

KRONIKA LĚKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LĚKARSKICH.

○ ZAPARCIU STOLCA

oraz o t. z. Chorobie Glénard'a.

Napisał

Dr. Józef Zawadzki

Ordyn. klin. terap.

(*Ciąg dalszy*)

V.

Jak widzieliśmy z powyższego, bardzo wiele cierpień zarówno miejscowych jak i ogólnych może dać objawy zaparcia stolca, zdarzają się jednak przypadki, kiedy żadna z wyłuszczonej przyczyn nie odgrywa roli i kiedy szukać ich należy gdzie indziej, tembardziej, że występujące współcześnie i inne objawy wymagają również objaśnienia stosownego.

Cała ta grupa chorych, zazwyczaj z objawami nerwowemi, bywa leczona na najrozmaitsze dolegliwości, poczynając od cierpień kiszek, a kończąc na cierpieniach oddalonych narządów. Są to chorzy, którzy zazwyczaj podróżują po rozmaitych specjalistach, a że znaczną część daniny splecają tej chorobie kobiety, cierpienia ich przypisują często chorobom macicy i jajników. Setkom takich chorych robiono operacje na macicy: skrobania, amputacje szyjki, przypalania nie znaczących nadżarć, a nawet niekiedy owaryjotomije, szukając w narządach rodnych przyczyn dla objaśnienia spostrzeganych objawów i objaśniając ją zdawkową w medycynie monetą—odruchem. Niestety, znaczna większość tych chorych nie znajduje w tej terapii ulgi i operacja nie pozbawia

ich ani jednego z cierpień, z którymi walczą całe życie. Chorzy tego rodzaju prócz zaparcia stolca skarżą się na bóle głowy, ogólną ociężałość, niechęć do pracy, bezsenność, a obok tych ogólnych objawów występują bóle w rozmaitych częściach brzucha, niekiedy napady, przypominające sobą kolkę wątrobianą lub nerkową, bóle po jedzeniu, ciężar w brzuchu, odbijania czcze i rozmaite sensacje.

Naturalnie, spostrzegając takich chorych w rozmaitych czasach różne upatrywano przyczyny ich cierpień, a od chwili kiedy neurastenja i histeryja stały w naszej dyagnostyce na porządku dziennym, ryczałtowo upatrywano w nich te cierpienia, szczególnie B é a r d i A r n d t napierali na to, a za nimi stoi cały szereg badaczy, którzy mają skłonność do przypisywania rzeczonym cierpieniom przyczyn ogólnych. Kiedy badanie żołądka bliżej zaczęło interesować lekarzy i u pojedynczych chorych tego rodzaju znaleziono zmiany w chemicznej lub mechanicznej czynności, tym znów zmianom, wpadając w ostateczność, przypisywano zarówno miejscowe jak i ogólne cierpienia, a więc obwiniano po kolei niezbyt żołądka (L e u b e), rozszerzenie żołądka i samozatrucie ustroju (B o u c h a r d), rozszerzenie gałęzi zstępującej kiszki grubej (T r a s t o u r), rozszerzenie kątnicy i okrężnicy wstępującej (B o u v e r e t) i t. p., wreszcie zwrócono się do nerwów trzewiowych i ich chorobom przypisywano te objawy. Dunin w swoim odczycie o habitualnem zaparciu wraca do dawnych pojęć i sprawę jako ogólną traktuje nerwice, opierając się jednak na tak jednostronnym materialem, że żaden z lekarzy, zastanawiających się nad spostrzeganymi objawami, zgodzić się z nim nie może. Dopiero od chwili ogłoszenia pierwszych prac Glénarda o enteroptozie zaczęto bardziej interesować się tą teorią, tembardziej, że i dawni autorzy wspominają już o istnieniu opisywanych przez G. zmian w położeniu trzewiów i że L a n d a u współcześnie z nim w monografiach o nerce wędrującej i wątrobie wędrującej zajął się również tą kwestyją i, jeśli wniosków ogólnych nie postawił, to dostarczył do nich materiał.

Głównie od czasu, kiedy Feréol poświęcił pracom Glénarda odczyt w Akademii i oświadczył się za teorią, wypowiedaną przez jej autora, odkąd francuzi zaczęli coraz bardziej nią się zajmować zwrócono na kwestyję tę bacniejszą uwagę, pomijając bowiem pewną przesadę, właściwą francuzom, kwestyja ta zasługuje na

szersze, niż dotąd zainteresowanie. Glénard wszystkie objawy, spostrzegane u chorych dzieli na: 1) objawy asteniczne: osłabienie ogólne, osłabienie działalności żołądka i nerek 2) objawy w śródbrzuchu: uczucie targania, pustki, fałszywe łaknienie 3) objawy ze strony żołądka: wzdęcia, bóle, palenie, wymioty, ciśnienie, kurcze; obok tego zaznacza, że choroby tego rodzaju budzą się śród nocy i objawy potęgują się wtedy, dolegliwości i bóle wzmagają się mają po zjedzeniu pewnych pokarmów, a nadto chorzy tacy cierpią uporczywe zaparcie stolca. Idąc dalej Glénard z pomocą enteroptozy tłumaczy wszystkie objawy t. z. neurastenii trzewiowej i wogóle wszystkie dawnej przypisywane neurastenii i wyżej wspomnianym chorobom, o ile te ostatnie nie mają stałej anatomicznej podstawy w rodzaju zwężeń, nowotworów etc. Glénard i jego uczniowie uważają tedy enteroptosis za cierpienie, dające wszelkie podstawy do przyjmowania je za oddzielną jednostkę chorobową na mocy tego, że zwiśnięcie trzewiów jest w możności wywołać cierpienia u osobnika zdrowego przedtem, że objaśnia nam fizykalne objawy i zaburzenia czynnościowe, oraz długo-trwałość cierpienia, wreszcie—daje dobre w skutkach wskazania lecznicze. Na tej zasadzie szkoła ta uważa zwiśnięcie trzewiów nie za objaw, a za oddzielną chorobę, łączącą wiele z dotąd opisywanych cierpień nerwowych trzewiów brzusznych.

Tak szeroko nakreślona teoria wymaga bliższego zaznajomienia się tembardziej, że jeśli w słowach Glénarda jest wiele przesady, jeśli niewszystko jest tak jak chciał twórca tej teorii i gorętsi jego prozelici, to z drugiej strony najzagorzalsi przeciwnicy nie mogą odmówić że jest pierwszym i to udatnem tłumaczeniem wielu spotykanych u chorych objawów. Dla tego też pozwałam sobie zając tą chorobą trochę dłużej uwagę czytelnika, tembardziej że prócz artykułu Chłapowskiego, słów pobieżnych w omawianej broszurze Dunina i luźnych wzmianek w dyjagnostyce Biegańskiego i podręczniku Jaworskiego piśmiennictwo nasze nie posiada prac, poświęconych tej kwestyi i że od lat 4 kwestyją tą ciągle się zajmuje, wreszcie, że tłumaczy nam znaczną ilość przypadków zaparcia stolca.

Chorobę Glénarda spotykamy częściej u kobiet, niż u mężczyzn (na 54 ogółem przypadków tego cierpienia z mojej praktyki prywatnej w ciągu r. 1893 widziałem 49 kobiet i 6 mężczyzn), częściej podlegają tej chorobie kobiety kilkakrotnie rodzą

ce, choć spotkać ją można u panien i kobiet nierodzących wcale. Ja naprzykład więcej, bo 30 przypadków obserwowałem u nierodzących mężatek, niż u kobiet po przebyciu kilku ciąży; u mężczyzn przypadki zawsze mniej były wybitne i częściej kombinowały się z innymi cierpieniami trzewiów. Chorzy tacy zazwyczaj są źle odżywiani, choć u kobiet po kilku ciążach ilość tkanki tłuszczowej może być nawet znaczną, postać brzucha w pozycji stojącej jest nieco obwisła, w pozycji leżącej górna część brzucha wklęsła, od pępka poczynając wypukła, ścianki brzuszne podatne na ucisk, a po nad pępkiem zarówno gołem okiem jak i przy pomocy obmacywania wyraźnie wyczuć się daje tętno tętnicy głównej brzusznej, żołądek jest opuszczony, niekiedy wymacujemy w nim pluskanie. Poniżej pępka wyczuwa się na linii środkowej poprzecznie idący wałek (cordon transversal), także same wałki wyczuwamy w okolicy kątnicy i zagięcia esowatego (boudon coecal, cordon sigmoidal). Współcześnie prawa nerka, wątroba, a niekiedy śledziona są w różnym stopniu opuszczone, niekiedy zauważyć można zwiśnięcie macicy, pęcherza i odbytnicy. Chorzy czują w pozycji stojącej ból w dolnej części brzucha i określają je jako uczucie ciężenia lub odrywania; uniesienie części podpępkowej brzucha łagodzi te objawy. Stolce twarde, zaparcia długotrwałe. Cierpienie jest przewlekłe i nie ma tendencji do samowyleczenia.

Oto krótki zarys choroby Glénarda tak jak ją sam autor rozumie. Zobaczmy teraz, jakim przyczynom zawdzięczamy punkt wyjścia tej choroby—zwiśnięcie kiszki. Czytelnicy moi przypomną sobie to co mówiłem na wstępie o układzie i statyce trzewiów brzusznych, wiemy już, że statyka ta ulegać może zmianie bądź skutkiem zrostów zapalnych, bądź skutkiem cierpień rozmaitych narządów sąsiednich, bądź skutkiem zwiotczenia ścianek brzusznych, bądź też skutkiem innych przyczyn. Obecnie musimy wprowadzić jeszcze jeden szczegół—niejednakową siłę więzadeł, aby zrozumieć teorię pochodzenia zwiśnięcia trzewiów, podaną przez Glénard'a.

Według G. przewód pokarmowy przytwierdza się do punktów stałych i unosi jak rozpięty baldachim. Na miejscach przyczepu tworzą się mniejsze lub większe zagięcia, a przyczepy są to więzy, opisane na wstępie łączące trzewia ze ściankami brzucha. Skutkiem tych zagięć przechodzenie treści kiszki jest utrudnione, szczególnie jeśli zagięcia te, jak zobaczymy, ulegną zwię-

zeniu. Obok tych zagięć G. odróżnia w nich 7 otworów (orifices), podtrzymywanych przez więzy niejednakowej mocy, co stanowi podstawę do powstawania zwiśnięcia kiszek. Oto „otwory“ Glénarda: o. sercowy, łączący przełyk z żołądkiem (inaczej wpust z więzami łączącymi go z przeponą), o. żołądkowo dwunastnicowy, znajdujący się tuż po za odźwiernikiem na części poziomej górnej dwunastnicy i łączący żołądek z dwunastnicą; otwór ten jest podtrzymywany przez brzeg wiązu żołądkowo-wątrobowego (sieć mała), wzmocnionego kilku pęczkami włókien; o. dwunastnicowy (duodeno—jejunal), najmocniej przytwierdzony ze wszystkich w miejscu, gdzie krezka kiszek cienkiej krzyżuje się z tętnicą krezkową górną, ztąd otwór ten może ulegać uciskowi między tętnicą główną, a wyżej wspomnianą; otwór okrężnicowy podżebrowy prawy między okrężnicą wstępującą i poprzeczną na wysokości 10 żebra, najslabiej przez więzy utrzymywany in loco; o. okrężnicowy podżebrowy lewy na wysokości 10 ż. łączy poprzecznicy z gałęzią zstępującą okrężnicy, podtrzymywany jest bardzo silnie przez więzy; o. okrężnicowy pododdzielnikowy znajduje się na poprzecznicy tuż pod częścią oddzielnikową żołądka, podtrzymywany przez wiąz żołądkowo-poprzecznicy, łączący obie te części oraz o. zagięcia esowatego (o. sigmoideo—rectal) między zagięciem i odbytnicą, podtrzymywany przez część krezki odpowiedniej.

Między temi otworami, które G. za punkty stałe uważa zwieszają się zwoje kiszek, rozmaicie ułożonych w jamie otrzewny. Pociąganie danego zwoju powoduje zmniejszenie światła odpowiednich otworów, ztąd np. zwiśnięcie lub ściąganie kiszek grubej zmniejsza światło otworu okrężnicowego podżebrowego lewego, jako najmocniej przytwierdzonego, zwiśnięcie kiszek cienkich powoduje zwężenie O. dwunastnicowego. Wogóle im mocniej jest dany otwór przytwierdzony do ścian brzucha, tem większe powoduje zacieśnienie każde wyjście z położenia normalnego odpowiednich zwojów kiszkiowych. W ten sposób Glénard pojmuje statykę kiszek, a widzimy, iż nie różnią się jego pojęcia bardzo od przyjętych dotąd.

Stosunki powyższe mogą w ciągu całego życia być takież same lub pod wpływem różnych czynników ulegają zmianom i dają obok zasadniczych objawów zwiśnięcia cały szereg innych. Czynniki, które wyprowadzają z równowagi ów baldachim

Glénarda mogą być najrozmaitsze, a ztąd Glénard, Bouveret, Cuilleret, Feréol i inni odróżniają 6 rozmaitych rodzajów, a raczej przyczyn zwiśnięcia trzewiów 1) zwiśnięcie pochodzenia kiszkowego (typowe Glén.) 2) pochodzenia żołądkowego 3) skutkiem zwiotczenia ścian brzusznych, 4) od ucisku klatki piersiowej 5) neurasteniczne, zależne od atonii kiszek i żołądka 6) traumatyczne.

Zacznijemy od zwiśnięcia pochodzenia kiszkowego, opartego na wyżej opisanej teorii Glénarda. Pochop do zwiśnięcia trzewiów daje zazwyczaj część prawa poprzecznicy, najmniej silnie przytwierdzona do ścianki. Zwisając ku dołowi, poprzecznica pociąga za sobą część oddźwiernikową żołądka, a zwiśnięcie żołądka, będące tego następstwem, przez pociąganie za pomocą sieci małej wpływa na rozluźnienie więzów wątroby i zwiśnięcie tej ostatniej; z drugiej znów strony prawa część poprzecznicy, pociągając otrzewną ścienną i otoczkę nerki, powoduje rozluźnienie przyczepów tej ostatniej i zwiśnięcie; naturalnym wynikiem tych zmian będzie zwężenie lewego otworu okrężnicowego i trudniejsze przechodzenie kału, pociąganie żołądka może wywołać zmianę w jego położeniu, które zbliża się do pionowego. Zrozumieć to łatwo z powyższego, gdyż pociąganiu ulega głównie część oddźwiernikowa, a żołądek robi wtedy obrót z góry ku dołowi z prawej ku lewej stronie. Takie położenie żołądka, skutkiem czego często bywa zacieśnienie otworu dwunastnicowego i ogólne wyniszczenie ustroju, sprowadza po pewnym czasie czasową rostrzeń narządu oraz cały szereg innych objawów, które rozpatrzemy później. Zwiśnięcie wątroby i nerki prawej¹⁾, a niekiedy śledziony wywoływać może cały szereg rozmaitych objawów nerwowych, zależnych od ucisku.

Według Glénarda pierwotną zewnętrzną przyczyną tych zmian bywa uraz, gwałtowne ruchy, ucisk gorsetu i długotrwałe zaparcia stolca. Bouveret uznaje tylko dwa ostatnie momenty, szczególnie zaś nacisk kładzie na zaparcie stolca, gdyż kał, zebrany w poprzecznicy, swoim ciężarem powoduje zwiśnięcie poprzecznicy, a co zatem idzie i cały szereg innych objawów, tak

1) Lewa nerka skutkiem tego, że lewa część poprzecznicy nie ulega zwiśnięciu, zazwyczaj w pierwszych chwilach nie jest ruchomą; może wystąpić to przy dalszym rozwoju choroby.

samo może działać ucisk gorsetu. Na mocy swoich spostrzeżeń zgodziłbym się z Glénardem, że uraz i gwałtowne ruchy powodować mogą zwiśnięcie trzewiów. U chorej np., którą obserwo-
wałem w szpitalu, przed tem nigdy nie mającej zaburzeń w tra-
wieniu po męczącym tańcu w ściśle opiętym gorsecie wystąpiła
enteroptoza, u innej chorej toż samo miało miejsce po podniesie-
niu, przez zbytki, męża i t. d.

W sposób wyżej podany zwiśnięcie trzewiów może pocho-
dzić od pierwotnego zwiśnięcia poprzecznicy, pierwszym jednak
momentem może być żołądek, mianowicie przy silnem rozszerze-
niu. Na mocy tych danych, o których mówiłem na wstępie,
dziwić nas takie pochodzenie zwiśnięcia nie będzie, zazwyczaj
bowiem duży stopień rozszerzenia istnieje łącznie ze zwiśnięciem
tego narządu. Według Bouveret'a ogólne wyniszczenie cho-
rego, szczególnie przy stałym sokotoku żołądka może również spro-
wadzić zwiśnięcie i sprowadza je często. I tu spotykamy się nie-
kiedy ze zwiśnięciem wątroby, prawej nerki, poprzecznicy i t. p.

Z powyższego widzimy, że zarówno od poprzecznicy jak
i od żołądka może wyjść pierwszy asumpt do powstania zwiś-
nięcia trzewiów, Bouveret i inni przyjmują jeszcze t. z. zwiśnię-
cie skutkiem neurastenii, co zdaniem ich ma za przyczynę wy-
chudnięcie, atonię żołądka, spazm kiszek, zaparcie stolca. Zdaje
mi się jednak, że pomieszano tu z sobą dwa zupełnie odmienne
pojęcia: neurastenija i cierpienia kiszkowe.

Sądzę, że w danym razie zwiśnięcie ma wogóle za przy-
czynę ogólny upadek odżywiania, a że to prowadzi u usposobio-
nych do wybuchu neurastenii, mamy więc współczesne neuraste-
nję i cierpienie kiszek, ale jedno cierpienie nie jest w żadnej za-
leżności od drugiego. Wogóle w tym stanie skutkiem bezkrwi-
stości, upośledzonego odżywiania tkanki są wiotkie, ztąd i dzia-
łalność kiszek słabsze, a owa wiotkość i rozluźnienie tkanek
zawsze może sprowadzić ptozę trzewiów; sprawa pogorszyć się
może, skoro przyłączy się niedomoga ruchowa żołądka oraz zwiot-
czenie ścianek brzusznych wraz z jego następstwami, nadto chorzy
tego rodzaju zazwyczaj pogarszają sprawę przyjmowaniem środ-
ków czyszczących w nadmiarze.

Jaką rolę odgrywać może zwiotczenie ścianki brzusznej
w zwiśnięciu trzewiów, [zaznaczyłem już na wstępie. Ścianka
przednia, opadając ku dołowi, pozbawia trzewia naturalnej pod-

pory i powoduje ich zwiśnięcie. Zwiotczenie ścianek może nastąpić bądź skutkiem ogólnego zwiotczenia układu mięśniowego, co widzimy w rozmaitych chorobach ogólnych, bądź też skutkiem mechanicznego rozciągania ścianek przez ciała obce i płyny, a więc ciążę, nowotwory, puchlinę brzucha, wreszcie otłuszczenie. Zwiotczenie ścianek, jak wspomniałem, wyżej wpływa na niedostateczne wydalanie stolca, prowadzi do zastoju kału, a więc i enteroptozy. W tych razach jednak jest to zwiśnięcie nader małego stopnia i do trwałych zmian nie dochodzi. Daleko wybitniejsze zmiany mogą spowodzić ciążę. Mechanizm powstawania na mocy tego co mówiłem powyżej jest łatwy do zrozumienia, nadmienić jednak wypada, że stopień opadnięcia brzucha nie odpowiada zazwyczaj stopniowi zwiśnięcia trzewiów, prawdopodobnie, odgrywa tu rolę indywidualna siła więzów.

Przyczyną wogóle tych stanów po porodach jest zbyt wczesne opuszczanie łóżka i zaniechanie noszenia opasek. Jest wiele przypadków, kiedy zwiśnięcie trzewiów nie tyle jest wywołane przez zwiotczenie ścian brzusznych, ile skutkiem olbrzymiego rozwoju tkanki tłuszczowej w sieci, która swym ciężarem ściąga trzewia ku dołowi. Komplikując się z ciążą, a więc rozciągnięciem ścian kiszek, stan ten może spowodzić znaczne zwiśnięcia trzewiów. Kto chce się przekonać o rozmiarach, z korzyścią przejrzy sobie kazuistykę Landau'a. Jeżeli po takim odłożeniu tłuszczu nastąpi szybkie wychudnięcie, sprawa pogarsza się znacznie, bo rozluźnienie więzów będzie wtedy daleko większe.

Tegoż pochodzenia jest zwiśnięcie trzewiów po wessaniu wysięków i przesieków z jamy brzusznej, wycięciu guzów wielkich i t. p., ztąd postać ta może być i u mężczyzny.

Na zwiśnięcia trzewiów skutkiem ucisku gorsetu zwrócono już oddawna uwagę i setki prac rozmaitych walczyły przeciw tej barbarzyńskiej modzie. Najwięcej faktów zebrał 3 lata temu w ogłoszonej pracy *Chapott*. Gorset uciska klatkę piersiową począwszy od 9 żebra, a ucisk kończy się dopiero na kilka centymetrów poniżej łuku żebrowego, ztąd nie tylko klatka piersiowa, ale i jama brzuszna ulega uciskowi. Trzewia brzuszne, ściśnięte w ciasnej przestrzeni, muszą zwiśnąć ku dołowi. Wątroba szczególnie, jako niepodatne ciało, obniża się wydłuża i przez ucisk powoduje obniżenie nerki prawej, żołądek, ściśnięty między wątrobą i gorsetem, również zmienia położenie i staje w pozycji

pionowej, mniej cierpi śledziona, obniża się tylko nieco; z drugiej strony zwiśnięcie i położenie pionowe żołądka powoduje zepchnięcie, a następnie i zwiśnięcie poprzecznicy. Dolna część brzucha wogóle rozwija się więcej, niż górna, bo gorset nakładają dziewczynom w latach największego rozwoju, co powoduje, że trzewia ciążyą ku dołowi brzucha jako rozwiniętemu więcej. Jeżeli do takiego stanu przyłączy się ciąża, to oczekiwać można znacznych stopni zwiśnięcia.

Ostatnią postać zwiśnięcia stanowi zwiśnięcie skutkiem urazu. Uderzenia, szybkie i gwałtowne ruchy, podnoszenie ciężarów może według Glénarda, Cuilleret'a i Coutareta wywołać zwiśnięcie trzewiów, a ze zdaniem ich na zasadzie powiedzianego powyżej zgodziłbym się w zupełności. Bouveret nie uznaje tej postaci, uważając ją za nerwicę traumatyczną, nie podaje wszakże przyczyny, czemu ogłoszonym w tym kierunku spostrzeżeniom daje takie objaśnienie.

Widzimy z powyższych jak różnorodne przyczyny mogą powodować zwiśnięcie trzewiów i odnośne objawy, obecnie przejdziemy do oceny i sposobów badania oddzielnych objawów zewnętrznych, cechujących tę chorobę.

Pierwszym, bijącym w oczy objawem, jest *zmiana postaci brzucha*. Brzuch w pozycji stojącej zwisa ku dołowi, a niekiedy zwiśnięcie to może być do takiego stopnia silne, że, szczególnie, u kobiet, kiedy siedzą, brzuch zupełnie może zasłonić uda i dochodzić do kolan. W pozycji leżącej spłaszczenie górnej części brzucha i wypuklenie dolnej również zauważyć się daje. Ścianki brzuszne są wiotkie, a przy uderzeniu skutkiem wiotkości brzuch cały wstrząsa się jak galareta. Od czego zależą te objawy, widoczną jest rzeczą na mocy wyżej już rozpatrzonych momentów przyczynowych.

Drugim objawem, widocznym niekiedy dla oka, a zawsze dostępnym przy obmacywaniu jest *tętno tętnicy głównej*; zwiotczenie ścianek brzucha jest niekiedy tak znaczne, że udawało mi się, szczególnie u kobiet, wyczuć dokładnie cały kręgosłup aż do promontorium przez powłoki brzuszne, a przed kręgosłupem tętnicę; niekiedy nawet idąc w dół udawało mi się wyczuć podział tętnicy głównej i nawet początek art. iliaca. W jednym z takich przypadków lekarz, wyczuwając promontorium sądził, że ma do czynienia z guzem i proponował chorej operację. Glénard objaw ten

przypisuje zwięźeniu poprzecznicy, a ztąd łatwiejszemu przenoszeniu się tętna, niewątpliwie jednak jest to mało-znaczna przyczyna, główna to zwiśnięcie i pionowe położenie żołądka, po za którym przebiega tętnica.

Trzeci objaw to *wyczuwanie owych cordon transrersal, boudon coecal i cordon sigmoidal*, którym Glénard tak wielką przypisuje rolę i co jego zdaniem jest następstwem zwięźenia okrężnicy. Dla znalezienia tych wałków należy badać chorego w pozycji leżącej, zwracając się do niego twarzą. Kładąc ręce na pępku i posuwając je ku dołowi, na wysokości pępka lub poniżej wyczuwamy idący poprzecznie wałek, łatwo przesuwalny, niekiedy pod palcem czujemy w nim krepitację i możemy go wymacać na przebiegu od kątnicy do zagięcia esowatego. Ewald również opisuje że znajdował wałek podobny, ale uważa go za trzustkę. Niewątpliwie, zgodzić się trzeba z Ewaldem, jeśli wyczuwamy wałek powyżej lub na wysokości pępka, jeśli jednak wałek ten wyczuwamy znacznie niżej pępka nie może być mowy o tem, aby była to trzustka, gdyż organ ten jest zbyt mocno przytwierdzony i w tak wielkich granicach poruszać się nie może. Zresztą, wobec innych doskonalszych metod objawowi temu nie mamy potrzeby przypisywać tak wybitnego znaczenia. Obmacując okolice kątnicy wyczuwamy ją zazwyczaj i w stanie normalnym, w zwiśnięciu trzewiów posiada ona według G. pewne właściwości, wyczuwamy wtedy rodzaj taśmy grubej i szerokiej, opuszczonej ku dołowi i wysuniętej ku linii środkowej ciała; kiszka jest bolesna przy ucisku i słycać w niej i czuć się daje wyraźne przelewanie. Taśma niekiedy łączy się z wyżej opisanym wałkiem. Spotykamy często objaw ten w zwiśnięciu trzewiów, ale szczególnego znaczenia przypisywać mu nie mamy prawa, bo objawy podobne spostrzegamy i w innych cierpieniach. Tak samo niezbyt wielkie znaczenie posiada opisany przez G. wałek esowaty, odpowiadający zgrubiałemu i ściągniętemu zagięciu esowatemu, jest on grubości palca i z łatwością przesuwa się pod palcami. Objaw ten spotykamy nie tylko w zwiśnięciu trzewiów, ale wogóle przy wiotkich, podatnych ściankach brzucha jeśli zagięcie wypełnione jest kałem.

Widzimy z tego, że wymacywanie kiszek, proponowane przez Glénarda, nie daje nam pewnych cech rozpoznawczych, posiadamy jednak inne środki rozpoznawcze, które o wiele lepsze dają nam wyniki. Boas, mianowicie, radzi w tym celu następujące postę-

powanie. Przekonawszy się, że żołądek jest próżny i że pluskania w nim niema przy wstrząsaniu brzucha, wlewamy choremu do kiszki 500—600 cm. sz. wody. W stanie prawidłowym wyraźny szmer pluskania przy wstrząsaniu ścianek brzusznych występuje po nad pępkiem na przestrzeni 3 palców aż do pępka, przy opadnięciu poprzecznicy wyczuwa się szmer ten znacznie poniżej pępka, niekiedy tuż nad spojeniem łonowem. Tą drogą udaje stwierdzić niekiedy rozszerzenie kiszki, biorąc pod uwagę szerokość pasa, w którym ma miejsce pluskanie. Bouveret radzi w tych razach jako metodę pewniejszą wdmuchiwanie powietrza do kiszki, co powoduje niekiedy tak wyraźne wystąpienie konturów kiszki, że wprost gołym okiem możemy oznaczyć położenie okrężnicy. Można również posługiwać się w tym celu wlewaniem dużych ilości wody (2—3 litrów) do kiszki przez miękki zgłębnik. Kontury kiszki występują wtedy bardzo wyraźnie i co do mnie tej metodzie oddają zawsze pierwszeństwo tam, gdzie chodzi o dokładne oznaczenie granic.

W przypadku bardzo starej euteroptozy u 60 letniej staruszki, matki studenta, gdzie podejrzewano czas dłuższy zwięźnienie nowotworowe kiszek za pomocą tej metody udało się wyjaśnić rzeczywistą przyczynę jej cierpienia. Kiszka po wypełnieniu przedstawiała się jako wał skręcony; można było odróżnić w tym wale zagięcie esowate, dochodzące aż do linii środkowej, kątnicę opuszczoną i zepchniętą ku środkowej linii oraz poprzecznicę opuszczającą się w postaci łuku o dużej krzywiznie prawie do spojenia łonowego. Przy wypuszczaniu wody wał stopniowo poczynając od kątnicy się zmniejszał. Badanie było dokonywane sub narcoso, ale i w innych przypadkach, które badałem bez narkozy wlewanie wody nie wywoływało zbyt nieprzyjemnych dla chorego sensacyj. Wprowadzone przez Einhorna, a stosowane przez Herynga i Rejchmana prześwietlanie kiszek nie zaleca się żadną wyższością nad wspomnianymi metodami, a ponieważ wymaga specjalnych narzędzi, może być stosowane tylko na klinikach.

Jako następną oznakę widoczną zwińnięcia trzewiów Glénard i inni francuzcy klinicyści uważają pluskanie w żołądku po jedzeniu. Objaw ten, w istocie, jest nader częstym objawem w zwińnięciu kiszek, dowodzi jednak współczesnego istnienia niedomogi ruchowej i utraty elastyczności żołądka (atonia), co zresztą w cho-

robie Glénarda jest następstwem zwiśnięcia lub pionowego ustawienia tego narządu. Zwiśnięcie z atonią spotykamy według Bouveret'a częściej u mężczyzn, u kobiet częściej pionowe ustawienie żołądka.

Położenie i granice żołądka określamy po uprzednim rozdęciu gazem tego narządu. W tym celu Frerichs dawał chorym po 1,0—2,0 gm. kwasu winnego i dwuwęglanu sodu, Ziemken zwiększył tę dawkę do 6,0 gm. Rzeczywiście, przy tej metodzie najprostszej i najmniej sprawiającej choremu przykrości nie jesteśmy w możności umiarkować stopnia rozdęcia, a sam widziałem przypadki zemdleń oraz lekkich krwawień z żołądka po zastosowaniu tej metody, to też różni autorzy radzą zastąpić ją przez wdmuchiwanie powietrza, Bouveret w tym celu radzi używać ust badającego lekarza, obok jednak niezbyt estetycznego wyglądu takiej metody, i względy profitykacyjne przemawiają przeciw niej aż nadto widocznie. Runeberg poleca wdmuchiwanie przy pomocy balonu gumowego. Ja w tych razach, kiedy obawiam się z powodu wrażliwości chorych lub wiotkości ich tkanek zbytniego wzdęcia, używam sytona wody sodowej, którego kurek złączony jest ze zgłębnikiem. Jeżeli syfon odwrócimy dnem do góry i nacisniemy kurek wpływa wtedy do żołądka gaz bez wody i w żądanym stopniu wypelnia żołądek.

Jakąkolwiek bądź użyjemy z tych metod często już za pomocą wzroku określić możemy granicę, dla kontroli jednak zawsze obok tego stosować należy i opukiwanie. Żołądek prawidłowy ma granice następujące: na linea parasternalis sin w 5 międzyżebżu, na lin. mamill. sin w 5 lub na 6 żebrze, na lin. axill. ant. na 7 ż., dolna granica wtedy określa się na 4 cm. powyżej pępka. Przy opadnięciu żołądka obniża się zarówno górna jak i dolna granica (odróżnienie od rozszerzenia żołądka, gdzie obniża się tylko dolna granica), stopień tego obniżenia bywa rozmaity np. górna granica schodzi aż do pępka, dolna nieco powyżej spojenia łonowego. Położenie pionowe żołądka określamy również przy napelnieniu gazem, oba podżebrza są wtedy rozdęte nierównomiernie lewe więcej niż prawe, wymiary poprzeczne zmniejszone i żołądek w postaci grubego wału opuszcza się ku pępkowi lub nieco poniżej z pod lewego podżebrza, część oddźwiernikową znajdujemy zazwyczaj w okolicy pępka lub poniżej, górna granica żołądka bądź pozostaje na miejscu i mamy wtedy czyste położe-

nie pionowe żołądka lub też obniża się, co dowodzi iż współcześnie istnieje zwiśnięcie tego narządu. Określenie granic z pomocą rozděcia gazem może mieć miejsce wtedy, jeśli nie istnieje współcześnie niedomoga oddźwiernika, w tym ostatnim bowiem razie wypełnienie dostateczne żołądka staje się niemożliwym, uciekać się wtedy należy do metody prześwietlania żołądka, co niekiedy daje wyniki dobre i pewne.

Ponieważ współcześnie ze zwiśnięciem i położeniem pionowym istnieje atonija żołądka, sprawność zatem tego narządu ruchową określać często wypada. W tym celu posługujemy się bądź metodą Leubego, polegającą na podaniu choremu obiadu próbnego (rosół z kaszką, befszyk i bułka i szklanka herbaty) i badaniu żołądka za pomocą zgłębnika po 6 godzinach—żołądek wtedy nie powinien zawierać resztek pokarmowych—lub też metodą Dehio, która stanowi modyfikację sposobu Piorry-Penzolda, a polega na oznaczaniu dolnej granicy żołądka w pozycji stojącej po wypiciu $\frac{1}{4}$ litra wody. Oznaczając tę granicę podajemy choremu znów drugie $\frac{1}{2}$ litra wody do wypicia i powtarzać możemy to 3 razy, oznaczając za każdym razem granicę. Żołądek prawidłowy nie wykazuje obniżania się dolnej granicy za każdym razem, co ma miejsce w atonii tego narządu.

Aby skończyć już z opuszczeniem żołądka nadmienię, że podobnie jak Closier, Strumpel, Chapotot słyshałem niekiedy w żołądku po wypiciu wody lub przyjęciu dużej ilości płynów osobliwe dwa szmery, występujące rytmicznie przy wdechu głębokim i wydechu. Objaw ten spotykałem u młodych kobiet, używających gorsetu. U chorych tych żołądek był obniżony, niekiedy w położeniu pionowym, sprawność jego ruchowa była zupełnie prawidłowa, ztąd pluskania w żołądku nie było; szmery powyższe które porównałbym z przelewaniem wody z jednej butelki do drugiej, zjawiają się tylko w pozycji stojącej. Strumpel tłumaczy ich powstawanie uderzaniem przepony o rozszerzony żołądek, objaśnienia tego przyjąć nie mogę, gdyż w tych razach rozszerzenia żołądka nie ma. Dowcipniej tłumaczą to francuzi Closier i Chapotot, według nich żołądek w pozycji pionowej zwęża się w swej części środkowej skutkiem ucisku lub spazmu mięśni. Uderzanie przepony o żołądek powoduje przepływanie płynów i guzów przez owo zwężenie do utworzonych jakby dwóch balonów. O ile tłumaczenie to jest dowcipne, o tyle

nie ma żadnych podstaw realnych. Znamy stany patologiczne, które byłyby pierwowzorem opisanego stanu, mianowicie przewężenie żołądka po wrzodzie, a jednak w tym razie nikt dotąd podobnych objawów nie obserwował. Najprędzej mamy tu do czynienia ze szmerami, powstającymi w dolnej części wydłużonego przelyku i górnej części żołądka skutkiem ruchów przepony, a odgłos wzmagają się i przyjmuje odcień amforyczny skutkiem obecności gazów w żołądku i kiszkaach.

Jako objaw pionowego położenia żołądka Melbranc, Riegel i Weill notują znajdowanie żółci w żołądku i wymioty żółciowe. Objaw ten tłumaczy się zmianą położenia żołądka względem dwunastnicy, która jak wiadomo jest mocno przytwierdzona i zwiśnięciu nie podlega, przy pewnym położeniu żołądka, o czym przekonać się można i na trupie diverticulum Vateri staje wprost naprzeciw oddźwiernika, jeśli ten ostatni będzie otwarty, co bywa przy jego niedomodze, żółć bez przeszkody wpływa do żołądka i, drażniąc błonę śluzową, powoduje wymioty. Niezawsze przebieg jest tak ciężki jak w przypadku opisanym przez Weilla u 23 letniej kobiety ze zwiśnięciem trzewiów po porodzie, zazwyczaj stan ten jest przemijający. U chorej D. 23 letniej, którą widziałem na klinice wymioty żółciowe wystąpiły po silnym wstrząśnieniu fizycznym i trwały przez 2 tygodnie. Żołądek w położeniu pionowym i opuszczony (górna granica na lin. axil na 9 żebrze, zwiśnięcie poprzecznic: po wypełnieniu wodą poprzecznic dochoodzi do spojenia łonowego), zwiśnięcie nerki prawej 2 stopnia, opuszczenie wątroby (górna granica na lin. parast. d. na 9 ż., dolna wyczuwalna na 2 palce poniżej łuku) jednym słowem enteroptosis. Żołądek naczczo zawsze zawierał żółć zupełnie czystą. Przy zachowaniu położenia na grzbiecie, codziennych przepłókiwaniach żołądka (działanie w tym razie tylko mechaniczne), wymioty żółciowe ustały. Chora wypisała się ze szpitala 6 b. m. ze znacznym polepszeniem.

Z kolei teraz zająć się musimy objawem nader częstym w chorobie Glénarda—zwiśnięciem nerki prawej. Wielu dotąd autorów odzywa się o cierpieniu tem z wielkim sceptytyzmem, są tacy, którzy zupełnie odrzucają możliwość nabytego obniżenia, a przypuszczają możliwość istnienia wrodzonej już nienormalnej ruchliwości nerek, kiedy nerka posiada rodzaj krezki z otrzewny, pozwalającej jej odbywać ruchy w jamie otrzewny. Jeżeli jednak

zwrócimy uwagę na częstość tego cierpienia u kobiet, wszystkich przypadków na tej drodze objaśnić nie możemy, współistnienie natomiast zwiśnięcia innych trzewiów słusznie naprowadza na myśl, że między temi stanami musi zachodzić pewna wspólność w pochodzeniu. Częstość występowania nerki wędrującej jest rozmaicie przez autorów podawana od 4% (Landau) do 60% (Fischer). Glénard na 1310 badanych chorych widział opadnięcie nerek w 148 przypadkach. Cierpienie częściej występuje u kobiet (Glénard 17 razy u mężczyzn, 131 u kobiet), częściej ulega zwiśnięciu nerka prawa, niż lewa (126 zwiśnięć nerki prawej, 3 lewej, 19 obu nerek). O ile zupełny sceptycyzm nie jest na miejscu wobec dużej ilości faktów, o tyle ostrożne traktowanie kwestyi nigdy nie zawadzi i od błędów uchroni. Zawsze mieć należy w pamięci wszystkie guzy jakie mogą być w okolicy nerek i starannie wykluczyć ich możliwość. Często zastój kału bierze się za nerkę wędrującą, również często pęcherzyk żółciowy wprowadzał w błąd lekarzy, nie mówiąc już o wydłużeniu prawego płatu wątroby, guzach i ropniach zaotrzewnowych, guzach jajnika, kiszek, sieci, ropniach otorbionych i t. p. Nasuwa mi się tu przypadek, obserwowany 1½ roku temu na klinice; dotyczył on chorej, u której w prawem podżebrzu wyczuwał się guz wielkości i postaci nerki, ruchomy, łatwo przesuwalny we wszystkich kierunkach, guz zepchnąć również można było ku dołowi, na miejscu nerki prawej z tyłu odgłos tympanityczny. Chora obok tego cierpiała na silne napady kolki z żółtaczką. Wszyscy badający lekarze zgadzali się, że mamy do czynienia z nerką wędrującą uciskającą na dwunastnicę i wywołującą tą drogą kolkę. Z powodu częstych napadów chora zażądała operacyi, a pierwsze wrażenie chirurga już po wprowadzeniu ręki było również, że mamy do czynienia z nerką, dopiero po rozszerzeniu cięcia znalaziono pęcherzyk żółciowy, wypełniony kamieniami, nader ruchomy.

Według Glénarda rozróżniamy 4 stopnie zwiśnięcia nerek

- 1) kiedy przy głębokim wdechu wyczuwamy dolną tylko część nerki,
- 2) kiedy nerkę możemy uchwycić ręką,
- 3) kiedy ujawszy całą nerkę w rękę możemy zepchnąć ją ku dołowi i wyraźnie odgraniczyć jej część górną, jest to t. z. nerka ruchoma,
- 4) czwarty stopień nerka wędrująca, kiedy wyczuwamy ją nawet bez badania dwuręcznego przez powłoki brzuszne. Glénard widział

w swoich przypadkach zwińnięcie 1 i 2 stopniu 62 razy, 3-go 81, 4—5 razy. Podobne stopnie odróżniają Ewald, Kütner i Litten.

Badanie nerek skutecznia się według Glénarda i Stillera w sposób następujący. Chory leży na grzbiecie, lekarz zwraca się ku niemu twarzą i lewą rękę umieszcza w prawem podżebrzu w ten sposób, że wielki palec jest na przodzie, 4 pozostałe na lędźwiach, prawa ręka spoczywa na brzuchu w okolicy pępka, uciskając brzuch nieco na stronie prawej. Uciskając podżebrze między palcami lewej ręki, poleca się choremu wykonywać głębokie wdęchy; w prawidłowym stanie nic nie wyczuwamy między palcami, skoro wyczuwamy nerkę, posuwamy palce lewej ręki ku górze o ile można najwyżej wśród głębokich wdęchów chorego, i ujmujemy nerkę w lewą rękę między wielkim palcem i czterema pozostałymi, pomagając sobie uciskiem ręki prawej, która pilnuje, aby nerka nie wyslizgnęła się z pod palców. Skorośmy to uczynili i umocowaliśmy nerkę w sposób powyższy, unosimy zlekka wielki palec, zmniejszamy ucisk i przy pomocy prawej ręki nadajemy nerce ruchy balotujące, które doskonale czuje zarówno lekarz jak i chory. Sposób ten jest godzien polecenia, zawsze jednak wyżej wspomniane błędy mieć należy na uwadze. Badanie lewej nerki odbywa się w sposób podobny, zmieniając tylko rękę badającą lewą na prawą.

W każdym razie zwińnięcie nerek jest jednym z najstałszych objawów choroby Glénarda i zawsze na nie zwracać należy uwagę.

Mniejszą wartość posiada opadnięcie wątroby, spostrzegane rzadziej (Glénard na 1310 chorych—32 razy), jeszcze rzadziej występuje (G. widział 2 razy) zwińnięcie śledziony. Badanie zwińnięcia tych trzewiów odbywa się za pomocą wymacywania dolnego ich brzegu ze współczesnem określaniem górnej granicy. Naturalnie, wykluczyć należy przed tem te cierpienia zarówno płuc, osierdzia jak i trzewiów brzusznych, które mogą spychać wątrobę lub śledzionę ku dołowi pomimo choroby Glénarda.

Opadnięcie macicy (descensus, prolapsus) i kiszek prostej w przebiegu choroby Glénarda należy badać w sposób odpowiedni.

Ważne znaczenie rozpoznawcze przypisuje Bo a^{ls} t. z. punktom bolesnym. Leżą one na linii środkowej brzucha w głębi nad pępkiem, rzadziej pod pępkiem. Bolesność w nadbrzuszu jest

niekiedy bardzo silna i daje nieraz powód do podejrzewania wrzodu żołądka, wtedy jednak ucisk na 10—12 kręgi piersiowe z tyłu według Boasa kwestyję może wyjaśnić—brak bolesności przemawia przeciw wrzodowi, a za chorobą Glénarda. Punkty bolesne na kręgosłupie nic nie mają w sobie charakterystycznego, położone są wysoko na 1 lub 2 kręgu piersiowym i ciągną się wzdłuż kręgosłupa aż do okolicy lędźwiowej. Obok tego spotykamy bolesne miejsca po obu stronach kręgosłupa.

Ja najczęściej widziałem bolesność na ucisk w okolicy żołądka na środku między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem oraz w górnej części kręgosłupa.

Z objawów, obserwowanych w chorobie Glénarda, jedno z miejsc pierwszych zajmuje zaparcie stolca, które nieraz jest owem *primum movens*. wywołującym dalsze objawy choroby. Niektórzy autorzy jak Leichtenstern, a za nim Dunin sądzą, iż wogóle zwiśnięcie poprzecznicy nie jest w możności wywołać zaparcia stolca i jako dowód wskazują na normalnie istniejące zagięcia, które bynajmniej nie wpływają na opóźnienie w wydalaniu kału, ale właśnie w tem leży cały błąd rozumowania. Zwiśnięcie poprzecznicy musi wywołać zaparcie stolca z przyczyn następujących: 1) skutkiem zwiśnięcia poprzecznicy światło zagięcia śledzionowego zostaje zmniejszone, 2) skutkiem rozciągnięć krezki i więzów odżywianie kiszki jest słabsze, ztąd układ nerwowy kiszki i mięśnie działają znacznie słabiej, 3) między przyczynami choroby Glénarda zwiótczenie ścianki brzusznej odgrywa rolę wybitną, a to ostatnie, jak wiemy, usposabia do zaparcia stolca i powodować może zastoje kału. Sądzę, że i tych przyczyn wystarczy dla stanowczego twierdzenia, że zaparcie stolca zależy może od zwiśnięcia poprzecznicy, prócz tego jednak częstokroć są jeszcze specjalne przyczyny jak *colospasmus* i t. z. *colitis membranacea*, nie mówiąc o przewlekłym niezycie, który zazwyczaj wtórnie przyłącza się do omawianej choroby. Co się tyczy pierwszego cierpienia nie jest ono zbyt rzadkim objawem u osób nerwowych, neurasteników, hypochondryków. Polega ono na zaciśnięciu kału przez kiszkę na całej lub części jej długości, skutkiem czego przesuwanie kału staje się nader utrudnionem. Własności stolca są dość charakterystyczne, kał wychodzi w postaci cienkich kielba-

sek, grubości palca małego lub ołówka, niekiedy nawet cieńszych, długich lub przeciwnie nader krótkich, lub okrągłych, przypominających kał owczy, chociaż te ostatnie zjawiają się nie tylko w tej postaci zaparcia. Współcześnie może istnieć niezbyt przewlekły okrężnicy oraz często t. z. colitis membranacea, o czym niżej. Spastyczne zaciśnięcie poprzecznicy może wystąpić skutkiem zadrażnienia kiszek przez mocne korzenne potrawy oraz drastyczne środki czyszczące, ostatnią tę postać spotykamy dość często. Bóle, jakie obserwujemy przy takiej komplikacji, nie mają w sobie nic charakterystycznego, głównie wszakże umiejscawiają się w okolicy pępka. Niekiedy do powyższego dołącza się spasmus ani, szczególnie w histeryi i powoduje silne bóle oraz niemożność oddawania stolca.

Colitis membranacea niesłusznie nosi tę nazwę, ponieważ właściwie żadnych cech zapalnych nie ma. Prawdziwe enteritis membranacea występuje tylko w ostrych chorobach jak ciężkie rozwolnienia ostre, dyzenterya, biegunka miejscowości południowych, dur brzuszny, otrucia. Wtedy cierpienie nosi na sobie cechy zapalenia, zwykle zaś obserwowane w zaparciu stolca uważać należy za nerwicę kiszki grubej. Colitis membranacea w tym rozumieniu polega na oddawaniu z kałem lub bez niego śluzu zbitego w strzępy, najczęściej mające postać taśmy, nieraz je z tego powodu brano za tasiemca; długość tego rodzaju śluzowych taśm dochodzi niekiedy do 40 ctm. Badając tego rodzaju błony wrzekomie pod mikroskopem, znajdujemy masę bezpostaciową, mieszczącą w sobie ziarnka, komórki stłuszczone nabłonka, komórki granulacyjne, jądra etc.; badanie chemiczne Nothnagla i Kitagawa wykazuje obecność dużej ilości mucyny, globuliny i innych albuminoidów. Kiedy Vanni ogłosił swoje spostrzeżenia nad drażnieniem kiszki grubej za pomocą gorąca i gryzących substancyj u psów, u których w następstwie z kałem wychodziły podobne błony, przypisywać zaczęto ich powstawanie zapaleniu, wkrótce jednak Marchand, Ewald i Rosenheim wyjaśnili to o czem wspomniałem powyżej, że są dwa rodzaje tego cierpienia jedna zapalna, o czem wyżej, druga zaś jest nerwicą wydzielniczą kiszki grubej. Skutkiem tego w kiszce zbiera się więcej niż normalnie śluzu, który zatrzymuje się w niej dłużej dzięki zaparciu, zgęszcza i formuje wyżej opisane strzępy; dowodzą również tego badania sekcyjne Edwardsa, który znajdował na trupach owe błony przy

zupełnie zdrowej błonie śluzowej. Postać ta cechuje się silnymi kolkami, uczuciem rozpierania i bolesnością przy oddawaniu kału śród wydymania. Niekiedy, jak zaznacza Nothnagel, występuje u kobiet współcześnie parcie na pęcherz, bóle w krzyżu i biodrach. W przebiegu choroby Glénarda lub atonii kiszek colitis membranacea występuje napadami, ustępującymi dość szybko, ale zawsze ma tendycję do częstych nawrotów.

Od tej postaci odróżnić należy również często występujące zapalenia kataralne dolnego odcinka кишки grubej, kiedy chorzy wydzielają duże ilości śluzu wraz z kałem lub bez niego, śluz ten jest zazwyczaj napół przezroczysty, niekiedy żółtawy i wydzielą się w ilości 1—3 uncji. Z przypadków, obserwowanych przezemnie, pozwolę sobie przytoczyć jeden, dotyczący p. W., żony oficera, 30 letniej kobiety, która rodziła 4 razy i 1 raz poroniła. Chora miała wyraźną enteroptozę z nerką wędrującą typową. Wypływy śluzu stolcem były codzienne w ilości kilku łyżek stołowych bez bólu. Badanie odbytnicy nie wykazało obecności guzów krwawnicowych, ale za to cała błona śluzowa była zaczerwieniona z ciemno fioletowym odcieniem i pokryta dużą ilością szklistego śluzu. Kał zawsze był zbity i zalegał w odbytnicy, mieliśmy więc do czynienia z proctitis catarrh. chronica. Leczenie lawatywami z oleju usunęło cierpienie.

Obok zaparcia stolca w chorobie Glénarda mamy do czynienia z całym szeregiem objawów, wywołanych przez wyżej opisane zmiany, które mieszają się bądź z objawami nerwic ogólnych jak histeryja i neurastenija, bądź współistniejących cierpień narządów trawienia, bądź wreszcie z temi, które dały całej sprawie początek. To też nakreślić objawy samej choroby Glénarda jest dość trudno i należy zawsze analizować ściśle spostrzegane objawy. Jako typ uważać należy objawy, spotykane u kobiet kilkakrotnie rodzących, i osób, które zawdzięczają powstanie choroby gorsetom.

Skargi chorych tego rodzaju są zazwyczaj następujące. Bóle w okolicy żołądka, niekiedy bardzo silne, określane przez chorych jako rwące i palące, występują one zazwyczaj bądź po jedzeniu bądź w przerwach między jedzeniem, głównie przy dłuższej pozycyi stojącej. Obok tego chore zazwyczaj uczuwają ciężar i ciśnienie ku dołowi, zwiększające się po jedzeniu. Dolegliwości te zmniejszają się lub ustępują nawet w pozycyi leżącej, wzmaga-

jąc się w pozycji stojącej niekiedy do tego stopnia, że chore nie chcą wcale chodzić i wołą nieopuszczać łóżka; szczególnież ma to miejsce przy bardzo obwisłym brzuchu. Ważne znaczenie rozpoznawcze posiada t. z. *epreuve de la sangle*, polegająca na unoszeniu brzucha chorego w pozycji stojącej. Bóle i dolegliwości ustają zupełnie. Do tej próby dodałbym inną, wypróbowaną przezemnie u moich chorych. Wspominałem powyżej o istnieniu t. z. punktów bolesnych na ucisk w brzuchu, jednym z najstałszych jest ból przy ucisku na środku między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem. Otóż, naciskając jedną ręką na ów punkt bolesny, a drugą unosząc brzuch ku górze, możemy zauważyć że bolesność znika, zjawia się zaś natychmiast, skoro zaprzestaniemy unoszenia brzucha. Obok tych bólów występują niekiedy napadowe o cechach kolki wątrobianej, zwane przez Glénarda *coliques soudiaphragmatiques*. Bóle te są bardzo gwałtowne, umiejscawiają się w prawem podżebrzu, a pochodzenie ich G. przypisuje wzmożonej perystaltyce poprzecznicy, Bouveret zaś ostrej hydronefrozie skutkiem zagięcia moczowodów nerki wędrującej. Wogóle przyczyna jest niewyjaśniona. Najczęściej mamy do czynienia z typową kamicą, która bardzo często komplikuje chorobę Glénarda skutkiem nieprawidłowego ustawienia wątroby i pęcherzyka, a co zatem idzie i zastoju żółci. Bóle występują gwałtownie, kończą się w ciągu kilku godzin, często jednak wracają.

Słówko teraz o badaniach sekcyjnych. Glénard na potwierdzenie swej teorii podaje nie wiele spostrzeżeń sekcyjnych, dotąd po jednym ogłosili Bouveret, Rosenheim oraz kilka Meiner t u nas kol. E. Zieliński zebrał 127 przypadków zwiśnięcia poprzecznicy, a współcześnie zaznaczył w 37 przypadkach wydłużenie prawego płatu wątroby, w 13 wątrobę gorsetową w 14 nerkę wędrującą, w 14 nadżarcia krwawe błony śluzowej żołądka, w 10 wrzód okrągły żołądka. Ztąd autor wyprowadza wnioski, że wątroba gorsetowa powstaje skutkiem hyperaemia ex vacuo po opadnięciu jelita, nerka wędrująca ma za przyczynę pociąganie i rozluźnienie więzów nerki i otoczki przez zwisającą poprzecznice. Zieliński upatruje nawet związek między zwiśnięciem poprzecznicy a wrzodem, który może być wywołany skutkiem wydłużania, a więc i zwężenia światła naczyń żołądka, co powoduje ischaemiję, nadżarcia krwawe, a następnie, skutkiem działania żrącego soku żołądkowego, i wrzód. Badania te były odczy-

tane na przedostatnim zjeździe w Krakowie. O ile wiem obszerniejsza praca niebawem ukaże się w druku. Ja sam niejednokrotnie, będąc przy sekcjach klinicznych widziałem te stany i, sądzę, każdy kto uważnie badać będzie [położenie trzewiów zaraz po otwarciu jamy brzusznej z łatwością zmiany te spostrzeć może.

Nadto w ostatnich czasach dr. Duret z Lille robiąc operację przyszycia żołądka u kobiety z opuszczonym żołądkiem, przy laparotomii, po otwarciu jamy brzusznej, widział *in vivo* małą krzywiznę żołądka na 2 palce poniżej pępka. Przypadek ten dowodzi, że zmiany takie nie są pośmiertne i potwierdza nasze spostrzeżenia kliniczne.

Z tego widzimy, że i pośmiertne badania stwierdzają istnienie choroby Glénarda, choć zdobycie tych danych jest, jak to łatwo zrozumieć, bardzo trudne: choroba sama nie jest śmiertelna i sekcje takich chorych są względnie rzadkie w szpitalach.

Przebieg choroby Glénarda jest zawsze przewlekły, często występują polepszenia i pogorszenia, a chociaż Glénard twierdzi, iż zupełne wyleczenie jest możliwe, oświadczenie to nie budzi zaufania. Widząc obszar zmian za życia i na trupach trudno sobie wyobrazić, jak słusznie zaznacza Bouveret, jakby takie wydłużenia więzów mogły wrócić *ad normam*. Z drugiej jednak strony odpowiednie leczenie może doprowadzić chorych do stanu względnego zdrowia, do tego co widzimy w wadach zastawkowych w okresie wyrównania t. j. ustalić pewną równowagę znośną i pozbawić ich cierpień, pamiętać jednak należy, że każde wstrząśnienie ustroju może wyprowadzić ten stan z równowagi. Z drugiej znów strony fizykalne objawy zwiśnięcia trzewiów mogą istnieć bez żadnych objawów subiektywnych czas długi i być tylko wypadkowo odkryte, ale zawsze tego rodzaju ustrój jest zagrożony wystąpieniem objawów przy właściwych okolicznościach. I tu mamy zupełną analogię z wadami zastawkowymi, które, dopóki trwa wyrównanie niczem nie dają znać o sobie choremu i są zazwyczaj dopiero odkrywane przez lekarza przy badaniu chorego, ale stan ten jak wiemy łatwo może się zmienić.

D. n.

O świerzbie

przez

Dr. Stanisława Markusfelda.

(Dokończenie).

Rozpoznawanie świerzby opiera się na jej cechach charakterystycznych: 1) na obecności świerzbowca i, warunkowanych przez niego: zaraziwości cierpienia, świerzbieniu, obecności galeryj i 2) na wielopostaciowości, charakterze i umiejscowieniu wysypki.

W obec znacznej zaraziwości świerzby ¹²⁾ zwykle występuje ona jednocześnie u kilku członków rodziny, w ogóle osób bliżej ze sobą przebywających, razem spijających, wspólne mających ubranie.

Swędzenie, jako moment subiektywny, bywa różnego natężenia; b. rzadko tylko jego nie ma (gale non prurigineuse — przy istnieniu znieczuleń skóry); szczególnie silnem jest ono w nocy, gdy chory się w łóżku zagrzeje; zjawia się ono prawie jednocześnie z wysypką, zwiększając się z rozwojem cierpienia ¹³⁾

Galeryje, w przypadkach nie leczonych, znaleźć łatwo, należy ich szukać w miejscach typowych dla nich; rzadko zdarza się, żeby wszystkie były rozdrapane. Najłatwiej je znaleźć u **mężczyzn** na *żołędzi i napletku*, u **kobiet** *koło brodawki sutkowej i na dużych wargach sromnych*, u **dzieci** *naokoło kostek i na dużym palcu u nóg*.

Na *palcach rąk*, gdzie najliczniejsze bywają galeryje, bardzo często trudno je znaleźć, gdyż są zwykle rozdrapane, pokryte strupami lub zamaskowane zawartością ropną znajdujących się pod nimi pryszczy.

¹²⁾ Należy pamiętać, że od zarażenia się — spanie w cudzym łóżku, dłuższy pobyt w cudzym domu, w hotelu, przyjęcie nowej sługi, coitus — do wystąpienia bardziej znacznych objawów przechodzi 6—10 tygodni.

¹³⁾ E. Lesser. Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1888.

¹⁴⁾ M. Joseph. Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1892 str 226—232.

Ponieważ *znalezienie świerzbowca* decyduje o rozpoznaniu, należy starać się o *wycięcie dla zbadania galeryi* ¹⁴⁾, co jest bardzo łatwe w obec powierzchownego ich rozmieszczenia w części rogowej naskórka i co najłatwiej skutecznie skalpelem, przyłożonym prawie na płask do skóry. Wycięty kawałek naskórka wraz z galeryją (w razie niemożności znalezienia jej badamy podejrzane łuszczyki lub strupki) kładziemy do 30—40% roztworu ługu potakowego dla prześwietlenia preparatu rozpuszczeniem częściowem substancji rogowej i szukamy w nim pod mikroskopem pasożyta, jego jajek lub mas kałowych.

Znalezienie galeryj niekiedy bywa trudne np. u osób, przyzwyczajonych do czystości, często biorących kąpiel; galeryje u nich albowiem są białe, trudno dostrzegalne i nieliczne. W tych razach należy miejsca typowe dla galeryj, gdzie je najłatwiej znaleźć, bardzo starannie obejrzeć, szukając jednocześnie prosówki świerzbowej, cechy chronologicznie najpierw występującej ¹⁵⁾. Tak samo należy postąpić w tych nielicznych przypadkach, gdy galeryje i wysypka są przeważnie tylko na organach rodnych, a w innych okolicach ciała ich prawie nie ma (z przyczyn jeszcze nie znanych — może w tych przypadkach anomalia potu, wydzielin choro- gra jaką rolę ¹⁶⁾).

W razie niezna- lezienia świerzbowca lub jego jajek badamy bacznie *charakter i umiejscowienie wysypki*. *Wielopostaciowość jej, zajęcie przez nią miejsc typowych dla galeryj i najsilniejszy rozwój jej w tych miejscach*, ślady drapań w tych miejscach tworzą dla trochę wprawnego oka obraz bardzo charakterystyczny. Maskuje tu obraz *sztuczne zapalenie skóry* w przypadkach nieumiejętnie leczonych wcieraniami szarego mydła, nafty lub kąpielami sodowemi, jakieśmy to wyżej wspomnieli. W przypadkach tych ostatnich charakterystyczne jest umiejscowienie i charakter wysypki i łatwo w anamnezie znaleźć przyczynę stosowania wspomnianego leczenia (wysypka swędząca, na którą jednocześnie chorował ktoś z razem mieszkających i t. d.). Pewne także tru-

¹⁴⁾ E. Bésnier i A. Doyon. Pathologie et traitement des maladies de la peau par Kaposi. Traduction avec notes et additions. 1891. Tome second. P. 870—907.

¹⁶⁾ H ec in. Thèse de Lille 1888 refer. w Monatshef. IX. str. 36.

dności rozpoznawcze przedstawiają przypadki, gdzie zajęcie *chorego wpływa na zmianę umiejscowienia galeryj i wysypki*. Tak na *rękach* albo wcale *nie ma galeryj* i wysypki albo są tylko w bardzo słabym stopniu u *praczek* (skutkiem używania przy praniu sody, mydła) u *stolarzy* (pod wpływem politur), u *mułarzy, gipsiarzy, sztukatorów* i t. d. Za to *bardzo duża pryszczycza* bywa na *pośladkach u szewców, na pośladkach i wewnętrznej powierzchni ud* u kawalerzystów i t. d. U *ssawców* pryszczycze (eczema pustulosum), występujące na pierwszy plan i brak ścisłego umiejscowienia spraw chorobowych wraz z zajęciem, zwykle, sprawą chorobową twarzy i głowy mogą przedstawiać pewne trudności rozpoznawcze. Obejrzenie mamki, w razach wątpliwych, i znalezienie u niej świerzby (pryszczycza i galeryje na sutce, przedniej fałdzie pachowej i org. rodnych) decyduje o rozpoznaniu.

Z cierpień skóry, przy których zmiany chorobowe mają pewne podobieństwo do spotykanych przy świerzbie, rozpatrzmy *ogólną pryszczycę* (warunkowaną inną przyczyną, jak obecność świerzbowca wraz z wydzielanymi przez niego produktami i drapaniem), *świerzbiczkę* (prurigo Hebra), *świerzb* (Pruritus cutaneus Hebra), *zmiany chorobowe skórne*, wywołane obecnością wszy lub pluskiew i *przymiot*.

Przy *ogólnej pryszczycy* (eczema universale), warunkowanej zwykle *przyczynami wewnętrznymi* (wadliwa przemiana materii w ustroju, cierpienia wątroby, nerek, ogólna nerwowość, dziedziczność i t. p.) i wnikającej najczęściej pryszczycę pochodzenia zewnętrznego:

1) *umiejscowienie jest inne*; pryszczycza ogólna najsilniej jest wyrażona na *kończynach* (powierzchnia zgięć) i na *głowie* (twarz, czoło, uszy — *świerzba na głowie u dorosłych nie bywa*), a na miejscach typowych dla galeryj i pryszczycy świerzbowej (organa rodne, brodawka sutkowa, palce rąk, przednia fałda pachowa, łokcie) albo jej wcale nie ma, albo jest b. słabo (a już stanowczo nie najsilniej) wyrażona.

2) *Przebieg sprawy chorobowej jest inny*; przy pryszczycy ogólnej sprawa chorobowa zwykle trwa oddawna; zależnie od stanu ogólnego organizmu to gaśnie (bez użycia środków przeciw świerzbowych, często, nawet, po zaprzestaniu leczenia — a świerzba sama z siebie, bez użycia odpowiednich środków nie ginie; jeżeli przy pojawieniu się gorączki przycicha, to z ustaniem jej

znowu pojawia się), to wybucha (po dość długim przeciągu czasu — co przy świerzbie bez nowego zarażenia, nie zdarza się), pomimo swej długotrwałości nie udzieliło się nikomu z otaczających; wreszcie w bardziej świeżych wypadkach można znaleźć lub sam chory wskaże pierwotne ognisko pryszczycy pochodzenia zewnętrznego.

3) *Zmiany anatomiczne skóry widzialne gołym okiem są inne*; przy przewlekłej ogólnej pryszczycy mamy zgrubienie, nacieczenie skóry, wygładzenie zwykłych, na jej powierzchni dostrzegalnych, pól, brózd, fałd skórnych, zanik gruczołów, torebek włosowych (lichenificatio Brocq¹⁷⁾; przy świerzbie zmian tych albo wcale nie ma, albo są one bardzo słabo wyrażone.

Świerzbiączka jest cierpieniem typowym:

1) datującem się od wczesnej młodości (1 rok życia). 2) umiejscowioną jest ona na wyprostnych powierzchniach nóg i rąk i na twarzy; gruczoły limfatyczne najbliższe (najczęściej pachwinowe) znacznie powiększone, niekiedy bolesne, twarde. 3) skóra znacznie zmieniona: szorstka na dotyk, twarda, nacieczona, pozbawiona normalnych pól, brózd i fałd (lichenificatio Brocq).

[Świerzbiączka u ssawców lub bardzo młodych dzieci (przed 3—4 rokiem) pojawia się w postaci pokrzywki. W ogóle pokrzywka jest częstym zjawiskiem u dzieci, gdyż skóra dziecka najczęściej tą postacią chorobową odpowiada na różne urazy mechaniczne (drapanie, tarcia), podrażnienia termiczne (zbyt gorąca kąpiel) i chemiczne (wadliwe trawienie i przemiana materii¹⁸). Odróżnienie tych pokrzywek (prurigo Hebra i urticaria infantilis) od świerzby może przedstawiać niekiedy trudności. *Przeciw świerzbie* przemawia: brak danych dodatnich dla świerzby (świerzbowce, galeryje, umiejscowienie i charakter wysypki, zaraźliwość), obecność licznych bąbli i grudek pokrzywkowych (urticaria), zajęcie wysypką przeważnie kończyn dolnych, powiększenie i bolesność gruczołów pachwinowych, przewaga urticariae papulatae nad innymi postaciami pokrzywki, obecność grudek (prurigo H.),

¹⁷⁾ Brocq. Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et les anciens lichens. Odczyt na kong. dermat. w Wiedniu 1892.

¹⁸⁾ T. Colcott Fox. Uber Urticaria im Säuglings- und Kindesalter. Monatshefte für D. X. (str. 525—536), XI. (str. 19—30).

Świerzb (*Pruritus cutaneus* Hebra) daje na skórze zmiany znaczniejsze dopiero po dłuższym przeciągu czasu (miesiące), umiejscowione przeważnie na wyprostnych powierzchniach kończyn lub na twarzy koło nozdrzy; zdarza się przeważnie u osób starszych (pr. senilis) lub przy jednoczesnem cierpieniu nerek, wątrąby lub macicy u kobiet (*prurit prémonitoire*—*świerzb zwiastunowy*), swędzenie *na długo* poprzedza zmiany skórne i z początku za równo swędzenie jak i zmiany skórne są miejscowe (pr. genitalium)

Zmiany chorobowe, wywołane obecnością wszy i pluskiew: przy *wszach* szatnych¹⁹⁾ (ped. vestiment.) *zmiany na skórze* (obnażenia, pryszcze, blizny, ciemne zabarwienie skóry), umiejscowione są przeważnie na *tylnej powierzchni ciała* (kark, łopatką, część łędźwiowa krzyża, t. j. tam, gdzie fałdy koszuli i ubranie z wszami najbardziej przylegają do ciała), *przy świerzbie naodwrot na przedniej powierzchni ciała*. Przy podrażnieniu skóry, wywołanem obecnością w łózku *pluskiew*, zawsze można znaleźć *pokrzywkowate wzniesienia* z otoczkami jasno czerwonymi, po rozdrapaniu dają one dosyć charakterystyczny obraz 2—3 równoległych obrażeń — ślady drapiącej ręki, z których środkowe t. j. znajdujące się w zlekka nacieczonej (wzniesienie pokrzywkowate), a więc bardziej soczystej, miękkiej skórze jest zwykle głębsze. Przytem pryszcze (po dłuższem trwaniu cierpienia) są drobne, gęsto rozsiane i umiejscowione, przeważnie, na *plecach, krzyżu, pośladkach*. Pokrzywka najwyraźniejsza jest zrana, w ciągu dnia zmniejsza się, a nawet ginie.

Co do *przymiotu*, to przy słabo wyrażonej świerzbie, obnażenia lub pryszcze na członku lub koło brodawki sutkowej mogą być brane za podległe owrzodzeniu pierwotne stwardnienia lub lepiej płaskie, gdyż z jednej strony podrażnienia skóry, wywołane przez świerzbowców *na członku i brodawce sutkowej* zagłębiają się (jakieśmy to już wyżej wspomnieli), dając lekko

¹⁹⁾ W słowniku krakowskim *pedic vestim.* przetłomaczono jako *wesz*; w przekładzie części ogólnej Birch-Hirsefelda zostawiono nazwę łacińską; prof. Łuczkiwicz w przekładzie Uhlego i Wagnera—*Patologia ogólna*. Warszawa. 1874—stworzył nazwę „wszy odzieżne“ str. 152; jako mniej szczęśliwie utworzoną, zastępujemy ją wyrażeniem znanem, utartem *szatny*—mający styczność z szatami. Szczotka szatna. Prawa szatna (śl. Wil. str. 1620.

wrzodzące nacieczenia, z drugiej strony okres rozwoju świerzby i przymiotu mniej więcej są jednakowe (sześć tygodni po spółkowaniu, mogącem być źródłem zarażenia jednym i drugim cierpieniem). O tem przy rozpoznawaniu świerzby trzeba zawsze pamiętać, badając bardzo szczegółowo wszelkie nadżarcia, ponieważ dość często zdarzają się przypadki licznych pierwotnych stwardnień na miejscu zadrapań u osób dotkniętych świerzba²⁰⁾.

Zapobieganie i rokowanie.

Zarażenie się świerzba najczęściej ma miejsce przy spaniu lub dłuższem, bliskiem obcowaniu z osobą zarażoną (przez co daje się możność świerzbowcom—przeważnie gąsienicom, poczwarkom i samcom—bezpośredniego przejścia z osoby zarażonej na zdrową) albo też przy noszeniu ubrania osoby dotkniętej świerzba lub spaniu w jej łóżku (zarażenie przez jajka, zawarte w strupach, które przy drapaniu odrywają się i zostają w łóżku lub ubraniu). Dla tego lekarz, przyszedłszy do rodziny dotkniętej świerzba, powinien jak można staranniej obejrzeć wszystkich należących do rodziny lub razem w danem mieszkaniu przebywających i zabronić zdrowym spania razem z chorym, noszenia ich ubrania lub bliższego z nimi przebywania. Następnie należy zawsze pamiętać o dezynfekcyi bielizny, pościeli i ubrania zarażonych osób: w przypadkach, gdzie się to da uskutecznić, za pomocą gorącej pary wodnej (o 120—200° C.) w odpowiednich przyrządach; w innych przypadkach należy się zadowolnić tem (co zwykle wystarcza), że bieliznę każemy dobrze wygotować w mydle i sodzie, a pościel i ubranie dobrze wyczyścić, wytrzeć i wywietrzyć. Co się zaś tyczy leczenia zapobiegawczego osób zdrowych²¹⁾, razem z zarażonemi przebywających, to jest ono zbyt bezużyteczne, gdyż samo już zastosowanie wyżej przytoczonych środków wraz z jednocześnie rozpoczętem odpowiedniem leczeniem osób chorych powstrzyma szerzenie się świerzby.

²⁰⁾ Lailler widział przy świerzbie 15 pierwotnych stwardnień (Ann. de Der. et Syfif. 1889.), Pollaesik 17-ie (ref. w Mon. für Der. X.

²¹⁾ White. Boston Med. and Chirurg. Journal Febr. 1889 refer. w Monatsh. f. D. VIII. 1889.

Cierpienie to nie groźne dla życia, tak łatwo uleczalne daje z punktu widzenia teoretycznego, jak najlepsze rokowanie; w praktyce, często, bardzo trudno je usunąć, szczególnie, w rodzinach biednych, ciasno i brudno mieszkających, gdzie jest dużo dzieci. Składają się na to trudności napotymane przy przeprowadzeniu odłączenia zdrowych od chorych, dezynfekcyi rzeczy zarażonych i leczenia systematycznego.

Sztuczne zaś zapalenia skóry, napotymane często przy świerzbie, dają, przy zajęciu niemi skóry na znacznej przestrzeni, z powodu obnażenia licznych brodawek, znacznej utraty surowicy, bólu i możliwości zakażenia z zewnątrz, rokowanie wątpliwe.

L e c z e n i e.

Przy leczeniu świerzby mamy dwa wskazania: 1) *wskazanie przyczynowe* — zabicie pasożytów i zniszczenie ich jajek i 2) usunięcie skutków działalności pasożytów i drapania—*pryszczycy*.

I. Środki, mające na celu zabicie świerzbowców (rem. anti-scabiosa—*środki przeciwświerzbowcowe*).

Do najczęściej używanych środków przeciwświerzbowcowych należą *siarka, dziegieć, naftol, ol. balsamiczne* (balsam peruwiański i *styrax*), *kreolina* i *oleje eteryczne* (ol. caryophyllorum, rosmarini, menthae i t. d.) najczęściej jako dodatek do powyżej wymienionych.

Siarka jest jednym z najstarszych i najbardziej skutecznych środków przeciwświerzbowcowych; stanowi ona główną składową część wielu maści.

Nr. 1	<i>Sol. Vlemingkx. modif.</i>	<i>Sol. Vlemingkx</i> ²²⁾
Rp:	Sulfur. sublim. 2,5 kilo	Flor. sulfur $\mathcal{H}jj$
	Calcis vivae 1, „	Calc. viv. $\mathcal{H}j$
	Aq. fontis 10. „	Aq. fontis $\mathcal{H}XX$. Coque
		ad reman. $\mathcal{H}XII$, dein filtra.
Nr. 2	<i>Ung. Helmerichi modif. Hardy</i> ²³⁾	<i>Ung. Helmerichi</i>
Rp:	Flor. sulfur 10,	Flor. sulfur. 10,
	Kalii carbonici 5,	Kalii carbon. 5,
	Ax. porci 60,	Ax. por. 35,
		Aq. destil.
		Ol. amygd. dul. aa. 5,00.

²²⁾ Neumann. Nauka o chorob. skóry przekł. Stockmana, str. 157—165.

²³⁾ Brocq. Traitement des maladies de la peau. 1892.(305—316).

Nr. 3. *Ung. Hardy* modif. Besnier ¹⁵⁾

Rp: Sulfur. praecip. 40,
 Kalii carbon. 10,
 Lanolini
 Ax. porci (Vasellini) \overline{aa} 100,
 Mentholi 0,25—1.

Nr. 4. *Ung. Bourgignoni* (modif. Besnier). *Ung. Bourgignoni*

Rp: Sulfur. praec. 100,	Rp: Flor. sulf. 100,
Kalii carb. 20,	Kalii carbon. 35,
Gummi tragacanth 5,	Gummi tragac. 5,
Glycerini 200,	Glycerini 200,
Mentholi 1.	Ol. lavand
	„ menth.
	„ Caryophyl.
	„ Cinnam. \overline{aa} 1,5.

Nr. 5. *Ung. Bourgignoni* (modif. Fournier). Nr. 6. *Ung. Brocq'i* ²³⁾

Rp: Flor. sulfur. 100,	Rp: Sulfur. praecip
Natrii carbon. 50,	Glycerini \overline{aa} 125,
Gummi tragacanth. 1,	Kalii carbonici 5,
Glycerin 200,	Aq. rosar. 100,
Ol. lavand.-menth.-caryophyl. q. s.	

Następnie *siarka* wraz z *dziegciem* stanowią część składową:

Nr. 7. *Ung. Wilkinsoni* (modif. Hebra)

Rp: Flor. Sulfur.
 Ol. fagi \overline{aa} 40,00
 Saponis viridis
 Ax. porci \overline{aa} 80,00
 Cretae albae 5.

β *naphtol*, będący hydroxylderivatem naftaliny, został wprowadzony do terapii chorób skórnych w 1881 r. przez Kaposi'ego. Stanowi on główną część składową następujących maści.

Nr. 8. *Ung. naphtoli composit* (Kaposi ¹¹⁾)

Rp: Naphtoli β 15,00
 Cretae alb. 10,00
 Saponis viridis 50,00
 Ax. porci 100,00

Nr. 9. *Ung. naphtoli Besnier*

Rp: β naphtoli 5—10,
 Aether. sulfur. q. s. ad sol.
 Vasellini flavi 100.
 Mentholi 0,25—1.

¹⁵⁾ Besnier. + Doyon loc. cit. str. 903.

²³⁾ Brocq. Traitement des maladies de la peau 1892 (305—316).

Ol. Balsamiczne same lub w połączeniu z siarką albo naphtolem stanowią część składową wielu maści, wyliczymy najbardziej używane.

- Nr. 10. Rp: Flor. sulfur.
Bals. peruv. \overline{aa} 10,
Ax. por. 80 (Neumann).
- Nr. 11. Rp: Bals. peruviani
Lact. sulf. \overline{aa} 4,
Vaselini 30, (Taylor).
- Nr. 12. *Ung. Weinbergi*.
Rp: Flor. sulfur.
Styracis liquid.
Cretae albae \overline{aa} 10,
Saponis virid.
Ax. porci \overline{aa} 20.
- Nr. 13. (*Dla dzieci*)
Rp: Styracis liquid. 5—25,
Vaselini 100,
Mentholi 0,25—1, (Besnier).
- Nr. 14. (*Dla dzieci*)
Rp: Styracis liquid 20,
Ol. oliv. 100,
Ol. menth. 3—5, (Brocq²³)
- Nr. 15. (*Dla dzieci*).
Rp: Bals. peruviani 5,00
Ung. styracis recent. 25—50,00²⁴
Ol. oliv. 50—200 (Brocq²⁵)
- Nr. 16. Rp: Flor. sulfur. 8,
 β naphthol 4,
Bals. peruv.
Vaselini \overline{aa} 30,00 (White²¹).
- Nr. 17. Rp: Styr. liquid.
Ol. rapar. \overline{aa} 45,
Spir. dil. 10, (Szpita
Hamburgski²⁶).
- Nr. 18. Rp: Bals. peruv. 10.
Styr. liquid.
Spir. sap. kal. 25, (Lassar²⁶).
- Nr. 19. Rp: β naphtholi 0,25
Bals. peruv. 10,
Spir. sap. kal. 25, (Lassar²⁶).
- Nr. 20. Rp: Creolini (Pearsoni) 5,
Ol. oliv. 100 (Jessner²⁷).
- Nr. 21. 5/0 *Kreolinowe mydło*.
Sebi bov. opt. 59,3
Ol. oliv. 7,4
38° Beaumé { Liq. natr. caus. 22,2
" kalii " 11,1
Creolini 5, (Eichhoff²⁸)

Z inych środków wspomniemy *naftalinę* (10% wazelina. — Fürbringer), *resorcinol* (10% maść lub 25% puder) i *kwas oxynaf-towy* (Roth. 10% maść).

Istnieją dwie metody stosowania środków przeciwświer-zbowowych: 1) zabicie pasożytów odrazu i doszczętnie — *leczenie prędkie energiczne* i 2) *leczenie łagodne, powolne, systematyczne*.

²⁴) Styr. liquid. 100, ol. oliv. 150, Colophonii 180, Cevae flavae. Resinae elemi \overline{aa} 100.

²⁵) Brocq et Jacquet. Précis élémentaire de Dermatologie. II. Maladies en particulier (str. 97—111).

²⁶) P. Börner's. Reichsmedicinal kalender aüf das Jahr 1889. I.

²⁷) S. Jessner. Therapeutische Neuigkeiten. 1849.

²⁸) Eichhoff Ueber Seifen. Erg. Hef. zu Monatstef. f. Der 1889.

A) Metoda prędkiego, energicznego leczenia.

Stosować ją można tylko tam, gdzie objawy ze strony skóry są bardzo słabo wyrażone (galeryje, trochę strupów, niewiele rozrzuconej pryszczycy); przeciwwskazaniem dla użycia jej służy: *pryszczycza* (cokolwiek bardziej rozwinięta), *sztuczne zapalenia skóry* (nawet w najłagodniejszym stopniu), *czyraki* i t. d.; wiek dziecięcy; wady serca, zapalenia nerek i oskrzeli; ciąża i regularność u kobiety.

Celem tej metody jest doszczętne zabicie pasożytów i zniszczenie ich jajek od *jednego razu*, w ciągu paru godzin. Istnieją dwa sposoby stosowania tej metody: a) *belgijski* i b) *francuski*.

a) *Sposób belgijski, uproszczony sposób Vlemingka'a* ²⁹⁾.

Cała procedura składa się z 3-ch części:

1) *Przygotowanie*. Chory bierze półgodzinną, ciepłą, alkaliczną kąpiel (250,0 węgla potasu na kąpiel — 200 litrów wody), w której naciera się energicznie szarem mydłem, szczególnie, w miejscach typowych dla galeryj, w celu otwarcia ich.

2) Wcieranie mięką szczotką 1 litru Sol. Vlemingka modif. (Nr. 1 recept) przez 20—30 minut, podczas których chory znajduje się blisko rozpalonego pieca, ażeby plyn wcierany prędko sechł i działał energicznie.

3) Półgodzinną letnią słabo-alkaliczną kąpiel dla uspokojenia skóry i usunięcia nadmiaru siarki. Po obtarciu chorego pudruje go się krochmalem. Podczas tych 1½ godzin rzeczy chorego podlegają dezynfekcyi przy 200° C.

b) *Sposób francuski, sposób Bazina, zmieniony przez Hardy'ego* ¹⁵⁾ ²³⁾. Składa się on z następujących części:

1) Chory, zupełnie nagi, wciera sobie przez 20—30 minut szare mydło wszędzie, szczególnie, na miejscach galeryj.

2) Przez 30—60 minut letnią kąpiel, w której się dalej naciera mydłem.

3) Wytarcie się grubym płótnem. Te trzy czynności mają na celu oczyszczenie powierzchni skóry i jej zagłębień z samców, gąsienic i poczwerek świerzbowca, rozmiękczenie naskórka i obnażenie galeryj.

²⁹⁾ *Ed de Smet*. Comment on traite la gale à l'hôpital St.-Pierre, -La clinique 1890.

4) Wcieranie przez 20 minut (jeżeli szczotką to tylko 10 minut) Ungti Helmerichi modif. Hardy (Nr. 2), nazwanej przez lud paryski „maścią z tłuczonego szkła.“

Chory się ubiera, dostaje trochę maści, żeby w domu się jeszcze natarł i wraca nazajutrz t. j., że maść pozostaje na nim przez 24 godzin. (Fournier, Besnier uważają to za zbyt skuteczne i maść choremu natychmiast zmywają).

5) Kąpiel krochmalowa; obtarcie i napudrowanie krochmallem lub posmarowanie wazeliną z cynkiem (10⁰/o). Jednocześnie leczy się zarażonych pozostałych członków rodziny i osoby razem z nimi mieszkające. Dyżenfekeya ubrania i bielizny przy 120° C. Metoda ta została w szczegółach zmienioną przez Besnier'a i Fournier'a.

*Besnier*¹⁵⁾ trzyma się następującej metody:

1) Wcieranie przez 10 minut szczotką mydła, szczególnie na miejscach galeryi.

2) Następnie przez 20 minut letnia kąpiel, w której chory dalej się naciera.

3) Wytarcie się grubym, szorstkim ręcznikiem.

4) Wtarcie szczotką w całe ciało, szczególnie, w miejsca wskazane przez lekarza, maści (Nr. 3 lub 4) — maść na chorym pozostaje przez godzinę.

5. Kąpiel albo obmycie gąbką, obtarcie i nasmarowanie chorego tłuszczem lub maścią łagodzącą (vaselina, ungz inci, coldung zinci cream) i zupudrowanie krochmallem.

Metoda prof. Fournier'a. 1) Obmycie całego ciała delikatnym mydłem twarzowym. 2) Kąpiel letnia krótkotrwała. 3) Wtarcie maści (Nr. 5). 4) Druga kąpiel. 5) Zmiana bielizny. 6) W następne dni kąpiele z krochmallem. (Jednorazowe leczenie to, zwykle nie wystarcza, dla tego lepiej je po 48 godzinach powtórzyć.

B) **Metoda powolnego, systematycznego leczenia.** Stosujemy ją wszędzie tam, gdzie zbyt energiczne środki i procedury, wymagające długotrwałych kąpiei i t. p. są przeciw wskazane. Używane w tym celu środki są zwykle wcierane przez 3—6 resp., 6—10 dni (zależnie od tego, czy je 2 razy dziennie stosujemy, czy też raz tylko, na noc a rano zmywamy). Tutaj należą z siarkowych Brocq'a (Nr. 6), Wilkinson'a (Nr. 7), z naphtolowych Kaposi'ego (Nr. 8), *Besnier'a* (Nr. 9), balsam z siarką (Neumann'a i Taylor'a Nr. 10 i 11), maść *Weinberg'a* (Nr. 12), *White'a* (Nr. 16),

Hamburgska (Nr. 17), Lassar'a (Nr. 18 i 19), Kreolinowa (Nr. 20) i mydło kreolinowe Eichhoffa (Nr. 21). Dla dzieci maści z olejków balsamicznych (Nr. 13, 14, 15).

II. Leczenie zmian chorobowych skórnych, towarzyszących świerzbie.

W większości przypadków, wkrótce po zabiciu pasożytów przy pomocy jednego z wyżej wymienionych środków przeciwświerzbowcowych, tj. z usunięciem przyczyny, która wywołała objawy skórne, te ostatnie b. łatwo ustępują pod wpływem środków obojętnych (puder, wazelina) lub łagodzących (toż samo z dodatkiem 10—20% cynku i t. p.).

Omówienia bliższego wymagają sztuczne zapalenia skóry lub ostre rozlane pryszczyce, jako też czyraki.

W przypadkach znaczniejszych sztucznych zapaleń skóry lub ostrej pryszczycy na większej przestrzeni należy z jednej strony unikać wszelkich środków i procedur, mogących powiększyć już istniejące zapalenie skóry (siarka, naphтол, dziegieć, kreolina, szare mydło, preparaty rtęciowe, gorąca, długotrwała kąpiel i t. p.), z drugiej strony ponieważ mamy do czynienia z naruszeniem całości naskórka na większej przestrzeni, a więc z licznymi wrotami dla zarazy należy odpowiednio zabezpieczyć chorego od możliwego zarażenia ropotwórczymi pasożytami. Obydwom tym wskazaniom zadospój czynią okłady z waty zmoczonej w 1—3% wodnym roztworze rezorcyny lub 5—10% wodnym roztworze alumin. acetic. sol. (Liq. Buronii), pokrywane ceratką i flanelką i zmieniane co 3—6 godzin z należytymi ostrożnościami, aby przyklepiającego się do waty naskórka nie odrywać. Po zmniejszeniu się objawów zapalnych lub wystąpieniu objawów maceracyi naskórka zastępujemy okłady te maścią z oliwy z cynkiem (20—50%) lub pastą Lassara bez kw. salicyłowego albo też z małą domieszką resorcini (0,25—2%).

Nr. 22. Zinci oxydati
Amyli pulv. \overline{aa} 25,0
Vasellini flavi 50,0 (Pasta Lassari)
Resorcini 0,25—0,50—1—2.

Objawy ogólne, odczynowe ze strony organizmu a towarzyszące powyżej wymienionym komplikacyjom, leczymy na zasadach ogólnych.

Czyraki lub zapalenia ropne tkanki łącznej podskórnej leczymy chirurgicznie, zastępując roztwory sublimatu i karbolu,

jako drażniące skórę, powyżej wymienionemi przeciwgnilnemi rostworami.

Plan leczenia świerzby.

W każdym przypadku świerzby, jeszcze przed przystąpieniem do leczenia, lekarz powinien odpowiedzieć sobie na następujące pytania:

1) *Czy w danym przypadku i w danej chwili użycie środków przeciwświerzbowcowych jest wskazane i możebne?*

Odpowiedź na to pytanie jest łatwa w przypadkach nieleczonych; w tych zaś przypadkach, gdzie obraz chorobowy został zmienionym skutkiem jakichś procedur leczniczych często b. trudna. W tym ostatnim razie należy się kierować obrazem chorobowym i danemi dobytymi drogą szczegółowego rozbioru anamnezy (jak długo, jakiego środka i w jaki sposób chory używał). Środki przeciwświerzbowcowe, jako drażniące skórę, przeciwskazane są w tych przypadkach, gdzie na pierwszy plan występują objawy znacznego podrażnienia skóry, które wtedy przede wszystkim wymagają leczenia (p. powyżej).

2) *Jakiego środka przeciwświerzbowcowego i w jaki sposób należy w danym przypadku użyć?*

Odpowiedź na to pytanie zależy od mniejszego lub większego podrażnienia skóry w danym przypadku, od wieku i płci chorego.

a) *Brak znacześniejszego podrażnienia skóry, niezbyt wielka delikatność skóry i dobry ogólny stan chorego pozwalają na użycie bardziej energicznych środków.*

Zaliczamy tutaj przypadki gdzie zmiany skórne są nie wielkie (ograniczają się galeryjami, strupami, nieznaczną rozrzuconą pryszczycą—nie ma ani rozlanej pryszczycy, ani sztucznych zapaleń skóry, ani licznych czyraków), skóra chorych gruba, niezbyt delikatna, stan ogólny dobry (nie ma ani wad serca, ani nieżyków dróg oddechowych, ani zapalenia nerek; u kobiet ciężarnych, podczas miesiączki, u dzieci nie używa się bardziej energicznych środków).

W tych razach odpowiednie będzie zastosowanie:

a) *Dla chorych szpitalnych, ze sfery robotniczej, prędkiego energicznego leczenia metodą francuską zmodyfikowaną przez Besnier'a (masć Nr. 2 i 3) ale pod bezpośredniem nadzorem lekarza.*

β) *Na mieście*, u chorych przejezdnych, w ogóle u osób, którym bardzo zależy na czasie, toż samo prędkie leczenie metodą Besnier'a (maść Nr. 4), albo Fournier'a (maść Nr. 5) także pod bezpośrednim nadzorem lekarza.

γ) We wszystkich innych przypadkach tej kategorii stosujemy *powolne systematyczne leczenie* za pomocą następujących maści: z *b. drażniących*—6, 7 i 12 (obiedwie bez *kredy* gdyż używane u nas szare mydło zawiera b. dużo alkali), 17, 18 i 19 lub mniej drażniące 8 (bez kredy), 9, 10, 11, 20, 21 (w postaci piany powstałej po roztarciu kawałka mydła w niewielkiej ilości ciepłej wody); te ostatnie jako mniej drażniące i nieśmierdzące są najodpowiedniejsze. Sposób stosowania wszystkich tych środków opisany będzie poniżej.

b) *Pryszczyca bardziej rozlana, większa delikatność skóry i gorsze jej odżywianie wymagają użycia środków nie drażniących.*

Przypadki tej kategorii stanowią kolosalną większość wszystkich obserwowanych przypadków świerzby, szczególnie wśród ludności ubogiej, udającej się do lekarza późno, dopiero po bezskutecznym użyciu różnych mniej lub więcej drażniących skórę środków domowych. Dla przypadków tej kategorii najbardziej odpowiednie są środki balsamiczne, tembardziej jeżeli całe rodziny są chore i chcemy dla wszystkich (kobiety i dzieci z b. delikatną skórą) ze względów ekonomicznych dać jedną tylko maść. Najlepsze rezultaty otrzymywałem w tych razach z maści:

Nr. 23. (tańsza) Styr. liquid. 30,	Nr. 24. (droższa) Bals. peruviani 30,
Zinci oxydati 15,	Zinci oxydati 15,
Ax. porci 120.	Vaselini fl. am. 120.

Wybrawszy jedną z tych maści, *wcierać każdą ją mocno szczotką* (zwykłą mięką szczoteczka, z rodzaju używanych do szuwaksu) w *miejsca typowe dla galeryj* (dłoń i dolna czwarta część wewnętrznej powierzchni przedramienia, łokieć, przednia fałda pachowa, okolica brodawki sutkowej—u kobiet ciężarnych lub podczas miesiączki nie należy wcierać szczotką, lecz tylko lekko smarować — pośladki, wewnętrzna powierzchnia kolana i wewnętrzny brzeg stopy—u dzieci cała podeszwa), *a w inne okolice ciała tylko mocno ręką wcieramy*; twarzy, głowy, szyi u dorosłych; wcale nie należy smarować; zgięcia dużych stawów lekko tylko. Na raz należy wcierać nie mniej jak 30,0—40,00 maści, wcierać należy gdzie tylko to jest możebne, 2 razy dziennie: rano i wie-

czór. Po wtarceniu maści pudruje się całą skórę obficie krochmałem sproszkowanym. Przed świeżem nasmarowaniem należy zetrzeć ręcznikiem puder wraz z maścią. Kąpiel radzę brać przed rozpoczęciem leczenia i najpóźniej po 3-ich dniach. Temperatura wanny nie powinna być wyższą od 27°—28° R., chory w wannie siedzi około 1/2 godziny i myje się dobrem, niemającym nadmiaru alkaliu, mydłem twarżowem. Jednocześnie się leczą wszyscy chorzy z posród razem mieszkających; bielizna, pościel i ubranie ich polega dezynfekcyi.

Przy leczeniu dzieci używam wyłącznie środków balsamicznych (Nr. 13, 14, 22 i 23 — dwie ostatnie recepty są najbardziej odpowiednie); u *ssawców* przy pryszczycy na większej przestrzeni dodaję do maści równą albo połowiczną ilość tłuszczu.

Co do wpływu środków balsamicznych na powstawanie zapaleń nerek, to ogłaszane przypadki, w których *podczas i po* leczeniu występował białkomocz i cylindry nerkowe, nie wszystkie można kłaść na karb środków balsamicznych; w tych ramach, gdzie on występuje, zwykle po zaprzestaniu stosowania tych środków znika on zupełnie³⁰⁾.

3) *Kiedy w danym przypadku użycie środków przeciwświerzbowcowych powinno być zaprzestaniem?*

Pytanie to było już pod *punktem 1-ym* częściowo rozpatrywanem. Jeżeli galeryje nie są jeszcze zniszczone, swędzenie nocne nie znikło, jeżeli pryszczycy (pomimo nie używania *środków drażniących*) nie znika, należy leczenie kontynuować. Przy powolnem systematycznym leczeniu wystarcza 3, względnie 6 dni, (jeżeli chory na noc tylko smaruje się maścią a rano ją zmywa), przy użyciu środków balsamicznych potrzeba na to 6-u (względnie 10-u) dni.

4) *Jak należy sobie w danym przypadku postąpić ze zmianami chorobowemi skóry, towarzyszącemi świerzbie?*

Na to pytanie odpowiedzieliśmy powyżej. Tutaj należy dodać, że świerzbie niepokoi często chorych, szczególnie nerwowych nawet już po zabicciu świerzbowców i po przycichnięciu

³⁰⁾ Przy używaniu środków balsamicznych wydziela się z mowem ciałem smoliste, strącające się od kwasu azotnego i przy zagotowaniu; *osad ten rozpuszcza się w alkoholu i eterze a więc wręcz przeciwnie, niż strącone białko.*

objawów skórnych. *Letnie* (nie wyżej 27°—28° R.), nie zbyt długo trwałe kąpiele, lekkie nacierania ciała mentolem (1% spir. roztwór) z następczem obsypaniem pudrem cynkowym (10%), użycie wewnątrz środków uspokajających system nerwowy oddają zwykle najlepsze usługi.

Co do pryszczycy ogólnej, rozwijającej się niekiedy (u osób do tego usposobionych) po świerzbie, to leczymy ją według prawideł ogólnych.

5) *Czy można danemu choremu, dotkniętemu świerzba pozwolnić się kąpać? czy należy mu dawać wewnątrz arsenik?*

Kąpiele (ma się rozumieć bez sody i szarego mydła jeżeli się chce uniknąć sztucznych zapaleń skóry), o ile nie są zbyt gorące i długo trwałe nie zwiększają pryszczycy, jak to błędnie niektórzy przypuszczają. Nietylko więc nie należy ich zabraniać, lecz przeciwnie są one jednym z dzielniejszych środków pomocniczych, oczyszczając, odświeżając i uspokajając skórę.

Co się zaś tyczy wpływu leczniczego arseniku, tak często przepisywanego w każdej chorobie skórnej, na objawy skórne przy świerzbie, to w obec b. problematycznego znaczenia jego w chorobach skórnych (wyjąwszy lichen ruber a poniekąd i dermat. herpetif. Duhring—Brocq) a nawet często szkodliwego wpływu³¹⁾ należy zupełnie zaniechać przepisywania go przy świerzbie, jeżeli stan ogólny chorego tego specjalnie nie wymaga.

³¹⁾ *Rasch* Contribution à l'étude des dermatoses d'origine arsenicale—Annal. de Der. et de Syph. 1893. 150—167.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i medycyna wewnętrzna.

284. Prof. BUCHNER. **Teoryje cholery i konieczność dalszego badania przyczyn cholery.** (*Deut. Viertel. f. oeffentl. Gesundheits lehre T. XXIV—3.*)

Następca Pettenkofera na katedrze higieny w Monachjum ogłasza w pracy streszczonej poniżej szereg bardzo trafnych uwag odnośnie do cholery i jej nową hipotezę epidemijologiczną.

I. **Teoryja kontagijna cholery.** Szkoła Kocha uważa krętoprątek swoisty za jedyną przyczynę cholery; ten e bądź bezpośrednio (zetknięcie), bądź przez bieliznę, pokarm, wodę—powoduje każdy pojedynczy przypadek cholery. Dział się tu ma toż samo, co przy gruźlicy, wągliku, tężcu. Ale objaśnienie to *bakteryjologiczno-patologiczne*, wystarczające dla pojedynczego przypadku cholery, nie może jednak stanowić *teoryi epidemijologicznej*. Bo *epidemijologicznie* cholera różni się od gruźlicy, wąglika, tężca. Nie daje nam więc teoryja kontagijna odpowiedzi na wiele zagadnień, stanowiących *epidemię* cholery.

Epidemię cholery zależą od pór roku i pogody. A przecież zarażenie bezpośrednie w innych chorobach kontagijnych dział się może zarówno w lecie jak w zimie (np. gruźlica, wąglikiem). Sprawą niewyjaśnioną jest, czy wygasanie epidemii w zimie zależy od niemożności istnienia krętoprątki w tej porze roku, czy też od braku usposobienia wśród ludności, czy też wogóle od czego innego.

Epidemię cholery zależą od warunków miejscowych. Dowodów na to dostarczył Pettenkofer, obserwując niedawne epidemie. Że nie zawsze występuje zależność ta wyraźnie—nic dziwnego; toż i nie w każdym przypadku typowej cholery udaje się wykazać krętoprątki. Przy tem—asenizacyja gruntu w nowych czasach zmieniła sztucznie warunki. Trudnoby było np. dziś, kiedy mało bywa przypadków duru w Monachjum, dowieść jego zależności od gruntu, czego dowiódł w czasie wielkiej epidemii P. Dla tego też więcej wyraziste są niektóre wcześniejsze obserwacyje (np. cholery we Włoszech w latach 1873 i 1884). Należy więc jakoś związać własności bijologiczne krętoprątki cholery z gruntem i warunkami klimatycznymi. Na znaczenie gruntu bezpośrednio wskazuje zmniejszenie się groźności epidemii cholery równoległe z poprawą warunków gruntowych w Niemczech. *Anglię chroni od r. 1866 od cholery assanacyja gruntu*, boć przecież trudno przypisać to brakowi okazji do zawleczenia krętoprątki lub zwiększonej odporności ludności, w porównaniu z latami przed r. 1866.

Często nie ma zupełnie równoległości między ilością znalezionych w wydzielinach krętoprątków i ciężkością klinicznego przebiegu. Tego rodzaju wypadków znajdujemy bardzo wiele. (Zaciemnia odnośną statystykę fakt gdzieśgdzie praktykowany: nie zaliczania do przypadków cholery tych klinicznie stwierdzonych, które nie dały się bakteryjologicznie stwierdzić). Do tegoż gatunku zjawisk niewyjaśnionych należą wyniki doświadczeń Pettenkofera i Emmericha w Monachium i Hasterlika wraz 3 innymi w Wiedniu. Cała waga tych doświadczeń na tem polega, że krętoprątki w kiszkiach rozmnożyły się obficie, nie warunkując jednak powstania cholery (zatrucia).

Zakaźność krętoprątków jest zmienną. Dalsze fakty nieodpowiedniości (Incongruenz) między klinicznymi objawami i wynikiem badań bakteryjologicznych wydzielin—widzimy w licznych przypadkach znajdowania krętoprątków w kale osób zdrowych, lub prawie zdrowych (nawet w kale zbitym). Zjawia się pytanie: czemu krętoprątek, znajdując w kiszkiach warunki bytowania i rozmnażania się, nie tworzy sobie warunków, które potrzebuje by wywołać prześiek, porażenie kiszki i t. p.

Jednocześnie z wykryciem krętoprątków w kale ludzi zdrowych upada określone znaczenie pojęcia „podejrzany o cholere osobnik“ (termin ważny przy wszelkich zabiegach izolacyjnych). Gdyby nawet przez osobnika zdrowego wydzielony krętoprątek cholery nie posiadał pełnej dzielności zakaźnej może mu ona powrócić (analogia do tego co C. Frenkel, Roux i Yersin dowiedli dla l. błonicy, co zdaje się być prawem np. dla dwuziarniaka zapalenia płuc, gronkowca ropotwórczego, l. okrężnicy).

W związku z powyższymi faktami jest różna siła zarazliwości cholery. Już wtedy, kiedy nie było mowy o dezynfekcyi, zapadanie lekarzy i piastunów chorych było rzadkością. Nie zaraza krętoprątek połknięty, nawet w obfitości, nawet po zneutralizowaniu soku żołądka (Pettenkofer i inni). Dzieje się jednak i przeciwnie: przy epidemijach silnego natężenia, widocznie, minimalne ilości krętoprątków cholere wywołują. Trudno sobie wyobrazić, by pojedynczy osobnik zażył przypadkiem na raz z pokarmem przez palce zawałanym lub z wodą tak wielkie ilości krętoprątków, jak to np. uczynił umyślnie Pettenkofer. Bądź co bądź, ludzie w czasie cholery są przecież ostrożni.

Niezłożona teoria kontagijna musi być rozszerzona. Musi, co najmniej, wykazać dowodnie warunki zmieniające siłę zakaźną krętoprątków, lub też, od tegoż niezależne, różne stany skłonności przewodu pokarmowego (patrz. IV).

II. Teoria lokalistyczna cholery. Znana teoria Pettenkofera uwzględnia: *x* (identyfikowane obecnie z krętoprątkiem Kocha)—zarazek; *y* usposobienie czasowo-miejscowe; *z* usposobienie osobnicze. Tego ostatniego, wspólnego wszystkim chorobom zakaźnym, można tu nie wspominać.

Wartość tej teoryji dla wykonawstwa sanitarnego stwierdziła praktyka (skutki assanacyi gruntu). Zawiera ona i kwestyję poprawy wody, której P. oddawna już wymagał.

Zasadniczą różnicę między teoryją kontagijonistów i lokalistów stanowi to, że ostatni w wodzie (pokarmach, mleku i t. p.) widzą *tylko* przenośniki dla *x*, które samo przez się zdolnem jest wywołać objawy zatrucia jadem cholery, nawet w obfitości, do zalkalizowanego żołądka wprowadzone.

Pettenkofer nie widział niebezpieczeństwa ze strony świeżych odchodów cholerycznych. Paradoksalny ten pogląd wyjaśniają spostrzeżenia, w których wykazano obecność krętoprątków w kale ludzi zdrowych. Faktem stwierdzonym przez to staje się hipoteza Pett., że zarazek w czasie epidemii daleko obszerniej się rozpościera, niż jedynie na osobniki cholery podległe. Tym sposobem praktyka widziała zarażenie *nie tylko* od wypróżnień ludzi na cholere zapadłych.

P. też nacisk położył na rzecz ważną: nie fakt *zawleczenia* cholery gra rolę główną, lecz jego *skutki*. Pojedynczy chory (resp. bielizna i t. p.) w jednej miejscowości wywołuje sporadyczne wypadki, w innej epidemiję. Przyczyny tego zarazek kontagijny objaśnić nie może.

III. Czy Istnieje okres w życiu krętoprątków, kiedy żyć może u nas po za obrębem ustroju ludzkiego (cryptogenes stadium). T. j. czy można przyjąć, że krętoprątek cholery rozmnażać się może i nie tracić swych własności, żyjąc saprofitycznie, co stanowiłoby ważny czynnik epidemijologiczny. Wbrew Hueppemu, który uważa krętoprątek wogóle za przygodnego pasożyta, sądzi Buchner, przeciwnie. Doświadczalnie nie udało mu się na żadnym podłożu (nie wyłączając ziemi) odpowiedniem krętoprątku długo hodować. Dane epidemijologiczne, trwanie cholery podczas miesięcy najzimniejszych, wręcz przeczą powyższemu przypuszczeniu. Saprofitem, po za obrębem domostw ludzkich, krętoprątek cholery nie bywa. Nie pozwalają na to warunki klimatyczne zimą, w której to porze obserwowane bywały jednak wybuchy epidemii.

IV. Czasowo-miejscowa skłonność do epidemii cholery. Monachijska epidemja z r. 1873/74 miała ten dziwny przebieg, że, zagasły we wrześniu 1873, ponownie wybuchła w zimie 1874 r. (2035 wypadków). Czy wolno fakt ten przypisać *przypadkowi*?

Przedewszystkiem zauważyć wypada, że współczesny sposób dostarczania wody w M. *stanowczo* wyklucza udział wody w powstaniu epidemii zimowej (Wolffhügel). Powtóre, ludność wcale nie była wybraną (t. j. wśród ludności wcale nie zapadły już wszystkie skłonne do cholery jednostki, nie była przeniknięta zarazą „durchgeseucht“), ponieważ jedną epidemiję od drugiej przedzielał bardzo krótki okres czasu.

Nie wolno faktu rozpadnięcia się epidemii Monachijskiej z r. 1873/74 przypisać zbiegowi szczególnemu niepochwytnych

wpływów (przypadkom). Każda epidemia jest właściwie sumą oddzielnych zjawisk, sumą małych epidemii. Oddzielna mała epidemia może *przypadkowo* wygasnąć; ale niemożliwie przypuścić, by *w całym szeregu* oddzielnych epidemii równoznacznie i w ciągu dłuższego czasu *przypadek* działał w pewnym kierunku, powtarzał się, doprowadzając wszystkie pojedyncze ogniska do wygaśnięcia. Wygaśnięcie we wrześniu 1873 r. epidemii w Monachium przypisać należy niezbadanym zmianom momentów dla epidemii ważnych, które jednolicie na wszystkie pojedyncze ogniska wpływały. Była to zmiana bądź tycząca samych krętoprątków, bądź wrażliwości mieszkańców. Bo trudno przypuścić wpływ zmiany w sposobie życia mieszkańców, wpływ dezynfekcyi i t. p., co uwydatnia epidemia zimowa.

Ponieważ krętoprątek zmianie nie uległ należy przyjąć zmianę we wrażliwości mieszkańców (ale nie była to „Durchseuchung“). Istnieć musiało jakieś „coś“ czyniące ludzi odpornymi lub wrażliwymi na krętoprątek cholery, coś nie indywidualnego, lecz wpływającego na całą ludność. Podejrzewać wody nie można w danym razie, ponieważ dowiedziono naówczas, że różnorodne źródła, z których wówczas M. wodę czerpało w żadnym stosunku do epidemii być nie mogły. Pozostaje jedynie *grunt*, ziemia domostw, której wpływ na epidemię z r. 1873/74 podejrzewać wolno z trzech następujących przyczyn: 1) stała skłonność Monachium do zimowych epidemii duru i cholery, jest równoległą do zimowego niskiego stanu wody gruntowej (w Berlinie np. niski stan wody wypada w lecie i epidemię—w lecie); 2) przez Pettenkofera i Wolffhügela wykazana dyspozycja miejscowa do epidemii cholery wewnątrz miasta. Port dowiódł analogicznej skłonności *tychże miejsc*, przez wiele lat z rzędu, do epidemii duru brzuszego w koszarach; 3) nagłe, przedwczesne, wygaśnięcie epidemii w r. 1873, we wrześniu, poprzedzone było przez obfite deszcze w sierpniu (woda gruntowa, opadła w czerwcu, znów się podniosła).

V. Teoryja dwuzarodkowa. Nie przypadek, lecz przyczyna bezpośrednio z epidemiologią cholery związana, powoduje wygaśnięcie epidemii. Przyczyna ta leży w warunkach gruntowych, w podniesieniu się poziomu wody gruntowej, w ponownem pokryciu wodą warstw wystawionych przed tem na działanie powietrza.

Jakże działa stan wilgoci gruntu na przebieg epidemii cholery?

Na to odpowiada Buchner hipotezą, której ogólny zarys podaje, rozumując tak:

Czy istnieją wogóle dane, świadczące o wpływie wilgotności gruntu na zdrowie mieszkańców? Odpowiedź brzmi twierdząco, ponieważ *zimnica* zależy nie tylko od wilgoci gruntu, lecz właśnie od wahań teje w gruncie (Griesinger, Hirsch). Spadek poziomu, okres wysychania—powoduje wybuch zimnicy w danej miejscowości. (W miejscowościach podzwrotnikowych wywołuje zimnicę spadek deszczów na wyschnięty grunt). Sprawcą zimnicy

są *pierwotniaki*. Z nielicznych zbadanych własności pierwotniaków znanym jest fakt, że postacie dojrzałe tworzyć się mogą jedynie przy dostępie powietrza atmosferycznego (R. Pfeiffer). Związek zarażenia się zimnicą z gruntem zaprzeczyc się nie da, pomimo że dotąd w gruncie jej pasożytów nie znaleziono. Ponieważ epidemiologia cholery każe ją również stawiać w pewnej zależności—można tu znaleźć pewną analogiję z zimnicą. Pozostawiając krętoprątek swoisty na stanowisku zarazka cholerycznego na stanowisku contagium, przypuścić możemy dla powstania całego kształtu objawów cholery działanie zarodka *drugiego*, jakiegoś pierwotniaka w gruncie bytującego. Cholera była by wtedy skombinowaną infekcją.

Pierwotniaki niszczyć mają nabłonek błony śluzowej kiszek, który we wszystkich badanych przypadkach cholery (autopsye) *zupełnie* jest zniszczony. Dla tego też może nie udało się domniemanego pierwotniaka w nabłonku tym już znaleźć. Równoległe z cholerą występujące ostre nieżyty kiszek są może sprawą rzeczonych pierwotniaków*). Przez pierwotniaki zmieniona błona śluzowa ulega infekcyi bądź krętoprątku cholery azyatyckiej—*cholera azyatycka*, bądź innych bakteryj—*cholera swojska*. Pierwotniaki roznoszone są przez powietrze, lecz nie przez płuca do ustroju wchodzą, jeno połykane są z warg z napojami, potrawami, z palców i t. p. Zima nie wyklucza zarażenia się zimnicą; też same warunki istniałyby i w cholercze.

Teoryja dwazarodkowa wyjaśnia wszystkie zagadkowe punkty w epidemiologii cholery. Wahania w zaraźliwości cholery zależą od tego, czy krętoprątek padł na przewód pokarmowy cały, czy też przez pierwotniaki uszkodzony. Piastunowie chorych i lekarze uchodzą zarażeniu nie dla tego, że krętoprątków nie połykają, lecz że szpitale leżą w miejscach zdrowszych, więc owe zmiany poprzedzające nie spotykają ich przewodu pokarmowego, jak nie dotknęły one kiszek Pettenkofera, Emmericha, Hesterlika. Teoryja dwuzarodkowa wyjaśnia znaczenie pór roku i stosunków gruntowych dla epidemii cholery. Z brudnego Hamburga roznoszono po wsze strony Niemiec zarazek (chorzy i zdrowi) a jednak nigdzie do podobnego wybuchu epidemii nie przyszło.

Tak się przedstawia szkic hipotezy *Buchnera*, który zaleca poszukiwanie w kiszczkach zmarłych na cholerę miejsc z nabłonkiem nieuszkodzonym, a na tych miejscach poszukiwanie pierwotniaków. W tym celu należy śpieszyć z sekcją i natychmiast włożyć wycinki kiszek do sublimatu lub alkoholu.

Sterling.

*) W literaturze spotykamy b. liczne prace, uważające pierwotniaki za przyczynę zaburzeń żołądkowo-kiszczkowych. (przyp. spraw.)

285. I. P. WŁADIMIROW. Przyczynek do nauki o udziale mleka zwierząt dojnych w etyjiologii epidemii błonicy.

Od czasu gdy badania naukowe wykazały, że mleko może być przenośnikiem chorób zakaźnych i że tą drogą powstawać mogą nawet całe epidemieje pośród ludzi spożywających dane mleko, zwrócono też baczniejszą uwagę na szerzenie się tą drogą dyfterytu.

Szczególniej w Anglii opisywano tego pochodzenia (mlecznego) epidemieje dyfterytu (Pover, Thursfield). Chociaż weterynaryja nie zna u krów błonicy naturalnej, jednak londyński prof. Klein w przypuszczeniu, że może choroba ta przebiega u krów w postaci skrytej, przedsięwziął szereg doświadczeń w tym kierunku. Z doświadczeń (szczepienia) Klein'a wyprowadzić się da dają wnioski następujące:

1) Że krowy mogą zapadać na błonicę, że choroba ta ma przebieg długi i skryty;

2) Że ważnym objawem wówczas jest wysypka na wymionach, podobna do ospy krowiej; objaw ten wskazuje, że zarazek drogą krwi z miejsca zaszczepienia przeniesiony być może do wymienia (co wykazało raz badanie mleka);

3) Że mleko jednej z krów zarażonych było w stanie szerzyć zarazę, gdyż koty karmione tem mlekiem zapadły na dyfteryt.

Doświadczenia Klein'a powtórzył Abbot i przy szczepieniu podskórnem nigdy nie był w stanie wykazać w mleku laseczników Löfflera nadto i wysypki na wymionach nie obserwował. A zatem naukowo stwierdzone nie zostało, żeby epidemieje dyfterytu powstawać mogły drogą mleka, wskutek zachorowania krów samych.

Nasuwa się przypuszczenie, czy epidemieje dyfterytu nie mogą się szerzyć w ten sposób, że zarazek przez kanały mleczne wnika do gruczołów i tam w mleku, znajdując dogodne warunki, może się pomyślnie rozwijać, przyczem zwierzę mogłoby być względnie zdrowe, a mleko cech zewnętrznych prawie nie tracić.

Prace Cohn'a, Neuman'a Leopolda Schulz'a, Hugo Knochenstierna wykazały, że mikroby istnieją w mleku w samym gruczole mlecznym, że zzewnątrz wnikają tu przez kanały mleczne. Następnie badania A. Guillebeau, prof. M. Nenckiego przy współudziale Herz'a, Szaffer'a, Budzyńskiego, Dzierzgowskiego, Bischler'a i Macfadyen'a wykazały, że:

1) jedne bakteryje, dostawszy się do gruczołu mlecznego zwierzęcia (właściwie do mleka w gruczole zwierzęcia), szybko się tam mnożą i przy dojeniu zostają mniej lub więcej dokładnie wydalane z pierwszymi porcjami mleka, sam zaś gruczoł nie podlega zmianom, ani też mleko nie traci swych zasadniczych cech; 2) inne bakteryje, przeciwnie, wywołują zmiany w gruczole

i zmiany w mleku nie tylko pod względem cech fizycznych, lecz i składu chemicznego; 3) na koniec inne bakteryje, wywoławszy szybko przemijający katar gruczołu, powodują na razie większe lub mniejsze zmiany w mleku, bakteryje te długo pozostają w gruczole, mnożą się w mleku i przy każdym udoju zostają wydalone, wówczas mleko, na pozór nie przedstawiając zmian żadnych, może szerzyć zarazę, jeżeli bakteryje były chorobotwórcze.

Mając na uwadze wyżej wymienione wyniki badań naukowych, autor idąc za radą prof. Nenckiego przedsięwziął szereg badań w tymże kierunku odnośnie dyfterytu i postawił sobie za zadanie na drodze doświadczalnej znaleźć odpowiedź na następujące pytania:

1) Jaki jest odczyn zwierząt (ogólny jak również i miejscowy ze strony wymienia) po wprowadzeniu lasecznika Klebs-Löffler'a do gruczołów mlecznych przez kanały mleczne?

2) Jakie zmiany przytem zachodzą w mleku jak pod względem cech fizycznych tak i składu chemicznego?

3) Jak długo po wprowadzeniu laseczników mleko posiada własności zarażania t. j. jak długo laseczniki pozostają w wymieniu jako zdolne do rozwoju?

4) Czy mleko podlega zmianom chemicznym i fizycznym jeżeli choroba zwierzęcia wywołaną została przez zastrzyknięcie laseczników Klebs-Löfflera pod skórę, i czy mleko wówczas nabiera własności zarażających, czy też tylko staje się szkodliwe?

Pracując nad rozwiązaniem powyższych zagadnień w ciągu 9 miesięcy, doszedł autor na podstawie własnych doświadczeń do następujących wyników:

1) Laseczniki Klebs-Löffler'a wprowadzone przez brodawki w kanały i zatoki mleczne jednej połowy wymienia zwierząt dojnych, mnożą się w mleku tam się znajdującem, wywołując jednostronny ostry katar gruczołu; produkty życiowej działalności laseczników wessane w krew wywołują mniej lub więcej natężony ogólny chorobliwy stan zwierzęcia i zdaje się, że krowy są więcej czułe na zarazek błonicy, niż kozy.

2) Mleko, wytwarzające się w tej połowie wymienia, do której wprowadzony został zarazek błonicowy, różni się w porównaniu do mleka pochodzącego z drugiej połowy wymienia; przyjmuje ono kolor zielonawy, w ciągu pierwszych dni ścina się przy gotowaniu, po ustaniu się tworzy osad z ciałek ropnych, posiada wyraźny odczyn alkaliczny i zawiera znacznie mniej cukru i więcej ciał białkowych (kazeiny i albuminy); ilość tłuszczu nie podlega zmianie.

3) Zmniejszenie ilości cukru powstaje wskutek rozkładu takowego pod wpływem laseczników błonicowych, przyczem powstaje kw. mleczny, który zostaje wessany z wymienia, które jednak drażni i wywołuje katar, zwiększenie zaś ilości ciał

białkowych, strącanie się mleka podczas gotowania, odczyn alkaliczny zależą od obecności ropy wskutek kataru gruczołu.

4) Laseczniki błonicowe pozostają w gruczole, stosunkowo przez czas krótki (4—7 dni), ilość ich w ciągu tego czasu stopniowo się zmniejsza, równomiernie w stosunku zmniejszania się ilości laseczników i skład mleka zbliża się do normy.

5) Po zastrzyknięciu laseczników błonicowych krowie pod skórę, występuje ogólny, dosyć ciężki stan chorobliwy zwierzęcia, podobnie jak to opisali prof. Klein i Abbot; stan ten jednak w doświadczeniach autora kończył się wyzdrowieniem; wysypka na wymieniu nigdy nie miała miejsca, również i mleko nie ulegało zmianom, nie zawierało laseczników błonicowych ani też przez nie wytwarzanych produktów trujących.

Na podstawie wyników własnych doświadczeń dochodzi autor do przekonania, że mleko *in vitro* nie przedstawia dla laseczników błonicowych gleby lepszej w porównaniu z innymi ciałami spożywczymi, gdyż wytwarzany pod wpływem laseczników kw. mleczny gromadzi się i powstrzymuje dalszy ich rozwój (Doświadczenie 6). A zatem rola mleka, zanieczyszczonego zarazkiem błonicowym, równa się pod względem szerzenia zarazy udziałowi w tym kierunku innych produktów spożywczych.

Ponieważ po zastrzyknięciu krowie zarazków pod skórę, mleko laseczników błonicowych nie zawiera i miejscowy proces na wymieniu nie istnieje, a zatem trudno przypuścić, ażeby błonica mogła się szerzyć z przyczyny krów chorych.

Jeżeli jednak zarazki błonicowe dostaną się z zewnątrz do gruczołu mlecznego przez brodawkę, to znajdują warunki dogodne do rozwoju, wydalane wówczas mleko, zawierając dużo laseczników, nie ulega znów tak widocznym zmianom, ażeby zmieszane z mlekiem zdrowym mogło być z łatwością wyróżnione od produktu zupełnie zdrowego.

Mleko takie szerzyć może zarazę dopóty, dopóki nie wyginą laseczniki, znajdujące się w gruczole mlecznym. Dlatego też przyszli badacze epidemii błonicowych winni mieć na uwadze możliwość szerzenia w podobny sposób zarazy i winni mleko podejrzane (zebrawszy je w sposób jałowy) badać chemicznie na zawartość cukru i bakteryjologicznie na zawartość laseczników błonicowych.

(Praca powyżej wymieniona wykonaną została w pracowni prof. M. Nenckiego w Instytucie Medycyny doświadczalnej w Petersburgu).

J. Bączkiewicz.

286. W. EPSTEIN. (Göttingen). **Przyczynę do nauki o leukemii traumatycznej.** (*Deutsch. Med. Wochenschr. Nr. 29 i 30, 1894*).

Wobec istniejących w niemieckim prawodawstwie przepisów wkladających na pracodawców obowiązek wynagradzania robotnikom strat poniesionych na zdrowiu wskutek nieszczęśliwych

wypadków, kwestyja, czy i jaki istnieje związek pomiędzy danem zachorowaniem i poprzedzającym go nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ robotnik przy pracy, traci poprzednie wyłącznie tylko teoretyczne znaczenie i nabiera praktycznego znaczenia. Co raz też częściej zwracają się o rozstrzygnięcie tych kwestyji do lekarzy, których decyzyja jest bardzo ważna zarówno dla pracodawców, ponoszących koszta, jako też dla robotników otrzymujących w razie potwierdzającej decyzyi lekarza wynagrodzenie i przez to tem chętniej przypisujących każdą swą chorobę poprzedzającemu ją wypadkowi. W niektórych razach związek ten jest bardzo widoczny, w wielu jednak razach lekarz zmuszony wydać o tem sąd musi być bardzo ostrożny, aby nie skrzywdzić jednej lub drugiej strony.

Najtrudniejszą jest decyzyja wtedy, gdy dopiero w jakiś czas po wypadku, któremu towarzyszyło, lub też nawet wcale nie towarzyszyło żadne materyjalne uszkodzenie, choroba rozwija się tak powolnie, że można by wątpić o związku pomiędzy nią a zaszłym poprzednio wypadkiem, gdyby uprzednio nabyte doświadczenie nie przemawiało za istnieniem tego związku. Dla tego też ważnem jest zbogacanie kazuistyki przez ogłaszanie tego rodzaju przypadków, gdyż tylko dokładna znajomość przebiegu i następstw rozmaitego rodzaju uszkodzeń, obok starannego zebrania danych o stanie chorego przed wypadkiem mogą dostarczyć podstaw do słusznego rozstrzygnięcia sporu.

Dziś już wiemy na pewno, że guzy i ropnie mózgu, różne twory rakowate, cukrzyca i t. p. mogą być wywołane przez uraz i że pomiędzy tym ostatnim a powstałym wskutek tego cierpieniem nieraz bywa dość długa przerwa. Urazowe pochodzenie leukemii, przestało być również przedmiotem akademickich sporów, jakkolwiek trzeba przyznać, że liczba odnośnych spostrzeżeń dotąd jest niewielka. Virchow pierwszy opisał leukemię, pierwszy też zwrócił uwagę na związek pomiędzy nią a urazem, opisując przypadek leukemii skonstatowany przy sekcyi u starej kobiety, która na pewien czas przedtem uległa złamaniu kości.

W ubogiej jeszcze dotąd kazuistyce leukemii traumatycznej, najwięcej miejsca zajmują przypadki powstałe po urazie śledziony. Do tej kategorii zaliczyć trzeba pięć przypadków podanych przez Gowersa, dalej opisany przez Moslera przypadek leukemii, która się rozwinęła po uderzeniu się w brzuch z lewej strony przy wsianianiu na konia; następnie przypadek Thomsen'a i bardzo ciekawy przypadek Ponfick'a, w którym całkowity obraz choroby rozwiniął się dopiero w 2 lata po urazie i w którym przy sekcyi znaleziono jeszcze ślady uszkodzenia śledziony i sąsiednich organów.

Podobny przypadek z kliniki Epsteina opisał I. Lüder. Dotyczył on chorego, który na rok przed przybyciem do kliniki, gdzie skonstatowano leukemię, uległ przygnieceniu, głównie brzu-

cha, i od tego czasu ciągle już był chory. Przy sekcji znaleziono blizny w lewym płacie wątroby i zrosty pomiędzy śledzioną a przeponą i wątrobą. Szczególnem jeszcze było to, że we dwa miesiące po urazie w okolicy prawej łopatki: ukazał się guz, który jak się okazało był sarkomatem biorącym początek z kości i powstałym, zdaniem Ebsteina, również pod wpływem urazu.

Że pomiędzy uszkodzeniem kości a leukemią istnieje związek przyczynowy o tem także dziś już wątpić nie można. Pierwszy taki przypadek opisany przez Mursik'a dotyczył uprzednio zupełnie zdrowego soldata, u którego leukemija skonstatowana była w 5 dni po amputacji spowodowanej uderzeniem się w staw kolanowy. Mursik sądzi że leukemija właśnie tego dnia rozwinęła się, gdyż jednocześnie zauważono, że stan rany pogorszył się. Chory ten wkrótce zmarł, i na sekcji prócz zmian właściwych leukemii znaleziono jeszcze na odpolowanej powierzchni kości osteomyelitis. W drugim przypadku opisanym przez Waldeyer'a leukemija rozwinęła się po chronicznem zapaleniu stawu biodrowego i łokciowego. Szpik kostny uległ w tym przypadku tak znacznej hypoplazji, że Waldeyer ani na chwilę nie zaważał się w przyjęciu związku przyczynowego pomiędzy cierpieniem kości a leukemią.

Ebstein podaje trzeci podobny przypadek, wprawdzie nie przez niego samego spostrzegany, ale dokładnie opisany na podstawie aktów przysłanych mu przez Towarzystwo Budowlane do zaopiniowania czy w danym wypadku należy uważać uraz za przyczynę choroby, czy też nie. 36 letni, przed tem zupełnie zdrowy, mężczyzna, spadłszy z rusztowania zaczął doznawać bólów w lewym stawie stopowym, które po 14 dniach ustąpiły, a później znowu zjawily się w obu stawach stopowych, przyczem prawa noga była wyraźnie opuchnięta. Odtąd chory coraz to bardziej tracił siły, przestał zupełnie pracować, a w 4 miesiące po wypadku skonstatowano u niego leukemiję ze znacznem powiększeniem gruczołów i śledziony. Do tego dołączyła się skłonność do krwawień z dziąseł i w tkankę podskórną, oraz pewne nerwowe objawy, jako to: miejscowe znieczulenia, wzmożenie odruchów skórnych i ścięgnistych, zaburzenia w urynowaniu i t. p., które to objawy domowy lekarz uważał za oznakę cierpienia mlecza, gdy tymczasem Ebstein odnosi je do nerwów obwodowych i narówni ze skłonnością do krwotoków uważa za charakterystyczne dla ostrej leukemii. Chory ten w 6 miesięcy po wypadku zmarł, a Ebstein, chociaż sekcja nie była dokonana, wyraził przekonanie, że prócz miękkich części, uszkodzoną też musiała być i kość i uszkodzenie to było przyczyną choroby, którą należy uważać za ostrą leukemiję.

Przypadku, ażeby uraz gruczołów był przyczyną leukemii, dotąd nikt nie spostrzegął, a przynajmniej nie opisał. Ebstein pierwszy w krótkich słowach opisuje przypadek, w którym leu-

kemiczny skład krwi i obrzęk gruczołów były prawdopodobnie spowodowane dźwiganiami ciężarów.

Wreszcie jeszcze jeden przypadek, który nie daje się podciągnąć pod żadną z tych kategorii, opisuje szczegółowo Ebstejn, na podstawie własnej obserwacji. Maszynista kolejowy, który w czasie spotkania się pociągów doznał wstrząśnienia i mocno się przestraszył, wkrótce potem zgłosił się do kliniki, skarżąc się na różne nerwowe przypadłości, jako to bóle to w dołku, to w piersiach, brak apetytu, uczucie zimna w nogach i t. p. po jakimś czasie objawy te ustąpiły i chory nawet powrócił do swoich zajęć, które z początku spełniał bez trudności, wkrótce jednak zaczął doznawać uczucia zmęczenia, bicia serca, bólów w piersiach i w lewym boku. Z tego powodu w 3 lata po wypadku na kolei zgłosił się powtórnie do kliniki, gdzie skonstatowano leukemiję. Pomimo to że leukemija rozwinęła się tu dopiero w 3 lata po wypadku na kolei, jednakże Ebstein i w tym wypadku uważa uraz za przyczynę choroby. Wprawdzie wyraźnego uszkodzenia kości lub śledziony nie można było skonstatować, jednakże możnaby przypuszczać że miało miejsce silne wstrząśnienie śledziony. Prawdopodobniejszym jest jednak, że wstrząs nerwowy, który i w tym wypadku wywołał szereg objawów nerwowych, dał też impuls do rozwoju leukemii, a tem śmieiej można przyjąć, że Tarchanow u zwierząt otrzymał podobny rezultat przy uszkodzeniu nerwów śledziony.

W zakończeniu swej pracy, Ebstein zastrzega się, że bynajmniej nie uważa leukemii za niezbędne następstwo urazu, gdyż wtedy cierpienie to zdrażało by się daleko częściej, jak również urazu nie uważa za jedyną tylko przyczynę leukemii. Przyczyn tych, których dotąd dokładnie nie znamy, prawdopodobnie jest wiele. Być może, że i rozmaite gatunki drobnoustrojów (Pawłowski) i zatrucie różnemi trującymi ciałami rozwijającymi się w kanale kiszkiowym (Vehsemeyer) może być przyczyną leukemii, w każdym razie do szeregu tych przyczyn należy zaliczyć i uraz, którego wpływ na powstawanie leukemii dziś już trzeba uważać za dowiedziony.

W. Dąbrowski.

287. JACQUES MAYER. Przyczynek doświadczalny do sprawy tworzenia się kamieni żółciowych. (*Virch. Arch. T. 136, Z. 3*).

Do niedawna kursowały dwa poglądy na sprawę powstawania kamieni w pęcherzyku żółciowym: jedni przypuszczali, że w żółci nagromadza się nadmierna ilość trudno rozpuszczalnych części składowych kamieni, inni zaś twierdzili, że żółć traci w większym lub mniejszym stopniu zdolność roztwarzania tych że ciał. Przyczyny obu powyższych zmian upatrywano w cierpieniach błony śluzowej pęcherzyka, względnie, we wzmożonej ilości wydzielanego śluzu; wyobrażano sobie przytem, że składo-

we części konkrementów, wykrystalizowane z żółci, nawarstwiają się wokoło cząsteczki śluzu, jakby wokoło ośrodka krystalizacji. Naunyn i cały szereg jego uczniów pracami swemi dowiedli, że kamienie żółciowe tworzą się nie wskutek zgęszczenia żółci i nie wskutek prostego osadzania się części składowych kamieni, lecz dzięki rozpadowi chorobowemu nabłonka błony śluzowej pęcherzyka przy cierpieniach tejże błony. Wykazali oni również (Labes, Naunyn), że obecność ośrodka krystalizacji nie wystarcza do tego, by składniki kamieni osadzały się w żółci i krystalizowały się naokoło niego.

Doświadczenia Labes'a, z których wniosek ów wysnuto, polegały na wprowadzeniu psom do pęcherzyka żółciowego rozmaitych ciał obcych; po upływie kilku tygodni psy zabijano i nigdy nie znajdowano inkrustacji na ciałach obcych.

Otóż, rzeczonym doświadczeniom autor zarzuca, że przeciąg czasu, jaki ciała obce pozostawały w pęcherzyku żółciowym jest bezwarunkowo za mały, by z zupełną śmiałością wnioskować o możliwości odkładania się pierwiastków kamieniotwórczych. Powodowany tym względem Mayer przystąpił do doświadczeń na psach, którym wprowadzał rozmaite ciała obce (kulki z kości słoniowej, kulki gliniane wewnątrz puste, z otworem prowadzącym do środka, kawałki agar-agaru) do jamy pęcherzyka żółciowego i zabijał psy dopiero po upływie roku.

Nie będę opisywał sposobu operowania (zwykła cholecystomia), nadmienię tylko, że psy prawie zawsze dobrze znosiły ten zabieg.

Badanie pośmiertne zwłok psich wykazało, co następuje:

1) W przypadku pierwszym (psu wprowadzono do pęcherzyka żółciowego kulkę z kości słoniowej, średnicy 1 cm.) nie zauważono gołem okiem żadnych zmian w błonie śluzowej pęcherzyka; żółć była prawidłowa; drobnowidzowe badanie nie wykryło w niej ani komórek nabłonkowych, ani osadu. Wprowadzona kulka była pokryta warstwą grubości 0,75 mm.; warstwa ta na przekroju nie posiadała budowy krystalicznej i składała się z jednolitej, czerwono-brunatnej masy, w której nie było śladu kryształów cholesteryny. 2) W przypadku drugim, gdzie za życia wprowadzono psu do pęcherzyka dwie kulki gliniane, średnicy 1,5 cm., rezultat badania był podobny do pierwszego: również zmian w nabłonku i żółci nie stwierdzono; na powierzchni kulek — cienka warstewka składająca się ze znacznej ilości bilirubiny i pojedynczych kryształków, podobnych do cholesteryny; wewnątrz kulek — wypełnione gęstą, ciemno-brunatną masą. Prócz tego znaleziono w pęcherzyku mały konkrement, wielkości ziarnka prosa, który się składał ze zgęszczonej żółci. 3) Trzeciemu psu wprowadził autor do pęcherzyka dwa kawałki agar-agaru; przy badaniu zwłok nie znaleziono śladu agaru, żółć nie zawierała ani osadu z cholesteryny i połączenia bilirubiny z wapnem, ani nabłonków.

We wszystkich tych przypadkach błona śluzowa pęcherzyka była zdrowa i niezmieniona, we wszystkich też przypadkach nie udało się stwierdzić wykrystalizowania składników kamieni żółciowych, pomimo że ciała obce pozostawały w pęcherzyku dość długi czas (rok), i żółć (w II przypadku) była bardzo zgęszczona; stąd przychodzi autor do wniosku, że pogląd Naunyn'a na sprawę wytwarzania się kamieni żółciowych w pęcherzyku żółciowym jest całkiem słuszny: przy zdrowej błonie śluzowej pęcherzyka żółciowego nie mogą odkładać się ani cholesteryna, ani połączenie bilirubiny z wapnem (Bilirubinkalk).

W. Żurkowski.

288. H. STRAUSS. **O masowym otruciu się mąką, zawierającą ołow,**
(*Berliner Klin. Woch. Nr. 34, 1894 r.*)

Kilkanaście osób, które przez pewien przeciąg czasu spożywały chleb, upieczony z mąki, pochodzącej z pewnego młyna, zaczęło doznawać różnych dolegliwości ze strony dróg pokarmowych, jako to: odbijania, wymiotów, bólów w okolicy żołądka, uporczywego zaparcia stolca i ataków kolki ołowianej. Troje z tych chorych leczyło się w klinice prof. Riegel'a w Giessen i H. Strauss miał sposobność dokładnego obserwowania przebiegu choroby: pierwszy chory był to 30-letni mężczyzna, drugi 15-letni, trzeci zaś przypadek dotyczył żony pierwszego chorego. U wszystkich trojga chorych stwierdził Strauss wyraźną obrączkę ołowianą na dąsłach, wybitną bladość i znaczne wychudzenie. Tętno u pierwszych dwóch chorych było zlekka przyspieszone. Pod wpływem dawek makowca kolka ołowiana ustała, a przy stosowaniu jodku potasu i pozostałe dolegliwości: chorzy po upływie krótkiego przeciągu czasu (2—3 tygodni) wypisali się zdrowi z kliniki. Rozbiór chemiczny mąki, wziętej z tego młyna wykazał w niej 0,055% ołowiu, a w chlebie, upieczonym z takiej mąki wykryto 0,068—0,013% ołowiu. Ten ostatni znajdował się nie w postaci ołowiu metalicznego, lecz w związku łatwo rozpuszczalnym. Dalsze badanie wykazało, że kamień młyński posiadał liczne zagłębienia, które pozatykane były masą, składającą się z prawie czystego cukru ołowianego, gdyż rozbiór chemiczny tejże masy wykazał w niej 52,18% ołowiu, 30,33% kwasu octowego, 16,07% wody i 0,97% gliny. Jeżeli przyjąć wraz z Voit'em, że dorosły robotnik (a do tej klasy ludzi należeli ci chorzy) spożywa dziennie 750 gr. chleba, to wraz z tą ilością chleba spożywał każdy z chorych 0,1—0,51 gr. ołowiu, co odpowiada maksymalnej dawce octanu ołowiu.

J. W.

II. Chirurgija.

289. KÖRTE. (Berlin). **Przyczynek do chirurgji trzustki.**

Na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie odczytał autor obszerną pracę z dziedziny chirurgji trzustki, opierając twierdzenia swoje na pięciu spostrzeganych przez siebie i operowanych przypadkach.

Sprawy zapalne w trzustce, wymagające interwencji chirurgicznej, są przeważnie natury urazowej; znacznie rzadziej ropienie, zgorzel i krwotoki są następstwem szerzenia się sprawy zapalnej na trzustkę z narządów sąsiednich ewent. z dwunastnicy.

Objawy: Zazwyczaj bez widocznej przyczyny, lub też po przebytych zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego zjawiają się bóle gwałtowne w brzuchu (resp. w nadbrzuszu), wymioty, osłabienie, zaparcie stolca, wzdęcie i bolesność brzucha, wreszcie niekiedy zapasć i śmierć. Ostry ten okres może dać powód do błędnego rozpoznania, jako to otrucia, zapalenia otrzewny, kolki wątrobowej, niedrożności kiszek etc. Po pewnym czasie napad może ustąpić, by powrócić znów z tąż siłą, lub jeszcze gwałtowniejszy; najczęściej chorzy, wśród objawów zaburzeń żołądkowych, biegunki, wypróżnień ropnych per anum, ropnicy lub posocznicy kończą życie. Znane są tylko dwa przypadki (Chiari) wyleczenia samoistnego po wydaleniu znekrotyzowanej trzustki przez odbytnicę.

W okresie podoстрыm wyczuwa się charakterystyczny guz in epigastrio, między poprzeczną i żołądkiem; niekiedy guz ten najwyraźniej daje się wymacać w lewej okolicy lędźwiowej.

Jeśli naokoło trzustki zebrała się w znacznej ilości ropa, to zazwyczaj wylewa się ona do bursa omentalis, tworząc otorbiony ropień, lub też opuszcza się zwolna ku dołowi, mianowicie, bądź to wzdłuż colon descendens i po za nią, z lewej strony kręgosłupa, rzadziej z prawej aż do dołu biodrowego, bądź też z przodu od kręgosłupa, spływając między listki mesocolonis transversi lub krezki.

Rozpoznanie opisywanego cierpienia opierać winniśmy na całym zbiorze objawów chorobowych, z pomiędzy których najważniejszymi są: umiejscowienie guza i opuszczanie się jego ku dołowi w lewą okolicę lędźwiową. Przekłócie próbne może nas upewnić o obecności ropy, w której prócz ciałek ropnych i drobnoustrojów chorobotwórczych znajdziemy zgorzelinowe strzępki i stłuszczone kawałki tkanek.

Leczenie bywa prawie zawsze operacyjne.

Jeśliśmy rozpoznali ropień w bursa omentalis, wówczas należy wykonać laparotomię i ewentualnie założyć sączki, obecność ropy poza otrzewną skłania nas do cięcia bocznego i odwarstwienia otrzewny.

Autor jest przekonany, że przy zwracaniu bacniejszej uwagi na pozaotrzewnowe oraz wewnątrzotrzewnowe ograniczone ropnie pochodzenia trzustkowego i rozpoznawanie tego cierpienia będzie częstsze i zabiegi chirurgiczne — pomyślniejsze, niż dotychczas.

W. Zurakowski.

290. W. MASSIN. **Przypadek nabłoniaka wrodzonego, pochodzącego z istoty emaliowej zęba.** (*Virch. Arch. T. 136, Z. 2*).

Dziecko, płci żeńskiej, przybyło na świat z dwoma guzami wystającymi z jamy ustnej, wskutek czego nie mogło zamykać ust, a warga górna była stale podniesiona; przy dokładnym badaniu okazało się, że guzy, z których jeden był wielkości orzecha tureckiego, a drugi — wiśni, siedzą na wolnym brzegu dziąseł szczęki górnej. Guzy nie krwawią, są niebolesne, dość twarde, mają szypuły szerokie i pokryte są prawidłową błoną śluzową. Ponieważ dziecko nie mogło ssać, usunięto guzy powyższe za pomocą pętli jedwabnych, nałożonych na szypuły i odcięto guzy nożyczkami; miało to miejsce czwartego dnia po urodzeniu się dziecka.

Rozpoznanie pierwotne brzmiało: włókniak dziąsła wrodzony; po dokonaniu jednakże badania drobnowidzowego okazało się, że cały prawie nowotwór (resp. obydwa guzy) składa się z pierwiastków nabłonkowych prawidłowo nałożonych, oraz z nielicznych włókiełek tkanki łącznej, należy przeto ów guz do grupy nabłoniaków, któremu w danym przypadku dała początek istota emaljowa zarodkowych zębów.

W. Zurakowski.

291. Prof. H. BRAUN. **O porażeniach uciskowych w zakresie splotu ramieniowego,** (*Deut. Med. Woch. Nr. 3, 1894*).

Opisuje tu Braun kilka przypadków porażień w zakresie splotu ramieniowego, powstałych wskutek ucisku w długotrwałych operacjach pod narkozą (*Narkosenlähmungen*) lub też po zastosowaniu sztucznej bezkrwistości. Pierwsze powstają wskutek ucisku, wywieranego na splot ramieniowy przez obojczyk lub przez główkę kości ramieniowej w długotrwałej hyperabdukcji. W przypadku ucisku splotu pomiędzy obojczykiem i 6—7 kręgiem szyjowym porażenia były bardzo rozległe w terytoryjach wszystkich prawie nerwów splotu, ponieważ ucisk działał tu na splot cały wysoko. Porażenia, powstałe wskutek ucisku splotu przez główkę kości ramieniowej są mniej rozległe, dotyczą tylko pojedynczych nerwów np. n. pośrodkowego lub łokciowego. Rokowanie i leczenie porażień takich nie różni się od rokowania i leczenia porażień uciskowych wogóle. Najczęściej porażenia takie zdarzają się przy amputacji sutki z wyluszczeniem gruczołów pachowych, gdyż tu abdukcja niezbędna jest przy operacji; mogą się zdarzyć jednak i przy innych operacjach, gdy asystent nadto gorliwie ręce odciąga od pola operacyjnego. U Brauna naj-

cięższy przypadek (porażenia w zakresie obu splotów ramieniowych) zdarzył się przy wycięciu odźwiernika. B. przypuszcza, że i porażenia podczas snu powstające prawdopodobnie są również skutkiem podobnych pozycji.

Co do porażen po sztucznej bezkrwistości, to panuje powszechnie mniemanie, że zdarzają się one tylko przy skrępowaniu kończyny rurką gumową, nigdy zaś przy zastosowaniu gumowego bandaża taśmowego. Z tych to nawet względów rurka ustąpiła obecnie miejsca taśmie. Porażenia mogą jednak wystąpić i przy użyciu taśmy, gdy ucisk jest zbyt silny. Na dowód tego przytacza B. 4 przypadki. Ponieważ operacje wykonywają się najczęściej na kończynach wychudłych i zanikłych, nic więc dziwnego, że mięśnie nie chronią tu dostatecznie nerwów od ucisku. Na kończynach dolnych porażenia po sztucznej bezkrwistości nie zdarzają się nigdy. Krępując ramię, trzeba, porażenie mając na widoku, nie krępować zbyt silnie i unikać tego miejsca, gdzie nerw promieniowy obwija się koło kości ramieniowej.

Dzierżawski.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

292. Na zjeździe Wiedeńskim dr. Hammerschlag podał metodę ilościowego oznaczania pepsyny, metody takiej brak było zupełny i zazwyczaj obecność pepsyny oznaczano jakościowo, sądząc zresztą o jej istnieniu i sile z siły trawienia sztucznego. H. podaje sposób następujący: 3 grm. kupnego białka rozpuszczamy w 250—180 cm. 4⁰/₀ roztworu kwasu solnego, ponieważ część białka nie rozpuści się roztwor otrzymany zawiera około 1⁰/₀ tej substancji. Bierzemy po 10 cm. sz. tego roztworu do 3 epruwetek i dodajemy do I-ej 5 cm. danej zawartości żołądka, do II-ej 5 cm. wody, do III-ej 5 cm. zawartości + 0,5 gm. pepsyny. Po zmieszaniu napełniamy każdą z powyższych mieszanin epruwetkę Esbach'a aż do U, wstawiamy do termostatu przy 3⁰ C. na godzinę i następnie dolewamy płynu Esbacha jak przy oznaczaniu białka w moczu. Po 24 godzinach z ilości osadu sędzimy o ilości pozostałego t. j. strawionego białka i sile trawiennej danego soku. Spostrzeżenia na chorych dowiodły, iż w przewlekłych nieżytach żołądka zwykle ilość pepsyny, jak również HCl, bywa zmniejszona tem więcej, im nieżyt trwa dłużej. Im zmniejszanie ilości pepsyny jest znaczniejsze tem rokowanie gorsze. W nieżytach wtórnych u suchotników, w wadach serca, chemizm żołądka często jest normalny, niekiedy ilość pepsyny i HCl zmniejszona. Autor radzi w nieznacznych stopniach nieżyty podawanie HCl, w bardziej silnych pepsyny i wody słonej (Boas). W nerwicach żołądka badania wykazały, w większości przypadków, upośledzenia siły trawiącej, niezależnie od ilości HCl.

Wahania były zazwyczaj znaczne, zazwyczaj jednak w neurastenii i gastropotosis z atonią siła peptonizująca zmniejszona. W sokotoku żołądka zazwyczaj siła peptyczna zwiększona, osobliwie przy powikłaniu rozszerzeniem. Przy stosowaniu soli karlsbadzkiej i przepłókiwaniu żołądka polepszenie, któremu stale towarzyszyło zmniejszenie ilości pepsyny. W raku żołądka stale zupełne zniesienie siły trawiącej. Zupełnie normalną siłę peptyczną znajdował autor w rozszerzeniach wtórnych skutkiem bliznowego zwężenia odźwiernika, niekiedy zdolność peptyczna w tych razach była zwiększona. (Wien. Med. Presse Nr. 3).

J. Zawadzki.

293. Charrini Duclert dowiedli szeregiem doświadczeń na zwierzętach, że **w różnych stanach otrucia** (zwykłemi środkami chemicznymi, lub produktami działania bakteryj) organizm ulega łatwiej, niż zwykle, działaniu wszelkiego nań zarazka. Zależy to od tego, że na takim zmienionem podłożu zaszczipione bakteryje mnożą się szybciej, niż normalnie, a przez to i ilość wytwarzanego przez nie jadu jest większą. (Sem. méd. Nr. 43).

W. J.

294. Schwartz obserwował **przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego**, w którym wytwarzał się kilkakrotnie ropień w okolicy pępka, na linii środkowej. Chory ten został na drodze operacyjnej zupełnie wyleczony. Tuffier widział przy tej samej chorobie przypadek otoku ropnego przestrzeni Retzius'a, a Monod—dwa przypadki ropienia w lewym dole biodrowym. (Sem. méd. Nr. 43).

W. J.

295. Mairet et Bose przekonali się już dawniej, że **surowica krwi jednych zwierząt** (ludzie, psy) **może zabijać drugie** (króliki), a to dzięki posiadany przez siebie własnościom trującym i ścinającym białko. Chcąc przekonać się, jaka mianowicie część składowa surowicy krwi powyższe własności posiada, autorowie ścinali surowicę z początku wysokim absolutnym lub eterem. Oddzieliwszy część płynną i odparowawszy ją, rozpuszczali pozostały osad w wodzie i szczepili go zwierzętom. Pozostały one zupełnie zdrowe. A więc części jadowite i ścinające białko znajdują się w tej części surowicy krwi, która zostaje przez wysoką i eter strąconą. To ostatnie stwierdzili autorowie na drugiej seryi doświadczeń, w której szczepili zwierzętom część surowicy krwi, strąconej przez wysoką a następnie w wodzie rozpuszczonej. W następnej seryi doświadczeń autorowie strącali surowicę krwi spirytusem, poczynając od 30⁰-ego do 80⁰-ego. Okazało się, że spirytus 30⁰ pozbawia surowicę krwi własności strącających, mocniejszy zaś pozbawia ją tej własności, ale pozostawia jej własności w różnym stopniu stosownie do stężenia użytego alkoholu. Można więc związki ścinające białko od czysto trujących oddzielić. Obydwa te związki są natury białkowej, jak tego szereg odczynów zasadniczych dowodzi. (Rem. méd. 43).

W. J.

296. Prof. Ziehen z Jena przeprowadził **badania nad zachowaniem się odruchu ścięgna Achillesa** u 1900 chorych umysłowo. Badania te doprowadziły autora do wniosku, że odruch ścięgna Achillesa jest zarówno czułym, a może nawet i czulszym odczynnikiem dla

pewnych chorób ośrodkowego ustroju nerwowego jak i odruch stopowy. Niezbitych jednakże danych nie daje on, podobnie jak i tamten. Na szczególną uwagę zasługuje brak jedno lub też obustronny odruch ścięgna Achillesa. Brak ten o ile spostrzegany zostaje u chorego umysłowego, wskazuje z wszelkiem prawdopodobieństwem na dementia paralytica lub też lues cerebri; w drugiej zaś linii na dementia senilis i alkoholizm przewlekły. (Deut. Med. Woch. Nr. 33—34 1894 r.). H. K.

297. **Dwa przypadki ciał obcych w odbycie** podaje la Normandie médec. W pierwszym chory przez zbytki wprowadził do odbytu szklankę o średnicy 7 cm. Podjęte przez chorego a następnie i lekarzy usiłowania dla usunięcia szklanki nie dały żadnych wyników, również bez skutku było rozcięcie zwieracza i dopiero po wyluszczeniu kości ogonowej szklankę udało się wydostać. Chory wyzdrowiał. Drugi przypadek dotyczył 70 letniego starca, który dla zatamowania krwotoku z guzów krwawnicowych wprowadził sobie flakon od wódki kolońskiej również o średnicy 7 cm. I w tym przypadku rectotomia pozostała bez skutku i trzeba było rozbić flakon i wyjmować cząstki oddzielnie. Chory również wkrótce wyzdrowiał. J. Z.

298. Na jednym z posiedzeń zjazdu francuskich nuternistów, który odbył się w Lugdunie 25—29 Października r. b. de Ceremille z Lozanny zaproponował **nowy sposób leczenia suchego zapalenia płucnej**. Mianowicie przez wstrzykiwanie wyjałowionej oliwy w celu oddalenia od siebie listków opłucnych których tarcie sprowadza właśnie ból. Tarcie nie ustaje odrazu, ból jednak zmniejsza się znacznie. Leczenie to ma być zupełnie bezpieczne. (S. M. 60). H.

299. Znane są liczne przypadki samoistnych guzów dobrotliwych, wychodzących z luźnej tkanki łącznej pomiędzy blaszkami więzów szerokich macicy, co się zaś tyczy złośliwych nowotworów, to w literaturze nie ma odpowiedniego spostrzeżenia. Pozzi nawet zaprzecza możliwości istnienia pierwotnych guzów złośliwych w tkance łącznej więzów szerokich i uważa je za wtórnie wrastające z jajników, macicy lub otrzewny. Brandt, z kliniki prof. Sławińskiego, **opisuje przypadek pierwotnie powstałego pomiędzy blaszkami więzu szerokiego mięsaka**. 28-letnia dziewczica bardzo wyniszczona, z obrzękiem stóp, posiada guz, wychodzący z małej miednicy; guz ten otacza macicę i unosi ją do góry, przy badaniu nie można określić miejsca jego powstania. Ze względu na znaczne wyniszczenie zaniechano operacji; guz rósł bardzo szybko i po miesiącu chora z wyniszczenia zmarła. Badanie pośmiertne wykazało guz w więzach szerokich, otaczający dookoła macicę i nie będący w związku z sąsiednimi narządami, więc samoistnie powstały z luźnej tkanki łącznej więzów szerokich; badanie drobnowidzowe ujawniło mięsak (sarcoma globocellulare). (Żurn. akusz. i žensk. bol. Nr. 7 i 8 r. 1894). Wł. Stan.

300. Pozostawiając na stronie przypadki, w których pomoc operacyjna jest niezbędna, jako to wypadnięcie pepowiny, łożysko przodujące, poprzeczne ułożenie płody i t. d. Rudolf Dohrn **zaleca duże**

umiarkowanie w stosowaniu sztucznej pomocy w przebiegu porodu. Na zwiększenie liczby operacyj porodowych wpłynęły: tkliwość otoczenia rodzącej, łatwość w uzyskaniu pomocy akuszerkiej i wyniki antyseptyki, usuwającej różne powikłania w następstwie porodu sztucznego. Zastosowanie kleszczy wywołuje większe obrażenia części płciowych rodzącej, niż poród prawidłowy, co się zaś tyczy antyseptyki, to nie można bezpiecznie polegać na niej, ponieważ zdrowie położnicy zależy od wielu okoliczności: od zachowania się samej położnicy, od jej otoczenia, od czystości akuszerki i innych, których lekarz nie może być pewnym. Lepiej więc pozostawić poród, o ile nie ma poważnych wskazań, siłom natury; szczególnie zaleca to autor w położeniach pośladowych. Powołaniem lekarza jest niesienie pomocy z zaparciem się siebie, powinien więc działać wyczekująco, wątpliwe zaś laury po stosowaniu niepotrzebnie zabiegu operacyjnego nie powinny go nęcić. (Samml. klin. Vorträge Nr. 94 1894 r.) *Wł. Stan.*

Korespondencyja Kroniki lekarskiej.

Paryż 28/10 1894 r.

Przybywszy do Paryża w celu obznajmienia się z nową metodą leczenia dyfterytu, przedewszystkiem udałem się do Instytutu Pasteur'a przy ulicy Dutot. Tu znalazłem znanego naturalistę p. Danysza, który stale pracuje w oddziale prof. Miecznikowa. Dzięki uprzejmości p. D. zwiedziłem cały Instytut, a szczególnie oddziały, w których pracują nad kwestyją dyfterytu. Prof. Roux, dr. Martin i dr. Chaillon wyłączenie poświęcają się obecnie tej kwestyi, pracują bowiem ciągle nad immunizacją zwierząt oraz stale wykonywają kontrolę bakteriologiczną chorych, leczonych nową metodą. Cały dość duży pokój jest tu urządony jako wielki termostat, do którego prowadzą drzwi z oddzielnego korytarza. Wszedłszy do tego termostatu jest się jak w łaźni, pokój ten bowiem jest doskonale do odpowiedniej temperatury ogrzewany rurami, w których stale krąży woda ciepła, specjalny regulator utrzymuje ciepłotę tej przestrzeni na żądanej wysokości. W pokoiku tym półki przy ścianach zastawione są kolbami (Fernbacha) z hodowlami buljonowemi laseczników Löfflera. Materiał ten ma służyć do dalszych badań i immunizacji zwierząt. Ponieważ lasecznik dyfterytyczny najlepiej się rozwija przy dopływie wilgotnego powietrza, kolby te są tak urządzone, że warunek powyższy ma miejsce. Kolba (Fernbacha) posiada 2 rurki: doprowadzającą i odprowadzającą. Pierwsza połączona jest z kolbką małą, napełnioną wodą, powietrze tu dostaje się przefiltrowane przez watę, następnie przeszedłszy przez wodę wpada do kolby Fernbacha, z kądem przez rurę odprowadzającą

wydstaje się na zewnątrz. Sposoby przygotowania surowicy, immunizacji zwierząt oraz określanie siły surowicy leczniczej nie są tu trzymane w tajemnicy.

Prof. Roux szczegółowo ogłosił wyniki swych badań w tym kierunku, Dr. zaś Martin miewa 3 razy tygodniowo tak zwane conférences dla lekarzy. Są to po prostu wykłady praktyczne, dotyczące bakteriologii dyfterytu, immunizacji zwierząt, otrzymywania surowicy i leczenia cholerych. Wykłady te są poparte demonstracją i prawdziwie pożyteczne. Ponieważ surowica nie może ulegnąć sterylizacji, a zatem przy jej zbieraniu muszą być zastosowane pedantycznie przepisy czystości i sterylizacji naczyń i narzędzi, ażeby o ile można uniknąć zanieczyszczeń. Surowica więc lecznicza może być przygotowywana tylko przez ludzi nauki, nie może być przedmiotem handlu; tylko instytucje naukowe mogą dawać gwarancję co do sumienności i dokładności przygotowania podobnych środków leczniczych. W Instytucie Pasteur'a na stajniach są utrzymywane tylko 3 konie, dostarczające surowicy, więcej koni (podobno 24) znajduje się już na fermie, należącej do Instytutu, gdzie immunizacja tych koni została już rozpoczęta. W chwili, gdym zwiedzał pierwszy raz Instytut mogłem się naocześnie przekonać o miejscowej reakcyi, jaka występuje u koni po zastrzyknięciu im toksyny. Iniekcje odbywają się pod skórą nad łopatką w miejscu tem występuje dość znaczny obrzęk i zjawia się reakcja gorączkowa. Dotychczas Instytut zaledwie dostarcza surowicy w dostatecznej ilości na potrzeby szpitali, w których odbywa się leczenie chorych nową metodą. Później, gdy większa ilość koni będzie uodpornionych i surowica otrzymywaną w większej ilości, wszyscy lekarze Francyi będą zaopatrywani w ten środek. W tym też celu odbywają się powyżej wspomniane konferencyje, ażeby lekarze byli dostatecznie obznajmieni z nową metodą.

Liczba lekarzy, uczęszczających do Instytutu i szpitali, z każdym dniem się powiększa. Są to przeważnie francuzi, liczba cudzoziemców jest nieznaczna, tych ostatnich prawdopodobnie powstrzymuje od przyjazdu rozpowszechniona wiadomość, że surowica nie będzie udzielana. Aczkolwiek surowica przygotowana w warunkach dokładnej czystości, może być przechowywana w ciemności dość długo, w każdym razie sądzę, że jeżeli działanie jej lecznicze będzie stwierdzone stanowczo, to większe miasta będą musiały posiadać własne stacje, produkujące surowicę na pewne okolice. Wprawdzie surowica może być wysuszona i wówczas na dalekie przestrzenie przewożoną, suchy jednak przetwór ma te niedogodności, że rozspuszczony w wodzie i zastrzyknięty wywołuje lokalne obrzmienie, czego nie bywa przy użyciu surowicy naturalnej.

Przejdźmy teraz do szpitali i zobaczymy w jakich warunkach odbywają się tam badania naukowe na chorych. Dwa są szpitale w Paryżu, które przyjmują udział w sprawie leczenia dyfterytu nową metodą. Pierwszy szpital, w którym dr. Roux rozpoczął swe badania na chorych był L'hospital des Enfants malades przy ulicy de Sévres.

Wyniki przedstawione na kongresie w Buda-Peszcze były owocem badań na oddziale dyfterytycznym w tym szpitalu. W chwili, gdy wchodził do tego szpitala przywieziono dziecko dotknięte dyfterytem. Policjant, który stale ma posterunek przed szpitalem, zaraz wprowadził fiakra na podwórze szpitalne w celu dokonania dezynfekcyi karety, w której chore dziecko zostało przywiezione. Dezynfekcyja ta odbywa się za pomocą dokładnie wykonanej pulweryzacyi wnętrza karety roztworem sublimatu. Pulweryzacyja ta odbywa się przy użyciu specjalnej pompki, budowa i wielkość jej przypomina bardzo pompki używane do polewania ulic. W szpitalu des Enfants malades istnieje cały pawilon t. z. pavillon Trousseau poświęcony dla chorych dyfterytycznych. Wogóle zaznaczyć muszę, że szpitale tutejsze (przynajmniej te dwa szpitale dla dzieci, o których tu mowa) są zbudowane na dość rozległych przestrzeniach, pawilony oddzielne pośród ogrodów, każdy prawie pawilon posiada oddzielnie ogrodzone miejsce, przeznaczone dla zabawy na świeżem powietrzu. W podobnem otoczeniu znajduje się pawilon dyfterytyczny. W bramie, która prowadzi do pawilonu chorób zakaźnych jest wmurowana wielka marmurowa tablica, poświęcona pamięci 8 młodych lekarzy internów (od 21 do 25 lat) którzy w różnych epokach czasu, ratując dzieci dyfterytyczne, przypłacili śmiercią obowiązki swego powołania i zginęli z powodu tejże choroby. Pod taką egidą „memento mori“ przechodzi się do obszernego bardzo podwórza respect. ogrodu, gdzie znajduje się wspomniany pawilon Trousseau. Oddział ten jest zbudowany z drzewa i składa się właściwie z 2 pawilonów, równolegle postawionych, połączonych poprzecznym passażem, przy którym znajdują się gabinety lekarskie, salka operacyjna oraz lokacyja gospodarza oddziału. W jednym pawilonie mieści się sala dla chopeców, w drugim dla dziewcząt (po 16 łóżek każda) przy każdej z tych sal jest oddzielny pokóik (na 2 łóżka) do oddzielania chorych. Sale są widne, wysokie, względnie jednak co do ilości łóżek powiedziałbym za mało obszerne. Pośród każdej sali znajduje się piec z dwoma kominkami, w których stale ogień jest utrzymywany. Wszelkie opatrunki, waciki oraz zabawki (po wyjściu każdego dziecka) zostają spalone.

Co do zabawek nadmienię, że każde dziecko bawi się tylko swemi własnymi zabawkami inaczej przedmioty te mogłyby być roznosicielami zakażenia od jednego chorego do drugiego.

Na stole, pośród sali stojącym, znajduje się, kuchenka gazowa, służąca wyłącznie do celów sterylizacyi oraz waporyzacyi roztworu kreozotu. W naczyniu (rodzaj miski) blaszanem jest przygotowany roztwór kreozotu (łyżka na 3 litry wody). Naczynie to wraz z roztworem tym 2 razy dziennie stawia się na wspomnianej kuchence, ażeby podczas gotowania pary kreozotowe nasycaly powietrze danej sali. Szpatle, kanki do sprycowania gardła, stale znajdują się w roztworze kw. karbolowego.

Czystość i porządek są tu wzorowe. Postęgu przy chorych na każdej sali spełniają po 2 służące doskonale wyćwiczone, opiekę zaś nad chorem ma dozorczytni t. z. surveillante du pavillon. Cały per-

sonel danego pawilonu, służba, dozorczyńni, lekarze, oraz wszyscy lekarze zwiedzający oddziały, podczas pobytu na salach muszą być odziani w długie szlafroki płócienne, które przy wyjściu zostawiają w oddzielnym gabinecie. Wogóle ktokolwiek wchodzi na oddział obowiązany jest przywdziać ten ubiór (odwiedzać chorych mogą tylko rodzice i dziadkowie, pobyt u chorego dłużej nad 10 minut jest wzbroniony). Przy wyjściu z oddziału wszyscy mają pod dostatkiem wody, mydła i sublimatu dla obmycia się.

Szefem oddziału jest dr. Lebreton, internem dr. Madeleine, zastrzykiwania zaś surowicy odbywają się pod kierunkiem d-ra Chaillon. O stosowaniu surowicy powiem w końcu niniejszej korespondencji, tu tylko dodam, że u chorych w tym szpitalu obok zastrzykiwania surowicy leczniczej stosowane są płókania i szprycowania gardła i ust bądź roztworem kw. bornego, bądź roztworem liq. Labarraque. Użycie sublimatu lub kw. karbolowego jest wzbronione, dr. Roux przekonał się bowiem, że użycie wspomnianych środków nader szkodliwy ma wpływ na chorych leczonych surowicą. W braku zdaje się dobrego operatora pomimo zalecania intubacji przez dr. Roux w tym szpitalu stosowana bywa w razie potrzeby tracheotomija. Ponieważ operacja ta otwiera znakomicie wrota do następnych zakażeń, ażeby choć w części tamować te ostatnie, poleca dr. Roux wstrzykiwania do rurki tracheotomijnej resp. oskrzeli 1 cm. olejku mentolowego 4^o/_o (olejek migdałowy z mentolem). Wstrzykiwania te są tu powszechnie stosowane, każde dziecko po tracheotomii posiada własną rurkę kauczukową, przechowywaną oddzielnie, w roztworze kw. bornego, przez którą wspomniane wstrzykiwania są wykonywane.

Obok powyższego leczenia stosowana jest pożywna dyjeta.

Na podstawie materiału klinicznego, zebranego w tym szpitalu, przy ciągłej kontroli bakteryjologicznej przyszedł dr. Roux do przekonania, że jest niezbędne pewne segregowanie chorych, że podczas pobytu chorych w szpitalu mogą następować wtórne zakażenia, niekorzystnie wpływające na przebieg zasadniczej infekcji. Z tych to względów przy rozpoczęciu leczenia chorych surowicą w drugim szpitalu, mianowicie w szpitalu Trousseau przy ul. Charenton uwzględniono segregowanie chorych oraz jeszcze większą uwagę zwrócono na odosobnienie każdego chorego. Przedewszystkiem urządzono tu oddział wstępny obserwacyjny (pavillon des douteux), przez który przechodzi każde nowowstępujące dziecko. Kuracja zaraz zostaje rozpoczętą i chory pozostaje dopóty, póki rozpoznanie bakteryjologiczne danej formy dyfterytu nie zostanie wykonane. Oddział ten składa się z baraków murowanych (po 8 łóżek), połączonych balkonami z barakiem środkowym, gospodarczym. Wszystkie trzy baraki stoją w jednej linii i przez środek takowych (przez balkony) idzie korytarz.

Po bokach tego korytarza znajdują się same oddzielne pokoiki, ponieważ ściany tych pokoiów prawie całe składają się z okien, umieszczone w nich dzieci siedzą jakby w klatkach, a dozór przez to staje się łatwiej możliwy. Stanąwszy w jednym z tych pokoiów, widać

co się dzieje w sąsiedztwie. W każdym pokoiku obok łóżka, stoliczka krzeselka znajduje się kominek. Każde dziecko ma oddzielną kankę do przestrzykiwań i oddzielny szpateł do badania gardła, jak jedno tak drugie stale znajduje się w wodzie karbolowej; szpateł po każdym użyciu zostaje przepalony nad lampką spirytusową. Ściany malowane olejno i podłogi kamienne pozwalają na częste zmywanie i czyste utrzymywanie tych pokoików. Gdy chory z danego pokoiku wyjdzie bielizna i pościel podlegają parowej dezynfekcyi. Niezwłocznie po przybyciu każdego chorego za pomocą igły łopatkowo spłaszczonej na końcu i uprzednio przepalonej, wykonywa się przeszczepianie zarazków, zebranych od chorego do epruwetek z surowica. Epruwetki te są odsyłane do Instytutu Pasteur'a, gdzie są bardzo starannie badane. Badania bakteryjologiczne są wykonywane nie tylko na wstępie chorego do szpitala, lecz często także i w przebiegu choroby, daje to wskazówki co do zakażeń następczych. Zasiwanie zarazków do epruwetek wykonywają albo sami lekarze, albo najczęściej dozorczyńie, które są w tym względzie doskonale wyuczone.

Po dokładnem rozpoznaniu bakteryjologicznem chory z oddziału obserwacyjnego zostaje przenoszony do właściwego oddziału dyfterytycznego, który nosi nazwę „pavillon Bretonneau“. Pawilon ten przedstawia budynek drewniany o 2 wielkich salach, każda na 16 łózek, w końcu każdej sali są po 2 oddzielne pokoiki (po 2 łóżka) dla separacyi chorych po tracheotomii. Jedna z tych sal jest przeznaczona dla chorych zakażonych wyłącznie tylko lasecznikiem Löfflera, druga znów sala dla form mieszanej infekcyi to jest tak zwane diphtherie à associassons. Taka segregacyja chorych zapobiega zjawianiu się u chorych czysto dyfterytycznych infekcyi mieszanej podczas pobytu na oddziałach szpitalnych. Rozumie się, że wszelkie przepisy czystości, dezynfekcyi, odosobniania chorych są tu przestrzegane bardzo starannie podobnie jak w oddziale obserwacyjnym. Kierunek leczenia pozostaje ten sam, gdyż tak pawilon obserwacyjny jak i pawilon Bretonneau jest pod opieką tych samych lekarzy. Szefem oddziału jest dr. Moissard, internem dr. Bergault, wstrzykiwania surowicy odbywają się pod kierunkiem i kontrolą bakteryjologiczną d-ra Martin. Co do leczenia chorych, to w tym szpitalu obok środków używanych i w szpitalu des Enfants malades są jeszcze stosowane tuszowania błon rzekomych kw. salicylowym w glicerynie (1 : 10). W przypadkach komplikacyi są stosowane i inne środki farmaceutyczne wewnątrznie (jak Natr. salicylic., kofeina). Na zapytanie moje, czemu dla czystości obserwacyi nie jest wyłącznie stosowana surowica, odpowiedziano mi, że do kuracyi dawniej praktykowanej dodano nowy czynnik t. j. surowicę i że tym sposobem i tak będzie można porównawczo ocenić doniosłość nowej metody leczniczej.

Jeżeli nieco dłuższy opis poświęciłem szpitalom, z umysłu to zrobiłem, chcąc niejako dać obraz tych warunków, w jakich się odbywa obserwacyja kliniczna, główne kryterjum doniosłości praktycznej nowej metody.

Pierwsi Behring i Kitasato wykazali własności lecznicze surowicy zwierząt uodpornionych przeciwko błonicy i tężcowi. W sprawie leczenia dyfterytu zasługa Roux polega na tem, że odkrył pierwszy toksynę, jaką produkują laseczники Löfflera. Wstrzykując toksynę dyfteryryczną zwierzętom w stopniowo powiększanych ilościach wywołać można odporność tych zwierząt na zarazek dyfteryryczny. Przekonano się najpierw na zwierzętach, że surowica tak uodpornionych zwierząt nie tylko posiada własności ochronne przeciwko dyfterytowi, lecz również ma własności lecznicze.

Pomijam tu szczegóły produkowania toksyny, określania jej siły, immunizowania zwierząt, określania jej siły leczniczej lub surowicy, jednym słowem wszystkie szczegóły produkowania surowicy leczniczej gdyż na innem miejscu to omówię. Tu tylko dodam, że nie są to jak nadmienilem rzeczy wcale tu w tajemnicy trzymane. Przeciwnie tu we Francji zrobiono wszystko, ażeby lekarzy obznajmić dokładnie nie tylko ze stosowaniem surowicy leczniczej, lecz i z produkowaniem takiej. Byłem świadkiem immunizowania koni oraz puszczania krwi i zbierania surowicy leczniczej. Prof. Nocard zwykle sam dokonywa upustu krwi u koni dostatecznie uodpornionych.

Surowica lecznicza jest zbierana do flakonów, uprzednio wyjałowionych (około 200 cm. objętości) i w tych flakonach do oddziałów szpitalnych jest dostarczana. W korku kauczukowym przechodzą 2 rurki szklane, z których jedna krótka jest zatkana watą i służy do regulowania ciśnienia wewnątrz flakonu, druga zaś długa sięga blisko samego dna i służy do wyciągania przez nią za pomocą szprycki surowicy leczniczej. Wstrzykiwania surowicy odbywają się za pomocą specjalnej szprycki szklanej, zawartości 20 c. Szprycka ta zupełnie na oddzielne części rozłożoną być może, tłok zaopatrzony jest w płytki kauczukowe. Wogóle budowa tej szprycki i gatunek materiałów użytych, jest taki, ażeby przed każdym jej użyciem można było ją wysterylizować przez gotowanie w wodzie. Na kankę szprycki nakłada się rurkę kauczukową około 15—20 c. długości, a dopiero na koniec tej rurki nakłada się igłę Prawaź'a. Szprycka wraz z rurką i igłą, jak powiedziałem, przed każdym użyciem w ciągu 20 minut zostaje wygotowaną w wodzie. Surowica ma zwykły wygląd surowicy krwi, niekiedy zamiast koloru żółtego, posiada kolor różowy, zależy to od domieszki czerwonych ciałek krwi, które nieraz w postaci osadu układają się na dnie flakonu. W każdej flaszeczce surowicy znajduje się kawałek kamfory, wielkości grochu polnego, ma on mieć działanie dezynfekcyjne.

Po dokładnem obmyciu skóry sublimatem, wstrzykiwania odbywają się w tkankę podskórną bocznych części brzucha. Obok ukłócia igłą, wstrzykiwania nie są bolesne, starsze dzieci znoszą je dobrze, młodsze dzieci płaczą. Bezpośrednio po zastrzyknięciu występuje w tkance podskórnej obrzmienie wielkości jaja kurzego, które szybko wskutek wchłaniania surowicy ginie. Zaraz po zastrzyknięciu przykłada się kawałek waty hygroskopijnej, w miejscu ukłócia igłą zwy-

kle ona zasycha. Każde dziecko, które do oddziału dyfterytycznego przybywa, nim jeszcze rozpoznanie bakteryjologiczne zostanie wykonane, otrzymuje injekcję w ilości 10--20 czs. surowicy leczniczej. Takie wstępne zastrzyknięcie ma cel podwójny mianowicie ma to służyć jako szczepienie ochronne, jeżeli dany osobnik nie jest zakażony lasecznikiem Löfflera, wówczas 20 cc. wystarcza, ażeby go zabezpieczyć od zakażenia się tym laseczkiem w szpitalu. Jeżeli zaś u danego dziecka badanie bakteryjologiczne wykaże obecność swoistych laseczników, to powyższe 20 cc. sur. stanowiło początek właściwej kuracji i pierwszą dawkę leczniczą. Ilość następnych wstrzykiwań i ilość stosowanej surowicy zależy od natury i przebiegu danego wypadku. Jeżeli lasecznik Löfflera nie został wykryty, wówczas oprócz powyżej wspomnianych 20 czs. surowica dalej stosowaną w danym przypadku nie bywa.

W formach lżejszych błonicy, wywołanej przez lasecznik swoisty niekiedy wystarcza już jedno zastrzyknięcie, w formach cięższych a szczególnie w przypadkach infekcyi mieszanej (gdzie obok bac. Löffleri znajdują się streptococci et staphylococci) ilość surowicy zastosowanej dochodzi summa summarum do 120 cc. Wogóle zaznaczyć muszę, że o ile jest widoczny wpływ leczniczy surowicy w przypadkach czystego dyfterytu, o tyle wpływ ten jest często mało znaczny lub bezskuteczny w postaciach mieszanej infekcyi. Uczęszczając 2 razy dziennie do szpitali tutejszych, na każdym kroku przekonywam się jak sumiennie i trzeźwo napisane było sprawozdanie d-ra Roux przedstawione w Peszcie.

W przypadkach pomyślnego wpływu surowicy leczniczej w 24 niekiedy w 48 godzin temperatura się obniża, przy jednoczesnym spadku pulsu, błony rzekome szybko się oddzielają, objawy krupu łagodnieją.

Przy leczeniu krupu surowicą jest dążność do unikania o ile można tracheotomii, która otwiera drogę do infekcyi płuc; w przypadkach ciężkiej stenozy poleca natomiast Roux intubację. Wogóle, o ile z dotychczasowych obserwacyi sądzić mogę, śmiertelność jest mała, wprawdzie zdarzają się ciężkie komplikacje, lecz jako warunkowane infekcją inną, a nie dyfterytyczną, nie mogą być usunięte przez surowicę antydyfterytyczną. Notatki kliniczne, które zbieram w szpitalach oraz notatki z konferencyi i zajęć moich w Instytucie Pasteur'a posłużą do obszerniejszego sprawozdania. Tu tylko nadmieniam to ogólne wrażenie jakie dotychczas wyniosłem.

Dodam jeszcze, że zainteresowanie się we Francyi nową metodą z każdym dniem wzrasta. Liczba lekarzy, przybywających z prowincyi dla obeznania się z surowicą leczniczą jest b. znaczna. Każdy jednak doznaje nie miłego zawodu skoro się dowiaduje, że surowica dopiero za parę miesięcy udzielaną być może. Sądzę, że o wiele by to ułatwiło produkcję surowicy leczniczej w wielu punktach (resp. większych miastach), gdyby Instytut Pasteur'a zechciał się zająć obok produkowania surowicy końskiej jeszcze przygotowaniem w większej ilości toksyny dyfterytycznej, która służy do immunizacyi zwierząt.

II.

Berlin 13 Listopada 1894 r.

Wracając z Paryża postanowiłem pewien czas pozostać w Berlinie dla przekonania się jak jest tu traktowana sprawa dyfterytu i o ile przedstawiciele nauki niemieckiej są skłonni do szerzenia wiadomości w sprawie nowej metody leczenia dyfterytu.

Przybywszy więc do Berlina, przedewszystkiem udałem się do szpitala Charité, gdzie w oddziale dla chorób infekcyjnych (Abtheilung für Infectionskrankheiten) znajdują się chorzy, dotknięci dyfterytem. Tu istnieją 2 oddziały, w których surowica lecznicza jest stosowana: w jednym chorzy pozostają pod opieką d-ra Kossła, drugi stanowi klinikę prof. Heubnera. Na oddziale Kossła zastałem przeważnie rekonwalescentów, tak że pod względem klinicznym nie mogłem tu być zaspokojony, natomiast dr. Kossel w Instytucie Kocha chętnie mi udzielił wszelkich objaśnień, dotyczących kontroli siły leczniczej surowicy. Przy mnie dr. Kossel wypełniał protokoły doświadczeń na zwierzętach (kontrolując stan zwierząt) oraz dokonał kilku sekeyi świnek morskich padłych wskutek doświadczeń. Zapytany jednak co do szczegółów immunizowania koni i otrzymywania surowicy leczniczej, odpowiedział, że się tem nie trudni i wyjaśnień dać nie może, że fe rzeczy odbywają się w fabrykach. Po tego rodzaju wiadomości udawać się do fabryk uważałem co najmniej za nie właściwe i bezcelowe. Spozstrzegłem się więc, że tu leży granica, po za którą ciekawość moja nie przejdzie. Przechodząc dalej do wędrowki po szpitalach, dodam, że oddziały dla chorych infekcyjnych a więc i dyfterytycznych są pomieszczone w oddzielnych barakach. Sale są dość obszerne widne, malowane olejno, ogrzewane za pomocą pary. W jednym z tych baraków mieści się oddział Kossła, natomiast oddział prof. Heubnera przedstawia grupę 4 baraków, połączonych koncentrycznie balkonami. Jeden z baraków przeznaczony jest dla chorych wątpliwych t. j. takich u których rozpoznanie nie może być na razie jeszcze postawione, jest to więc oddział obserwacyjny, składa się on z kilku oddzielnych pokojów dla segregowania chorych. Drugi pawilon przeznaczony dla odry, trzeci dla szkarlatyny, czwarty dla dyfterytu. W tym ostatnim zastałem kilka przypadków ciężkich z rozpoczętą kuracją, lub też jeż rekonwalescentów (po dyfterycie nosa, krupie). W miarę ciężkości danego przypadku bywa stosowaną większa lub mniejsza ilość surowicy leczniczej, zaznaczyć tu jeszcze należy, że przygotowywane są 2 stopnie (gatunki) Nr. 1, 2 i 3 surowicy, z których każdy reprezentuje odmienną ilość jedności immunizujących. Odnośne szczegóły, co do pojmowania jedności immunizującej oraz co do sposobu określania siły surowicy leczniczej omówię na innem miejscu, tu tylko jeszcze dodam, że stosownie do ciężkości danej sprawy dyfterytycznej chory otrzymuje większą lub mniejszą ilość jedności immunizujących.

Na oddziale prof. Heubnera i Kossła obok leczenia surowicą żadne inne leczenie miejscowe nie ma miejsca. W przypadkach krupu

stosowaną bywa intubacja i tracheotomija. Asystent oddziału, zamieszkujący w baraku, ma stałą opiekę nad chorymi.

Każdy przypadek jest badany bakteryjologicznie, mianowicie, zebrane zarazki od chorego rozsiewane są na płytkach agarowych lub w probówkach, zawierających surowicę.

W szpitalu Moabit surowica antydyfterytyczna jest na małą skalę stosowana. W oddzielnym pawilonie (około 20 łóżek) znajdują się pomieszczeni w 3 salkach (po 6 łóżek) chorzy dotknięci dyfterytem. Nie zastałem tu ani jednej ciężkiej formy tego cierpienia, jeden tylko chłopczyk kilkoletni był jako rekonwalescent po krupie; w chwili przybycia do szpitala niezwłocznie mu wykonano tracheotomię, lecz i tu przebieg był łagodny. Intubacja nie jest tu stosowaną. Asystent oddziału objaśnił mnie, że wogóle natężenie epidemii dyfterytu w tej dzielnicy miasta obecnie jest słabe i dla tego ciężkich form nie spotykają. Każdy chory jest tu badany bakteryjologicznie. Surowica stosowaną jest z fabryki w Höchst.

W szpitalu dla dzieci „Kaiser und Kaiserin Friedrich,“ nie mówiąc już o wzorowych urządzeniach wogóle, a w szczególności co do separacji chorych infekcyjnych, zastałem dość obfity materiał kliniczny w oddziale dla dyfterytu. Wspaniałe urządzenie pawilonu pozwala na segregowanie chorych, dotkniętych krupem, oraz różnemi komplikacjami od rekonwalescentów.

Zastałem tu obrazy różne pod względem objawów klinicznych dyfterytu. Zdziwiło mnie tylko mocno gdy na oddziale tegoż Bagińskiego, który (na podstawie 15 przypadków) potępił niedawno intubację, zastałem takową stosowaną *largam*. Surowica jak mi powiedział dr. Klein, asystent Bagińskiego, stosowaną tu było z 3 źródeł mianowicie surowica Behringa z fabryki w Höchst a M. przeważnie surowica Aronsona z fabryki Scheringa w Berlinie oraz w ostatnich czasach w braku jednej i drugiej zwrócił się Bagiński do Roux z prośbą o udzielenie surowicy — nadesłano tylko 5 flaszeczek t. j. ilość wystarczającą na 5 zastrzyknięć.

Z wędrowek moich po szpitalach Berlińskich wyniosłem w sprawie dyfterytu to samo wrażenie, co ze szpitali paryskich, nie będę go więc powtarzał. Nadmienię tylko, że ile tylko razy dopytywałem się o sposoby produkowania surowicy zawsze otrzymywałem odpowiedź lub wymijającą lub niedostateczną, podczas gdy we Francji starano się o rozpowszechnienie tego rodzaju wiadomości. *J. Bączkiewicz.*

Kilka słów o leczeniu błonicy surowicą krwi.

Berlin d. 11 Listop. 1894

Wiadomo powszechnie, że w celu leczenia błonicy zalecano i zalecają się najrozmaitsze środki, o których skuteczność można było

względnie wyrokować po dłuższych, a przynajmniej kilkoletnich doświadczeniach i po krytycznej ocenie wszelkich odnośnych danych statystycznych. Doświadczenie jakie tu nabywano, osiągało się przeważnie drogą empiryczną. Co się tyczy metody Behringa, sądząc ze słów jej wynalazcy, różni się ona w zupełności od wszystkich dotąd stosowanych, że nie jest wynikiem czystej empirji ale wynikiem konsekwentnych badań nad kwestyją uodpornienia w ogóle i nad działaniem surowicy krwi zwierząt immunizowanych na osobniki dotknięte odnośną chorobą. Badania te były dokonywane przez Behringa, Erlicha i innych i oparte na licznych doświadczeniach na zwierzętach. Zachodzi więc pytanie, czy rzeczywiście nowa metoda leczenia błonicy daje takie same wyniki u ludzi, jakie rzeczeni badacze otrzymywali na zwierzętach. Otóż na mocy tego, co widziałem w tutejszych klinikach i szpitalach (w klinice prof. Heubnera, następcy Henocha, w instytucie dla chorób infekcyjnych, pozostającym pod kierunkiem Kocha, i w szpitalu imienia Fryderyka, będącym pod kierunkiem prof. Bagińskiego) i na mocy tego, co dowiedziałem się od tutejszych lekarzy szpitalnych i praktyków, nie mogę powiedzieć, że środek ten jest o tyle wyjątkowym i skuteczniejszym od innych dotąd zalecanych, ażeby sąd o nim można było wydać wcześniej, niż przed kilku laty, a przynajmniej przed rokiem.

Na mocy tego, o czem własnemi oczyma przekonałem się, to tylko powiedzieć mogę, że do rzędu środków, zalecanych przeciwko błonicy przybył nowy, droższy od wszystkich dotąd znanych, który tem różni się od swoich poprzedników, że nie jest płodem czystej empirji, ale owocem długoletnich i konsekwentnych poszukiwań i jest, że tak rzekę, poniekąd wyrozumuwany. Czy stosowanie go w praktyce ma racyją bytu? Na to pytanie odpowiedzieć mogę, że na mocy oświadczenia Behringa, iż już dotąd wydano 25000 dawek leczniczych tego środka z fabryki w Höchst, i oświadczenia Virchowa, że w szpitalu dziecięcym imienia Fryderyka w Berlinie śmiertelność dzieci chorych na błonicę w czasie stasowania tego środka (fabrykatu Schering'a) była mniejszą niż w czasie przerwy w wydawaniu tego środka, a także na mocy faktu, że nie ogłoszono dotąd żadnych danych, świadczących o szkodliwym działaniu tego środka, przyznać mu należy *względnie racyją bytu*, o tyle, o ile ją przyznajemy rozmaitym innym środkom leczniczym, o których skuteczności nauka jeszcze dotąd nie wyrzekła ostatecznego słowa. Dodać jednak muszę, że widziałem tu pewną ilość dzieci, szczepionych surowicą Behringa, u których przebieg był wcale pomyślny, nie podjąłbym się jednak zaopińować czy przebieg ten był skutkiem leczniczego działania surowicy, czy wynikiem łagodności epidemii. Sam Behring, zarówno jak zwolennicy jego metody zapewniają, że środek ten jest stanowczo skuteczny w początkowym okresie choroby. I zaprawdę widziałem tu sporo przypadków świeżych, które po iniekcyjnych surowicy przebiegały b. pomyślnie; wszelako zauważyć muszę, że w większości tych przypadków infekcyja nie była znaczna, ciepłota ciała nie przechodziła 39^o,

białka w moczu często nie bywało i t. d. Co do chorych, którzy wstąpili już po kilku (5—6) dniach choroby z objawami ciężkimi, silnem obrzmieniem gruczołów, albuminuryją etc. ordynatorzy z góry powątpiewali o skutkach surowicy, gdyż surowica ma specyficzenie działać tylko na laseczniki Löfflera, a nie na komplikacje, spowodowane streptokokami, lub w tych razach, kiedy już w organizmie zaszły poważne zmiany anatomiczne, słowem wskazanie dla wstrzykiwań surowicy leczniczej stanowią wedle poglądów Behringa etc. wypadki całkiem świeże. Przyznać jednak muszę, że i w jednym świeżym przypadku widziałem jedno dziecko w stanie agonii nazajutrz po wstrzyknięciu surowicy. Nie wiem co wykazała autopsya tego dziecka, gdyż już następnych kilka dni trudno mi było skomunikować się z odnośnym ordynatorem, który wtedy wyjątkowo bardzo był zajęty, daleki jestem jednak od przypisywania śmierci dziecka w danym przypadku działaniu surowicy, podobnie jak daleki byłbym w razie wyzdrowienia dziecka od nucenia pochwalnych hymnów na cześć metody Behringa. Ponieważ jednak przeważna większość dzieci, przezemnie tu oglądanych, znosiła ten środek dobrze, pomijając kilka przypadków, gdzie pozostawał ból na miejscu iniekcji lub powstawała niewinna wysypka, przypominająca bardzo wysypkę odrową, przeto powiedzieć mogę, że prócz przypadku o którym wspomniałem, nie znam nic takiego, coby przemawiało za szkodliwością omawianych wstrzykiwań.

W końcu nadmienię że skoro fakt stał się faktem, skoro surowica krwi lecznicza (Heilserum) przeszła z laboratorium do rąk lekarzy, to pożądaną byłoby rzeczą, ażeby środek ten przedewszystkiem wypróbowany był przez czas jakiś w tych szpitalach i klinikach, gdzie w każdym przypadku odbywa się badanie nalotu na obecność laseczników Löfflera i w ogóle gdzie prowadzi się staranna statystyka, kontrola objawów choroby; następnie, ażeby ci z lekarzy, którzy zechcą stosować ten środek w swojej praktyce starannie obserwowali i ogłaszali wyniki swoich spostrzeżeń. W tym razie możnaby też opracować już gotowy szemat dla ułatwienia lekarzom-praktykom notowania niezbędnych danych na wzór tego, jaki w czasie cholery opracowała redakcyja Kroniki Lekarskiej. W ten sposób udałoby się może połączonemi siłami naszych lekarzy wytworzyć pewne pojęcie o przebiegu u nas epidemij błonicy i wyrobić pewne bezstronne zdanie o wynikach stosowania u nas rzeczzonego środka.

B. Polikier.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— **Warszawski szpital dla dzieci** w dniu 23 Września r. b. ukończył ćwierć wieku istnienia — Został założony pierwotnie jako „Zakład leczniczy prywatny Dra Sikorskiego dla chorych dzieci“ w najętym lokalu przy ulicy Solnej pod № 814. Zakład mieścił

26 łózek. Pomoc lekarską pełnili: A. Sikorski—choroby wewnętrzne W. Stankiewicz—chirurgiczne i M. Fonberg—wysypkowe.

W krótkce okazało się, że pomieszczenie przy ulicy Solnej było za szczupłe. Za staraniem osób dobroczynnych uzyskano plac przy ulicy Aleksandrja № 2768 lit. a oraz ustawę zamieniającą zakład leczniczy na szpital. W dniu 3 Sierpnia 1875 r. rozpoczęto przyjmowanie chorych w nowo zbudowanym gmachu szpitalnym przy ulicy Aleksandrja, który mieścił 79 łózek. Pomieszczenie dla chorych wysypkowych było za szczupłe, dlatego w 1884 roku zbudowano w tyle głównego gmachu nowy dom o jednym piętrze.

Obecnie szpital posiada 100 łózek etatowych, których ilość w razie potrzeby może być zwiększoną. Gmach główny zawiera: dwa oddziały wewnętrzne, chirurgiczny wraz z salą operacyjną, oczny; oddziały dla chorób wysypkowych znajdują się w pawilonie i oficynie.

W ciągu pierwszych lat istnienia liczba chorób wynosiła przeciętno po 400 rocznie, a w ambulatorjum udzielano po kilka tysięcy porad. W ostatnich zaś latach ilość stale leczonych w szpitalu przechodziła zwykłą cyfrę 1200 — a ilość chorych w ambulatorjum kilkanaście tysięcy. W ciągu ćwierci wieku t. j. od czasu otwarcia szpitala do dnia 23 Września r. b. leczono ogółem stale w szpitalu 19,258 chorych.

Podobnie jak swe powstanie tak i swoje dalsze istnienie zawdzięcza „szpitalik“ głównie środkom prywatnej dobroczynności. Obecnie utrzymanie rocznie wynosi około 20000, z których zaledwie $\frac{2}{5}$ pokrywa się stałymi funduszami, reszta zaś opłaca się z ofiar osób dobroczynnych.

Personel lekarski obecnie stanowią: lekarz naczelny A. Sikorski. Ordynatorzy: L. Dudrewicz, J. Peszke, A. Malinowski i W. Garliński; lekarz miejscowy L. Rabek i lekarze nadetatowi: R. Jasiński i A. Biegański. Nadto w szpitalu pracują na oddziale chirurgicznym A. Gruzewski, na oddziale wewnętrznym W. Sawicki.

— Prof. H. Hoyer po ukończeniu 35 lat służby opuszcza katedrę histologii. w Uniw. Warszawskim.

— Na Redaktora Pamiętnika Towarzystwa Lek. Warszawskiego w następnym trzechleciu obrano ponownie kol. M. Jakowskiego.

— Ukazał się zeszyt I drugiego tomu „Przeglądu Chirurgicznego,“ zawierający prace oryginalne: *J. Bogdanik*, o leczeniu operacyjnem wypadniętej odbytnicy. *R. Spiro*, Przypadek urazowego zapalenia poprzecznej zatoki żyłnej w następstwie otwarcia wyrostka sutkowego przy ropnem zapaleniu ucha środkowego; wyleczenie, *J. Dąbrowski*, w sprawie podwiązania żyły szyjowej wewnętrznej przy ranach lub guzach w okolicy szyjowej. *Fr. Neugebauer*, Przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie czyli wrzekomej dwupłciowości *W. Harajewicz*, Przypadek ciąży i porodu po przebytem wyjęciu nerki prawej. *A. Czaplicki*, Przyczynek do leczenia przewlekłego wynicowania macicy. Zeszyt ten zdobiał liczne ryciny do pracy *Fr. Neugebauera*.

— W 43 Nr. Medycyny znajduje się praca kol. Szpanboka, w której autor przedstawia nader dodatnie rezultaty, otrzymane po kraniektomii u osobnika, zdradzającego, według słów autora, objawy niedorozwoju umysłowego i braku moralnych poczuć. Świetne rezultaty, o których donosi autor, zaciekawiają i zaciekawić powinny szerokie koło lekarzy; nie wyda się przeto dziwnem, skoro na tem miejscu zwrócimy się do autora ciekawej tej obserwacji z prośbą czyby nie zechciał pokazać operowanego szerszemu kołu kolegów (np. w Towarzystwie Lekarskiem). Kto wie, czy nie udałoby się podczas dyskusyi wyświecić to i owo, na co autor albo nie zwrócił uwagi, albo nie dostatecznie wyświecił. Mamy nadzieję, że autor w celach nauki nie odmówi naszej prośbie.

— Jak donosi Kurjer Warszawski w n-rze z d. 10 b. m. w Warszawie ma być otwarta „fabryka“ dla robienia surowicy końskiej przeciwbłonicowej. Zając się ma fabrykacją prof. Bujwid z Krakowa i kol. Palmirski, Delegowany do Berlina i Paryża kol. Al. Żurakowski w Berlinie nie otrzymał objaśnień co do wyrobu surowicy ponieważ oświadczone mu, iż nie mają zamiaru stwarzania sobie konkurencyi. Dziwi nas bardzo ta potrzeba udawania się bakterjologów po naukę do Berlina. Praca Roux'a, streszczona w z. Zesz. Kroniki tak dokładnie opisuje sposób otrzymywania surowicy, że każdy specjalista może po przeczytaniu przygotować sobie zarówno toksynę jak surowicę. Czy warto więc było narażać się na odmowę pp. bakterjologów berlińskich, o których od lat 4-ch wiadomo, iż więcej na uwadze mają interes własny, niż dobro ludzkości i naukę. Sądzimy, iż nasi bakterjologodzy sami bez postronnej pomocy winni się zająć tą sprawą, o ile ona naturalnie zasługiwać na to będzie pod względem praktycznym.

— Prof. Tomskiego p. uniwersytetu A. Dogiel otrzymał za swe prace z dziedziny histologii układu nerwowego na wystawie higienicznej w Petersburgu złoty medal i nagrodę Bera (złoty medal, portret Bera i 1000 rs.). Prócz tego pewna instytucja amerykańska ofiarowała Sz. profesorowi 250 dolarów na wydanie prac powyższych.

— Jak donosi przegląd lekarski minister oświaty Madeyski przyjmował deputację kobiet, domagających się dopuszczenia na wydział lekarski w Krakowie. Minister oświadczył, że kobiety uczyć się mogą, ale tylko w charakterze gości, na to jednak by stały się studentkami i otrzymywały stopnie—prawa obecne nie pozwalają. (Prz. Lek. Nr. 40).

— Liczba studentów w Jurjewie (Dorpacie) mniejszą jest, niż dawnych lat; dotyczy to głównie słuchaczy wydziału lekarskiego. Największą liczbę studentów miał Dorpat w roku 1890. Oprócz farmaceutów r. z. było 1664, w r. bieżącym zaś 1247. Obecnie farmaceuci nie są zaliczeni do liczby studentów i noszą urzędową nazwę słuchaczy farmacyi. (H. Ped. M. W. 30).

— W Hamburgu wystąpiono ostro przeciw środkom fabrykowanym przez farmaceutów i zalecanym w sążnistych ogłoszeniach przeciw najrozmaitszym chorobom. Środki te na wiarę ogłoszeń uży-

wane przez chorych wywołują u nich często rozmaite zaburzenia, a w każdym razie opóźniają racjonalną pomoc lekarską. Najskuteczniejszym do zwalczania tego nadużycia środkiem byłoby zabronić sprzedaży środków, które nie były stosowane tytułem prób w szpitalach oraz zakazać ogłoszeń i reklam.

— We Francji istnieje od 2 lat dzięki zabiegom Dr. Armain-gaud stowarzyszenie, mające na celu zwalczanie gruźlicy — Ligue contre la Tuberculose. Członkiem może być każdy, płacący składkę 5 fr. Zadaniem ligi jest nie tylko usuwać możliwość zarażenia się gruźlicą, ale i zwalczanie odziedziczonego usposobienia. W tym celu Dr. A. proponuje zakładać domy, w którychby dzieci suchotników mogły przebywać od pierwszych miesięcy życia; dla biednych takie zakłady powinno fundować państwo.

— Na posiedzeniu Tow. Lek. Berlińskiego prof. Marceli Nencki na próżbę prezesa zabrał między innymi głos w sprawie leczenia błonicy surowicą krwi. Według sprawozd. Berl. Kl. Woch. № 45 przytaczamy jego przemówienie, godne ze wszelkich miar zaznaczenia.

„Wyniki, jakie otrzymaliśmy w Petersburgu przy stosowaniu surowicy krwi ogłosił w Berl. Kl. Woch. dr. Smirnow, on to prowadził badania pod moim kierunkiem i do tego dodać nic obecnie nie mogę. Byłem 20 lat profesorem chemii lekarskiej, a znacznie dłużej zajmuje się tą kwestyą. Jako nauczyciel i badacz byłem często w położeniu kłopotliwym skutkiem zagadek, jakie kryje nowoczesna medycyna z bakteriologią na czele. Te tajemnicze, zagadkowe ciała, których ani fizjologija ani chemija nie zdołała jeszcze uchwycić, a już przy pierwszych pracach Kocha dawały mi dużo do myślenia. Sprawa dyfterytu przez prace Roux i Yersin'a, a następnie i niemieckich badaczy stała się o wiele łatwiejszą. Wiemy z nich chociaż to, że chodzi o rozpuszczalną w wodzie toksynę oraz o antitoksynę znajdującą się w surowicy zwierząt odpornionych. Jako chemik starałem się zbadać bliżej tą kwestyję na drodze czysto chemicznej.

Dr. Smirnowowi udało się otrzymać ciało stałe, rozpuszczalne w wodzie i możliwe do wyosobnienia, które leczy błonicę u królików. Z artykułu dra S. wiemy co do sposobu otrzymania, że ciało to otrzymuje się z hodowli l. dyfterytycznych, przez które przepuszcza się stały prąd elektryczny (elektroliza). Im hodowla jest bardziej toksyczną i zawiera więcej toksyny, tem lepszą jest do tego celu. Przy sile 100—120 MA. można w ciągu 18 godzin zmienić na tyle 100—200 cm. buljonu, że buljon który przed tem śmiertelnie działał na króliki, po tej manipulacji i wyjąłowieniu staje się dla nich lekarstwem. Króliki zakażone błonicą już po wystąpieniu objawów choroby, t. j. po 18-24 godzinach mogą być wyleczone przez zastrzyknięcie pod skórę wyżej wymienionego buljonu. To, co tu mówię, dotyczy dotąd tylko zwierząt, lekarzom praktykom dotąd nic jeszcze kwestyja ta pożytecznego nie daje, swoją drogą jest to nowa zupełnie zasada, w której można oczekiwać praktycznych wyników we wszystkich chorobach zakaźnych, w których wytwarzają się toksyny zabój-

cze jak np. w tęczu. Rozumie się, że postęp to wielki, jeśli aptekarz lub bakteriolog nie potrzebuje się uciekać dla przygotowania środka leczniczego do wiwisekcji, a może go przygotować bez współudziału ustroju żyjącego. Budzi się nadzieja — nie jednak orzec dotąd stanowczego nie mamy prawa,—że na tej drodze można będzie otrzymać skuteczne łatwo dające się wydzielać ciała lecznicze. Dla mnie jako chemika-fizjologa jest pocieszającą rzeczą, żeśmy znowu wydarli tajemnicy wszechświata duże pole do pracy, które możemy poddać badaniom na drodze nam dostępnej i dalszym, a ciągłym ulepszeniom. Czy w praktyce lekarskiej da to pozytywne wyniki, czas niedaleki okaże.“

Słowa te naszego badacza notujemy tem skwapliwiej, że padły w chwili wielkiego entuzjazmu i to w ognisku największych zachwytów— w Berlinie. W tym samym numerze znajdujemy też odprawę, daną przez Sz. profesora doktorowi Behringowi, któremu zapoznania pierwszych zasad chemii dowodzi.

— Dr. Bardach prowadzi w Odessie doświadczenia nad leczeniem błonicy surowicą krwi. Dr. B. robił doświadczenia na zwierzętach w r. 1892 i opisał je w Južno-rus. med. gaz. (Nr. 4 1893 r.). Obecnie przygotowuje doświadczenia na większą skalę.

— W Wiedniu urządzono przy instytucie weterynaryjnym pracownię dla otrzymywania surowicy krwi koni uodpornionych na błonicę.

— W Lyonie odsłonięto 28 Października pomnik znakomitego Claude Bernarda. Uroczystość ta wypadła w czasie kongresu internistów co podnosiło jej urok. Pomnik przedstawia uczonego fizjologa w chwili gdy wykonywa doświadczenie.

— Oto dane statystyczne dotyczące leczenia błonicy surowicą: Behring i Kossel stosowali je w 20 przypadkach—śmiertelność 20⁰/₀; Elrich, Kossel i Wasserman 67 przypadków z tracheotomią — śmiertelność 44,9⁰/₀, 153 przyp. bez tracheotomii śm. 23,6⁰/₀, Kartz 128 przyp. śmiertelność 73,2⁰/₀ Weilger 67 przyp. śm. 28⁰/₀, Aronson 192 prz. śmiert. 13⁰/₀, Roux 448 przyp. śmiertelność 24,33⁰/₆. Ogółem leczono dotąd 1081 przyp. śmiertelność średnio 24⁰/₀. (Progr. Méd. str. 410).

— Zdarzył się w Berlinie fakt niezwykły: Behring, niezadowolony ze słusznej postawy Virchowa względem jego taktyki w stosowaniu surowicy w piśmie popularnem, wystąpił z szeregiem nieprzyzwyczajonych insynuacji i wymysłów przeciw nestorowi naszej wiedzy. Virchow zwrócił się z tem do Tow. lekarskiego w Berlinie, które potępiło ten nietakt wysoki i wyraziło najgłębsze uznanie dla swego honorowego prezesa.

— Pewien lekarz paryski został skazany na 3 miesiące więzienia i 300 fr. kary pieniężnej za wydanie świadectwa „przez grzeszność“. Napisał on, mianowicie, na wiarę znanego mu kaprała, iż dziad żądającego świadectwo jest ciężko chory, i, że wnuk z tego powodu musi pozostawać przy nim czas dłuższy. Śledztwo podjęte przez zwierzchników kaprała wykryło, iż dziad tego ostatniego zmarł na 2 lata

przed wydaniem świadectwa, i postawiło lekarza przed sądem, który nie wahał się wydać wyroku surowego. Notujemy ten fakt z tego względu, że i u nas częstokroć wymagają od lekarza świadectw, które jeśli pisać je na wiarę mogą spowodować podobne skutki. (Lion. Med. 269).

— Od pewnego czasu pisma lekarskie francuskie zajmowały się sprawą d-ra Lafitte oskarżonego przez chorą o wywołanie sztucznego poronienia bez jej wiedzy. Ciężkie to oskarżenie, oparte było jedynie na zeznaniu poszkodowanej, dla każdego jednak lekarza tyle nastęrczało się uwag i wątpliwości w tem zeznaniu, że nikt nie wątpił o wyniku sprawy. Tymczasem sąd przysięgłych we Wrześniu, nie bacząc na zdanie ekspertów, skazał d-ra L. na 3 letnie więzienie z utratą czci i dyplomu, a sąd kasacyjny wyrok zatwierdził. Cała prasa francuska specjalna zawrzała oburzeniem, izby lekarskie oraz stowarzyszenie prasy założyły gorący protest przeciw wyrokowi i odwołały się do prezydenta Rzeczypospolitej o ulaskawienie ofiary pomyłki. Prezydent uwzględnił żądanie i wyrok ostatecznie umorzył. Kto jednak zwróci d-rówi L., obarczonemu rodziną wdowcowi, stracony czas i moralne zgryzoty? Dodajmy, że dr. L. za leczenie owej pacjentki, dziewczki do krów, nie brał honoraryjów.

— 500 lekarzy okręgowych na Węgrzech zobowiązało się słowem honoru złożyć urząd i nie przyjmować go na nowo dopóty, dopóki słuszne ich żądania poprawy materialnego bytu nie zostaną zaspokojeni. Pensya lekarza okręgowego wynosi 500 do 600 zł. r. oraz dochody od chorych po 20—30 krajcarów za wizytę. Ostatnie źródło nigdy jednak nie dopisuje. Obecnie już wiele posad tego rodzaju pozostaje bez wynagrodzenia.

— Nadzwyczajny prof, wszechnicy Wiedeńskiej *D. Fryderyk Kraus* powołany został na Katedrę patologii i terapii szczegółowej, oraz na stanowisko dyrektora kliniki lekarskiej do Grazu.

— *Prof. Orana* mianowanym został na katedrę fizjologii w Kadyksie.

— *Prof. Sanado* z Saragossy objął kierownictwo kliniki wewnętrznej w Madrycie.

— Zmarł Dr. med. Włodzimierz Bec, prof. anatomji Kijowskiego Uniwersytetu,

— W Monachium zmarł professor Rosbach znany klinicysta i farmakolog.

— W Paryżu zmarł Antoni Jan Désormeaux, który pierwszy wprowadził do praktyki endoskop w r. 1865.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,
 pomieszczonych w pismach polskich
 w miesiącu Październiku 1894 r.

1. *M. Misiewicz.* Poszukiwania kliniczne nad działaniem kąpieli nasiadowych przy cierpieniach dróg moczopłciowych i innych narządów jamy brzusznej. (Now, Lek. X).
2. *S. Jerzykowski.* Przyczynę do zaburzeń rdzenia pacierzowego w następstwie tyfusu. (Now, Lek. X).
3. *T. Dembiński.* O przerzutach rzeźączkowych dwoinek. (Now, Lek. X).
4. *Z. Mierzyński.* Oznaczenie ilościowe kwasu solnego w wartości żołądka bez użycia wagi i rozczyńców surowicznych. (Gaz. Lek. 40).
5. *St. Markusfeld i J. Steinhaus.* Przyczyna śmierci i zmiany w ustroju królików przy przegrzewaniu ich uszu, (Gaz. Lek. 41).
6. *M. Rajchman.* Badania doświadczalne nad bezpośrednim wpływem dwuwęglanu sodu na wydzielanie soku żołądkowego. (Gaz. Lek. 39, 40, 41).
7. *A. Wizel i K. Rychliński.* Przyczynę do nauki o padaczce Jackson'a. (Gaz. Lek. 38 40).
8. *L. Lubliner.* Przypadek chłoniaka języka (Gaz, Lek. 42).
9. *W. Sękowski.* O zatruciu kw. karbolowym w następstwie przestrzykiwań pochwy. (Gaz. Lek. 42).
10. *W. Wróblewski.* O t. zw. ostrych ropniach przegrody nosa. (Gaz. Lek. 43).
11. *J. Jaworski i L. Nencki.* Zakażenie karbunkulem pod postacią choroby Wehrhof'a przebiegającej. (Gaz. Lek. 43),
12. *J. Jaworski.* Moczówka cukrowa u półtorarocznego dziecka. (Gaz. Lek.).
13. *Prof. O. Bujwid.* Kilka uwag i spostrzeżeń, dotyczących cholery. (Med, 41).
14. *W. Ottuszewski.* Drugi przyczynek do nauki o zбочeniach mowy. (Med. 42 43).
15. *K. Szadek.* Czy płód przymiotowy może zarazić matkę. (Med. 42 43).
16. *A. Szpanbok.* Pomyślnie skutki kraniektomii w przypadku przępienia umysłowego i moralnego obłądu. (Med. 43).
17. *A. Majewski.* Przyczynek do leczenia wgłobień jelita. (Prz. Lek. 40).
18. *L. Swistalski.* Ventrofixatio uteri. (Pr. Lek. 39, 40).
19. *M. Objak.* Krew w przebiegu raka. (Pr. Lek. 36, 37).
20. *A. Rosner.* W sprawie płodności kobiet, mających włókniki macicy. (Prz. Lek. 41, 42).

21. *J. Nowak i L. Wachholz.* O znaczeniu obecności gonokoków w starych plamach. (Prz. Lek. 39, 40).

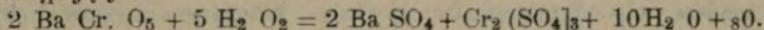
22. *Doc. Dr. R. Trzebicki.* Przyczynę do kazuistyki ciał obcych w jelitach. (Prz., Lek. 42).

2. *Dr. S. Jerzykowski.* **Przyczynę do zaburzeń rdzenia pacierzowego w następstwie tyfusu.** Autor badał 3 przypadki zaburzeń nerwowych, które po przebytych tyfusie wzstąpiły. W dwóch przypadkach rozpoznał autor myelitis transversa, w trzecim myelitis disseminata. Jeden z przypadków zakończył się zupełnym wyzdrowieniem, w dwóch drugich powrót do zupełnego zdrowia nie nastąpił, wreszcie chorzy ci znikli autorowi z oczów. Nierozstrzygniętą jest jeszcze rzeczą, czy zaburzenia te wywołują bezpośrednio lasieczniki tyfusowe, czy też ich toksyny. Drogi, któremi owe szkodliwe czynniki dochodzą do ośrodków nerwowych są naczynia limfatyczne i krwionośne, oraz nerwy obwodowe. *H. K.*

3. *Dr. Teodor Dembiński.* **O przerzutach rzeżączkowych dwoinek.** W artykule swym zestawił autor niektóre postaci powikłania rzeżączki, występujące wskutek przerzutów jadu rzeżączkowego. Zastanawiając się nad potogenezą tych powikłań, stawia je autor na podstawie odnośnych prac i własnych spostrzeżeń w zależności od bezpośredniego wtargnięcia gonokoków. *H. K.*

14. *Z. Mierzyński.* **Oznaczenie ilościowe kw. solnego w zawartości żołądka** ect. 10 cm.³ zawartości żołądka traktuje się nadmiarem Ba CO₃ w parownicy porcelanowej, odparowuje i zwęglą. Masę zwęglową ługujemy za pomocą wody wrzącej i filtrujemy. Odczyn powinien być obojętny. Dodajemy teraz chromianu amonu w nadmiarze. Osad powstały filtrujemy i wypłukujemy amoniakiem. Pozem spłókujemy do naczynia wydzielającego gaz w azotometrze Wagnera, dodajemy 10 ctm. kwasu siarczanego (1:5), a do cylinderka wewnętrznego wlewamy 10 cm. n. dwutlenu kw. wodoru.

Odczyn między chromianem barytu a dwutlenkiem wodoru i H₂ SO₄ jest następujący:



Ponieważ 2HCl = Ba Cl₂ = Ba CrO₄ = 40, a zatem 1 cząsteczce HCl. odpowiada 20 w azotometrze. Określając poziom płynu w azotometrze, ciepłotę oraz stan barometru, otrzymujemy ilość HCl w 10 cm. sz. w mgrm. przez pomnożenie cyfry z tablicy Baumana przez 1/2 wagi cząsteczkowej HCl. t j. 18,285. Do pracy dołączony jest opis przyrządu i tablica. *J. Z.*

6. *M. Reichman.* **Badania doświadczalne nad bezpośrednim wpływem dwuwęglanu sodu na wydz. soku żołąd.** Autor na zasadzie licznych doświadczeń zarówno u zdrowych jak i chorych dochodzi do wniosku, że dwuwęglan sodu działa nie na czynność wydzielniczą żołądka, ale na sok już wydzielony, alkalizując lub zobojętniając sok i całą zawartość żołądka. Jak widzimy wynik ten jest w niezgodzie z dotychczas znanymi poglądami. Autor mimo wielu swoich doświad-

czeń nie wykreśla alkaliów z arsenału środków lekarskich, ale owszem przypisuje im znaczenie jako środkom zobojętniającym zawartość żółądka i usuwającym wiele zarówno subiektywnych jak i obiektywnych objawów.

J. Z.

7. A. Wizel i K. Rychliński. „Przyczynę do nauki o padaczce Jackson'a.“ Dwa spostrzegane przez autorów przypadki dały sposobność do skreślenia pracy, mającej na celu wykazanie tych trudności, jakie się spotykają przy rozpoznaniu natury i umiejscowieniu zmian chorobowych przy padaczce Jackson'a. Pierwszy wypadek dotyczył się chorego, który, cierpiąc od lat 20 na napady częściowej padaczki, dostał prawostronnego niedowładu (potęgującego się) wraz z niemotą amnestyczną; po wykluczeniu syfilisu, gruźlicy, urazu i t. p., autorzy przypuszczali istnienie nowotworu na powierzchni mózgu w pasie ruchowym kory. Przy badaniu pośmiertnym nowotwór (angiosarcoma), znaleziono lecz w substancji białej: w znacznym oddaleniu od kory, mieścił się on pod Gyrus centr. et poster sinister, zachodząc aż pod Gyrus praecentralis. Opierając się na tym wypadku, autorzy zgodnie z Loewenfeldem twierdzą, iż przyczyną padaczki Jackson'a mogą być nie tylko ograniczone zmiany w korze, lecz i ogniska, leżące w znacznym od niej oddaleniu; prócz tego rozlane cierpienia powierzchni mózgu, a nawet czynnościowe zaburzenia bez jakichkolwiek widocznych zmian organicznych w mózgu. Ztąd więc wynika, że padaczka Jackson'a nie może być uważana za samodzielną chorobę, ale jedynie za objaw, towarzyszący rozmaitym cierpieniom układu nerwowego.

Rozpoznanie zaś w przypadku padaczki częściowej winno zdaniem autorów sprowadzać się do rozstrzygnięcia następujących pytań:

1^o Czy cierpienie jest natury organicznej? 2^o Jeżeli tak, to jaka jego istota anatomo-patologiczna? 3^o Gdzie siedlisko?

Co do pierwszego pytania, to przedewszystkiem wykluczyć trzeba hysteryję i zwykłą padaczkę (przy której zdarzać się może częściowa padaczka) co niekiedy bywa bardzo trudnem, gdyż charakter napadu do postawienia dokładnego rozpoznania nie wystarcza. Ważniejszą rolę odgrywają tu wywiady, patogenеза i rozwój objawów chorobowych. Dla przykładu podają autorzy spostrzeżenie dotyczące chorej, z padaczką Jackson'a pozorną, u której dopiero po pewnym czasie rozwinęły się stygmata historyczne, a poprawa pod wpływem sugestyi hypnotycznej ułatwiła ostateczne rozpoznanie.

Odnosnie zwykłej padaczki dochodzimy do prawdopodobnej dyagnozy, jedynie wykluczając wszystkie możliwe cierpienia, któreby usprawiedliwiały powstanie napadów.

Jeżeli tedy uda nam się wreszcie dojść do wniosku, że dany przypadek częściowej padaczki zależy od zmian organicznych w mózgu, staje przed nami drugie pytanie z kolei, co do istoty anatomo-patologicznej tych zmian, co do ich natury. Rozstrzygnąć je możemy jedynie przez ścisłe wywiady i dokładne zbadanie wszystkich organów chorego. W kwestyi siedliska zmian w mózgu podają treściwy zarys

rozwoju pojęć współczesnych o przyczynie drgawek, podając jako ostateczny wynik twierdzenie, że „pas ruchowy będąc niezbędnym warunkiem powstawania drgawek, nie jest jednocześnie jedynym miejscem, którego drażnienie wywołuje napady drgawek.“

Autorzy zadali sobie trud przejrzenia rezultatów wszystkich prawie ogłoszonych drukiem badań pośmiertnych przy padaczce i przekonali się, że siedlisko choroby znajdowane bywało w najrozmaitszych okolicach mózgu, czyli, że padaczka częściowa jest w wielu razach tylko rzekomo umiejscowionym objawem. Dla objaśnienia tego wrzekomego umiejscowienia istnieje cały szereg teoryj, nie wyjaśniających jednak w zupełności kwestyi.

Przytaczając w końcu pracy drugi, spostrzegany przez siebie przypadek padaczki Jackson'a, zależny od wylewu krwi w centrum semiovale, autorzy wskazują na pewne dane, przemawiające za podkorowem umiejscowieniem w podobnych wypadkach ogniska chorobowego, należą tu: brak bólów głowy i wymiotów, stałe zaburzenie mowy, istnienie słabych niedowładów, brak objawów ogólnych. Prócz tego autorzy robią przypuszczenie, że przy podkorowem umiejscowieniu zmian chorobowych (np. guza) występować winny zawsze bardzo wczesnie i niezależnie od napadów padaczki niedowład w oddzielnych mięśniach, zależne od stopniowego niszczenia tych lub innych dróg przewodnikowych.

K. Wisłocki.

8. L. Lubliner. **Przypadek chłoniaka języka.** Przypadek dotyczył chłopca 10-letniego, u którego cierpienie języka, zdradzające się bólem przy żuciu pokarmów, zauważono przed dwoma laty. Nowotwór zajmował końcową część języka na przestrzeni z prawej strony od końca ku tyłowi 5 ctm. Operacji wycięcia dokonał kol. Jawdyński. Autor badał nowotwór drobnowidzowo i na podstawie tego badania postawił rozpoznanie. Uważa, że powstawanie chłoniaków języka przeważnie w wieku dziecięcym przemawia za zarodkowym ich pochodzeniem.

W. Sz.

9. Wł. Sękowski. **O zatruciu kwasem karbolowym w następstwie przestrzykiwań pochwy.** U pacjentki anemicznej, cierpiącej na długotrwałe miesiączkowanie od czasu poronienia było zrobione wyłyżeczkowanie; przed operacją pochwa była przepłukana 3⁰/₀ roztworem kwasu karbolowego, przy operacyi macica przemywana 2⁰/₀ roztworem kwasu karbolowego, i nazajutrz po operacyi pochwa dwukrotnie przestrzyknięto 2⁰/₀ roztworem. W kwadrans po ostatniem przestrzyknięciu chora straciła przytomność; wystąpił szczełkościsk, zwięźlenie i brak reakcyi źrenic, oddech powierzchowny, charczący, tętno nitkowate, nierówne, w konczynach słabe drganie kloniczne i drganie w pojedynczych włóknach mięśniowych. Mocz był ciemno-śliwkowy.— Po 7-u godzinach chora odzyskała, przytomność i powróciła do zdrowia. Środki były stosowane następujące: natrium sulfuricum jako odtrutka, coffeinum i camphora jako excitans, strophantus i pijawki za uszami, których przystawienie autor motywuje przekrwieniem narządów czaszki, spotykanem przy autopsyi. Autor przestrzega, aby wy-

puszczać płyn pozostały w pochwie po przepłókiwaniu; w danym przypadku ilość płynu pozostałego wynosiła około 100 grm. Przypadek Sękowskiego jest 3-ci z opisanych w literaturze. 1-y ogłosił Briggs, 2-gi Pozzi.

Grzankowski.

10. Wł. Wróblewski. **O t. z. ostrych ropniach przegrody nosa.** Najczęstszą przyczyną tego cierpienia jest uraz, po którym powstaje krwotok, częścią na zewnątrz, częścią pomiędzy ochrząstną i chrząstką; powstają z obu stron przegrody guzy wypełnione krwią, która szybko zmienia się w ropę, a chrząstka już w kilka godzin obumiera; prócz tego ropnie takie powstawać mogą w przebiegu chorób zakaźnych (róża, ospa, tyfus i t. p.).

Z 14 opisanych spostrzeżeń w 6-u przyczyną był uraz, po urazie—ospa, róża i tyfus, w 5-u przyczyna nieznana, (ropnie samoistne). Najważniejszy i najstalszy objaw podmiotowy stanowi zatkanie nosa, zależne od guzów czerwonych o płynnej zawartości, wypełniających całe światło nozdrzy, i umiejscowionych szeroką podstawą na przegrodzie nosa; mowa chorych jest bezdźwięczna, nosowa; skóra nosa bywa często zaczerwieniona, zgrubiała i bolesna na dotyk; zaczerwienienie i obrzęk mogą być czasem tak znaczne, że przypominają różę, przy której jednak bolesność jest zazwyczaj większa i ciepłota ciała podwyższona.

Najracjonalniejsze leczenie chirurgiczne — szerokie cięcie, wyłyżeczkowanie, tampon z gazy jodoformowej, a następnie przemywanie nosa płynami antyseptycznymi. Częstość zejściem tego cierpienia bywa stałe przedziurawienie przegrody i zniekształcenie nosa, polegające na zakłębnięciu grzbietu na granicy kości właściwych i chrząstki, z jednoczesnym rozszerzeniem i podniesieniem ku górze skrzydeł nosa. Uniknąć tego można jedynie przez wczesne i odpowiednie leczenie.

W. Sz.

11. Józef Jaworski i Leon Nencki. **Zakażenie karbunkułowe pod postacią choroby Werlchofa przebiegające.** Autorzy zajęli się zbadaniem przypadku, który przyjęto za chorobę Werlchofa. Przypadek dotyczył 36 letniej kobiety, silnie zbudowanej i zdrowej, u której niespodziewanie wystąpiły objawy t. z. choroby Werlchofa. Badano krew bakterjologicznie. Krew braną była z uda z niewielkiej ranki na kolanie; po śmierci z powierzchni wsierdza, śledziony etc. etc. W hodowlach na buljonie, agarze i żelatynie. Rozwinęły się charakterystyczne bakterie lasecznika karbunkułowego (*bacillus anthracis*). Doświadczenia na zwierzętach potwierdziły rozpoznanie. W końcu pracy autorzy analizują przebieg przypadku tego, powołując się na odnośne badania w literaturze podawane. Pomimo jednak analizy wszystkich faktów, droga jaką zakażenie karbunkułowe tutaj nastąpiło określone stanowczo być nie może; przypadki takie należą do wielkich rzadkości. Są tylko 3 znane w literaturze.

Jw.

12. Józef Jaworski. **Moczówka cukrowa u półtorarocznego dziecka.** We wstępie podano odnośną literaturę moczówki cukrowej u małych dzieci, a następnie historią choroby półtorarocznego

dziecka. Cukromocz tutaj był trwałym, nawet po zastosowaniu diety antydyabetycznej. Maximum cukru podczas choroby było 6⁰/₀, minimum 2¹/₂ ⁰/₀. Minimum wypijanego płynu 6¹/₂ szklanek na dobę, na czas zmniejszającej się glikozuryi, wówczas i waga ciała chwilowo się podniosła. Ilość moczu sięgała do trzech litrów na dobę. W ciągu ostatnich kilku dni ilość moczu znacznie się zmniejszyła i to nie proporcjonalnie do ilości cukru. Śmierć nastąpiła podczas *coma*. Dziecko to w 6-ym miesiącu życia spadło na głowę z dość znacznej wysokości i od tej pory właściwie niedomagalo. Autor uważa przypadek ten jako wyraz moczówki urazowej spóźnionej (diabete traumaticque tardif), a powołując się na odnośną kazaistykę tej formy moczówki, kończy zdaniem *Kueltza*, który szczególnie nacisk kładzie na wszelkie uszkodzenia ciała, wstrząśnienia i t. d. w które wiek dziecięcy tak obfituje, i z tego powodu zaleca pilne badanie moczu na cukier. *Jw.*

15. Karol Szadek. **Czy płód przymiotowy może zarazić matkę?** Z pośród matek, zapłodnionych przez ojeów syfilytów, jedne zapadają na przymiot w krótko po zajściu w ciążę, drugie pozostają nadal pozornie zdrowe i nie wykazują żadnych objawów zakażenia przymiotowego, chociaż wydały na świat kilkoro dzieci przymiotowych, inne wreszcie, żyjąc z mężem syfilytykiem, dopóty tylko są zdrowe, dopóki nie zajądą ciążę, w krótkim zaś czasie po zapłodnieniu powstają w nich zaburzenia odżywcze ustroju, a wreszcie po jednej lub kilku ciążach — wyraźne objawy przymiotu. Ponieważ we wszystkich wymienionych tu przypadkach nie da się dostrzedz u matek pierwotnego objawu przymiotowego, przeto powstało przypuszczenie, że matki w tych razach nie zarażają się wprost od swych chorych mężów, a od płodów przez łożysko (choc en retour). Teoryja wstecznego zakażenia się matki od płodu liczy poważny szereg zwolenników, nie brak tu wszakże i przeciwników. Do tych właśnie ostatnich należy autor, pogląd zaś swój opiera na dwu podstawach, a mianowicie: 1) przypadki, przytaczane w literaturze na poparcie teoryi choc en retour, nie są dostatecznie przekonujące, krytyczny przegląd ich każe raczej przypuścić, że we wszystkich tych przypadkach nastąpiło zwykle bezpośrednie zarażenie matki przez ojca podczas spółkowania, 2) możliwość przenikania przez łożysko ciał stałych i tworów uorganizowanych nie jest dotychczas dowiedziona, a więc i zakażenie się łożyskowe przymiotem matki od płodu wobec anatomicznych i fizyologicznych stosunków jest zgoła niemożliwe — ztąd *wniosek*, że teoryja choc en retour, jako nieudowodniona przekonującymi i nie dająca się pogodzić z ustalonymi w nauce faktami, powinna być zaliczona do rzędu hipotez, nie mających żadnej naukowej podstawy. *Fr. G—yc.*

16. A. Szpanbok. **Pomyślnie skutki kraniektomii w przypadku przępienia umysłowego i moralnego obłądzenia.** Autor opisuje skutki trepanacji, dokonanej na upośledzonym na rozwoju umysłowym i moralnym osobniku. Chory kol. Szp., operowany przez kol. Rauma, w krótkim czasie po operacji z dzikiego, moralnie zepsutego wyrostka miał się stać wcale przyzwoitym i wiele obiecującym młodzieńcem. *K. R.*

17. D. Adam Majewski. **Przyczynek do leczenia wgłobień jelita.** Autor przytacza 2 przypadki bardzo długo trwającego wgłobienia jelita, operowane przez prof. Rydygiera z wynikiem pomyślnym. Zabieg polegał na otwarciu jamy brzusznej i wyciągnięciu (desinwaginatio) wgłobionego jelita. W celu uniknięcia wgłobienia na przyszłość prof. R. zaleca przyszycie samego jelita do ściany brzusznej. Zdaniem autora tylko nieudana desinwaginacja — zabieg zupełnie niewinny — może uprawnić do resekcji lub wykluczania zwięzłej przez wgłobienie części jelita lub inną metodą.

Wł. Stan.

18. Dr. Ludwik Switalski. **Ventrofixatio uteri.** Tyłopochylenie i tyłozgięcie macicy przedstawia 14,5⁰/₀—17,18⁰/₀ wśród cierpień narządów rodnych kobiecych. Leczenie mechaniczno-resorbcyjne, jako nader długo trwające a nie zawsze osiągnające należyty skutek, nie zadowolniło wielu autorów, cały zaś szereg zabiegów operacyjnych przy tym cierpieniu stosowanych najlepiej świadczy o braku idealnej metody leczenia; najpomyślniejsze względnie wyniki mają miejsce po przyszyciu macicy do przedniej ściany brzusznej podług Leopolda i Czernego. W klinice krakowskiej zastosowano przyszycie macicy 12 razy: 3 razy operowano metodą Leopolda, 7 razy metodą Czernego z modyfikacją Terriera i 2 razy z modyfikacją autora (szywy przeprowadzono przez tylną ścianę macicy). Wszystkie przypadki za kończeniem wyzdrowieniem. Wskazaniem do ventrofixacji podług autora są: 1) tyłozgięcia ustalone przy leczeniu mechaniczno-resorbcyjnym bez skutku; 2) tyłozgięcia wolne i ruchome, wypadnięcia macicy przy laparotomji z innego wskazania; 3) zboczenia macicy ku tyłowi i uporczywe opadnięcia jajników; 4) uporczywe wypadnięcia macicy.

Wł. Stan.

19. Dr. Olejnik. **Krew w przebiegu raka.** Autor przeprowadził badania krwi u kilkunastu chorych na raka w klinice prof. Neusser'a w Wiedniu i znalazł wybitną leukocytozę, której przyczyna może być dwojaka, a) umiejscowienie nowotworu, b) rozpad.

Leukocyty są przeważnie z jednym jądrem, niekiedy jądro się dzieli, jest to złym znakiem. Pojawianie się stale ciałek czerwonych z jądrem obok leukocytozy można uważać za charakterystyczne dla charakteru rakowego. Twory te pojawiają się również w błednicy, po dużych krwotokach, znaczenie ich jednak w tych wypadkach jest inne; wskazuje to na odradzanie się elementów krwi, jest to znak dobry.

H. K.

20. Dr. A. Rosner. **W sprawie płodności kobiet mających włókniki macicy.** Podług Cohnheim'a przyczyną włókników macicy jest spokój części rodnych, hipotezę tę jednak obalili cały szereg danych statystycznych, wykazujących dowodnie, że włókniki macicy w znacznie przeważającej części mają miejsce u kobiet zamężnych. Autor na względnie nie wielkim materiale, wynoszącym 193 przypadki, potwierdza tę okoliczność, zamężnych z włókniakami było 93,3⁰/₀, wolnych 6,7⁰/₀. Płodność tych kobiet jest mniejsza, niż zdrowych, na 180 kobiet autora było nieplodnych 25 czyli 14⁰/₀. Co się tyczy

zachowania się płodności u kobiet z włókniakami podśluzowymi w porównaniu z dotkniętymi włókniakami ściennymi i podsurowiczymi, to większa odsetka wypada na korzyść pierwszych; ma to miejsce z tego względu, że włókniaki podśluzowe znajdowane były u kobiet w wieku późniejszym, więc miały te kobiety więcej czasu do porodów w stanie zdrowia, niż dotknięte włókniakami ściennymi lub podsurowiczymi już z powodu samego cierpienia skazane na niepłodność. Okoliczność powyższa niewątpliwie rzuca światło na etylogję włókniaków: częste drażnienie i długotrwałe przekrwienia usposabiają do ich powstania.

Wł. Stan.

21. Dr. J. Nowak i Dr. L. Wachholz. **O znaczeniu obecności gonokoków w starych plamach.** Autorem jako biegłym polecono zbadać plamy na bieliznie na obecność ciałek nasiennych. Przy badaniu pod drobnowidzem prócz ciałek nasiennych wykryto koki, które wszelkie cechy i własności gonokoków przedstawiały. Dla dokładniejszego rozpoznania założyli autorowie szereg hodowli, badania te jednakże pierwotnego rozpoznania nie potwierdziły, ponieważ otrzymane kolonie nie składały się z gonokoków (nieodbarwiały się podług Gram'a, zaszczipione na cewkę ludzką nie wywołały trypra), już po dokonaniu tych badań nadesłano autorom z sądu protokół oględzin lekarskich osobników w sprawę tę wmięszanych, z którego okazało się, że osobniki te trypra zupełnie nie miały.

Przypadek ten dał autorom sposobność do wygłoszenia kilku wniosków:

1. Nie można w zupełności polegać jedynie na morfotycznym wykazaniu gonokoków, tak w wydzielinach jak i w plamach.

2. Chcąc sprawdzić świeżą wydzielinę trzeba prócz zbadania jej zapomocą zabarwionych preparatów zrobić hodowlę i zaszczipić na zdrową cewkę.

3. Ponieważ gonokoki tracą przez wyschnięcie swą żywotność i przyszczepialność, zatem badanie starych plam na gonokoki do niczego nie prowadzi.

H. K.

22. Doc. Dr. R. Trzebiecky. **Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w jelitach.** Losy połkniętych ciał obcych nie dają się przewidywać. Gdy czasem nawet przedmioty ostre i długie bez szkody przechodzą przez cały kanał pokarmowy, w przypadkach innych ciała o wiele mniejsze wywołują cięższe objawy chorobowe i wymagają cięższych zabiegów operacyjnych. Zazwyczaj połknięte ciała obojętne wychodzą *per vias naturales* dość prędko, w ciągu kilku dni najdłużej. Dłuższe ich zatrzymanie, aczkolwiek się zdarza, należy w każdym razie do rzadkości. W przypadku, spostrzeganym przez autora kostka z mostku drobiu, przypadkowo połknięta, pozostawała w kanale pokarmowym przez lat 17, poczem dopiero wywołała perforację kiszki, miejscowe zapalenie otrzewny, ropień w cianach brzusznych, po otwarciu którego została dopiero usunięta, poczem nastąpiło prędkie i zupełne wyzdrowienie chorej.

D. Z.

Nadesłano do Redakcyi.

G. Grodecki. Epidemia tyfusu brzuszego poronnego w Prenach i okolicy. (Odbitka z Gaz. Lek.)

H. Kucharzewski. Ueber die therapeutische Wirkung d. Phenocolum hydrocheorium. (Odb. H. Pet. M. W.)

H. Kucharzewski. Un cas d'abces du cerveau. (Odb. z Przeg. Méd.)

J. D. Grabowski. Kilka słów i doświadczeń w sprawie nowoczesnego stosowania szaruchy i kąpieli siarczanych. (Odb. z Méd.)

M. Żołędziowski. Przyczynę do kazuistyki traumatycznych pęknięć wątroby. (Gaz. Lek.)

Dr. Szadek. O stosowaniu przetworów jodowych w przymocie. (Odb. z Pzeg. Lek. T. L. W.)

K Szadek. Pierwotne stwardnienia i owrzodzenia przymiotowe migdałków i przetyku. (Odb. z Przeg. Chirurgicznego)

L. Guranowski. Przypadek gruźliczego zapalenia ucha średniego. (Odb. z Méd. 38)

 Do bieżącego numeru dla wszystkich Prenumeratorów dołącza się Katalog dzieł nakładowych księgarni Teodora Paprockiego i S-ki, dla Prenumeratorów zamiejskich Prespekt Czasopisma Zdrowia na rok 1895.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Ogłoszenia.

DO NABYCIA

we wszystkich księgarniach następujące dzieła

WYDANE Z ZAPOMOGI KASY POMOCY

dla osób pracujących na polu naukowem

lub ofiarowane na rzecz Kasy.

DZIEŁA LEKARSKIE.

Juljusz Cohnheim. Odczyty z patologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z 2-go przerobionego wydania, z 1882 r. Warszawa, 1884, w 8-ce. Tom I, str. VIII, 607. Tom II, str. V, 262. Tom III, str. VI, 340, 20. Cena rs. 5.