dolnych. Plamy te po upływie kilku godzin zlały się na lewem udzie oraz kolanie w jedną, barwy ciemno-sinej, która następnego dnia przeszła i na gołeń. Jednocześnie wystąpiła znaczna niedokrwistość i ogólne osłabienie, bóle w kończynach się powiększyły i w parę godzin, czyli mniej więcej w 24 po ukazaniu się pierwszej plamy, chory zmarł przy objawach zapaści. Autopsya nie wykazała absolutnie nic nienormalnego.

Drugi wypadek dotyczy 2½ letniej dziewczynki, która przed dwoma tygodniami przebyła, o ile się zdaje, płonicę. — Po przyjęciu do kliniki wystąpiły u niej na obu goleniach ciemno-czerwone plamy, na lewem zaś udzie plama czerwona wielkości marki; całe lewe ramię znacznie obrzękłe, barwy ciemnoczerwonej, twarde na dotyk, obydwie dolne kończyny również obrzękłe, na prawej gołeni dość znaczne wynaczynienie, otoczone czerwona obwódka oraz niewielkimi pęcherzykami, wypełnionymi krwawą surowicą. Po upływie dwóch godzin plamy te stopniowo się powiększyły, przyczem wystąpiły na nich liczne pęcherze krwawe. Badanie wykazało znaczną niedokrwistość, ciepłota normalna. Następnego dnia znaczny niepokój, w nocy całe lewe ramię przybrało barwę ciemnoczerwoną i wreszcie dziecię zmarło nad ranem przy objawach zapaści. I w tym wypadku autopsya dała rezultaty ujemne.

W wypadku Charron'a u 3-letniego chłopca pokazała się na górnej powierzchni stopy czerwona plama wielkości srebrnej dwufrankówki, stopniowo się powiększająca; jednocześnie pokazywać się poczęły plamy czerwone w rozmaitych częściach tułowia, na których wytworzyły się wkrótce pęcherze wypełnione krwawą surowicą, jednak bez zgorzelinowego zapachu, podobnie jak w drugim wypadku. Takież plamy w postaci licznych wynaczynień ukazały się na prawej stopie i na udach. Następnego dnia kolosalne wynaczynienia rozsiane po całym ciele, apatyja, puls 44, wreszcie napady eklamptyczne i śmierć po upływie 3-ech dni od ukazania się pierwszej plamy. Autopsya wykazała jedynie znaczną niedokrwistość wszystkich prawie narządów wewnętrznych.

W wypadku czwartym Michaelisa, chłopiec 9-miesięczny

w znacznym stopniu rachytyczny, począł nagle w południe gorączkować (temperatura 40,8 puls 180), poczem na pośladkach, udach, twarzy, ramionach i piersiach wystąpiła znaczna ilość większych lub mniejszych plam czerwonych. Po znacznej dawce chininy, ciepłota spadła, plamy jednak stopniowo się powiększały, barwa ich stała się ciemniejszą, a w nocy nastąpiła śmierć.

Charakterystycznym w danych wypadkach było to, iż plamy i wynaczynienia nie występowały na błonach śluzowych, nie można ich więc było przyjąć za objawy choroby Werlhoff'a. — Zasluguje też na uwagę nadzwyczajna szybkość powiększania się plam, prowadząca w ciągu kilku lub kilkunastu godzin do ogólnej prawie infiltracji skóry, oraz wytwarzanie się pęcherzy wypełnionych krwawą surowicą i mających pewne podobieństwo do zgorzelinowych, bez właściwego atoli tym ostatnim zapachu.

Co się tyczy istoty rzeczy omawianej sprawy chorobowej, to takowa przedstawia się nader zagadkowo. Autor nie przyjmuje w ogóle plamicy za odrębną chorobę, lecz za rodzaj skazy krwotocznej (*diathesis haemorrhagica*), mogącej się, jak wiadomo, przedstawiać pod rozmaitemi postaciami. Niektórzy badacze uważają za cechę charakterystyczną plamicy pewne drobnowidzowe zmiany w naczyniach włoskowatych, prowadzące za sobą kruchość ich oraz skłonność do pęknięcia. Pomijając już atoli tę okoliczność, iż przy sekcji niektórych dzieci zmarłych na plamicę, autor zmian powyższych nie znalazł, najnowsze poszukiwania (Fischl — *Archiv für Kinderheilkunde* T. VIII. Str. 60) wykazały, iż takowe stanowią normalną cechę wieku dziecięcego.

Zagadkowym również przedstawia się moment przyczynowy rzeczonyj sprawy. Autor nie przyjmuje związku ostrej plamicy z chorobami zakaźnymi, gdyż jakkolwiek pierwszy wypadek miał miejsce po zapaleniu płuc, drugi zaś po płonicy, natomiast pozostałe dwa wypadki powstały zupełnie samodzielnie. Również stanowczo autor wyklucza możliwość przyjęcia powyższej sprawy za ospę krwotoczną (*variola haemorrhagica*) ta bowiem przebiega zupełnie inaczej.

W dyskusyi, jaka wywiązała się z tego powodu (autor czytał rozprawę swoją na posiedzeniu berlińskiego towarzystwa lekarskiego), Baginsky i Senator, przytoczyli mniej więcej identyczne wypadki ze swej praktyki, z których w pierwszym plamica miała miejsce po zapaleniu płuc, w drugim zaś po błonicy; są oni zdania, iż między wybuchem ostrej plamicy a poprzednio przebytą chorobą zakaźną istnieje pewien związek. Virchow przypuszcza możliwość pasorzytniczego pochodzenia niektórych postaci skazy krwotocznej, w dowód czego przytacza poszukiwania Klebsa, który u noworodków zmarłych po krwawej ostrej plamicy znalazł całe kolonije bakteryj.

A. Koral.

105. Dr. JOSEPH. **Badania nad przyczyną alopecia areata.** (*M. f. pr. Derm.* N. 11. 1886).

Dla objaśnienia rzeczony choroby istnieją dwie teoryje: pasorzytnicza i trofoneurotyczna; większość autorów skłania się wprawdzie ku tej ostatniej, jednakże brakło dotychczas doświadczalnych prac w tym kierunku. Pytanie sprowadza się do tego, czy istnieją włókna nerwowe troficzne, których cierpienie wywołuje zaburzenie w odżywianiu danego terytoryjum. Dla rozwiązania tego pytania wycinał autor u kotów ganglion spinale drugiego nerwu szyjowego, przyczem naturalnie odchodziły i kawałki przedniego i tylnego korzonka. U wszystkich tak operowanych zwierząt widział autor na 5, 7, 12 — najdalej na 27 dzień w terytoryjum nerwu potylicowego i usznego wielkiego charakterystyczne wypadanie włosów, mające uderzające podobieństwo do choroby obserwowanej u ludzi: tworzyły się okrągłe, wielkości małej monety, łyse miejsca, przyczem skóra na nich pozostawała zupełnie normalną — nie okazującą ani śladu zaczerwienienia lub zblednienia; brakło również zaburzeń czuciowych, zwierzęta się nie drapały, co dowodzi braku swędzenia. — Badanie mikroskopowe nie wykryło żadnych chorobotwórczych drobnoustrojów, tak że opisywane zmiany uważać należy za czysto troficzne, wskutek zaburzeń w odpowiednich nerwach.

Za tem przemawia i sam charakter zmian drobnowidzowych; dawały one obraz zaniku brodawki włosowej, włosa zupełnie nie było, na miejscu jego pozostaje tylko nieznaczne odłożenie barwika; w niektórych pochewkach włos jeszcze się znajdował, jednak 4—5 razy cieńszy niż normalny. Gruczolę łojowe i potowe przedstawiają się zupełnie normalnie: nigdzie ani śladu stanu zapalnego, tylko czysty zanik. Ponieważ wykluczyć można wpływy traumatyczne oraz działalność nerwów naczyńoruchowych, doświadczenie powyższe dowodzi istnienia czystych troficznych włókien nerwowych.

Ponieważ forma wypadania włosów jest tak bardzo zbliżona do *alopecia areata*, słusznie można za przyczynę tego cierpienia przyjąć analogiczne zaburzenia nerwów odżywczych. Mogłoby się wydawać słusznijszem przeprowadzić analogiję między opisanem doświadczeniem i *alopecia neurotica*, jednak przy tej ostatniej najczęściej kończy się tylko na zrzedzeniu włosów, a jeżeli dochodzi do wyłysienia — miejsca takie są formy nieprawidłowej, a nie okrągłej lub owalnej, jak przy opisanem doświadczeniu.

Na podstawie opisanych doświadczeń można odeprzeć niektóre zarzuty zwolenników teoryi pasorzytnicznej, tak np. objaśnić okrągłą formę miejsc porażonych; ci ostatni twierdzili, że trudno przypuścić, żeby cierpiały środkowe zakończenia jakiegoś nerwu, podczas gdy peryferyczne pozostają zdrowymi. Dla objaśnienia tego faktu przyjmuje autor, podobnie jak Türck, dla nerwów czuciowych i dla włókien troficznych wspólne i wyłączne terytoryja; na tych ostatnich ma miejsce wypadanie włosów, podczas gdy pierwsze po przecięciu ganglion spinale pozostają normalne.

Prawidłowa forma miejsc wyłysiałych znajduje pewne ob-

jasnienie w pracy Eschricht'a, który badając plód, ustanowił pewną prawidłowość w rozłożeniu włosów na głowie.

Drugi zarzut przeciwników trofoneurotycznej teorii polega na tem, że zdarza się niekiedy, iż wylysienie rozprzestrzenia się niekiedy i na terytoryjach sąsiedniego nerwu. Podobny fakt obserwował autor przy swych doświadczeniach u kota, u którego po wyżej opisanej operacji oprócz obustronnego symetrycznego wypadania włosów w zakresie drugiego nerwu szyjowego, zjawiała się symetryczna łysina w terytoryjum nerwu czołowego; objaśnić to zjawisko można łatwo na zasadzie doświadczeń Bechterewa i Rosenbach'a wstępującem zwyrodnieniem szarej substancji, na które jako na proces rozprzestrzeniający się per contiguitatem zapatrywać się można.

Jakiego rodzaju są zmiany w nerwach, wywołujące alopeciam areatam, autor nie przesądza; pytanie to rozwiązać mogą tylko przypadkowe pośmiertne badania.

*Kazimierz Ciągłiński.*

106. Prof. FOURNIER. **Eczema genitalium u diabetyków.** (Odczyt w szpitalu Saint-Louis. *Wiener Med. Woch.* 1887. N-r 26).

Cierpienia części płciowych zewnętrznych spotykamy dość często u diabetyków; najlepiej znamy eczemę i zgorzel cukrzycową.

Eczema cukrzycowa przybiera u kobiet ostrą lub przewlekłą postać. W pierwszym przypadku rozpoznanie jest nie łatwe; znajdujemy zwykle zaczerwienienie i obrzmienie całej pochwy, i wydzielinę śluzowo-ropną.

Niekiedy eczema zajmuje tylko wejście do pochwy lub samą pochwę.

Wargi wielkie są często obrzmiałe (ale bez obrzęku), wargi małe obrzękłe, lechtaczka powiększona; wprowadzenie zwierciadła, a nawet palca często niemożliwe. Prawie zawsze zauważyć można białe punkciki, zwłaszcza na małych wargach — są to kolonije grzybków (saccharomycetów).

Postać przewlekła eczemy powstaje jako taka, lub rozwija się z ostrej. Cierpienie jest bardzo uporezywe, a nadzieja jego wyleczenia bardzo słaba, dopóki trwa cukrzyca.

Tak więc, leczenie cukrzycy jest tu na pierwszym planie; miejscowo zaś dajemy ciepłe kąpiele, przemywania alkaliczne, wstrzykiwania roztworów sody, kwasu bornego, pudry z tlenku cynku i bismutu.

Powroty są bardzo częste, przewlekła postać rozszerza się przy tem na międzykrocze, uda, wzgórek łonowy, nawet na brzuch.

U mężczyzn znajdujemy w początkowym okresie zaczerwienienie żołądki (balanitis erythematos), później miejscami nadżarcia. Przy eczemie skóra żołądki i napletka jest czerwona i popękana; napletek traci sprężystość, powstaje stulejka, w worku napletkowym zatrzymuje się mocz, rozwijają się grzybki. W ten sposób powstaje balanitis purulenta.

Sprawy zgorzelinowe na skórze prąca łatwo przyjąć za wrzód weneryczny zgorzelinowy (*ulcus venereum gangraenosum*), trudniej nierównie za pierwotny wrzód syfilityczny lub gumat owrzodzony. Oto główne cechy tego cierpienia: obszerna zgorzel, zabarwienie sinicowe otaczającej tkanki, brak zaczerwienienia, obrzęku, zupełny brak czucia (chory nie czuje ukłócia igłą w miejscu zajętem). Wywiady i badanie mocz u dopełni rozpoznania. Często też w innych częściach ciała, zwłaszcza na nogach, występują nowe pasma zgorzeli nowe.

Przy leczeniu tych spraw ważnem jest zmywać prącie po każdym oddaniu moczu. Przy rozwiniętej zgorzeli F. radzi jodoform i miejscowe 5 – 6 godzinne kąpiele ciepłe. Przy stulejce można wstrzykiwać roztwór lapisu (1—2:200 wody); wielkim błędem byłoby operować stulejkę cukrzycową.

F.

107. BAAR. **Rtęć w Idryi.** Beobachtungen über die beim Quecksilberwerke Idria vorkommenden Erkrankungen an Mercurialismus. (*Wiener Med. Presse.* NN. 22, 23, 24, 27, 29, 30, 31, 34, 35 i 36).

Autor obserwował około 600 wypadków zatrucia rtęciowego podczas 5-letniego pobytu w słynnych kopalniach rtęci w Idryi.

Górnicy, zajęci wydobywaniem cynobru nie zapadają nigdy na rtęć, chorują jedynie robotnicy zajęci przy wyparowywaniu cynobru i tem silniej, im więcej pary rtęciowej ulatnia się z aparatów.

Objawy zawodowej rtęciocy nie różnią się zasadniczo od objawów spostrzeganych przy leczeniem stosowaniu rtęci. — Różnica tylko w stopniu. Gwałtowne objawy otrucia zdarzają się jedynie przy niebezpiecznych robotach, wskutek gwałtownego wessania znacznych ilości rtęci (przy wymiataniu aparatów i kominów, w których osadza się wiele rtęci). Zwykle jednak wypadki zależą od powolnego zatrucia niewielką ilością pary rtęciowej.

U jednego osobnika można widzieć wszystkie stopnie zatrucia, od najlżejszych do najcięższych. Występują one najczęściej w następującym porządku:

- 1) Stomatitis mercurialis.
- 2) Ulcera oris et pharyngis.
- 3) Gastro-enteropathia.
- 4) Erethismus mercurialis.
- 5) Tremor mercurialis.
- 6) Cachexia mercurialis.

W  $\frac{2}{3}$  wypadków autor mógł zauważyć to stopniowanie, rzecz dochodziła jednak rzadko do drżączki (tremor), a raz jeden tylko do charłactwa. Zdarza się jednak, że pierwszym objawem zatrucia jest gastro-enteropathia, albo erethismus.

Pierwszym znakiem zapalenia ust rtęciowego jest foetor ex ore i smak metaliczny; później zjawia się bolesność, spółnieńie i zaczerwienienie dziąseł (najprzód na dolnej szczęce) i ty-

powy brudno-żółty rąbek u brzegu dziąseł; ślina obfita, cuchnąca, mętna, z odczynem kwaśnym; język obrzmiały, mocno obłożony, z odciskami zębów, na których łatwo powstają nadżarcia.

W rzadkich zaniedbanych wypadkach powstają obszerne owrzodzenia dziąseł, brzegów języka i błony śluzowej policzków.

Sprawa ta sięgać może w głąb zębodołów, wskutek czego wypadają zęby. W tych ciężkich, dziś bardzo rzadkich wypadkach, powstają i drobne zniszczenia szczęki. Obszernych zniszczeń autor nie widział ani razu. U jednego robotnika wskutek zapalenia ust, przebytego przed 21 laty, powstały zrosty między policzkami a szczęką, pseudoankiloza stawów szczękowych i wypadły wszystkie bez wyjątku zęby. Po usunięciu przyczyny i przy odpowiednim leczeniu, zapalenie ust znika po 8—10 dniach.

Częste recydywy wywołują zanik dziąseł, próchnienie i wypadanie zębów.

Rzadsze nierównie jest zapalenie gardła z obzmianieniem i zaczerwienieniem migdałków, niekiedy z drobnymi nadżarciami.

Płókanie chloranem potasu usuwa szybko powyższe choroby.

Pierwszym objawem cierpienia przewodu pokarmowego (gastro-enteropathia) jest smak metaliczny, wstrętne odbijanie i brak łaknienia. Później występują wymioty i mniej lub więcej gwałtowne biegunki z parciem. Zaburzenia te wywołują znaczny upadek odżywiania, wychudzenie i niedokrewność. — Wszyscy niemal robotnicy w Idryi cierpią na niedokrewność (brudno blada cera, blade błony śluzowe).

Objawy powyższe często recydują, obok nich zaś rozwija się z wolna cierpienie ośrodków nerwowych (erethismus merc.), tak znakomicie opisane przez Kussmaula. Oto główne cechy tego stanu: upadek odżywiania, słabość nóg, uczucie zmęczenia, zawroty, połowiczne bóle głowy i lumbago, uczucie ściania w pasie.

Najwybitniejszą cechą tego stanu jest dziwna pobudzalność psychiczna i lękliwość. Ludzie ci okazują zakłopotanie i wzruszenie na każdym kroku, najdrobniejsza okoliczność wyprawdza umysł ich z równowagi, ręce ich drżą, a mowa staje się utrudnioną. Sen jest niespokojny, ze strasznymi widzeniami; częstym też objawem bywa bezsenność. Stanowi temu towarzyszy zawsze dyspepsyja, zaparcie stolca i wzdęcia brzucha (pareza błony mięśniowej żołądka i kiszek). Do częstych objawów należą katary oskrzeli i płuc i bicie serca.

Objawy powyższe prowadzą z wolna do drżączki (tremor mercurialis).

Objawy nerwowe przechodzą w ciągu kilku (najmniej 6) tygodni, jeśli usunąć przyczynę. Rzadko prowadzą do śmierci (jeden wypadek).

Objawy ze strony ośrodków nerwowych (erethismus) mo-

gą wystąpić nagle, po dłuższej, napozór nieszkodliwej pracy. — Drzączka zaczyna się od kończyn górnych, przechodzi na twarz i język, wreszcie na kończyny dolne i tułów. Drzączka całej muskulatury z niedowładami przypomina paralysis agitans; — dwa te cierpienia mają wiele wspólnych cech. Lekkie wypadki drzączki kończyn górnych należą do częstych w Idryi, ciężkie zdarzają się bardzo rzadko (jeden wypadek), są niewyleczalne, prowadzą do ośpienia, porażen i charactwa. Po wyleczeniu lekkich powrotów ślady zostają na zawsze (lekkie drżenie rąk, niedokrewność).

Rtęćca usposabia robotników i potomstwo ich do gruźlicy.

Rtęćca nie usposabia do łysienia (łysych jest bardzo mało między robotnikami w Idryi; to samo mówi Gerbec, który przeżył 40 lat przebywając w Idryi).

Wbrew twierdzeniu anti-merkuryjalistów, rtęć nie wywołuje owrzdzeń pełzających skóry, cierpień kości (tułowia i kończyn), cierpień oczu, padaczki, cierpień wątroby, śledziony, ani też zaburzeń psychicznych innego rodzaju, prócz wyżej opisanych (potomstwo zatrutych rtęcią jest inteligentne).

W ciągu 5-ciu lat autor widział 3 razy cierpienie nerek (raz ostry, dwa razy przewlekły morbus Brighti), czy skutkiem rtęci, niewiadomo. Spostrzegano niejednokrotnie białkomocz u leczonych rtęcią i robotników (Kletzinsky, Overbeck, Kusmaul), nigdy jednak cięższych cierpień nerek. Bartels też nie przyjmuje wpływu rtęci na nerki. Gerbec nie wspomina wcale o cierpieniach nerek.

Rtęćca nie przeszkadza wcale gojeniu się ran i zrastaniu kości. U zwierząt występuje rtęćca w tej samej zupełnie postaci.

Roztwór chloranu potasu usuwa najszybciej zapalenie ust i gardła rtęćciowe. Jodek potasu nie wywiera żadnego wpływu na rtęćcę.

*Funk.*

108. Na posiedzeniu berlińskiego towarzystwa lekarskiego, prof. Biddder miał odczyt o **leczeniu poronnem czyraków** (furunculi), które z wyborynym skutkiem stosował w setkach wypadków.

Wstrzykuje on kilka kropeł 2% roztworu karbolu w mniejsze czyraki, po 2-ie półszpryczki do 2-ch szpryczek, w większe (w dwa miejsca), po 4-ry półszpryczki do 4-ch pełnych szpryczek, w bardzo duże czyraki (w 4-ry miejsca). Przy powolnem leczeniu objawy zapalne szybko ustępują i największe nawet czyraki giną w ciągu 8—10 dni.

*Funk.*

## OCENY I BIBLIJOGRAFIJA.

D-r Adolf B a g i n s k y. — Wykład chorób dzieci. Tom II i III. —  
Tłómaczenie D-ra W. Kosmowskiego.

W numerze 5/6 Kroniki z r. 1886 obszernie zdawaliśmy sprawę z dzieła D-ra Baginsky'ego, znanego nam z oryginału niemieckiego, a także z 1-go tomu polskiego tłómaczenia, który wtedy ukazał się na półkach księgarskich. Obecnie tłómaczenie podręcznika zostało ukończonym,



a przed nami tom II-gi i III-ci. Oprócz tego tłómacz zapowiada ukazanie się wkrótce zeszytu dodatkowego, mającego objąć wszelkie dopełnienia, przypiski i zmiany, dokonane podług drugiego wydania oryginału niemieckiego, które tylko co opuściło prasę. Tym sposobem przekład polski zostanie w zupełności zrównany ze świeżem wydaniem niemieckiem.

Powołując się na to, cośmy przed rokiem przeszło z okazji pierwszego przetłómaczonego tomu o całym dziele pisali, pozostaje nam obecnie niewiele do powiedzenia. Tom drugi obejmuje choroby układu nerwowego, choroby narzędzi oddychania i choroby narzędzi krążenia. Z nowszych chorób znajdujemy w tym tomie opisy *przerostu rzekomego mięśni* (Pseudohypertrophia muscularis), *choroby Basedowa* u dzieci, a także *histeryi*; ta ostatnia jednak opisana jest bardzo pobieżnie, co uważamy za niesłuszne w obec coraz częściej przytrafiających się wypadków tej ogólnej nerwicy u dzieci.

III-ci tom obejmuje choroby narzędzi trawienia, moczościowych, narzędzi zmysłów i choroby skóry. Tutaj do ciekawszych opisów zaliczamy: biegunkę tłuszczową i chorobę Adissona.

Oprócz tego bardzo słusznie i praktycznie postępował autor, podając w oddzielnych rozdziałach opisy pewnych objawów, które w praktyce mają nieraz znaczenie specjalnych chorób, jak np. zatrzymanie stolca, kolkę, niestrawność.

W rozdziale o chorobach narzędzi zmysłów spotykamy opisy zapalenia powiek, woreczka łzowego, zapalenia błonicyowego łącznicy i cierpienia oczne przyszykowate i krosteczkowate. Co do chorób uszów, to zostały uwzględnione następujące zapalenia: ostre ucha zewnętrznego — i przewlekłe ropne ucha średniego. Choroby skóry są obrobione bardzo szczegółowo, naturalnie w stosunku do całości.

Na końcu trzeciego tomu znajdujemy, dawkowanie leków najczęściej używanych w wieku dziecięcem (czemu nie „dziecięcym“?), alfabetycznie ułożone; porównanie wagi dziesiętnej ze zwykłą aptekarską, (jest to dodatek tłómacza, bardzo praktyczny dla nas, na potrzeby którego zwracaliśmy uwagę w pierwszej ocenie), spis rzeczy i spis autorów.

Co się tyczy stylu tłómaczenia, to wydaje się on nam gładszym od tomu pierwszego, lecz w niektórych miejscach ścisłe trzymanie się oryginału uczyniło go jeszcze za ciężkim; wspomniemy dla przykładu następujący wiersz z III-go tomu, str. 34, 8 my wiersz od dołu: „Dziecko wszelkie próby z naszej strony poruszania mu głowy na bok odpiera z krzykiem“. — Albo „stawia się potrzeba“ (II. Str. 234, w. 3 od gory). Również źle po polsku brzmi: „gdy gorączka się już obniża“ (II. Str. 234), a tłómacz bardzo skłonny jest do stawiania tego „się“ przed słowem, często bowiem spotykaliśmy się z takim składem wyrazów.

Za mimowolne omyłki uważamy wyrażenia „salicylanu sody“ zamiast „salicylanu sodu“ (III S. 12, w. 12), a dalej „powikłany z wylewami krwotocznymi“ ibidem w. 9), zamiast bez z.

Wydanie i druk książki w drukarni p. Ziemkiewicza dokonany, nie pozostawia (oprócz bielszego papieru), nic do życzenia; omyłek drukarskich niewiele i te na wstępie każdego tomu zostały poprawione — Cena całego dzieła wraz z zeszytem dodatkowym wynosi 6 rs. i jest niższą od ceny oryginału niemieckiego.

W obec braku oryginalnego polskiego podręcznika chorób dziecięcych i zestarzenia się dawniejszych tłómaczeń, spodziewamy się, że nakład

nowego dzieła zostanie rozkupionym i przyczyni się do rozszerzenia racjonalnych pojęć o tej gałęzi wiedzy lekarskiej, tak niezbędnej dla każdego lekarza praktycznego.

D-r L. Wolberg.

D-r Adolf B a g i n s k y, prywatdocent chorób dziecięcych w Berlinie:  
Lehrbuch der Kinderkrankheiten. II-gie wydanie. 1887.

W przeszłym roku z powodu ukazania się na półkach księgarskich 1-ej części tłómaczenia tego dzieła, dokonanego przez kolegę Kosmowskiego, dosyć obszernie mówiliśmy o samem dziele, a dzisiaj podajemy wzmiankę o 2-ej i 3-ej części polskiego tłómaczenia. Jednocześnie mamy przed sobą drugie wydanie podręcznika niemieckiego, które ukazało się w pięć lat po pierwszym, i dowodzi, że w Niemczech nawet nudne książki, byleby były ściśle i naukowe, rozchodzą się z żywością, o jakiej my długo jeszcze marzyć tylko będziemy.

Nowe wydanie jest znacznie powiększone, o całych 152 stron, zawiera ich bowiem 890, gdy pierwsze tylko 738. — To powiększenie objętości powstało skutkiem dwóch przyczyn: wprowadzenia nowych chorób a po części i powiększenia opisów oddzielnych chorób.

I tak: w wydaniu drugim przybyły opisy obcych ciał w krtani, gruczolastych narośli w gardzieli, wrodzonych wad rozwojowych przełyku, — w dziale o chorobach kiszek dodał autor wzmiankę o biegunkach letnich (Sommerdiarrhoea), o atrepsyi Parrot'a, będącej chorobą następczą po innych cierpieniach kanału pokarmowego i wyrażającej się anatomicznie — zanikiem błony śluzowej, również o *cholera nostras infantum* znajdujemy spory rozdział.

O chorobach dróg żółciowych, a także trzustki, nie było żadnej wzmianki w starem wydaniu, w nowem spotykamy je, aczkolwiek bardzo krótko.

W dziale chorób mlecza pacierzowego czytamy opisy paralyseos spinalis spasticae, tabetis dorsalis, guzów mlecza, których nie było w wydaniu poprzednim.

W rozdziale chorób uszów przybyły dwie nowe, a mianowicie: Otitis media chronica, otitis media acuta suppurativa), do trzech z dawniejszego wydania (otitis externa, media et interna, media purulenta chronica). Przy chorobach skóry znowu obszerniejszy dodatek, a mianowicie dermatozy natury zolzwowej i gruczliczej oddzielnie zostały opisane, niezależnie od samych zolzwów i gruczlicy, opisanych gdzieindziej, mianowicie: *Scrophuloderma papulosum, pustulosum, furunculorum, ulcerosum* i *Lupus vulgaris* znalazły pomieszczenie oddzielne. Wreszcie na zakończenie dzieła, jakby w myśl sentencji: finis coronat opus, wprowadził autor w nowem wydaniu nowy i praktyczny rozdział: o chorobach kręgosłupa, umieszczając w nim rozmaite skrzywienia kręgosłupa, powstające z przyczyn rozmaitych, a więc krzywico-we, wrodzone, urazowe, statyczne i zapalne.

Oprócz tego dodał autor także *zbiór recept* używanych przez siebie, dzieląc je podług wskazań na adstringentia, antidiarrhoica, antiparasitica, antipyretica, emetica i t. p. Bardzo to praktyczne, lecz przypomina dawne: Eselsbrücken, używane po uniwersytatach niemieckich do szybkiego wyuczenia się przedmiotu. Dawniejsze wydanie Baginsky'ego posiadało tylko spis środków i dawek, stosowanych w pedyjatrii; istnieje on w wydaniu drugim.

Natomiast w 2-em wydaniu zauważyliśmy brak jednej tylko, mało znaczącej zresztą choroby, której opis znajduje się w 1 em wydaniu, a mianowicie Sclerosis cerebri.

Powiedzieliśmy, że powiększenie objętości dzieła zależy też od licznych dodatków, pomieszczonych w opisach samych chorób. I rzeczywiście, prawie przy każdym cierpieniu znajdujemy uzupełnienia szczególnie co do etjologii, patogenetyki i anatomii patologicznej, podczas gdy część kliniczna i lecznicza małym uległa zmianom. Autor odznacza się niezwykłą ścisłością, stara się nie opuścić żadnej nowszej pracy, zacytować zdania jak największej ilości autorów, tak że wśród tego chaosu czytelnikowi nieraz trudno znaleźć zdanie samego autora. To obrobienie monograficzne — podręcznika jest naszym zdaniem wadą, gdyż podręcznik przeznaczony jest dla uczących się, którym każdy z autorów, starających się o poważne stanowisko w nauce, powinien podać własne, dobrze doświadczeniem i badaniami przetrawione zdanie, tak jak to czynili znakomici klinicyści: Tousseau, Traube, Hensch, West i w. innych.

Styl Baginsky'ego nie odznacza się ani obrazowością, ani żywością, ani weselszym zwrotem lub porównaniem, a w tekście nie spotykamy wcale historii chorób, które ożywiają monotoność wykładu i dlatego obecnie tak weszły w użycie

Co do uwag szczegółowych, zaznaczamy, że z obszernego działu ogólnych przewlekłych chorób (jak np. Rachitis, Scorbutus, Chlorosis i t. p.) wydzielono w 2-gim wydaniu zółzy, gruźlicę i przymiot, tworząc z nich, i słusznie, jedną grupę chorób przewlekłych zakaźnych. Zółzy zaliczono do tej grupy na tej zasadzie, że są i dziedziczne i derywatem gruźlicy lub przymiotu.

W etjologii *tężca* w nowem wydaniu cytuje autor badania Nicolaiera i Rosenbacha, wedle których choroba ta jest natury pasorzytniczej, albowiem szczepiąc pewnego rodzaju ziemię zwierzętom otrzymywali oni tężec, a w dodatku Rosenbach wykazał w tej ziemi nowy gatunek lasecznika, którego hodowle i szczepione podskórnice, sprowadzały tężec. Pomimo tego autor nie pomieścił tej choroby w dziale zakaźnych, lecz jak dawniej w rozdziale o chorobach noworodków.

*Erysipelas* zaś pomieszczona w wydaniu 1-em pomiędzy „zwykłemi zapalnymi“ chorobami skóry, obok acne, scabies i eczema, w wydaniu drugiem pomieszczona została w dziale „ogólnych ostrych zakaźnych“ obok dyfteryi, cholery, zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, co jest słusznem.

Z przykrością i zdziwieniem zauważyliśmy — w obu wydaniach — brak opisu *ospy naturalnej*, której autor od r. 1871 nie widział, a to dzięki przymusowemu ochronnemu szczepieniu zaprowadzonemu w Niemczech. — Lecz autor, zdaniem naszym, jest za skromnym, sądząc że podręcznik jego tylko w Berlinie czytany będzie; w innych zaś miejscowościach nie wyłączając innych miast i wsi związku niemieckiego, a tem bardziej po za granicami tego państwa, ospa naturalna wciąż panuje i liczne wśród dzieci zabiera ofiary, przeto opis jej bezwarunkowo powinien być pomieszczonym w podręczniku pedyjatrii.

Opis zapalenia płuc podzielił autor w wydaniu drugiem na kilka części, a to podług pewnego klinicznego przebiegu i objawów; spotykamy więc zapalenie płuc poronne, wędrujące (pneumonia migrans), żołądkowe (gastrica) i mózgowe (cerebralis). Szematy te wydają się nam zbyt zbytecznymi i jeszcze raz przekonywują nas o skłonności autora do pedantyzmu naukowego.

Cytaty z innych prac, nie potwierdzone przez Baginsky'ego, a podane

na wiare, mają tę wadę, że w błąd wprowadzają czytelników, gdyż nieraz pomimo takiej świeżości dzieła, już są przestarzałe, np. badania Moczutkowskiego i Oksa nad gorączką powrotną i możebnością przepowiedni nowego napadu z obserwacji krzywych ciepłoty. Otóż te badania okazały się mylnymi po nowych badaniach Szwajcera, Dunina, i piszącego niniejsze słowa, lecz te pozostały nieznanne Baginsky'emu.

Wreszcie dodać winniśmy, że opis ogólnych nerwic (hysterya, cierpienie umysłowe, idiotismus) skutkiem swej pobieżności wcalce nas nie zadowolnił, a przy zwiększającej się coraz ilości nerwowych dzieci i różnorodności objawów, pozorujących nieraz rozmaite poważne cierpienia (epilepsyję, porażenia i t. p.), przydałoby się jak najszczegółowsze zdanie sprawy, jakie np. spotykamy w podręczniku Henocha.

Oto wszystko co się o nowem wydaniu da powiedzieć. Kolega Kosmowski będzie miał trudność niełada z wydaniem zeszytu dodatkowego, dopełniającego tłumaczenie, dokonane z 1-go wydania. W jakim bowiem sposób będzie w stanie ugrupować w sposób przystępny dla czytelnika liczne cytaty z historii chorób, nowe poglądy na powstawanie choroby, na anatomiję patologiczną, na rokowanie, a nawet na leczenie, rozrzucone tu i owdzie po całym dziele? Wkrótce przekonamy się o tem i z czytelnikami „Kroniki“ podzielimy.

D-r L. Wolberg.

Wydawca:  
Dr. K. Sierpiński.

Redaktorzy odpowiedzialni  
Dr. O. Hewelke i W. Krajewski.

## OGŁOSZENIA.

### Dr. Stanisław Prager

ordynuje jak dawniej w lecie w **Marienbadzie**,  
w zimie w **Meranie**. 2—3

### Dr. S. Bulikowski

ordynuje w tym roku podczas sezonu tak jak w latach minionych  
w **Gleichenbergu**. 3—1

Bliższe objaśnienie o malowniczej miejscowości posiadającej  
potrzebne warunki dla założenia

## STACYI KLIMATYCZNEJ

może udzielić

### JAKÓB SOKOŁOWSKI

Zamość gub. Lubelska, poste - restante.

6551—3—1