

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

	<i>Str.</i>
1. Dr. Karol Szadek. Osutka bromowa	507
2. Fr. Gedroyć. Istota przymiotu (Kwestye sporne).	523

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna, Farmakologija i Medycyna wewnętrzna.

245. Pekelharing. Teorya chemiczna krzepnięcia krwi.	539
246. Dr. Edmund Koch. O Salofenie środka antireumatycznym	540
247. Dr. O. Lubarsch. O charakterze i powstawaniu wałeczków nerwowych.	541
248. Prof. Dr. Ribbert. W kwestyi tworzenia się wałeczków moczowych szklistych	542
249. E. Leyden. Zmiany w nerkach w choleryze azyjatyckiej	543
250. Litten. Przyczynek do nauki o nerce cholerycznej	546

II. Choroby nerwowe.

251. Dr. H. Stroebe. Technika barwienia cylindrów osiowych układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego	550
252. Rosenbach. Przyczynek do symptomatologii władu rdzenia	551
253. Dr. Raymond et Serieux. Choroba Basedowa i zwyrodnienie umysłowe.	551
254. Prof. E. A. Homen. Przyczynek do symptomatologii choroby Basedow'a.	552
Dr. Leon Kryński. Piąty zjazd chirurgów polskich w Krakowie 1893 r.	552

III. Wiadomości pomniejszych.

255. Flambage de plaies. w gruźlicy kości	557
256. Woda wrząca w gruźlicy kości	557
257. Cierpienia dróg moczowych pochodzenia zakaźnego	558
258. Prąd stały w przepuklinach uwięźniętych	558
259. Sposób opukiwania żołądka	558
260. Węglan gwajakolu w durze	558
261. Otrucie lysolem	558
262. Zabarwienie skóry wskutek arszeniku	559
263. Wyleczenie rzeżączki w przebiegu zapalenia płuc	559

IV. Przegląd biblijograficzny.

1. Przegląd chirurgiczny	559
2. Fr. Sroczyński. Zapalenie sympatyczne oka	562
Kronika miesięczna	563
Przegląd prac oryginalnych pomieszczonych w pismach polskich w m. lipcu.	565
Nekrologija.	570
Korespondencyja Kroniki Epidemija cholery w Kole	572
Sprostowanie	574
Ogłoszenia	574

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

OSUTKA BROMOWA *)

napisał

D-r Karol Szadek

(z KIJOWA).

Pośród tak zwanych osutek lekowych, t. j. zaburzeń skóry, powstających u niektórych osób, w następstwie użycia wewnątrz pewnych leków, i znikających wkrótce po zaprzestaniu, osutka bromowa zasługuje na szczególną uwagę z powodu swej praktycznej doniosłości, gdyż wyrzuty w wymienionej osutce, bardzo są podobne do rozmaitych innych wykwitów na skórze, zwłaszcza zaś brane być mogą za objawy drugorzędnej i trzeciorzędnej siły; dokładniejsze więc zaznajomienie się z osutkami bromowemi jest niemal niezbędnem dla lekarza, ponieważ uchronić go może w niektórych wątpliwych przypadkach od mylnego rozpoznania choroby skórnej i wynikającego ztąd niestosownego leczenia.

Literatura osutek bromowych przeważnie jest rozrzuconą w rozmaitych pismach pojedynczych; oprócz tego, w monografiach van-Harlingena¹⁾ i pr. A. Morrow'a²⁾, tudzież w podręczniku Behrend'a³⁾ i w nowem wydaniu dzieła Lewina⁴⁾,

*) Rozdział, wyjęty z przygotowującej się obecnie do druku rozprawy o osutkach lekowych.

1) Arch. of dermatology 1880, Octobre, str. 337 i następne.

2) Pr. A. Morrow. Drug eruptrons. N. York, 1887.

3) G. Behrend. Lehrbuch der Hautkrankheiten. II Aufl. Berlin, 1883.

4) L. Lewin. Die Neberwinkungen der Arzneimitteln. II Aufl. Berlin, 1893, str. 192—198.

Uwaga. Na wyraźne żądanie sz. autora zostawiamy używaną przez niego terminologję.

REDAKCYA.

znajdujemy szczegółowe omówienie osutek bromowych; w podręcznikach zaś dawniejszych dermatologii nie znajdujemy wzmianki o tem, nowsze podręczniki Neumann'a ⁵⁾ Shoemaker'a ⁶⁾, van-Harlingen'a ⁷⁾ krótko o niej się rozpisują; w obszernym nawet podręczniku von-Ziemssen'a ⁸⁾, osutka bromowa po macoszemu jest traktowaną i całkowity jej opis mieści się w kilkunastu wierszach. Jakkolwiek na podstawie podręczników dermatologicznych sądzić należało, że osutki bromowe zdarzają się stosunkowo dość rzadko, od czasu jednak częstego podawania przetworów bromowych w rozmaitych cierpieniach nerwowych nagromadziła się w piśmiennictwie lekarskiem dość spora wiązanka spostrzeżeń, odnoszących się do zmian na skórze, będących następstwem dłuższego stosowania przetworów bromowych.

Chociaż odkrycie bromku potasowego przez chemika francuzkiego Balard'a ⁹⁾ przypada na rok 1826, jednak dopiero w r. 1850 zalecił Mac-Donnell, środek ów przeciw padaczce ¹⁰⁾, a pierwsze wiadomości, dotyczące zmian na skórze, powstających wskutek wewnętrznego użycia przetworów bromowych, pochodzą z roku 1867 i 1868 (Husemann ¹¹⁾, Stone ¹²⁾, Hameau ¹³⁾, Sander ¹⁴⁾. W następnym roku Cholmeley ¹⁵⁾ opisał ciekawy przypadek, w którym w następstwie zadawania wewnątrz bromku potasowego wystąpiła na twarzy i goleniach bolesna i rozległa osutka, przedstawiająca pryszczę, podobne do wyrzutów wietrznej ospy; o przypadkach osutki bromowej wspominali też

⁵⁾ J. Neumann. Lehrbuch der Hautkrankheiten. V Aufl. Wien, 1880, str. 241—242.

⁶⁾ J. V. Shoemaker. A practical treatise on diseases of the skin. London, 1888, str. 329.

⁷⁾ A. van-Harlingen. Handbook of the diagnosis and treatment of skin diseases. II, edit. Philad, 1889, str. 94—95.

⁸⁾ Hautkrankheiten. II, Hälfte. Leipzig, 1884, str. 224.

⁹⁾ Geiger's Magazin. 1829, V, str. 212.

¹⁰⁾ Mc Donnell. Recherches sur le bromure de potassium. Paris, 1850.

¹¹⁾ Virchow's Archiv. 1867, I, str. 423.

¹²⁾ Boston medic. and Surgic. Journal, 1868, I, str. 49.

¹³⁾ Journal de médecine de Bordeaux, 1868, Mars, str. 120.

¹⁴⁾ Centrabl. f. d. medicin. Wissenschaften, 1868, 52.

¹⁵⁾ Medical Times and Gazette. 1869, II, str. 695.

Bill ¹⁶⁾ i Mitchell ¹⁷⁾); pierwszy autor spostrzegł osutkę grudkowo-krostkową w następstwie dłuższego użycia przetworów bromowych, ostatni zaś opisał dwa przypadki osutki bromowej, znamionującej się powstawaniem na skórze wrzodów okrągławych, podobnych do nieosztowic (rupia). Następnie wzmianki o osutkach bromowych znajdujemy w artykułach Felret'a ¹⁸⁾, Legrand de-Saule'a ¹⁹⁾ i Brown'a ²⁰⁾, jednocześnie też Demourette i Pelvet ²¹⁾ ogłosili wyniki swych poszukiwań nad działaniem fizyologicznym bromku potasowego, i między innymi następstwami podawania wewnątrz bromku potasowego opisywali też zmiany na skórze, a mianowicie wyrzuty trądzikowe; Clark i Amory ²²⁾, podając wyniki poszukiwań doświadczalnych nad działaniem leczniczym soli bromowych, wspominają też o wyrzutach krostkowych, powstających na twarzy i plecach w następstwie dłuższego użycia bromku potasowego i amoniakowego. Dokładniejszą wiadomość, dotyczącą osutek bromowych, zawdzięczamy Voisin'owi ²³⁾; rozróżniał on pięć odmian osutki bromowej; najczęściej napotyka się, według niego, osutkę krostkową, bardzo podobną do wyrzutów trądzika pospolitego (acne simplex); występuje ona zwykle wkrótce po wewnętrznym podawaniu przetworów bromowych i usadawia się przeważnie na twarzy, piersiach i odnogach górnych. Rzadziej nieco spostrzega się powstawanie guzków podługowatych lub okrągłych, wielkości od 2—5 ctm., barwy różowej lub wiśniowej, bardzo bolesnych; na powierzchni wzmiankowanych wyrzutów, umiejscowionych zwykle na dolnych odnogach, powstają wkrótce brodawkowate narośle wielkości ziarnka prosa barwy żółtawej; następnie guzy pokrywają się strupami i trwają dość długo, od miesiąca do roku; znikając zaś, pozostawiają na jakiś czas żółtawe, łuszczące się plamy. W wyjątkowych tylko przypadkach, według Vosin'a, osutka bromowa

¹⁶⁾ American Journal of medic. sciences. 1868, July, str. 17.

¹⁷⁾ Tamże, 1870, Octobre, str. 440.

¹⁸⁾ Edinbourg medic. Journal. 1872, February.

¹⁹⁾ Gazette des hôpitaux. 1872, 21, 22.

²⁰⁾ Philad medic. and surgical Reperter. 1873, str. 111.

²¹⁾ Bullet. génér. de thérap. 1873, LXXIII, str. 241 i 289.

²²⁾ E. H. Clarke and R. Amory. The physiological and therapeutical action of the bromide of potassium and bromide of ammonium. Boston, 1872.

znamionuje się wystąpieniem w skórze guzów i nacieczeń zapalnych, przypominających wejrzeniem swem wrzodzianki. Oprócz wymienionych postaci osutki bromowej, spostrzegał Voisin twarde guzy rumieniowo-pokrzywczane, również powstawanie sączącej pryszczycy na goleniach. Neumann²³⁾ podaje szczegółowy opis 3-ch ciekawych przypadków osutki bromowej.

Pierwszy dotyczył 18-miesięcznego dziecka, u którego po dłuższym podawaniu do wewnątrz przetworów bromowych wystąpiły na czole i odnogach liczne krostki wielkości od prosa do grochu, obok tego na powierzchni lewego podudzia powstał większy, płaski guz, podobny do pecherza; przy naciśnięciu takowego otrzymano ciecz, złożoną z ropy i mazidła. Drugi przypadek odnosił się do 42-letniego mężczyzny, u którego na częściach uwłosionych twarzy, na czole i szyi po użyciu bromku potasowego spostrzeżono rozrzucone nacieki w skórze, podobne do zwykłych czyraków, które wkrótce uległy owrzodzeniu. Trzeci zaś przypadek dotyczył 15-miesięcznego dziecka, cierpiącego na drgawki, któremu zadawano wewnątrz spore dawki bromku potasowego; po zażyciu 20,0 grm. leku wystąpiła u niego na głowie i twarzy osutka, złożona z licznych guzków i pryszczów, żółtawo zabarwionych i pokrytych strupami; po zdjęciu ostatnich wydzielala się ropa i mazidło; na odnogach dolnych osutka przybrała postać jużto drobnych krostkowych wyrzutów (biodra), jużto większych nacieków wielkości talara, na powierzchni ostatnich przyskórek był podniesiony wskutek nagromadzenia się w górnych warstwach skóry cieczy ropiastej (golenie).

W starannie opracowanej rozprawce Veiel'a²⁵⁾ znajdujemy dokładne opisy 12-stu przypadków osutek bromowych, powstałych w następstwie dłuższego stosowania wewnątrz bromku potasowego u chorych na padaczkę; podobne do krostek trądzika wyrzuty usadowione były zwykle na głowie, brwiach i uwłosionych okolicach skóry odnog górnych i dolnych. W niektórych przypadkach Veiel dostrzegał po zadawaniu wewnątrz przetworów bromowych wyniosłe nacieki rumieniowe, niekiedy zaś rozlaną osutkę rumieniową, tudzież guzy, mające z początku postać bąbli, następnie zaś przybierające brodawkowate wejrzenie, wielkości $\frac{1}{2}$ do 1 guldena.

²³⁾ Gazet. hebdom. de médecine et chirurgie. 1868, 52, str. 603.

²⁴⁾ Oester. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde. 1872, 52, str. 846; Wiener medicin. Wochenschrift. 1873, 49.

²⁵⁾ Viertelj. f. Dermatol. u. Syphilis. 1874, 1, str. 17—22.

W następnem dziesięcioleciu (1875 — 1884) ogłoszone przyczynki Duhring'a ²⁶⁾, Richard'a ²⁷⁾, Mackey'a ²⁸⁾, Smitha ⁹²⁾, Gowers'a ³⁰⁾, Gruber'a ³¹⁾, Behrend'a ³²⁾, Esenbeck'a ³³⁾, Percy-Bulton'a ³⁴⁾, Kloepfel'a ³⁵⁾, Kaposiego ³⁶⁾, Séquin'a ³⁷⁾, Cavafy'ego ³⁸⁾ Saundby'ego ³⁹⁾, Fairban'a ⁴⁰⁾, Horrocks'a ⁴¹⁾, Mackenzie'ego ⁴²⁾, Carrington'a ⁴³⁾, Gamberini'ego ⁴⁴⁾ i Grossman'a ⁴⁵⁾ przyczyniły się też wielce do wzbogacenia naszych wiadomości o osutkach bromowych w ogólności i znacznie pomnożyły liczbę opisanych dotąd przypadków schorzenia bromowego skóry. Z wielkiej liczby tych przypadków niektóre musimy pominąć przez wzgląd na szczupłe ramy niniejszej rozprawki i ograniczyć się li-tylko do pobieżnej i możliwie treściwej wzmianki o ciekawszych z nich.

W przypadkach przez Richard'a u Saundby'ego opisanych wyrzuty bromowe wejrzaniem swem przypominały, bąble pokrzywki zwyczajnej; przypadek Esenbecka dotyczył 26 letniej dziewczyny, u której po dłuższem podawaniu bromku potasowego wystąpiły objawy zatrucia lekiem, znamionujące się ogólnem wyniszczeniem, niedokrwiistością, utratą łaknienia, obok tego zaś na skórze bioder brzucha i piersi powstała rozległa i rozlana osutka króstkowa,

²⁶⁾ Medical and Surgic. Reporter. Philad. 1878, 22, str. 466.

²⁷⁾ Przyt. u Deschamps'a Contribution à l'étude des éruptions médicamenteuses. Paris, 1878.

²⁸⁾ British medical Journal. 1878, I, str. 710.

²⁹⁾ Norsk Magazin for Laeger. 1878, 3 R. VIII, 3 Forh. str. 9.

³⁰⁾ Lancet. 1878, I, 24, str. 866.

³¹⁾ Allgem. Wiener medicin. Zeitung. 1878, 41, str. 409.

³²⁾ Wiener medicin. Presse. 1879, 5, str. 147.

³³⁾ Der Praktischer Arzt. 1880, 6.

³⁴⁾ Lancet. 1881, II, 16, str. 663.

³⁵⁾ Medizin.-chirurgisches Centralblatt. 1881, 8.

³⁶⁾ Wiener medicin. Presse. 1881, 18, str. 573.

³⁷⁾ Arch. of medicine. 1882, VIII, str. 149.

³⁸⁾ Lancet. 1882, I, 19, str. 735.

³⁹⁾ British medical Journal. 1882, II, str. 1148.

⁴⁰⁾ Annali univ. di medicina. 1882, str. 128.

⁴¹⁾ Transact. Pathol. Soc. London. 1882/83, XXXIV, str. 272—273.

⁴²⁾ Tamże 1884, XXXV, str. 400.

⁴³⁾ British medical Journal. 1884, II, str. 862.

⁴⁴⁾ Gior. ital. d. mal. veneree e della pelle. 1884, 2.

⁴⁵⁾ Deutsche medizin.-Zeitung. 1884, 64, str. 144.

miejscami owrzodziła i pokryta strupami, z pod których przesączała się krew z ropą zmieszana; osutka ustąpiła dopiero w 3 tygodnie po zaprzestaniu bromku potasowego. W przypadku, przez Carrington'a podanym, u dziecka 11-miesięcznego wskutek dłuższego stosowania wewnętrznego bromku potasowego powstały na głowie i odnogach liczne guzki okrągławe lub eliptyczne, dość płaskie i miękkie; wyrzuty wymienione szybko ustąpiły po zaprzestaniu dawek leku. Przypadek Gamberini'ego dotyczył kobiety 25-letniej, u której po wyżyciu 12-stu gramów bromku potasowego wystąpiły na goleniach wykwyty rumieniowe; osutka wraz z zaprzestaniem dawek leku ustąpiła, gdy zaś chora po upływie 4-ch miesięcy zaczęła znów przyjmować bromek potasowy, wyrzuty wkrótce powróciły; tym razem osutka usadowiła się też na nogach, była jednak groźniejszą, niż poprzednio, gdyż obok licznie rozrzuconych wyniosłych plam, zauważono kilka pęcherzy, następnie zaś niektóre wyrzuty przeszły w owrzodzenia. W przypadku Grossmana (bardzo podobnym do opisanego przez Esenbecka) u 12-letniego chłopczyka, leczonego wskutek padaczki bromkiem potasowym w przeciągu 2-ch lat zaczęły występować w rozmaitych okolicach skóry liczne wyrzuty w postaci guzków, przechodzących następnie w owrzodzenie; wkrótce cała prawie powierzchnia skóry, z wyjątkiem twarzy i pleców, była usiana brudnymi strupami, dochodzącymi wielkości bobu; po zdjęciu ich okazały się nieczyste, krwawiące się wrzody z ciemno-czerwonemi brzegami; obok nich znajdowały się liczne blizny, tudzież gdzieś tam twarde wyniosłości i nacieki wielkości talara. Chłopczyk cierpiał prócz tego na zupełny brak łaknienia, wychudł znacznie, wynędzniał i podobny był do kościotrupa. Ponieważ choroba skóry była mylnie uważaną za kiłową, wyznaczono przeto środki swoiste; po upływie jednak 2-ch tygodni nietylko nie dostrzeżono żadnej poprawy, lecz nadto wystąpiły w rozmaitych okolicach ciała nowe wyrzuty guzkowe na skórze. Po zaprzestaniu podawania bromku potasowego wszystkie wyżej opisane objawy na skórze wkrótce znikły, pozostawivszy jednak po sobie wielkie blizny barwy czerwono-brunatnej.

W ostatnich pięciu latach znów ogłoszono cały szereg przypadków osutki bromowej, powstałych w następstwie stosowania przetworów bromowych (Jacquet ⁴⁶), Amidon ⁴⁷), Hameau ⁴⁸), Blackader ⁴⁹), Morrow ⁵⁰), Grellety ⁵¹), Murphy ⁵²),

⁴⁶) C. R. de Congr. internat. de dermat. et syphil. 1889, str. 128.

⁴⁷) Therapeutic Gazette. 1887, 1, str. 49.

⁴⁸) Tamże 1887, 3, str. 178.

⁴⁹) Medical News Philadelphia. 1887, I, str. 221.

⁵⁰) Morrow. Drug eruptions. N.-York, 1887, str. 85.

⁵¹) Bullet. et mémoires de la Soc. de thérap. Paris, 1887, XIV, str. 31—35.

⁵²) Transact. of clin. soc. London. 1888, XXI, str. 293—295.

Robinson⁵³), autor⁵⁴), Crocker⁵⁵), Cruyl⁵⁶), Beevor⁵⁷), Graham⁵⁸), Bronson⁵⁹), Noyes⁶⁰), Dubois-Havenith⁶¹), Pospiełow⁶²), Feulard i Cayla⁶³), Taylor⁶⁴), Fox⁶⁵) i Galatti⁶⁶). Wśród wymienionych przypadków wyróżniają się następujące:

Opisany przez Jacqueta i dotyczący chorego, u którego wskutek podawania 11 gramów bromku potasowego (w ciągu 11 dni) wystąpiły na piersiach, plecach i twarzy guzkowe i krostkowe wyrzuty; pomimo zaniechania leku codziennie powstawały nowe wyrzuty, dawniejsze zaś szerzyły się dalej; obok nacieków grudkowo-krostkowych rozsiane były liczne guzy objętości jednego centymetra i wyniosłe nad powierzchnią skóry na $\frac{1}{2}$ ctm.; usadowiły się one nie tylko w wzmiankowanych już okolicach skóry, lecz na głowie i karku osutka pozostawiła po sobie dość głębokie blizny barwy brunatno-czerwonej, opatrzone licznymi nowoutworzonymi naczyniami. W drugim przypadku tegoż autora, podanym w r. 1889, osutka bromowa znamionowała się wystąpieniem wykwitów, przypominających wiele wyrzuty rumienia wielopostaciowego; u chorego Morrowa w następstwie kilku-miesięcznego podawania wewnątrz bromku potasowego powstał na prawym ramieniu naciek podobny do ognika, po nim wkrótce pojawiły się w rozmaitych okolicach skóry podobne wyrzuty, opatrzone na swej powierzchni licznymi otworami, z których przy naciskaniu wydzielala się ropa. Przypadki, opisane przez Murphy'ego, Robinson'a, Beevor'a, Feulard'a i Galatti'ego odnosiły się do dzieci, u których wskutek dłuższego użycia przetworów bromowych występowała osutka krostkowa, usadowiona najczęściej na skórze odnóg dolnych; w przypadku Murphy'ego choroba skóry u oseska (niemowlęcia) powstała w następstwie zażywania przez matkę bromku potasowego

53) Medical Register. Philadelphia. 1888, IV, str. 223.

54) Przegląd lekarski. 1888, 14.

55) Illustrat. medical News. 1889, II, str. 25.

56) Annales de la Soc. de médecine de Gand. 1889, LXVIII, Février, str. 42—44.

57) Britsch medical Journal. 1889, I, str. 890.

58) Canada Practitioner. Toronto. 1889, str. 407—409.

59) Journal of cutan. and genito-urinary diseases. 1890, 4, str. 138.

60) Australiën medical Journal. 1890, XII, 4, str. 164—167.

61) Monatsch. f. prakt. Dermatologie. 1890, XI, str. 214.

62) Ruskaja medicina. 1890, 37, str. 581—583.

63) Annales de dermat. et syphiligr. 1891, 6, str. 531.

64) Journal of cutan. and genito-urinary diseases. 1891, 12, str. 441.

65) Britsch Journal of Dermatology. 1892, IV, str. 287—290.

66) Arch. ital di pèdratria. Napoli. 1892, X, str. 173—176.

w celu usunięcia padaczki, na którą ostatnia cierpiała. Podany przemnie w r. 1888 przypadek schorzenia bromowego skóry dotyczył 32-letniego lekarza; przed 9 laty miał on wrzód kiłowy pierwotny, następnie przebywał drugorzędną kiłę; jeszcze przed zakażeniem cierpiał na częste objawy neurastenii i kilkakrotne napady padaczki, obok bólów głowy i bezsenności; od kilku już lat skutkiem tego zażywał często bromek potasowy. Podczas swoistej kuracji objawy wymienione wzmogły się, co wcale nie przeszkodziło choremu przypuszczać, iż są one natury kiłowej, skutkiem czego stosował ciągle leki przeciwkiłowe, od czasu do czasu nie zaniedbując swych dawnych przetworów bromowych, które zażywał niekiedy w wielkich dawkach. Przed dwoma laty powstała u niego na twarzy i głowie, następnie, na odnogach, osutka krostkowa, z występującymi miejscami wrzodziejącymi guzami, wyrzuty uznane zostały jako kiłowe, wskutek czego zaczęto ponownie stosować swoiste leczenie i kąpiele siarczane (w Piatigorsku), atoli bezskutecznie, gdyż osutka wcale nieustępowała, lecz dalej szerzyła się, w kilku zaś miejscach wyrzuty zaczęły pełzać, zabliźniając się z jednej strony, z drugiego zaś brzegu ulegając owrzodzeniu. Osutka usadowioną była przeważnie w okolicach uwłosionych ciała i znamionowała się licznie rozrzuconymi guzkami i krostkami, pokrytymi strupami, miejscami wyrzuty przedstawiały owrzodzenia na swej powierzchni; obok opisanych wyrzutów w niektórych okolicach ciała, mianowicie zaś na goleniach, spostrzegać się dawały większe nacieki w skórze ciemno-czerwonej barwy, wielkości dłoni, złożone ze skupionych guzków i krostek, tworzących gdzieniegdzie narośle brodawkowate, niektóre nacieki pełzały, wrzodziejąc z jednego brzegu, z drugiego zaś strony zabliźniając się; na tyłogłowiu, skroniach i w okolicy podbródka znajdowało się kilka kolistych i okrągłych wyłysiałych miejsc, wielkości od guldena i talara, przypominających *area celsi*. Wykluczwszy kiłę, rozpoznałem osutkę bromową, powikłaną neurastenją; dalszy przebieg choroby potwierdził rozpoznanie choroby, gdyż po zaprzestaniu swoistego leczenia i po zaniechaniu pozetworów bromowych stan chorego zaczął szybko się polepszać; osutka zaś powoli ustępowała i pozostawiła po sobie ciemnozabarwione plamy i blizny w zajętych okolicach; wszystkie łysiny pozarastały bujnym i gęstym włosiem i chory wreszcie wyzdrowiał.

Przypadek Dubois-Havenitha podobnym był też do opisanego przezemnie i dotyczył osobnika, który od dzieciństwa miewał częste napady padaczki, wskutek czego stosowano mu wewnętrznie w ciągu 12-stu lat bromek potasowy; dopiero po upływie tego czasu wykazały się następstwa leczenia bromowego, mianowicie pojawiła się na skórze tułowia i odnóg górnych i dolnych osutka z wielkich wrzodziejących nacieków złożona; chorobę skóry rozpoznawano mylnie jako kiłową i chory poddawany był bezskutecznie kuracji swoistej; dopiero po jej zaprzestaniu i usunięciu dawek bromku potasowego osutka zaczęła ustępować i w 6 tygodni później zupełnie znikła. W przy-

padku Taylora osutka bromowa wystąpiła u dziecka na twarzy i gołeniach i złożoną była z guzków i krostek, które, skupiając się w małe gromadki, utworzyły następnie większe wyniosłe nacieki o brodawkowatym wejrzeniu, miejscami zaś wyrzuty uległy owrzodzeniu.

Rozpatrując się w kazuistyce osutek bromowych, widzimy, iż ostatnie występują prawie zawsze dopiero po dłuższem podawaniu wewnątrz rozmaitych przetworów bromowych lub przynajmniej po nasyceniu ustroju większą ilością bromu, podczas gdy pokrewne osutkom bromowym zajęcie skóry wskutek zażywania przetworów jodowych przeciwnie powstaje już po kilku dniach stosowania leku, a nawet i wcześniej. W wyjątkowych tylko przypadkach spostrzegano już po 3—4 dniach leczenia większymi dawkami bromku potasowego ostre wystąpienie osutki bromowej wśród objawów gorączkowych; zwykle zaś wyrzuty bromowe powstają i szerzą się przewlekłe bez towarzyszenia gorączki; same wykwity zwiększają się powolnie, wskutek czego u chorego spostrzegamy jednocześnie rozmaite okresy osutki; pod wpływem dłuższego podawania małych dawek bromku potasowego wyrzuty bromowe nie przestają pojawiać się w przeciągu wielu miesięcy i niekiedy nawet odnawiają się w ciągu 1—2 lat. Według Lewin'a większa połowa (40—75%) osobników, poddanych leczeniu bromem, ulega wyrzutom bromowym *). Osutkę bromową wywołują zarówno bromek potasowy, sodowy i amoniakowy.

Przebieg kliniczny osutek bromowych znamionuje się najpierw wystąpieniem w skórze blado lub ciemno-czerwonych guzków i krostek, podobnych ze swego wejrzenia do wyrzutów trądzika pospolitego (*acne vulgaris*); osutka usadawia się najczęściej na uwłosionych częściach ciała, mianowicie zaś na głowie, twarzy, górnych i dolnych odnogach; rozrzucone na twarzy i głowie wyrzuty bywają zwykle wielkości od ziarnka prosa do grochu, niektóre jednak guzki dosięgają później wielkości laskowego orzecha; guzki i krostki zawierają w sobie zmieszane z ropą i krwią mazidło. Wyrzuty trądzika bromowego, rozrzucone pojedynczo w początku, w dalszym przebiegu sprawy chorobowej zwiększają się co do liczby i usadawiają się coraz gęściej jeden obok

*) l. c. str. 193.

drugiego, tworząc niekiedy liczne gromadki; dłuższe stosowanie przetworów bromowych sprowadza w następstwie powstawanie większych nacieczeń, nieco wyniosłych nad powierzchnię skóry, otoczonych obrzękniętym zaczerwienionym wałem i mających kształt pęcherzy lub bąbli, dochodzących niekiedy do wielkości talara i nawet dłoni; taką postać osutki najczęściej spostrzegano na odnogach dolnych, mianowicie na goleni; w późniejszym okresie guzy niekiedy ulegają owrzodzeniu i wytwarzają wyniosłe nad powierzchnię skóry wrzody (*Seguin*), często też przeobrażają się na powierzchni swej w brodawkowate krwawiące narośle, ostatnie zaś pokrywają się strupami koloru brunatno-czerwonego, z pod których przesącza się krew z ropą zmieszana; obok opisanych wyrzutów pojawiają się często w skórze rozsiane ogniska zapalne, podobne do zwykłych czyraków (*furunculus*). Niektóre nacieki i guzy nierzadko później ulegają miejscowemu owrzodzeniu. Opisane tylko co większe nacieki bromowe w niektórych przypadkach szybko powstają, w przeciągu zaledwo 3—4 dni. Po zaprzestaniu zażywania przetworów bromowych wszystkie objawy skórne znikają, po guzach, krostkach i bąblach przez długi czas pozostają łuszczące się plamy barwikowe, zaś wyrzuty zwykle długo się goją i, zablizniając się, pozostawiają po sobie ciemno-brunatne blizny. W niektórych groźniejszych przypadkach guzy i wrzody, zlewając się, mogą zajmować większe obszary skóry, co znacznie utrudnić może rozpoznanie cierpienia skóry (przypadki *Behrenda*, *Esenbecka*, *Cholmeleya* i *Grossmana*); spostrzegano też niekiedy przypadki, w których cała niemal powierzchnia skóry pokryła się wielkimi zlewającymi się brudnymi strupami, po zdjęciu zaś ostatnich obok wrzodów nieczystych, opatrzonych obrzękłymi ciemno-czerwonymi brzegami, widoczne były liczne blizny, jako ślady poprzednio przebytych wrzodów, tudzież rozmaitej wielkości twarde ciemno-brunatne nacieki i guzy. W przypadku *Grossmana* dotkniętą też była i spojówka gałki ocznej, która na swej powierzchni miała kilka rozrzuconych bolesnych grudek, podobnych wielce do pryszczyków *Conj. phlyctenulosæ*; w przypadku zaś *Behrenda*, dotyczącym 12-letniego chłopczyka, osutka bromowa bardzo była podobą do pryszczycy (*eczema*); na goleni znajdowało się miejsce wielkości dłoni, usiane drobnymi grudkami od ziarnka prosa do groszku; grudki były pokryte żółtawo-zielonymi strupkami, powstałymi wskutek namo-

knienia cienkiej warstwy przyskórka, którą uprzednio grudki były pokryte. Do rzędu rzadziej napotykaných postaci osutki bromowej zaliczyć wypada powstawanie nacieczeń rumieniowych i pokrzywczanych, spostrzeganych w przypadkach Saundby'ego, Gamberinie'go i Jacquet'a (II-gi przypadek). W przypadku opisanym przez Hameau'a zajęcie skóry, wywołane stosowaniem wewnątrz bromu, znamionowało się wystąpieniem na skórze dość niezwykłych wyrzutów, przypominających bardzo krosty ospy wietrznej. Gruber spostrzegł w jednym przypadku usadowienie się wyrzutów osutki bromowej w przewodzie usznym zewnętrznym w postaci rozrzuconych gdzieniegdzie czyraków i krostek; choroba wymieniona była bardzo uporczywą i przykrą z powodu dotkliwego bólu w przewodzie usznym. W przypadku zaś Browna wykwity bromowe u dziecka podobne były bardzo do różyczki (*rubeola*). Do niezwykłych objawów zajęcia bromowego skóry zaliczyć też wypada spostrzegane w moim przypadku powstawanie w okolicach uwłosionych głowy i podbródka okrągłych wyłysiałych miejsc, przypominających wielce łysiny plackowate (*area celsi*); jakkolwiek dotąd nigdy nie dostrzegano wypadnięcia włosów w następstwie użycia wewnątrz bromku potasowego, zważywszy jednak, że znane już są przypadki wypadnięcia włosów w następstwie użycia wewnętrznego innych leków, mianowicie przypadek Wyss'a ⁶⁷⁾, w którym łysiny plackowate wystąpiły wskutek stosowania wewnątrz arseniku, należy przypuścić możliwość wystąpienia łysin, jako skutku zaburzenia w odżywianiu skóry uwłosionych okolic ciała, wywołanego przy dłuższem wewnętrznem stosowaniu przetworów bromowych; w moim przypadku do upatrzania związku przyczynowego wypadnięcia włosów z uprzedniem zadawaniem do wewnątrz bromku potasowego upoważniało mnie jednoczesne z osutką wystąpienie łysin, następnie znikanie takowych wkrótce po zaprzestaniu leku.

Wracając teraz do ogólnej charakterystyki osutek bromowych nadmienimy, iż barwa wyrzutów bromowych z początku różowa i jasno-czerwona, staje się później coraz ciemniejszą i przedstawia stopniowo rozmaite odcienia aż do miedziano-brunatnego koloru; długotrwała osutka bromowa zwykle jest koloru miedziano-czerwonego, wskutek czego przypomina wyrzuty guzkowe kiłowe.

⁶⁷⁾ Archiv der Heilkunde. 1870. IX, str. 395.

Za prawdziwie wybitną cechę osutek bromowych, odróżniających je od innych podobnych z postaci cierpień skórnych, należy uważać wyraźną zależność wyrzutów od stosowania bromku potasowego, ponieważ pod wpływem zwiększania dawek leku osutka bromowa szerzy się coraz dalej, przeciwnie zaś zmniejszenie dawek bromu wywołuje wnet ustępowanie wyrzutów; wyjątkowo tylko spostrzegano znikanie osutki bromowej pomimo nieprzerwywania leczenia bromem (Stark⁶⁸); stanowcze zaś zaprzestanie bromu prowadzi za sobą zupełne znikanie osutki bromowej, co jest zresztą cechą, wspólną w ogólności wszystkim osutkom lekowym: *sublata causa, tollitur effectus*.

Rozpoznanie osutki bromowej w ogólności nie łatwe, wobec wielokształtności i wielopostaciowości wyrzutów w odnośnych przypadkach bywa nadto nadzwyczaj utrudnionem w przypadkach, w których nic nie wiemy o uprzednim stosowaniu wewnątrz przetworów bromowych; łatwo wtedy wyrzuty bromowe zmieszać z rozmaitemi cierpieniami skóry, mianowicie zaś w początkowym okresie z rumieniem wielopostaciowym i trądzikiem pospolitym, w późniejszych zaś okresach z rumieniem węzłowatym i osutkami kiłowemi. Wyrzuty osutki bromowej szczególnie są podobne do wykwitów kiłowych; w wielu odnośnych przypadkach, w których wywiady wskazywały na poprzednio przebytą kiłę, o stosowaniu zaś przetworów bromowych nic zgoła nie wiedziano, rozpoznawano mylnie schorzenie skóry kiłowe, że wspomniemy tu o przypadkach, opisanych przez Grossmana i Dubois-Havenitha.

W obec trudności w rozróżnianiu osutek bromowych od innych cierpień skóry wypada mi nieco bliżej rozpatrzyć te cechy, na których można opierać się przy odróżnianiu wyrzutów bromowych od innych pokrewnych lub podobnych z wejrzenia zaburzeń skóry.

Osutkę bromową, zwłaszcza w początkowym jej okresie rozwoju, najczęściej zmieszać można z wyrzutami trądzików pospolitego (*acne vulgaris*) i smołowego (*Theeracne*), tudzież z osutką krostkową jodową (*acne jodica*), ponieważ wyrzuty bromowe w początku posiadają cechy wspólne z wzmiankowanymi cierpieniami skóry, mianowicie zaś występują w postaci ściśle

⁶⁸) Allgem. Zeitschrift für Psych. 1874, V, 1.

ograniczonych nacieków zapalnych w skórze; dla rozróżnienia pamiętać należy, iż osutka bromowa sadowi się najchętniej w okolicach uwłosionych skóry, przeważnie zaś na głowie i dolnych odnogach; oprócz tego, wystąpienie i przebieg trądzików smołowego i jodowego bywa zawsze ostrym i wyrzuty nadto pojawiają się gromadnie w rozmaitych okolicach ciała; co się zaś tyczy osutki jodowej zosobna, to towarzyszy jej często gorączka i obok zmian na skórze spostrzegają się współcześnie objawy podrażnienia w błonach śluzowych. Z wywiadów zaś nietrudno dowiedzieć się, iż wystąpienie trądzika smołowego poprzedziło stosowanie wcierań przetworu smołowego w postaci maści lub że chory przyjmował wewnątrz przetwór jodowy. Wyrzutom zaś trądzika pospolitego zwykle towarzyszą inne niezapalne zmiany w gruczołach łojowych skóry (*milium comedo, seborrhoea*); oprócz tego wyróżniają się wykwity trądzika pospolitego od wyrzutów bromowych siedliskiem, gdyż zwykle usadawiają się na plecach, piersiach i twarzy, osutka zaś bromowa rozsiana jest początkowo na głowie i w innych uwłosionych okolicach skóry.

Z pośród osutek kiłowych, z którymi też zmieszać można wyrzuty bromowe, największe podobieństwo do ostatnich przedstawia trądzik kiłowy i wykwity guzkowe kiłowe. Od wyrzutów krostkowych kiłowych, rozrzuconych w okolicy gruczołów skórnych (*acne syphilitica*) wykwity trądzikowe bromowe tem się wyróżniają, iż towarzyszą im zwykle objawy zapalne i mają one przebieg więcej ostry, niż trądzik kiłowy, jakkolwiek ostatnia okoliczność nie zawsze się uwydatnia. Oprócz tego obie te choroby wyróżniają się jeszcze usadowieniem swem: osutka bromowa zajmuje zwykle z początku górną okolicę ciała, z upodobaniem sadowiąc się najpierw na głowie i twarzy, i dopiero później występują wyrzuty na skórze odnóg i tułowia; wyrzuty zaś trądzika kiłowego napotyka się w rozmaitych okolicach ciała i często widzi się je w prawidłowych gromadkach, złożonych z drobnych i większych krostek i tworzące koła, obrączki, półkoła i t. p. figury. Zasadnicza różnica polega też na budowie wykwitów w obu wspomnianych chorobach skóry, gdy bowiem krostka kiłowa składa się z nacieku grudkowego, na szczycie przedstawiającego krostkę, zasechającą później i tworzącą suchy i twardy strupek, wykwity krostki bromowej są to zapalne nacieki z zejściem w ropienie, mające swe siedlisko w głębi skóry właściwej

w około gruczołu łojowego (*perifoliculitis*). Większe wrzodzące nacieki i guzy bromowe przedstawiają wiele podobieństwa do niesztowic (*ectyma*) kiłowych i kilaków skórnych; wzięść je bardzo łatwo za wykwity kiłowe, przedstawiające na szczycie brodawkowate wyrośle, tudzież za owrzodzenia kiłowe; wyróżniają się jednak wyrzuty kiłowe bujające obecnością twardego ciemnobrunatnego nacieku w postaci otoczki, owrzodziałe zaś kiłowe tworzy przebiegiem i właściwymi cechami wrzodów kiłowych; chociaż zaprzeczyć się nie da, iż niekiedy trudno na pierwszy rzut oka odróżnić owrzodziałe nacieki bromowe od wrzodów kiłowych, ponieważ gojenie się w środku wykwitu i dalszy rozpad oraz owrzodzenie wyrzutów na obwodzie napotykaemy też w niektórych przypadkach zadawnionej osutki bromowej (Lesser⁶⁹). Guzy bromowe wyróżniają się nadto od kilaków skórnych siedzibą, albowiem najczęściej usadawiają się w pewnych ulubionych okolicach skóry (uwłosione okolice odnóg), podczas gdy guzkową osutkę kiłową wszędzie się napotyka.

Niełatwem też bywa rozróżnienie wyrzutów osutki bromowej od trądzika charłaczego (*acne cachecticorum*), ponieważ wymienione cierpienia skóry wytwarzają wykwity, bardzo do siebie podobne. W rozpoznaniu ich ważną jest ta okoliczność, że krostki trądzika charłaczego powstają bez objawów zapalnych i przebieg osutki zawsze bywa bardzo powolny, oprócz tego obok zmian w skórze dostrzegają się rozmaite inne objawy, wskazujące chere (*marasmus*).

Opisana przez Roterę, Weila i wielu innych autorów tak zwana zapalna postać brodawczaka skórniego (*Papilloma ary-elevatum, entzündliches Hautpapillom*), tudzież spostrzegana przez francuzkich dermatologów odrębna postać zapalenia skóry obwodowego w okolicy woreczków skórnych (*perifolliculites suppurées et conglomérées en placards — Leloir*) jakkolwiek mają wiele podobieństwa do wyniosłych brodawkowatych bujących wyrzutów bromowych, łatwo jednak dają się wyróżnić małą ilością wytworów chorobowych w obec wielolicznych zazwyczaj wykwitów osutki bromowej; pomijamy też tu nadzwyczajną rzadkość i uporczywość brodawczaka skórniego; co się zaś tyczy choroby

⁶⁹) Lehrbruch der Hautkrankheiten. Leipzig, 1885, str. 117. Porównaj też opisany przezeńmię przypadek osutki bromowej.

Leloira zosobna, zwykle powstaje tu 1—3 nacieki, rzadko więcej, oprócz tego siedzibą wyrzutów bywa zwykle przedramię i ręka, rzadziej zaś osutka *Leloira* usadawia się w innych okolicach odnóg górnych lub dolnych. Pozostałe po znikaniu i zagojeniu się wyrzutów bromowych plamy i blizny barwikowe trudno niekiedy odróżnić od kiłowych; rozpoznanie ich oparte jest chyba tylko na wywiadach o pochodzeniu i przebiegu poprzedzającej osutki, o towarzyszących jej innych objawach i t. d.

Wywiady są w ogólności ważnym czynnikiem rozpoznawczym przy różniczkowym rozpoznawaniu osutek bromowych od innych podobnych do nich zaburzeń skóry; w tych przypadkach mianowicie, w których dowiadujemy się o poprzednim stosowaniu przetworów bromowych, wyróżnienie osutki będzie zawsze dość łatwym; gdzie zaś wywiady wskazują równocześnie na stosowanie leczenia bromowego i na kiłę przebytą, tam rozróżnienie przedstawia bardzo wiele trudności powinno być opartem przeważnie na cechach właściwych, wyróżniających osutkę bromową od objawów kiłowych na skórze.

Zmiany patologo-anatomiczne i drobnowidzowe skóry, zajętej wyrzutami bromowymi po raz pierwszy zostały troskliwie i dokładnie zbadane przez Neumann'a ⁷⁰⁾ i w następujący sposób przez niego opisane: wyciśnięta z guzków i krostek zawartość składa się z ciałek ropnych, mazidła skórniego i brył przyskórka. Najznaczniejsze zmiany przedstawiają kaletki włosowe i gruczoly łojowe, również dotknięta bywa i tkanka właściwej skóry w górnych swych warstwach. Włosy rozrzedzają się, ujścia kaletek włosowych rozszerzają się, treść zaś w górnej części złożona ze zrogowiałych komórek przyskórka, w dolnym odcinku rozszerza komórki zewnętrznej pochewki włosowej. Gruczoly łojowe i przywłosne zwiększają się we wszystkich swych kierunkach, niektóre z nich przeobrażają się obok tego w kuliste, odosobnione i zamknięte torebki, inne zaś przedstawiają wgłębienie swych ścianek, napotyka się też gruczoly z ocalałym przevodem, jednak ostatni też bywa przepelniony komórkami przyskórka, pomiędzy zaś temi komórkami skupiają się złogi z ropy

⁷⁰⁾ J. Neumann. Aertzlicher Bericht über der im Städtl. Communal-Spital Zwischenbrücken im J. 1872/73 behandelten Blatterkranken. Wien, 1874, str. 155—158 (w dodatku).

i mazidła złożone; niekiedy zaś, podczas gdy sam gruczoł przywłosny zawiera masę z komórek przyskórka, mazidła i ropy składającą się, przewód gruczołu bywa rozszerzony i wypchany zrogowiałymi komórkami. W tkance skóry właściwej spostrzega się bujanie komórek okrągłych w postaci rozrzuconych złogów; najczęściej zaś układają się wymienione złogi w kształcie sieci. Brodaweczki skórne są wydłużone, szczególnie zaś te ich części, na których nawet nieuzbrojonym okiem dostrzedz można brodawczate wypęcznienia. Na kilku skrawkach udało się Neumanno'wi spostrzegać zmiany w gruczołach potnych, mianowicie zaś rozszerzenie przewodów i zwiększenie ilości komórek gruczołowych. Co się zaś tyczy patogenezy i istoty sprawy chorobowej w osutkach bromowych, to już sama postać wyrzutów i usadowienie się takowych nasuwa nam przypuszczenie zależności cierpienia skóry od poprzedzającego podrażnienia gruczołów skórnych. Przypuszczenie to potwierdzały poczęści powyżej wzmiankowane anatomiczne badania Neumann'a, jakoteż poszukiwania chemiczne, dokonane przez Guttman'a ⁷¹⁾, który wykazał obecność bromu w zawartości osutki krostkowej, powstałej wskutek stosowania wewnątrz przetworów bromowych. Clark i Amory (l. c.) zapatrywali się inaczej na sprawę chorobową osutki bromowej, gdyż uważali ją jako chorobę nerwów odżywczych skóry (*trophoneurosis*). Przed kilku zaś laty nowy pogląd na istotę osutki bromowej odsłoniła praca C. Fox'a i H. Gibes'a ⁷²⁾, w której są przytoczone wyniki drobnowidzowego badania skóry, dotkniętej cierpieniem bromowem. Praca ta wyświetla należycie szczegóły powstawania osutki bromowej, jakoteż całą sprawę chorobową tłómaczy. Wymienieni autorowie wykazują, mianowicie, iż sprawa chorobowa, nie przekraczając wcale granicy skóry właściwej, znamionuje się powstawaniem drobnych zapalnych ognisk, ulegających wkrótce zropieniu; kolczysta warstwa przyskórka nigdzie nie oddziela się od brodawkowego pokładu skóry, naczynia krwionośne rozszerzają się, niektóre z nich zostają zupełnie zatkane, gruczoły potowe ulegają też zmianom i w wielu miejscach zanikają i ulegają zupełnemu zniszczeniu, włosy i gruczoły łojowe tylko gdziegdzie są dotknięte, najczęściej zaś nie przedstawiają

⁷¹⁾ Archiv f. patholog. Anat. 1878, LXXIV, str. 540.

⁷²⁾ Britsch medical Journal. 1885, II, str. 971.

żadnych zmian chorobowych. Z powyższego tedy widzimy, iż Fox i Gibbes nie znajdowali w skórze, dotkniętej osutką bromową, zmian opisanych przez Neymann'a, a więc są odmiennego zdania z ostatnim co do istoty choroby i nie zgadzają się na pogląd Neumann'a, jakoby zmiany w skórze, wywołane bromową były takie same, jak i w trądziku pospolitym krostkowym.

Leczenie osutki bromowej wymaga przede wszystkim zaprzestania użycia wewnętrznego przetworów promowych, obok tego stosuje się odpowiednie leczenie miejscowe, jak w pryszczycy; wybór poszczególnych środków jeczniczych zależy od stopnia i natężenia objawów chorobowych w skórze: świeże wyrzuty nie potrzebują wcale energicznych środków i łatwo ustępują wobec działania zimna, maści ołowianej i cynkowej i t. p. łagodnych środków; co innego zaś długotrwałe i uporczywe nacieki i wrzody bromowe; te zwykle wymagają starannego stosowania rozmaitych środków, wśród których wymienimy tu: plaster rtęciowo-karbolowy Unna'y i plaster rtęciowy zwyczajny, bardzo prędko gojące owrzodzenia i absorbujące nacieki bromowe. Gowers ⁷³⁾ bardzo zachwala arsenik, który wewnątrznie stosowany ma jakoby okazywać znakomity wpływ na zmiany skórne, wywołane użyciem wewnętrznem przetworów bromowych.

ISTOTA PRZYMIOTU.

(KWESTYJE SPORNE)

podał Fr. Giedroyć

Ordynator Szpitala Ś-go Łazarza.

SŁÓWKO WSTĘPNE.

Widząc setki broszur i artykułów, porzucanych po czasopismach lekarskich specjalnych i niespecjalnych, a różnym działom nauki o przymocie poświęconych, łatwo można by przypuścić, że ten ogrom pracy, że to wyteżenie umysłu wielu nieraz bardzo poważnych uczonych, skierowane ku zbada-

⁷³⁾ Lancet. 1878, I, str. 866.

niu jednej choroby, doprowadziły do zupełnego jej poznania, przyjrząwszy się jednak bliżej, przychodzimy do przekonania, że dotychczas w żadnej gałęzi medycyny nie spotykamy tylu kwestyj spornych, w żadnej poglądy autorów nie różnią się w takim stopniu, jak to widzimy w nauce o przymiocie.

Jeżeli jednak w wiedzy naszej posuwamy się zbyt wolno, nie nasza w tem wina, mamy bowiem dwie potężne zapory, o które głównie wszystko się rozbija: nie znamy mianowicie zarazka, wywołującego chorobę i nie możemy szczepić jej na zwierzętach. Wobec tego praca eksperymentalna—a ona najprędzej może doprowadzić do rozstrzygnięcia wielu wątpliwości—jeżeli i nie zupełnie zostaje wykluczona, to przynajmniej ograniczoną znacznie. Zostają więc tylko: badanie kliniczne i anatomo-patologiczne, statystyka, wreszcie analogija.

Widzimy z tego, że śludki, jakimi nam pozwolono się posługiwać, są dosyć skromne, często niepewne i mogące prowadzić do celu tylko po wieloletniem i zgodnem ich stosowaniu.

Obserwacyja kliniczna w sprawie poznania pewnej choroby jest rzeczą pierwszorzędną wagi, ma jednak strony niedogodne, które jej nie pozwalają nieraz stanąć na jednej wysokości z eksperymentem w szeregu czynników, mogących przemówić na korzyść lub niekorzyść pewnego przypuszczenia: wymaga ona długiego czasu, a co ważniejsza powinna być prowadzoną przy jednakowych warunkach, podług jednego planu, czyli, jak powiedzieliśmy, powinna być u wszystkich zgodną. W tym celu proponowano nawet pewne szematy, podług których należałoby spisywać nasze spostrzeżenia, i nie przypuszczamy, że zabieg ten dla umożliwienia wniosków jest niezbędnym, wypełni on jednak tylko bardzo małą część tych braków, jakie nastęrcza nam sam przedmiot obserwowany, t. j. chory: możemy go wprawdzie postawić w jednakowych warunkach z innymi chorymi, ale tylko w szpitalu, na czas względnie krótki, gdy warunki, w których się znajdował przedtem, a które mogły mieć istotny wpływ na charakter i przebieg jego cierpienia, będą nader rozmaite, zawsze od nas niezależne, a często zgoła nam nieznanne.

Na statystyce możemy opierać swoje wnioski tylko wtedy, jeżeli ona obejmuje fakty jednorodne, czyli w naszym przypadku spostrzeżenia, prowadzone zgodnie, przez czas długi, w jednakowych warunkach, że jednak zebrane spostrzeżenia rzadko tylko mogą odpowiedzieć w zupełności tym wymaganiom, więc i z liczbami należy się obchodzić nader ostrożnie.

Badania anatomo-patologiczne rzadko mogą być przeprowadzone w odpowiednim czasie i nie zawsze mogą rozstrzygać pytanie.

Zostaje jeszcze analogija. Ta droga, aczkolwiek z wymienionych najślabsza, może być w pewnych razach stosowaną. Wnioski, wyprowadzone tą drogą, bez potwierdzenia ich faktami,

nie staną wprawdzie nigdy w rzędzie pewników, mogą jednak nieraz rzucić dużo światła na rzecz badaną, i wskazać kierunek, w jakim należy iść dalej, aby cel osiągnąć.

Co się tyczy wreszcie autorytetów, to nie przeczę, że doświadczenie osobiste poważnych badaczy, a więc i głos ich w pewnych kwestyjach jest wielkiej wagi, nikt się jednak nie zgodzi na to, by zasady naukowe opierać na większości głosów chociażby uznanych powag, lub wątpliwości rozstrzygać większością. Wobec tych warunków, któreśmy tu wymienili, przestaje nas dziwić to, że różni badacze, posługując się nawet jednakową metodą, przychodzili nieraz do wniosków niezgodnych, a nawet wprost przeciwnych.

§ 1. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przymiot jest chorobą zakaźną, a więc należy do grupy cierpień, które podług dzisiejszych naszych pojęć mogą być wywołane tylko przez wniknięcie do ustroju tworów, zwanych pasorzytami. Wprawdzie, dotychczas nie znamy jeszcze pasorzytą specyficznego dla przymiotu pomimo licznych badań i poszukiwań w kierunku tym podjętych (1), sam już jednak okres wylegania daje nam dostateczną wskazówkę, że przyczyną cierpienia w tym razie nie może być jakiś czynnik chemiczny, taki bowiem, dostawszy się do ustroju, musiałby okazać swe działanie niezwłocznie, gdy przeciwnie ciało organizowane wymaga do tego pewnego czasu, by się mogło dostatecznie rozwinąć i rozmnożyć. Dalsze poparcie tego przypuszczenia znajdujemy w odporności, jaką nabywa organizm po jednorazowym przejściu choroby, w dziedzicznym jej przechodzeniu z rodziców na dzieci, wreszcie w tym fakcie, że dla wywołania cierpienia wystarczają minimalne nawet ilości ośrodka, zawierającego zarazek. Trucizny nieorganizowane własności takich nigdy nie posiadają. Teoryja wreszcie fermentów, stosowana dawniej do wyjaśnienia istoty przymiotu, upadła bezpowrotnie z chwilą, gdy wykazano, że przyczyną wszelkich procesów fermentacyjnych są również drobnoustroje. Przyjąwszy pasorzytnicze pochodzenie przymiotu za fakt, a nie znając samego zarazka, zniewoleni jesteśmy ograniczyć się na badaniu wyłącznie jego własności, materiałem zaś do tych badań służą liczne i różnorodne objawy, jakie wywołuje w ustroju, do którego się dostał. Tłómaczenie istoty i znaczenia tych objawów nastęrczyło dużo wątpliwości, oraz dało powód do wypowiedzenia wielu sprzecznych lub opartych tylko na przypuszczeniu poglądów. Przedstawienie ważniejszych z tych kwestyj spornych w świetle literatury współczesnej (z pominięciem wiadomości historycznych) stanowi właściwe zadanie pracy niniejszej, a nicią przewodnią dla wyjaśnienia omawianych zjawisk cierpienia będzie pogląd Fingera, wypowiedziany w pracy p. t. *Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Stand-*

punkte der modernen Bacteriologie (Arch. F. Dermat. et Syph. 1890. Z. 3).

(1) W roku 1872 zauważył Losterfer, że we krwi syfilityków można znaleźć już w 3—5 dniu choroby małe silnie połyskujące ciała. Wielkość ich, głównie zaś ilość, wzrasta następnie. Losterfer przypuszczał, że ciała te stale się znajdują we krwi dotkniętych przymiotem, albo powstają tam wskutek swoistych zmian krwi. Przypuszczenie to zostało wkrótce obalone (Koebner, Biesiadecki).—W r. 1885 Lustgarten, znalazłszy laseczniki w tworach przymiotowych, uważał je za swoiste. Przychylił się do tego mniemania prof. Doutrelepont i Schütz, którzy znaleźli u dotkniętych przymiotem drobnoustroje w postaci prostych, lub nieco skrzywionych laseczek, okazujących niekiedy we wnętrzu swem jasne punkciki (zarodniki). W dalszym ciągu spostrzeżenie Lustgarten'a potwierdzili Fürth i Mannaberg, ale zaraz już w r. 1885 Cornil, Alvarez i Tavel wykazali, że laseczniki takie znajdują się w łożu podnapletkowym i w śluzie, wydzielanym przez zewnętrzne części rodne, będące w stanie zupełnie prawidłowym. Odkrycie to odjęło w zupełności lasecznikom Lustgartena cechy patognomiczne, co przyznał i Doutrelepont, robiąc słuszną uwagę, że gdybyśmy nawet stale znajdowali w wykwitach przymiotowych pewien gatunek grzybka, to bez innych dowodów nie możemy jeszcze twierdzić, że on właśnie jest przyczyną choroby. Pomimo to już w r. 1887 Fülles w rozprawie swojej przychodzi do przekonania, że etyologicznym momentem w powstaniu przymiotu jest właśnie bacillus Lustgarten-Doutrelepont'a, a L. Kamen ogłasza nawet przypadek, dotyczący się 9-letniego chłopca z objawami późnego przymiotu, u którego tenże pasorzyt, znaleziony w płwocinie, zniknął pod wpływem specyficznego leczenia i znowu się ukazywał w wielkich ilościach przy wzmożeniu cierpienia.—W r. 1878 Klebs znalazł w wydzielinie owrzodzenia syfilitycznego obdarzone ruchem pałeczki, których czyste hodowle, zaszczeplone małpom, miały jakoby wywołać u nich wszystkie objawy przymiotu.—Köbner używał wszystkich nowych sposobów barwienia, chcąc znaleźć swoiste w przymiocie drobnoustroje, opisane przez Klebs'a, Birch-Hirschweld'a i Morison'a, zawsze jednak otrzymywał wynik ujemny.—W r. 1889 na posiedzeniu członków Towarzystwa Lekarzy Amerykańskich w sekcji dermatologicznej Cupper ojciec zauważył, że zdaniem jego i syna rozpoznanie „lues“ jest pewnem wtedy, jeżeli we krwi chorego znajdują się crypta syphilitica—owalne o miedzianem zabarwieniu ciała, obdarzone ruchem. Seiler dowiódł, że crypta te są to tylko ciała krwi, uległe rozpadowi, żadnej przeto wartości rozpoznawczej mieć nie mogą. Do zdania tego przyłączyli się Brush, Matthewson i inni.

§ 2. **Zakażenie krwi.** Nastęrcza się przedewszystkiem pytanie, czy przymiot jest zakażeniem krwi w ścisłym tego słowa znaczeniu, t. j. czy zmiany we krwi są pierwotne i wprost zależne od obecności w niej zarazka, a cierpienie innych organów powstaje następnie w skutek nienormalnych warunków ich odżywiania patologicznie zmienioną krwią, czy też krew, podobnie jak inne płyny fizjologiczne, jest tylko czasowym przenośnikiem zarazka, a nie ośrodkiem, w którym się koncentruje cała sprawa patologiczna? Pewna grupa autorów określa przymiot jako „zakażenie krwi“, widząc w niej główne siedlisko cierpienia, a uzasadnienie takiego poglądu znajduje w tem, że objawy choroby rozrzucone są jednocześnie po rozmaitych organach i na wielkich przestrzeniach. Jak widzimy, dowód to zbyt słaby, ażebyśmy nie szukali potwierdzenia samego poglądu gdzieindziej, a przedewszystkiem w samej krwi. Co się tyczy zmian, jakim ulega ona w przymiocie, badania różnych autorów (Wilbuszewicz, Keyes, Gaillard, Ricord, Lezius, Konried i inn.) doprowadziły do dosyć zgodnych wniosków: wykazano mianowicie zmniejszenie się zawartości hemoglobiny i zwiększanie się liczby białych ciałek krwi; względem zachowania się czerwonych ciałek, pytanie zostaje nierozstrzygniętem, gdy bowiem jedni znajdowali stale hypoglobuliam, inni (Biegański w ostatnich czasach) nie widzieli, by ilość czerwonych ciałek ulegała pod wpływem przymiotu zmniejszeniu. Zmiany te, jak widzimy, nie są dla przymiotu wcale charakterystyczne, możemy je spotkać także w późnych okresach choroby, kiedy o obecności zarazka w ustroju nie może być nawet mowy, zresztą i w innych cierpieniach, nie wspólnego z infekcją syfilityczną nie mających. Zmiany te wreszcie są niestałe, a nieraz względnie zbyt nieznaczne, ażeby na zasadzie ich można było twierdzić, że cała sprawa patologiczna w przymiocie odbywa się we krwi. Teoryja „zakażenia krwi“ znajduje (zdaniem pewnej grupy autorów) również zaprzeczenie w ujemnych wynikach szczepienia, jakie nie powinnyby się zdarzać, gdyby krew właśnie była siedliskiem choroby, jednakże z drugiej strony dodatnie wyniki dowodzą, że w pewnych okresach cierpienia zarazek syfilityczny istotnie znajduje się we krwi, a mianowicie w jej ciałkach. Że tak jest rzeczywiście, mamy dowód w ujemnych wynikach, jakie otrzymywano ze szczepień wyłącznie surowicą w czasie, kiedy krew in toto była zaraźliwą.

Na zasadzie tego, cośmy powiedzieli, więcej prawdopodobnem będzie przypuszczenie, że krew w przymiocie nie jest pierwotnem siedliskiem choroby, w pewnych jednak okresach ciała jej mogą zawierać w sobie zarazek chorobotwórczy. Przyczyną zmian we krwi może być w pewnej mierze obecność w niej zarazka i bezpośredni wpływ jego, głównie zaś cierpienie tych organów, które biorą czynny udział w wytwarzaniu krwi resp.

białych ciałek (Krówczyński), tak np. sama hyperplasia licznych hruczołów limfatycznych jest już dostatecznym źródłem zwiększonego dowozu tych ciałek i powstania leukocytozy (Virchow).

W dalszym ciągu zmiany w pojedynczych organach mogą zależeć albo bezpośrednio od zarazka, który się przedostał do nich drogą naczyń limfatycznych lub krwionośnych, albo wskutek upośledzonego ich odżywiania krwią zmienioną, albo wreszcie pod wpływem toksyn właściwych. Wielce jest prawdopodobnem, że nieraz działają wszystkie te trzy momenty, który jednak z nich odgrywa główną rolę, w jakim czasie i stopniu — rzecz to jeszcze do wyjaśnienia. Pod tym względem najwięcej się zdaje być zbliżoną do prawdy teoria Finger'a, który, wychodząc z zasady, że objawy chorób zaraźliwych nie zależą wyłącznie od pasorzytów chorobotwórczych, ale i od produktów ich życia, zadał sobie pytanie, czy się nie da zastosować tego faktu, dowiedzionego dla innych chorób, również w przymiocie, czyli innemi słowy, czy pewna część różnorodnych objawów, spostrzeganych w przebiegu przymiotu, nie zależą wprost od toksyn. Drogą nader umiejętnego zestawienia faktów, logicznych przypuszczeń i analogii autor doszedł do wniosków potwierdzających.

§ 3. **Ulcus induratum, syphilicum primitivum.** Na miejscu, kędy się dostał zarazek do ustroju, powstaje po pewnym czasie guziczek, lub też owrzodzenie, które stanowi pierwszy objaw choroby. Czem on jest właściwie? czy oznaką tylko miejscowego cierpienia (Auspitz, Bidentkap, Bronsen, Haslund, Hüter, Lang, Leroir, Neisser, Pick, Taylor), czy też dowodem ogólnego zakażenia ustroju (Bärensprung, Cooper, Damesmil, Martineau, Neumann, Ricord)? Czy źródłem i przyczyną, czy też skutkiem istniejącej już infekcyi?

Jak widzimy, pytanie to nader ważne nie tyle pod względem teoretycznym, ile głównie praktycznym, a dotychczas zostaje nierozstrzygniętem. Za pierwszym przypuszczeniem t. j. że owrzodzenie pierwotne jest tylko ogniskiem rozmnażania się pierwsiastków chorobotwórczych, które do pewnego czasu są umiejscowione, wobec ujemnych wyników, jakie daje badanie krwi, mogą przemawiać tylko dodatnie wyniki wycięcia owrzodzeń i dodatnie również wyniki szczepień zarazka syfilitycznego na osobnikach, mających już pierwotne owrzodzenie. Istotnie: jeżeli manifestatio primitiva jest skutkiem wynikłej już ogólnej infekcyi, to usunięcie jej w żadnym razie nie może przerwać choroby, i odwrotnie: pojedyncze nawet przypadki, uwieńczone skutkiem pomyślnym, przemawiają na korzyść miejscowego jej charakteru. Z drugiej również strony, jeżeli w chwili ukazania się pierwotne-

go objawu istnieje już ogólne zakażenie, w takim razie szczepienie zarazka na chorym nie może już dać wyniku dodatniego.

Przypadki, w których zniszczeniem pierwotnego owrzodzenia osiągnięto cel zamierzony, mamy podane przez wiarygodnych badaczy (2). Są one nieliczne, to prawda, nie powinno to jednak nas dziwić wobec wielkiej liczby warunków, którym rzadko mamy możność zadośćuczynić. Badania anatomo-patologiczne wykazują, że zmiany w otaczającej owrzodzenie tkance i w naczyniach obejmują sobą znacznie większy obszar, niż dostępne naszemu dotykowi stwardnienie, wycięcie więc powinno sięgać daleko i głęboko, na co nader rzadko pozwala miejsce w organie, który poddajemy operacji. Wycięcie powinno być dokonane jak najwcześniej, czemu w znacznej mierze przeszkadza trudność pewnego rozpoznania w pierwszych dniach choroby; później, kiedy pierwiastek chorobotwórczy osiągnął już gruczołów, należałoby usunąć wszystkie te nowopowstałe ogniska jego rozmnażania się, co się staje wprost już niemożliwym (3). Jeżeli mamy przypadek, w którym się udało szczęśliwie ominąć wszystkie te przeszkody, to nie jest jeszcze bynajmniej przez to wykluczoną możliwość wyniku ujemnego, gdyż pewną część drobnoustrojów, dostawszy się bezpośrednio do krwioobieg, mogła być zanieśioną daleko od macierzystego ogniska i stworzyć nowe tam, gdzieśmy się go wcale nie spodziewali. Jeżeli, pomimo to, mamy przypadki z rezultatem pomyślnym, tem cenniejszą są one dla nas wskazówką co do istoty pierwotnego owrzodzenia w przymocie. Fakt analogiczny widzimy w karbunkule: doświadczenia Strausa'a, Colin'a i Rodet'a dowiodły, że wycięcie pierwotnego objawu, powstałego na miejscu zaszczepienia zarazka tej choroby przy pewnych warunkach może zapobiedz ogólnemu zakażeniu.

Dodatnie wyniki szczepień zaraźliwych wydzielin przymiotowych na osobnikach, mających już pierwotne owrzodzenie, dowodzą, że jest ono objawem cierpienia miejscowego. Dowody takie, co prawda nieliczne, jednak posiadamy: Pontoppidan, a następnie Haslund ogłosili kilka przypadków, które dowodzą, że wydzielina szankra syfilitycznego wywołała na miejscu zaszczepienia charakterystyczny guziczek. Zarzucają wprawdzie, że nie widziano w takich razach, by sprawa doszła do zwykle spotykanych rozpadu i stwardnienia otaczającej tkanki; ten zarzut jednak nie wytrzymuje podług naszego zdania krytyki; wiemy, że od chwili zarażenia do wystąpienia objawu pierwotnego upływa pewien okres, zwany pierwszym wyleganiem; otóż w tym czasie, kiedy zarazek sztucznie zaszczepiony będzie w takim pierwszym okresie swego rozwoju, a tkanka, na której zaszczepiono — w tymże okresie zmian, zarazek z pierwotnego ogniska będzie przenikał stopniowo do całego ustroju i wywoływał w nim odporność, która wstrzyma rozwój oczekiwanych zmian na miejscu szczepienia i spowoduje to, że otrzymamy tam tylko nierozwi-

niętą postać objawu. Wiemy zresztą, że i w zwykłych warunkach infekcyi objaw pierwotny bywa niekiedy tak mały i nieznaczny, że nie budzi podejrzenia nawet w lekarzu, powstaje w kształcie drobnej grudki lub krostki, by po kilku dniach zniknąć bez leczenia.

Musimy się zastrzedz, że szczepienie może dać wynik dodatni tylko przy zachowaniu dwóch głównych warunków (pominąwszy inne): powinno być wykonane w pierwszych chwilach istnienia pierwotnego owrzodzenia i w okolicy dalekiej od miejsca, gdzie się ono znajduje, gdyż już w początkach powstania owrzodzenia widzimy dokoła niego odporność miejscową, która tylko stopniowo udziela się całemu ustrojowi i staje się odpornością ogólną. Spostrzeżenia Finger'a, Lang'a Bumstead'a, Klotz'a dowodzą, że jeszcze na długo przed wystąpieniem objawów ogólnych mogą występować wykwyty swoiste, ograniczone do najbliższej okolicy owrzodzenia, czyli innymi słowy, że zarazek już w pierwszych chwilach z pierwotnego ogniska może się przedostać do otaczającej tkanki i zrobić ją niewrażliwą na szczepienie nowych ilości tegoż zarazka.

Kiedy odporność miejscowa przechodzi w ogólną i jakie warunki mogą opóźnić lub przyspieszyć to przejście—pytanie jeszcze nie rozstrzygnięte. Co do drugiego punktu mamy wprawdzie pewną wskazówkę, która wymaga jednak jeszcze potwierdzenia przez liczniejszy ogół badaczy. Mówimy tu o spostrzeżeniu, zrobionem najpierw przez Auspitz'a, stwierdzonem następnie i zaakcentowanem przez Brockhart'a, że wycięcie pierwotnego objawu, chociażby dokonane było bardzo wcześniej, daje wynik ujemny, jeżeli się ten objaw przedstawiał pod postacią guziczka, wynik zaś dodatni otrzymywano tylko wtedy, gdy wycięto stwardnienie powstałe na miejscu szankra, t. j. gdy usunięto tak zwany chancre mixte. Brockhart tłumaczy zjawisko to w sposób następujący: jeżeli powstaje guziczek, wtedy zarazkowi przymiotowemu nic nie staje na przeszkodzie do rozszerzania się najpierw regionarnie, a następnie i po całym ustroju, gdy przeciwnie, przy podstawie ropiejącej (szankier) zarazek nie może tak prędko przedostać się do sąsiednich tkanek, a to dzięki energicznej czynności białych ciałek krwi.

Na zasadzie tego, cośmy tu powiedzieli, przychodzimy do następującego wniosku: *objaw pierwotny w przymiocie jest pierwszym ogniskiem rozmnażania się zarazka syfilitycznego, który się rozchodzi stąd stopniowo, obejmując sobą na razie tylko najbliższą leżącą tkanki, że zatem objaw ten do pewnego, chociaż bliżej nieokreślonego (krótkiego) czasu jest cierpieniem miejscowem, a nie pierwszą oznaką zaszłej już ogólnej infekcyi ustroju, jest więc nie skutkiem, a raczej przyczyną i źródłem tej infekcyi.*

(2) Nie widzą w wycinaniu pierwotnego owrzodzenia żadnej korzyści: Barthélemy, Cooper, Elsenberg, Neu-

mann, Martineau, Taylor. Radzą wycinać: Auspitz, Boehm, Bronson, Ehlers, Fournier, Hüter, Jullien, Janowski, Köbner, Krówczyński, Lassar, Leloir, Majkowski, Mannino, Lorenzo, Neisser, Pick, Tarnowski, Thiéry, Watraszewski, Unna. (Thiéry i Watraszewski jako najlepsze miejscowe lecznice). Leloir i Köbner byli najpierw przeciwnikami wycinania, później się przekonali, że zabieg ten może dać nieraz wynik pomyślny.—Fournier słusznie powiada, że się nie godzi pomijać najmniejszej sposobności, mogącej chociaż niekiedy zabezpieczyć człowieka od ciężkiej choroby.—Sigmund widział przymiot w 28⁰/₀ przypadków po wypaleniu pierwotnego zajęcia.—Boehm zebrał 672 przypadki, w których zniszczono objaw pierwotny; pomyślny wynik otrzymano w 24⁰/₀. Po wykluczeniu wypadków wątpliwych lub zbyt krótko obserwowanych zostało jeszcze 17⁰/₀.—W statystyce zebranej przez M. Ehlers'a, a dotyczącej 584 przypadków, w 137 wynik dodatni.

(3) Fournier miał sposobność zbadania gruczołów z fossa iliaca i miednicy u trzech chorych, zmarłych wskutek innych przyczyn w czasie, gdy mieli świeże wrzody pierwotne, i znalazł gruczoły zmienione przy owrzodzeniach, istniejących zaledwie 7—9 dni.

§ 4. **Incubatio. Okres wylęgania.** Przerwę pomiędzy zaszła infekcją, a ukazaniem się pierwotnego objawu, nazywamy okresem pierwszej inkubacji. Zjawisko to należy pojmować w sposób następujący: istota chorobotwórcza, raz się dostawszy na głębę dla swego życia odpowiednią, zaczyna się rozmnażać, wywołując w miejscu, gdzie się to odbywa, swoiste zmiany. Zmiany te w początkach są wszakże tak nieznaczne, że zmysłami naszymi ocenić ich nie możemy, co trwa przeciętnie około trzech tygodni, poczem widzimy już manifestationem primitivam. W czasie tym spostrzegamy jeszcze innego rodzaju czynność zarazka: oto zwykle już po kilku dniach życia swego na nowem podłożu zaczyna on stopniowo się rozchodzić głównie drogą naczyń limfatycznych i dosięga w ten sposób najbliższych gruczołów. Gdyby wessanie zarazka zaczęło się dopiero z chwilą wystąpienia pierwotnego objawu, w takim razie stwardnienie gruczołów — objaw identyczny ze stwardnieniem pierwotnem — musiałyby zająć tyleż mniej więcej czasu, i zmiany w gruczołach powinnybyśmy znaleźć nie ku końcowi pierwszego lub początkom drugiego tygodnia od chwili ukazania się objawu pierwotnego — jak to się dzieje w rzeczywistości—ale dopiero we trzy tygodnie później.

Zdawałoby się na pozór, że stajemy tu w sprzeczności z tem, cośmy powiedzieli w paragrafie poprzednim o charakterze manifestationis primitivae jako cierpienia miejscowego. Bynajmniej. Staraliśmy się dowieść tylko, że owrzodzenia pierwotnego nie na-

leży zaliczać do skutków ogólnego zakażenia, a raczej do przyczyn i widzieć w niem główne ognisko, z którego się dopiero rozchodzi zarazek po całym ustroju; nie stosowaliśmy naszych twierdzeń do owrzodzenia lub stwardnienia zupełnie już rozwiniętego, chcieliśmy tylko wykazać stosunek zależności, jaki zachodzi pomiędzy tym pierwszym objawem, a ogólną infekcją. Prędsze lub późniejsze przejście zarazka do gruczołów może zależeć jeszcze od miejscowych warunków, czego mamy wskazówkę w niejednakowym czasie, jaki upływa w różnych przypadkach pomiędzy ukazaniem się pierwotnego objawu a zajęciem gruczołów. Nie jest wreszcie wykluczoną jeszcze jedna możliwość: tkanka gruczołów, dzięki swej budowie anatomicznej, może wymagać mniej czasu, aniżeli dno wrzodu na to, aby osiągnąć pewien stopień zmian, które widzimy pod postacią stwardnienia, a w takim razie, na zasadzie tego tylko, że pewną zmianę w gruczole spostrzegamy o tydzień później, niż w innym miejscu, nie możemy jeszcze twierdzić, że i zarazek dostał się do gruczołu również o tydzień później.

Długość okresu pierwszej inkubacji nie u wszystkich chorych jest jednakową. Wobec tego powstaje pytanie, czy zjawisko to zależy wyłącznie od indywidualności chorego, czy też i od własności samego zarazka. Wiadomo, że nieraz u dwóch chorych, zarażonych w jednym czasie i z jednego i tego samego źródła, okres ten nie bywa jednakowo długim; spostrzeżenie to wskazuje wyraźnie na rolę indywidualności, zdaje się wszakże, że ma w tem pewne znaczenie i charakter istoty chorobotwórczej, chociaż dowodów na to posiadamy bardzo mało. Diday przytacza sześć przypadków, w których pierwsza inkubacja trwała 28 dni, jeżeli źródłem zarazy były objawy drugiego okresu i 18 dni przy zarażeniu się od pierwotnego owrzodzenia; bywa jednak i odwrotnie. Do przyszłości należy zebranie większej liczby spostrzeżeń, potwierdzających lub przeczących, nam się wszakże wydaje taka zależność, podana przez Diday'a, zupełnie możliwą, a to dla następujących powodów: dla prędszego wywołania jakiegoś objawu potrzeba *ceteris paribus* pewnej ilości zarazka, który się rozmnaża na miejscu, gdzie się dostał. Przebieg przymiotu poucza nas, że swoista istota chorobotwórcza stopniowo słabnie w ustroju, możemy więc przypuścić, że pasorzyt w owrzodzeniu pierwotnem posiada więcej energii, niż np. w lepieżu płaskim, powstałym w rok po infekcji, dzielniej się rozmnaża, a więc i prędzej może wywołać odpowiednie zmiany w tkankach. Przypadki, w których spostrzeżenie to nie znajdzie potwierdzenia, mogą zależeć od większej podatności podłoża. Jeżeli się sprawdzi i drugie zdanie Diday'a, mianowicie, że wogóle cały przebieg przymiotu bywa łagodniejszym, jeżeli źródłem zarazy służy objawy drugiego okresu, a nie *ulcus primitivum*, co

również jest możliwym, w takim razie w długości inkubacji będziemy mieli pewnego rodzaju wskazówkę prognostyczną.

Przerwa pomiędzy ukazaniem się pierwotnego owrzodzenia a ogólnych objawów nosi miano *drugiego okresu wylegania*. Czem jest, co właściwie oznacza ten okres w przebiegu choroby? Dla wywołania objawów ogólnych niezbędnem jest, ażeby zarazek ogarnął sobą cały ustrój, do czego potrzebną jest obecność pewnej jego ilości, a co swoją drogą zależy od łatwości, z jaką bywa wessanym z pierwotnego swego ogniska oraz prędkości rozmnażania się drobnoustrojów. Wskazówki, które przytoczyliśmy w poprzednich rozdziałach, przemawiają za tem, że sprawa wchłaniania odbywa się stopniowo i powoli. To rozmnażanie się właśnie istoty chorobotwórczej i przenikanie jej do ustroju zajmuje sobą czas, objęty okresem drugiego wylegania, rozchodzi się zaś zarazek prawdopodobnie drogą naczyń limfatycznych i krwi.

Prof. R. W. Taylor w celu wykrycia przyczyny, dla czego usunięcie objawu pierwotnego tak rzadko bywa uwiecznione pomyślnym skutkiem, dał do mikroskopowego zbadania D-rwi Van Gieson kawałek napletka, szerokości $1\frac{1}{2}$ cala odcięty (circumcisio) choremu na piąty dzień po ukazaniu się guziczka. (Gruczoły nie zajęte, objawy ogólne wystąpiły). Wynik badania był następujący: w pewnym miejscu na wolnym brzegu napletka brak naskórka; miejsce to przy bliższem rozpatrzeniu przedstawia się w postaci małego i nadzwyczaj powierzchownego owrzodzenia z nieznacznem nacieczeniem skóry dokoła. Zmiany dotyczą głównie naczyń krwionośnych, a co ważniejsza, dają się zauważyć we wszystkich kierunkach i jednostajnie na wszystkich przecięciach w znacznej nawet odległości od owrzodzenia. Zmiany te (oprócz zmian w komórkach endotelii naczyń) polegają przede wszystkim na nagromadzeniu się około tętnic i żył masy drobnych okrągłych komórek, które tworzą dokoła naczynia rodzaj pochwy (na wzór rękawa około ręki). Zmiany te, jak to wykazały inne preparaty, wzięte w późniejszych okresach choroby, posuwają się stopniowo coraz dalej i dalej. Na zasadzie tych badań Taylor przypuszcza, że i ogólne zakażenie idzie tą drogą, a mianowicie: spatia perivascularia są to przestrzenie limfatyczne, które się ostatecznie łączą z gruczołami pachwinowemi, i obrzmienie tych gruczołów zależy bezwątpienia od proliferacyi komórek, postępującej wzdłuż naczyń i dochodzącej wreszcie do gruczołów. Zmiany, o których mowa, wskazują, że zarazek, rzeczywiście, tą drogą się posuwa, a kawałek gruczołu lub sok z niego wyciśnięty w tym czasie, jak to wykazały doświadczenia, zaszczerpiony zdrowemu człowiekowi, wywołuje pierwotne owrzodzenie z jego następstwami. Od tego sposobu rozchodzenia się zarazka zależy prawdopodobnie i to nieraz spostrzegane zjawisko, że odporność w pierwszych chwilach jest miejscową i zajmuje tylko najbliższe okolice manifestationis primitivae. Otóż

Taylor sądzi, że tu sama sprawa odbywa się w dalszym ciągu i obejmuje wreszcie nawet najdalej leżące gruczoły; więcej wszakże wydaje się prawdopodobnem, że ta droga rozpowszechniania się zarazka nie jest jedyną i że pewna część jego, posuwając się drogą naczyń i gruczołów limfatycznych, dostaje się wreszcie przez ductus thoracicus do krwi, która już roznosi go po całym ustroju. Jeszcze jeden sposób zostaje, a tym będzie dostanie się pasorzytów do krwi bezpośrednio z miejsca zakażenia.

Co się tyczy warunków ubocznych, mających pewien wpływ na długość okresu drugiej inkubacji, wskazówki mamy nie liczne. O spostrzeżeniach Auspitz'a i Brockhart'a mieliśmy już sposobność mówić, wspomnimy tu więc o obserwacjach Leloir'a, Diday, Doyon'a i Neisser'a, którzy zauważyli, że owrzodzenie z charakterem żrącym (fagedenicznym) wpływa na przedłużenie drugiego okresu wylegania; rozpad, który występuje w tych razach w tak wysokim stopniu nateżenia i rozprzestrzenia się z wielką gwałtownością, nie sprzyja widocznie rozwojowi drobno-ustrojów przymiotu, a może, niszcząc tkanki, niszczy zarazem pewną część pasorzyta. Pora zimowa ma wpływać w sposób podobny t. j. opóźnia nieco wybuch objawów ogólnych, czemu chętnie wierzymy, sami bowiem przekonaliśmy się, że kąpiele gorące, a więc wpływ temperatury podniesionej, wywierają skutek przeciwny, a mianowicie przyspiesza wystąpienie oczekiwanej wysypki, albo zwiększa i to znacznie nieraz i w krótkim czasie liczbę istniejących wykwitów.

Określiwszy w ten sposób istotę drugiej inkubacji, spojrzymy na objawy, jakie zwykle towarzyszą temu okresowi, aczkolwiek bowiem zewnątrznie nie spostrzegamy jeszcze żadnych oznak, mamy jednak dostateczne wskazówki, że już w tym czasie odbywają się w ustroju ważne i głęboko sięgające zmiany. Zmiany we krwi, upośledzone odżywianie, gorączka 4), uczucie ogólnego zmęczenia, bóle gościcowe głowy, pojedynczych stawów lub nawet całych członków, bezsenność, przemijający białkomocz i żółtaczka—oto nie cały jeszcze szereg tych zjawisk, które występują zwykle jako zwiastuny wysypki, a które już same przez się dowodzą uogólnienia choroby. Jedne z nich mają cechy zjawisk więcej stałych, inne natomiast są względnie krótkotrwałe, i ta właśnie ich cecha objawów ogólnych, a obok tego prędko przemijających nasunęła Finger'owi trafną myśl, że nie zależą one od umiejscowienia zarazka w różnych okolicach, a raczej od zatrucia całego ustroju wytworami jego istnienia — syfilotoksynami. Pogląd ten popiera autor faktem, spostrzeganym w terapii przymiotu, mianowicie: gdy rtęć wpływa doskonale na objawy, pochodzące niewątpliwie wskutek działania miejscowego istoty chorobotwórczej np. przy pierwotnem owrzodzeniu, jod się okazuje skuteczniejszym w wielu objawach okresu wysypkowego, zwłaszcza tych, którym towarzyszy uczucie bólu: rtęć

prawdopodobnie zabija zarazek, a jod zubożnia jadowite jego wytwory.

(4) Z objawów, zależnych niewątpliwie od infekcy syfilitycznej najmniej miejsca w swych podręcznikach poświęcają autorowie gorączce i obrzmieniu śledziony, o tem też uważamy za stosowne podać tu kilka spostrzeżeń, zaczerpniętych z dostępnej nam literatury ostatnich czasów.

Gorączka jako objaw przymiotu. W r. 1870 Dr. Broanbent w lekcjach swoich zapatrywał się na przymiot jako na chorobę gorączkowo-wysypkową o przewlekłym przebiegu, i, rzeczywiście, podniesioną ciepłotę spotykamy nieraz u syfilityków nie tylko w czasie, kiedy obszerne ropiejące powierzchownie tłómaczą nam łatwo przyczynę tego, ale i jako objaw samodzielny. Gorączka poprzedzająca lub towarzysząca wysypkom, zwłaszcza ukazującym się po raz pierwszy, dobrze jest znana, podług Fournier'a częściej jednak spotykamy samodzielną, a mianowicie w początkach drugiego okresu choroby, szczególnie u kobiet młodych i nerwowych. Lydston przypisuje powstanie jej podrażnieniu komórek zwojowych n. sympatycznego przez jad specyficzny. Pomędzy różnemi odmianami samodzielnej gorączki syfilitycznej przeważają, podług Fournier'a, trzy typy: *intermittens*, *continua* et *irregularis*, przy czem w pierwszej napady nie występują o pewnej oznaczonej godzinie i nie powtarzają się co drugi dzień; Phillips wszakże widział i taką. Z trzech form, podanych przez Fournier'a, Barduzzi spotykał stale tylko pierwszą.—Z objawów towarzyszących należy zaznaczyć brak powiększenia śledziony, nieobfite poty. Podniesienie ciepłoty zwykle nieznaczne, w wyjątkowych jednak razach dochodzi stopni 40 i nawet nieco wyżej; trwa od kilku dni do trzech miesięcy. Dowodem swoistego jej charakteru jest skuteczność środków przeciwprzymiotowych przy obojętnem zachowaniu się jej względem innych, ogólnie używanych leków przeciwgorączkowych.—Dr. Phillips ogłosił w r. 1888 przypadek nader rzadki: gorączka wystąpiła w 9 lat po zarażeniu się, a trwała 8 miesięcy w towarzystwie bólów głowy i wymiotów. W początkach napady powtarzały się codziennie, następnie prawidłowo co drugi dzień. Wszystkie te objawy ustąpiły tylko przy zastosowaniu specyficznego leczenia rtęcią i JK.

Zachowanie się śledziony w przymiocie. Dla zbadania, jak się zachowuje śledziona wobec infekcy syfilitycznej, Dr. A. v. Avauzini wybrał z dostępnego mu materiału 30 chorych z pierwszą wysypką lub nawet jeszcze z pierwotnem ówrodzeniem, w dodatku takich, u których inne przyczyny możliwego obrzęku śledziony były stanowczo wykluczone. Z tych 30 u 8 śledziona była powiększoną, że zaś później u czterech z nich ukazała się w wywiadach *intermittens*, zostało przeto tyl-

ko czterech. Na stan pomienionego organu u trzech leczenie specyficzne nie miało żadnego wpływu, u jednego tylko tumor znikł całkowicie.—Spostrzeżenia Schueter'a dotyczą 22 chorych z wczesnemi objawami przymiotu. Przy badaniu każdego po dwa razy na tydzień u sześciu z nich można było wykazać powiększenie śledziony, dla którego nie dało się znaleźć innej przyczyny, oprócz przymiotu. W jednym przypadku leczenie specyficzne nie miało żadnego wpływu, w dwóch obrzęk znikł zupełnie, w trzech pozostałych, w których oprócz tego była tumor i niedokrewność ustąpiły. U jednego chorego z pierwotnem owrzodzeniem mógł nadto autor stwierdzić stopniowe powiększanie się śledziony.

Wielce zbliżoną do okresu drugiej inkubacji jest przerwa, jaką widzimy pomiędzy pojedynczemi wybuchami spostrzegalnych objawów, i tu i tam bowiem dotknięty cierpieniem zdaje się na pozór być zupełnie zdrowym, gdy zarazek w tym czasie zostaje jakby w uśpieniu. Widzieliśmy już, że ten stan zdrowia w okresie drugiej inkubacji jest tylko pozornym; takim on jest i w przerwach pomiędzy jednym a drugim ukazaniem się wykwitów; zdolność przelania choroby na potomstwo oraz pojawienie się nowych objawów, identycznych pod względem swego charakteru z poprzedniemi—oto wystarczające dowody tego, że zarazek nie został jeszcze z ustroju zupełnie usunięty, tylko, że czynność jego była na jakiś czas wstrzymana, a wpływ na organizm chorego osłabiony. Czem się to dzieje? oto główne pytanie, jakie nam obecnie wypada rozstrzygnąć. Z przypuszczeń, jakie starano się w odpowiedzi na nie utworzyć, najwięcej zbliżonem do prawdy wydaje mi się D-ra Watraszewskiego, który powiada („O wartości metod zapobiegawczych w leczeniu przymiotu“. Odczyt na kongresie w Berlinie 1891), że jeżeli weźmiemy pod uwagę zwykły przebieg przymiotu, przedstawiający się jako złożony z seryi pojedynczych wybuchów, przedzielonych od siebie wolnemi przerwami, dalej szczególną skuteczność środków merkurjalnych na objawy tej choroby zmysłom naszym dostępne, jak również zawodność onych środków dla zapobieżenia dalszym jej manifestacyjom, to, pomimowoli, nasuwa się nam myśl, która w danym razie znajduje poparcie i w nowoczesnej bakteriologii, iż jad syfilityczny nie znajduje się w organizmie w jednej jedynej tylko modyfikacji, a stosownie do okresów przymiotu utajonego i przymiotu jawnego należy przyjąć dwie postaci jednego i tegoż samego zarazka. W różnych czasach i w pewnych warunkach bliżej jeszcze nie zbadanych odbywa się przemiana jednej modyfikacji w drugą. Przymiot z utajonego staje się jawnym, czego dalszym wynikiem jest występowanie różnych objawów, zmysłom naszym dostępnych. Możliwość tej teorii podtrzymują spostrzeżenia, iż paśorzyt pewien może się

nam przedstawić albo pod postacią dojrzałych i czynnych jednostek, albo też pod postacią *zarodników*. (Wzmiankę o roli zarodników spotkałem po raz pierwszy w podręczniku Finger'a „Die Syphilis und die Wenerischen Krankheiten“ z r. 1885).

Rozpatrzmy tę rzecz nieco szczegółowiej. Wiadomo, że czynność i rozwój mikrobów zostaje w wielkiej zależności od gleby, czyli—w naszym przypadku—od chemizmu tkanek ustroju, tak np. znane bakterye ropne *Staphylococcus aureus* stają się szkodliwymi i powodują ropienie w obecności cukru gronowego, gdy bez niego nawet wielkie ilości ich, wstrzyknięte pod skórę królikowi, nie wywołują żadnych zaburzeń (Bujwid); tenże królik posiada w zwykłych warunkach odporność względem zarazka obrzęku gazowego (*charbon symptomatique*), traci ją jednak pod wpływem kwasu mlecznego. Otóż nie wydaje się być nieuzasadnionem przypuszczenie, że się coś podobnego dzieje i w przymiocie: pasorzyt przymiotu, wtargnąwszy do ustroju, rozwija się tam, rozmnaża, a dzięki swym własnościom fizyologicznym wywołuje znane nam objawy choroby, lecz jednocześnie zużywa i te pierwiastki, które są niezbędne dla jego czynności lub nawet istnienia, słowem—zmienia chemiczny skład tkanek do tego stopnia, że te przestają być odpowiedniemi dla jego życia podłożem. Po niejakiem czasie, gdy ustrój odzyskuje w pewnej mierze dawne swe własności, istota chorobotwórcza rozpoczyna nowe życie, i tak trwa dopóty, dopóki komórki nie utracą do reszty swej zdolności odradzania się w sensie nabywania utraconych pierwiastków, a wskutek tego pasorzyt nie osłabnie do takiego stopnia, że dalsze jego istnienie w organizmie staje się już niemożliwem.

Przypuszczeń w tym rodzaju może być nie mało.

Należy nam tu odpowiedzieć jeszcze na trzy pytania: czy możliwem jest odzyskanie przez ustrój raz utraconych pierwiastków (niektórzy przeczą temu)? co się dzieje z istotą chorobotwórczą przez czas utajenia? jakie wreszcie posiada własności krew chorego w tym okresie cierpienia? W braku faktów, zamiast stanowczej odpowiedzi, przytoczę zestawienie: rozważając przebieg przymiotu, widzę w nim podobieństwo z przebiegiem gorączki powrotnej, która się charakteryzuje, jak wiadomo, napadami, ciągłaciami się, według Litten'a, średnio 3—7 dni, z przerwami bezgorączkowemi, które trwać mogą od 4 do 12 dni; ilość napadów bywa różną, najwięcej jednak bywa ich do sześciu, najmniejsza zaś liczba może się ograniczyć do jednego; pierwsze napady zazwyczaj są dłuższe, ostatnie krótkie, przerwy zaś bezgorączkowe pomiędzy napadami odwrotnie — pod koniec stają się dłuższemi, gdy z początku trwają zawsze krócej. Zjawiska podobne spostrzegamy i w przebiegu przymiotu: wybuch objawów może być jednorazowym, częściej wszakże wraca kilkakrotnie, nasilenie każdego z wybuchów bywa różnorodnem, przer-

wy stają się zwykle coraz dłuższymi, a w czasie nich jednostka dotknięta cierpieniem wydaje się już zdrową. Różnica zatem w przebiegu dwu tych chorób—w sensie naturalnie tylko tu przez nas rozpatrywanym—jest ta, że gdy pierwsza jest sprawą ostrą, druga—cierpieniem przewlekłym; różnice podrzędne—pominąwszy warunki uboczne—zależą w pewnej części od tej głównej. Dla nas ważnym w tej chwili jest fakt, że w gorączce powrotnej spirille ku końcowi napadu znikają i nie znajdujemy ich we krwi wcale, w nowym zaś widzimy ich całe plejady we krwi, wreszcie giną zupełnie, a chory wraca do zdrowia. A jeżeli tak, jeżeli spirille, raz zniknąwszy, mogą w ciągu jednej i tej samej choroby znaleźć się jeszcze raz i drugi, t. j. odzyskać na pewnej drodze niezbędne dla swego istnienia warunki, to dla czegożby nie przypuścić, że także własności może posiadać i zarazek przymiotu.

Może kto zarzucić, że przykład ten nie jest dowodem zdolności ustroju odzyskiwania raz utraconych pierwiastków; ale nie o to tu przecież chodzi, czy jakiś pierwiastek został dzięki obecności pasorzyta utracony, a następnie odzyskany, czy też odwrotnie — został nabyty pod wpływem pasorzyta, a utracony w chwilach wolnych od jego czynności, tu chodzi o to, że czy tak, czy inaczej, chemizm tkanek raz się zmienia w kierunku niekorzystnym dla życia istoty chorobotwórczej, drugi raz w kierunku przeciwnym, raz ustrój traci pewne *własności*, drugi raz je odzyskuje; wreszcie, przeszedłszy jedno lub wielokrotną transformację, więcej już jej nie ulega.

Na pozostałe dwa pytania: co się dzieje z pasorzytem przez czas utajenia przymiotu i jakie własności posiada krew chorego w tym okresie cierpienia—odpowiedź wypływa z przypuszczenia pierwotnego. W przerwach wolnych od ogólnych objawów zarazek przymiotu istnieje w ustroju, ale tylko pod postacią zarodników, które zostają takimi, dopóki się nie znajdą warunki, sprzyjające ich przekształceniu w jednostki czynne. Krew w okresie drugiej inkubacji i utajenia nie jest, że się tak wyrażę „chorą“, i może być przenośnikiem zarazy tylko wtedy, jeżeli zawiera już w sobie krążący bacillus, co prawdopodobnie następuje w czasie bliskim wybuchu ogólnych objawów. Kwestyę tę mogłoby rozstrzygnąć stanowczo tylko szczepienie krwi w różnych okresach choroby.

Pod nazwą „okresu utajenia“ w przymiocie rozumiemy również czas, jaki następuje po ostatnim wybuchu, kiedy zostaje tylko odporność w organizmie, oraz możliwość ukazania się, ale już nowych, odmiennych postaci — syphilidis tardaе. Otóż zastrzegamy, że robiąc powyższe przypuszczenia nie mieliśmy na względzie tego okresu, wyobrażamy bowiem sobie, że w tym czasie pasorzyt w ustroju nie istnieje już pod żadną postacią. (Patrz § 6).

(D. c. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna Farmakologija i Medycyna wewnętrzna.

245. PEKELHARING. Teoryja chemiczna krzepnięcia krwi. (*Semaine medic. nr. 38, 1892*).

W 1859 Denis pierwszy dowiódł, że w warunkach normalnych włóknika w soczu krwi niema, a tworzy się dopiero podczas krzepnięcia. Wkrótce potem Buchanan przedstawił dowody na to, że tworzenie się włóknika zależy od substancji mającej własności zaczynu (fermentu). Ferment ten zbadał A. Schmidt i nazwał włóknikowym. Podług S. krew zawiera rozpuszczone dwa ciała: włóknikorodne i włóknikotwórcze; wpływ fermentu je łączy, tworząc włóknik. Podług S. ferment powstaje z rozpadu białych ciałek krwi. Przeciw poglądom S. wystąpił Heynius a głównie Hammarsten, którzy dowiedli, że dla wytworzenia włóknika starczy jedynie istota włóknikorodna i ferment. Woodridge, na zasadzie szeregu doświadczeń, doszedł do wniosku, że normalne osocze nie zawiera istoty włóknikorodnej, i że białe ciała żadnego udziału w krzepnięciu krwi nie biorą. Co się tyczy fermentu włóknikowego — nie jest on przyczyną lecz skutkiem krzepnięcia. Nakoniec świeże (1890) badania Arthur'a i Pagé dowiodły, że w sprawie krzepnięcia krwi wielką rolę grają sole wapienne. Badacze ci zauważyli mianowicie, że można zapobiedz krzepnięciu krwi, jeżeli ją zaraz po wypuszczeniu zmieszać z ciałami w rodzaju soli zasadowych kwasu szczawowego, które strącają sole wapna w postaci związków nierozpuszczalnych. Wystarczy dodanie 0,1% szczawianu potasu, by krew pozbawić własności krzepnięcia. Jeżeli jednak do osocza krwi takiej dodać nadmiaru jakiejś soli wapniowej—krew natychmiast się zetnie. Same zaś sole wapienne bez fermentu nie zmieniają istoty włóknikorodnej na włóknik; ferment włóknikowy jest tak koniecznym jak i sole wapienne, a działanie jego polega widocznie na łączeniu istoty włóknikorodnej z połączeniami wapna. Inaczej mówiąc, włóknik jest połączeniem istoty włóknikorodnej z solą wapienną.

Z doświadczeń własnych dochodzi Pekelharing do wniosku, że ferment włóknikowy jest ciałem o bardzo złożonej budowie chemicznej, w którym pewną rolę odgrywa wapno. Nie stałe to ciało łatwo oddaje swe wapno, które, łącząc się z istotą włóknikorodną, daje nierozpuszczalny włóknik t. j. wywołuje ścinanie się krwi. Materję, która tworzy po dodaniu wapna ferment włóknikowy, uważa autor za nukleo-albuminę, pochodzącą z ciałek krwi. We krwi normalnej zawartą jest ona stale w ciałkach

krwi. Zaledwie jednak krew opuści naczynia, ciążka krwi oddają swoją nukleo-albuminę osoczu krwi, gdzie w połączeniu z solami wapna tworzy ona ferment włóknikowy. Ten ostatni z kolei oddaje wapno swe istocie włóknikorodnej, która zamienia się na włóknik. Nukleo-albuminy znajdują się nie tylko we krwi, ale też i w jądrach, grasicy, serniku mleka i t. d. Zastrzyknięte do żył powodują tworzenie się zakrzepu. Słabe jednak ich rozczyzny, zastrzyknięte, nie tylko nie wywołują zakrzepu, ale czynią krew wypuszczoną trudno ścinającą się. Fakt ten napozór paradoksalny tłumaczyć należy tak: nukleo-albumina jest ciałem nietrwałym, a zastrzyknięta w małej ilości szybko zostaje rozłożoną na części nie posiadające własności włóknikotwórczych. W liczbie tych produktów rozkładu znajduje się albumoza, opóźniająca, zgodnie z doświadczeniami Pflügera, krzepnięcie krwi.

Dane powyższe dają nam klucz do pewnych faktów klinicznych. Wyjaśniają, np., dobroczynny wpływ wody gorącej w niektórych postaciach krwotoków: wysoka ciepłota niszczy wiele ciałek krwi, uwalnia przez to nukleo-albuminę, która natychmiast łączy się z wapnem osocza i tworzy ferment włóknikowy. Byłoby może racjonalnym leczenie niektórych krwotoków stosując miejscowo sole wapienne. Możemy też mieć nadzieję, że doświadczenie kliniczne da nam z czasem możność przelewania krwi nieściętej, zbierając ją bądź do rozczyntu zasadowych soli kw. szczawiowego, bądź do wyciągu z gruczołów przelykowych pijawki, który, według autora, przeszkadza uwalnianiu się nukleo-albuminy z ciałek krwi.

S. Sterling.

246. D-r EDMUND KOCH. (Freiburg). **O Salofenie środka anti-reumatycznym i antineuralgicznym.** (*Deut. Med. Woch. nr. 18, 1893*).

Salofen jest pochodnym kwasu salicylowego, związkim kwasu salicylowego z acetylparamidofenolem, jest to eter, w którym fenol jest tak silnie związany, że odszczepienie, a zarazem zatrucie fenolem, jak to się często z salolem zdarza, jest tu niemożliwe. Kwasu salicylowego preparat ten zawiera przeszło 50%. Przedstawia się on pod postacią białych, krystalicznych tabletek, nierozpuszczalnych w wodzie zimnej, rozpuszcza się natomiast w wodzie cieplej, a także w eterze i w wysokoku. Pod wpływem zasad rozkłada się na swe składowe części: kwas salicylowy i acetylparamidofenol, które w moczu wykryć się dają. *Salofen* nie rozpuszcza się w kwaśnej zawartości żołądka; natomiast, rozpuszcza się w zasadowej zawartości kiszek cienkich. *Salofen* okazał się bardzo skutecznym w ostrym goście stawowym; dawki dzienne od 3,0 do 6,0 prędko usuwają ból, obrzmienia stawów i gorączkę; skutkiem czego w tych przypadkach stoi na równi z salicylanem sodu i salolem, ma jednakże tę wyższość nad nimi, że ma smak przyjemniejszy i nie wywołuje

nieprzyjemnych działań ubocznych. Im przypadek jest świeższy, tem prędzej i lepszy skutek się osiąga. W zastarzałych przypadkach przewlekłych, a także w zapaleniu stawów zniepodobniającem salofen niejednokrotnie zawodzi.

Jako środek przeciwgorączkowy działa skutecznie w dawkach od 1,0—4,0 stosownie do przypadku.

Odkazające własności solofenu nie są zbyt wielkie; natomiast jest on bardzo dobrem antineuralgicum w różnego rodzaju nerwobólach, w lżejszych przypadkach już 0,75 wystarcza do usunięcia bólu.

Salofen stosuje się przeważnie w proszku w dawce 075,—1,0 naraz.

H. Kucharzewski.

247. D-r O. LUBARSCH z Rostocku. **O charakterze i powstawaniu wałeczków nerkowych.**

Kwestyję pochodzenia i tworzenia się wałeczków szklistych, od dawna będącą przedmiotem sporów, podnieśli na nowo; O. Israel i P. Ernst. Ważną jest rzeczą rozstrzygnąć, czy szkliste wałeczki moczowe są produktem wysięku lub przesięku, czy daje im początek wydzielina, czy rozpad nabłonków nerkowych. Innemi słowy chodzi o to, czy są one zmienionym włóknikiem, czy też zmienioną pierwoszczą komórek, bardziej zbliżoną do koloidu, niż do włóknika. Otóż zdaniem obu powyżej wymienionych autorów przynajmniej większa część wałeczków w zapaleniu nerek u człowieka i królików, powinna być uważana za włóknikowe, gdyż zarówno włóknista zawartość cewek moczowych, jako też i jednolite wałeczki barwią się metodą Weigerta, będącą, jak wiadomo, odczynem na włóknik. Zarówno Israel jak i Ernst twierdzi, że pomiędzy włóknistą i jednolitą zawartością cewek moczowych są przejścia, a pierwszy z nich nawet opisuje dokładnie, jak włóknista zawartość kanalików krętych przechodzi w jednolite szkliste wałeczki w cewkach prostych.

Lubarsch również z początku widział w tem dowody, przemawiające za tem, że wałeczki moczowe składają się z włóknika, porównawcze jednak badania z różnemi metodami barwienia zmusiły go do porzucenia tego poglądu. Przedewszystkiem przekonał się Lubarsch, że metoda Weigerta barwi nie tylko włóknik, lecz również dobrze i inne hyalinowe twory, jako to przezroczyste szkliste masy, znajdujące się w gruczole tarczowym, corpora amylacea gruczołu krokowego i błony śluzowej dróg moczowych, glikogen i t. p. Mucyna zarówno ziarnista jak i włóknista, a nawet delikatne włókna tkanki łącznej, znajdujące się w skórze i w naczyniach krwionośnych, osobliwie w media i adventitia tętnic przyjmują bardzo wyraźną fioletową barwę; metoda więc Weigerta, barwi najrozmaitsze twory, nie mające nic wspólnego z włóknikiem, nie ma przeto racji uważać wałeczków szklistych za włóknikowe jedynie dlatego, że barwią się sposobem Weigerta.

Z drugiej zaś strony wałeczki szkliste barwią się fuchsynową metodą Russel'a, która barwi wszystkie te same twory, co i metoda Weigerta z wyjątkiem włókniaka, o czym Lubarsch przekonał się w przypadkach krupowego zapalenia płuc, zapalenia nerek i t. p. Wałeczki szkliste barwią się tu na czerwono, przyczem otrzymuje się i tu ta sama różnorodność odcieni, co i przy zabarwieniu sposobem Weigerta; mianowicie jądro cylindra jest barwy czerwonej, gdy tym czasem obwód zabarwia się na blado-różową, lub pozostaje niezabarwioną, albo też odwrotnie zdarza się, że wałeczek we środku pozostaje niezabarwionym na obwodzie jest czerwony.

Co się tyczy przechodzenia włókniaka, znajdującego się w postaci gęstej siatki w kanalikach krytych i torebkach Bowmana, w jednolite wałeczki szkliste, o czym wspominają Israel i Ernst na dowód włókniakowego pochodzenia tych ostatnich, to takich przejściowych tworów z włóknistą budową Lubarsch nigdy nie miał sposobności widzieć i, jakkolwiek w zasadzie nie przeczy możliwości czegoś podobnego, jednakże uważa i to za możliwe, że wspomnieni autorowie mieli do czynienia z wałeczkami szklistymi, popekanymi na części naśladujące grube włókna włókniaka. Na preparatach barwionych z nerki, uległej zwyrodnieniu skrobiowatemu, Lubarsch często spotykał takie wałeczki; złożone z pasm zabarwionych, oddzielonych od siebie szczelinami niezabarwionymi, niekiedy poukładanymi tak prawidłowo, że wałeczki robiły wrażenie włóknistych.

Gdyby wreszcie wałeczkom szklistym dawał początek włóknik, to należałoby się spodziewać, że największa ich ilość powinna się znajdować w przypadkach świeżych zapaleń, tym czasem w świeżych ogniskach zapalnych Lubarsch znajdował w cewkach krytych i torebkach Bowmana prawdziwy włóknik w formie siatki, wałeczki zaś szkliste spotykał w kanalikach prostych tam tylko wyłącznie, gdzie nabłonek nerkowy ulegał zwyrodnieniu. Badania nerek, podjęte w tych razach przez Leutert'a i Burmeistra wykazały, że nabłonek cewek moczowych ulega rozpadowi na ziarenka rozmaitej wielkości, barwiące się zarówno metodą Weigert'a jak i Russel'a. Zmiany te dotyczyły przeważnie cewek krytych, światło zaś cewek prostych znajdowano wypełnionem kropelkami, które barwiły się także obydwoma powyższymi wymienionymi sposobami, miały różną wielkość, nigdy nie stykały się ze sobą i siedziały jakby na wolnym brzegu komórek nabłonkowych. Krople te zdaniem L. powstają z protoplazmy komórek nabłonkowych i narówni z rozpadem komórek służą za materyjał, z którego tworzą się wałeczki szkliste. Te ostatnie więc według L. składają się z wydzieliny i produktów rozpadu komórek nabłonkowych, a wysięk lub przesięk, znajdujący w cewkach moczowych, odgrywa tylko rolę cementu spajającego.

W. Dąbrowski.

248. Prof. D-r RIBBERT. **W kwestyi tworzenia się wałeczków moczowych szklistych.** (*Centralblatt. für algem. Path. u Path. Anatomie. nr. 11, 1893*).

Z powodu artykułu Lubarsza R. przypomina, że już w dawniejszych swych pracach, wydanych w 1881 r. zajmował się rozstrzygnięciem kwestyi tworzenia się wałeczków szklistych, dla tego też obecnie tylko w krótkości streszcza wyniki swych badań.

Na podstawie doświadczeń, dokonywanych na królikach, którym zaciskano na $1\frac{1}{2}$ godziny tętnicę nerkową i w $1\frac{1}{2}$ godz. potem wycinano nerki, przekonał się, że znajdujący się wówczas w cewkach prostych przesiek przy gotowaniu preparatu ścina się i daje początek typowym wałeczkom szklistym. Następnie przekonał się też, że ten obfitujący w białko przesiek nie tylko sztucznie ścięty daje początek szklistym masom, lecz, że toż samo się dzieje i w żywym ustroju, ponieważ w świeżych preparatach z nerki, która w ciągu $1\frac{1}{2}$ — 3 godzin pozbawiona była przyływu krwi i dopiero w jeden lub kilka dni po przywróceniu krwi ubiegą została wycięta, Ribbert spostrzegał charakterystyczne skrzepy ziarniste, niewątpliwie powstałe ze ścięcia się białka, przechodzące bezpośrednio w jednolite szkliste wałeczki. Dla R. więc nie ulega żadnej kwestyi, że są szkliste wałeczki; zawdzięczające swe powstawanie krzepnięciu przesieku, obfitującego w białko. Wałeczki te najobficiej tworzą się w pętłach Henlego i prostych cewkach, gdyż tutaj wskutek zwiększonego wchłaniania się wody i zgęszczenia moczu białko łatwiej krzepnie. To krzepnięcie przesieku R. uważa za główne źródło tworzenia się wałeczków szklistych, nie zgadza się więc na tym punkcie z Lubarschem, którego zdaniem wałeczki szkliste tworzą się z rozpadu i wydzieliny komórek nabłonkowych. R. przyznaje, że rozpadłe komórki mogą dać początek wałeczkom szklistym i w tym jednak razie potrzeba jest cementu, któryby spajał te rozpadłe masy, które z drugiej strony nie stanowią bynajmniej niezbędnej części składowej wałeczków, gdyż te ostatnie R. spotykał w doświadczeniach swych tam już, gdzie zaledwie był białkomocz, a nabłonek nerkowy nie uległ jeszcze martwicy. Jeszcze mniej prawdopodobnem wydaje się Ribbertowi tworzenie się wałeczków szklistych ze szklistej wydzieliny komórek nabłonkowych, której krople, spojone ze sobą tworzyć mają, zdaniem Lubarscha, wałeczki. Krople te według R. nie są bynajmniej wydzieliną komórek nabłonkowych, lecz przesiekiem, który w pewnych tylko warunkach, jak np. przy stwardnieniu preparatów w alkoholu krzepnie w taki sposób. Jeżeli więc nie wyłącznym, to w każdym razie głównym materiałem, z którego tworzą się wałeczki szkliste, jest przesiek, obfitujący w białko, a nie rozpad, ani też wydzielina komórek nabłonkowych. Materiał ten znajduje się zawsze tam, gdzie są wałeczki szkliste, gdyż przesiakanie białka przez kłębki należy zawsze

do najwcześniejszych zmian w nerkach. Za to poglądy obu autorów na skład chemiczny wałeczków szklistych są zgodne, gdyż i R. sądzi, że wałeczki te nie mogą się składać z włóknika, ponieważ ziarniste i włókniste masy, które spotykał w swych doświadczeniach i o które tu naturalnie przedewszystkiem chodzi, nie barwią się sposobem Weigert'a. Zresztą R. zarówno jak i Lubarsch nie zaprzecza możliwości przemiany włóknika na szklistą masę, jednakże na podstawie własnych doświadczeń nie jest w stanie rozstrzygnąć twierdząco pytania, czy są wałeczki składające się z włóknika, nigdy bowiem nie widział tworów przejściowych pomiędzy włóknikiem i wałeczkami. Jeżeliby nawet można było przypuszczać, że są wałeczki, złożone z włóknika, to w każdym razie trafiają się one chyba bardzo rzadko, w większości zaś przypadków, przesiek, z którego tworzą się wałeczki szkliste składa się z innych białkowych substancyj, które albo nie barwią się wcale sposobem Weigerta, lub też przyjmują zabarwienie, uległszy dopiero przemianie na szklistą masę.

W. Dąbrowski.

249. E. LEYDEN. **Zmiany w nerkach w cholery azyjatyckiej.**
Zeitschrift für klinische Medicin. 1893 r.

Zmiany w nerkach w cholery azyjatyckiej wzbudzały podczas wszystkich wiadomych epidemij żywe zainteresowanie wśród lekarzy. Autor badania swe przeprowadzał nad 4 nerkami, przesłanemi z Hamburga w stanie utrwalenia w kwasie chromowym i respec. alkoholu. Objawy kliniczne, bezmocz, białkomocz, indycuria nie pozwalają na wyprowadzenie stanowczego wniosku co do natury sprawy odbywającej się w nerkach, pozwalają jednak przypuszczać, że w tyfoidzie mamy do czynienia z uremicznem zatruciem mocznicowem, a Rumpf rozróżnia nawet dwie sprawy: zatrucie mocznicowe i gorączkę septyczną, spowodowaną przez jakąś inną trującą substancję; najnowsze badania Hoppe-Seyler'a wskazują na inne sprawy chemiczne, mogące wywoływać objawy kliniczne tyfoidu cholerycznego. Badania anatomiczne nerek cholerycznych i znaczenie patologiczno-fizjologiczne zmian w nich, ważne już same przez się, rzucają pewne światło na zagadki kliniczne. Wszyscy autorowie są zgodni na tym punkcie, że w bardzo szybko przebiegających w przypadkach cholery nerki zewnętrznie zmian prawie żadnych nie przedstawiają; w przypadkach zaś przeciągających się bywają powiększone, przekrwione z rozsianemi małemi wybroczynami a gdzieniegdzie i klinowatemi zawałami krwawemi; z brodawek daje się wycisnąć płyn mętny, obfitujący w wałeczki i komórki. Pod mikroskopem dostrzegamy w komórkach nabłonkowych zmętnienie ziarniste, a częściowo i tłuszczowe zwyrodnienie. Przestrzenie tkanki łącznej i torebki Malpigi'ego wydają się niezmiennemi; kanaliki w substancji korowej są często roz-

szerzone i wypełnione ziarnistą włóknikową lub komórkową za wartością. Kanaliki (Sammelröhren) w brodawkach znajdowan^o wypełnione cylindrami. W końcu Klebs znalazł rozlaną nekroz^e koagulacyjną komórek nabłonkowych, co jednak wymagało potwierdzenia. Wszyscy zgadzają się dalej na jedno, że cierpienie nerek w choleryce bywa krótkotrwałe, i, jak się zdaje, nie przybiera niedy postaci przewlekłej. O ile zgodne są rezultaty badań anatomicznych, o tyle tłómaczenia i wyjaśnienia patogenezы sprawy różnią się między sobą. Przeważnie spotykamy się z dwoma poglądami. Jedni (Griesinger) spostrzegane zmiany zwalają na karb gwałtownego ubytku wody i upadku ciśnienia w tętnicach; do tego zapatrywania przyłącza się Bartels, a opierając się na doświadczeniach Cohnheim'a i Litten'a, przypisuje zmiany niedokrewności. Inni, wychodząc z punktu widzenia bakteryjologicznego, przypisują omawiane cierpienie nerek toksynom. Autor w badaniach swoich miał głównie na widoku torebki Malpigi'ego, które we wszystkich cierpieniach zakaźnych są, a przy choleryce jakoby nie bywają dotknięte sprawą chorobową, oraz spostrzeganą jedynie przez Klebs'a, nekroz^a koagulacyjną. Niemogąc podać szczegółowego opisu zmian znalezionych w każdej z badanych nerek, ograniczę się tylko na przytoczeniu zmian, znalezionych przez autora w torebkach Malpigi'ego. W pierwszej nerce osobnika, który chorował 24 godziny, nie znalazł autor zmian prawie żadnych; mały rozmiar kłębków i zwężenie kanalików przypisuje autor ubytkowi wody i upadkowi tętniczego ciśnienia. W drugiej nerce z przebiegiem choroby trzydniowym znalazł autor rozległą nekroz^a koagulacyjną komórek nabłonkowych, zmian atoli zapalnych ani w torebkach, ani w tkance łącznej nie udało się wykryć. W trzeciej nerce z przebiegiem choroby sześciodniowym znajdował autor w dużej ilości torebek w przestrzeni pomiędzy torebką a kłębkem szerokie pierścienie masy ziarnistej, uciskające na kłębek i odsuwające ten ostatni od torebki, obraz przypominający znany glomerulo-nephritis Klebs'a. Massa ta była bezpostaciową, z połyskiem brunatno-żółtym, barwiła się dobrze eozyną; po bliższem rozpatrzeniu składała się z ziarenek i pierścieni, przypominających odbarwione ciała krwi. Wyraźne ciała czerwone znajdowały się tylko pojedynczo. W niektórych torebkach można było dojrzeć prócz wązkich pierścieni oddzielne, brylaste, pozbawione jąder, leżące na kłębkach komórki nabłonkowe. Autor, wspomniawszy o podobieństwie znalezionych zmian ze zmianami, opisywanymi przy glomerulo-nephritis ogranicza to porównanie, zaznaczając, że o tyle zachodzi podobieństwo, o ile nie bierzemy pod uwagę spotykanego w glomerulo-nephritis zgrubienia torebek i zbitej warstwy nabłonka. Omawianą masę ziarnistą przyjmuje autor za wysięk lub przesiek, a odrzuca przypuszczenie wylewu krwawego, uważając za niemożliwe całkowite odbarwienie w tak prędko przebiegającej

sprawie. W czwartej nerce z przebiegiem choroby 8-dniowym znajdowano w torebkach, a właściwie w przestrzeni między prawidłowo wyglądającymi kłębkami a torebką, dosyć liczne, brylaste, słabo zabarwione komórki nabłonkowe, pozbawione zabarwionych jąder, a gdzieś i dobrze zabarwione; o ilości pierwszych komórek nie wypowiada się autor stanowczo, trzymając się bowiem luźnie jedne drugich, mogły częściowo wypaść ze skrawka. Zmiany omawiane, zauważa autor, mogłyby w pewnym stopniu wskazywać na zapalenie torebek, sprawa ta jednak różniłaby się znakomicie od znanego infekcyjnego zapalenia nerek, mianowicie tam, że w ostatnim znajdujemy prawie tylko wewnątrz torebek zniszczone komórki nabłonkowe w stanie koagulacyjnej nekrozy. Co do pochodzenia tych spraw chorobowych, spostrzeganych w nerce cholerycznej, autor przychyliła się do zdania Griesinger'a i Bartels'a. Nie wydaje się autorowi możliwym przypuszczenie, by toksyny były tych zmian powodem, opiera swe twierdzenie na następujących podstawach. Gdyby toksyny były przyczyną cierpienia nerek w cholercie, to cierpienie to powinno odpowiadać cierpieniom nerek w innych chorobach infekcyjnych, tymczasem w tych ostatnich i makroskopowo i mikroskopowo różnią się nerki znacznie od nerki cholerycznej, a prócz tego, zdaniem autora, zbiór symptomów napadu cholerycznego nie wskazuje na intoksykację. Kończy autor swą pracę zaznaczeniem, że brak nam dotąd i dalecy jesteśmy od wytłomaczenia gwałtownego i kolosalnego przesieku z krwi do kiszek, powodującego zgęszczenie krwi i upadek ciśnienia tętniczego, i że obecnie głównie na wyjaśnienie tego pierwszorzędnego wagi w cholercie zjawiska zwrócić należy uwagę. Możliwość przypuszczać, że przecinki choleryczne, rozmnożywszy się w kiszkiach, wytwarzają substancję chemiczną, mającą własność silnego przyciągania wody z krwi do kiszek.

Świeżyński.

250. LITTEN. **Przyczynę do nauki o nerce cholerycznej.**
(*Zeitschrift für Klinische Medicin*).

Autor zaczyna swą pracę od zaznaczenia, że podczas ostatniej epidemii cholery, nie przedsiębrano żadnych prawie prac anatomo-patologicznych, i że do zacytowania jest tylko praca Leyden'a, który znalazł w nerce cholerycznej nekrozę koagulacyjną. Cohnheim już na podstawie własnych doświadczeń, doszedł do wniosku, że wystarcza parogodzinne wstrzymanie krążenia krwi w organach, obdarzonych tak zwanymi końcowymi tętnicami, aby wywołać zmiany poważne w ściankach naczyń,—zmiany tego rodzaju, że przez nadwężone ścianki występują morfologiczne składniki krwi, z drugiej zaś strony mięsz narządów pozostaje niezmięiony. Doświadczenia autora, przeprowadzone nad ciepłokrwistymi, dały zasadniczo odmienne wyniki. Po pierwsze różnica polega na tem, że według autora, krew tę-

tnicza dochodzi do płuc i nerek nawet wtedy, gdy tętnica końcowa jest wyłączona z krwiobiegu, dalej, że nawet parogodzinne wyłączenie z krwiobiegu omawianej tętnicy, nie wywołując przypuszczalnych przez Cohnheim'a zmian w naczyniach, spowodowała atoli nieodzowną śmierć tworów nabłonkowych we wspomnianych narządach. Po podwiązaniu tętnicy nerkowej nerka otrzymuje krew tętniczą od otoczki, także wrót i moczowodu. Gdy podwiązanie tętnicy trwa od $1\frac{1}{2}$ do 2-ch godzin, to, badając nerkę zaraz po zdjęciu podwiązki, nie znajdujemy w niej zmian ani makroskopowych, ani mikroskopowych. Krążenie krwi wznowia się po zdjęciu podwiązki, a także i wydzielanie moczu, wstrzymane podczas przewiązania; w moczu znajdujemy białko. Chociaż zmian anatomicznych zaraz po zdjęciu podwiązki nie dostrzegamy, zachodzą one jednak w komórkach nabłonkowych kanalików moczowych napewno, dowodem czego jest niechybna śmierć omawianych komórek po pewnym przeciągu czasu. Uwidoczniają się zmiany dopiero po 24 godzinach od zdjęcia podwiązki, występują z każdym dniem następnym wyraźniej. Zmiany te w komórkach nabłonkowych kanalików moczowych wyrażają się jako w rozpadzie jąder, nie barwiących się już znanym barwnikiem i jako stopienie samych ciał komórek w duże bryły, jednym słowem jako nekroza koagulacyjna omawianych komórek, do której po pewnym przeciągu czasu przyłącza się zwapnienie nerek, dochodzące po przeciągu dni 10 do takich rozmiarów, że organ cały jest otoczony skorupą wapnienną. Naczynia i kłębki z jądrami tymczasem nie do życia nie przedstawiają. Ciekawym jest fakt, że nekroza koagulacyjna daje się wykazać nie zaraz, a dopiero w 20 — 24 godziny po zdjęciu podwiązki i wznowieniu krążenia krwi, że ma miejsce tylko wtedy, gdy organ krwią i limfą przesiąknie. Zupełnie odmiennie przedstawiają się nerki, w których podwiązywano tętnicę na czas dłuższy. Odrazu makroskopowo i mikroskopowo: nerka taka robi wrażenie nerki trupiej, jądra w komórkach zachowane i łatwo barwiące się; w komórkach zaś daje się zauważyć zmętnienie (trübe Schwellung). Porównyując nerki z obu doświadczeń dochodzimy do wniosku, że dla wywołania nekrozy koagulacyjnej i następczego zwapnienia niezbędnym jest przyływ krwi i limfy.

Przenosząc wynik owych doświadczeń na nerkę cholelityczną, widzimy tutaj pewną analogię.

Znalezioną przez Leyden'a nekrozę koagulacyjną wywołamy sobie ogromnym czasowym upadkiem ciśnienia tętniczego w cholerze; stadium algidum et asphycticum w cholerze może odpowiadać czasowemu ($1\frac{1}{2}$ —2 godzin) podwiązaniu tętnicy nerkowej; chociaż stany te trwają dłużej, aniżeli $1\frac{1}{2}$ —2 godziny, za to bezkrwistość przy cholerze nie dosięga tych rozmiarów, do jakich dochodzi w podwiązaniu tętnicy i dlatego jeden fakt

kompensuje drugi. Zdjęciu podwiązki odpowiada podniesienie się ciśnienia w stadium reactionis. Ale tylko w cięższych przypadkach cholery obniżenie ciśnienia bywa bardzo znaczne i w tym jednak fakcie znajduje autor analogię, ponieważ nie w każdej nerce cholerycznej nekroza koagulacyjna odkryć się daje. Analogia, wyprowadzona na podstawie zmian anatomo-patologicznych, potwierdza się i klinicznie, a mianowicie, w znajdowanem w stadium reactionis w moczu białku. Autor przekonał się doświadczalnie, że w nerkach, a mianowicie w przestrzeni pomiędzy kłębkami a torebką daje się wykryć przesiek białkowy pod postacią drobnoziarnistej masy, ale jedynie natychmiast po zdjęciu podwiązki; po 24 godzinach nie znajdowano białka, które w przeciągu tego czasu albo w stanie płynnym wydzielone lub wessane zostało. Wykrycie białka w torebkach Bowman'a ważnym jest nie tylko dlatego, że wskazuje nam na miejsce wydzielania białka w nerkach, ale i dlatego, że rzuca pewne światło na warunki, które są do wydzielania białka w nerkach potrzebne respect. na warunki, usposabiające naczynia kłębka do przepuszczania białka. Nie tylko po podwiązaniu tętnicy, ale także i po długotrwałem podwiązaniu żyły nerkowej i moczowodu znajdujemy przesiek białkowy w torebkach Bowman'a. Objaw ten patologiczny spotykamy jednym słowem zawsze wtedy, gdy naczynia w kłębkach, chociaż czasowo, podlegną jednak rozszerzeniu. Że ma miejsce rozszerzenie światła naczyń przy podwiązaniu żyły lub moczowodu, to, zdaje się, nie potrzebuje dowodzenia, czasowe rozszerzenie światła naczyń w doświadczeniach z podwiązaniem tętnicy wyjaśnia autor w następujący sposób. Zwężone po podwiązaniu tętnicy naczynia, których ścianki, krwi pozbawione, dotykają się wzajemnie, z chwilą zdjęcia podwiązki, rozszerzają się, przepelniają krwią i dopiero stopniowo światło naczyń wraca do rozmiarów prawidłowych. To ostatnie twierdzenie poparł autor doświadczeniami na psach kuraryzowanych, którym następnie dawano strychninę. Ciśnienie krwi mierzono przed i podczas doświadczenia, zbierano mocz z moczowodów i badano na białko z chwilą gdy ciśnienie obniżyć się zaczynało; w wyjętej w tymże okresie nerce znaleziono w torebce Bowman'a białko, w nerce zaś wyjętej podczas wysokiego ciśnienia krwi białka w torebkach nie znaleziono. Doświadczenia te popierają przypuszczenie, że białko wydziela się z chwilą rozszerzenia naczyń, co zgadza się także ze znanym faktem fizjologicznym, że po przecięciu nerwów, naczynioruchowych w nerkach, ma miejsce białkomocz, którego nie znajdujemy po przecięciu nerwów wydzielniczych w nerkach. Za główną podstawę wydzielania białka w nerkach według autora przyjmować należy przeszkody w krążeniu krwi, wyrażające się rozszerzeniem naczyń, i spowodowanem przez to ostatnie zwolnieniem prądu krwi. Co zaś do ciśnienia krwi, to wydzielanie białka nie jest tak zależnem od tego ostatniego, jak dotąd

przypuszczano. Znajdujemy prawda białkomocz przy zwiększonym ciśnieniu—podwiązaniu żyły lub moczowodu, ale znajdujemy go także przy nie powiększonym w stosunku do normy ciśnieniu—po zdjęciu czasowej podwiązki tętnicy, a nawet przy upadku ciśnienia — przecięciu nerwów naczyńioruchowych i w doświadczeniach ze strychniną; przekonanie, że białkomocz musi mieć miejsce przy zwiększonym ciśnieniu krwi obala doświadczenie z podwiązaniem wszystkich tętnic, wychodzących z aorty poniżej przepony, oprócz tętnic nerkowych, w których ciśnienie wzrasta znacznie, białkomoczu jednak nie stwierdzono. Zjawia się jednak pytanie, czy niedokrwistość przy podwiązaniu tętnicy, lub podawaniu strychniny zwierzęciu nie wywoła w naczyniach zmian, usposabiających do przepuszczania białka? Że zmian pod mikroskopem nie widzimy nic nie dowodzi, ponieważ i komórki nabłonkowe zaraz po zdjęciu podwiązki przedstawiają się normalnie, a jednak już śmierć w sobie noszą, mogły zatem i w naczyniach zejść zmiany fizykalne niedostrzegalne; obala jednak autor to przypuszczenie na tej podstawie, że znajdował przesiek białkowy w torebkach po tak krótko trwającej niedokrwistości, że prawie nieprawdopodobnym się wydaje, by ta ostatnia poważne zmiany w ściankach naczyń wywołać mogła. Wracając do cholery wiadomem nam jest, że w stadium reactionis, z chwilą gdy mocz wydzielać się zaczyna, białko wykazać się daje i że Leyden w torebkach Bowman'a przesiek białkowy odnalazł; fakt ten tłumaczymy sobie w ten sam sposób, jak białkomocz po podwiązaniu tętnicy nerkowej lub po zadaniu strychniny, co jednak nie pozwala nam oczekiwać w każdym przypadku cholery białkomoczu, analogicznie i koagulacyjnej nekrozy. W końcu mówi autor o białych klinowatych zawałach, spotykanych w nerce cholerycznej, które dawniej za odbarwione krwawe przyjmowano; a dopiero doświadczenia autora z podwiązaniem naczyń i wstrzykiwaniem materiału, powodującego czopy w naczyniach, wykazały, że bynajmniej nie mają one wspólnego pochodzenia. Otóż, znajdując duże podobieństwo, porównywa autor zawały białe cholery, z takimiż znajdowanymi w śledzionie w gorączce powrotnej. Jak w jednym tak i drugim razie nigdzie zmian ani czopów w tętnicach nie znajdowano, w śledzionie jednakże znajdowano (Ponfick) zmiany w żyłę, wychodzącej z zawału, i dlatego radzi autor, by w nerkach cholerycznych zwracano uwagę na żyły.

Świeżyński.

II. Choroby nerwowe.

251. Dr. H. STROEBE. **Technika barwienia cylindrów osiowych układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego.** (*Centrbl. f. Allg. Pathol. u. Pathol. An. Nr. 2. 1893*).

Badając kwestyę zwyrodnienia i odrodzenia nerwów obwodowych, wypracował autor metodę barwienia cylindrów osiowych, mającą obok prostoty, pewności i dokładności tę jeszcze zaletę, że usuwa braki dotychczas znanych metod. Barwienie według metody tej (Anilinblau—Saffranin—Methode) wykonywa się w sposób następujący:

1) Dostateczne stwardzanie preparatów w płynie Müller'a, następnie w spirytusie i absolutnym alkoholu; zatopienie w celodynie, skrawki około 10 u. 2) Barwienie skrawków w nasyconym wodnym roztworze błękitu anilinowego (Anilinblau Dr. Grübler'a) w ciągu 10 — 30 minut. Skrawki stają się ciemno-niebieskimi. 3) Dokładne wypłukanie w wodzie powierzchniowej warstwy barwnika, następnie krótkie—1 do kilku minut — wypłukanie na szkiełku zegarkowem w alkoholu absolutnym z dodaniem 20—30 kropeł 1% alkoholowego roztworu ługu potasowego (przygotowanego w ten sposób, że w 100 ccm. alkoholu rozpuszcza się 1 grm. kali caustici i po 24 godzinach filtruje się). Zabarwienie z niebieskiego staje się różowo-czerwone, następnie coraz jaśniejszem i, gdy skrawek przyjmuje barwę jasno-brązowo-czerwoną i staje się przezroczystym. 5) Wypłukuje się w wodzie destylowanej w ciągu 5 minut; czerwone skrawki stają się znów jasno-niebieskimi. 6) Barwienie w ciągu 15 — 30 minut nasyconym wodnym roztworem safraniny, rozprowadzonym równą objętością wody destylowanej. 7) Wyciągnięcie nadmiaru safraniny i odwadnianie za pomocą alkoholu absolutnego; tkanka nerwowa ma kolor czerwony, wpadający w niebieski. Dalej, ol. organi albo lepiej—xyloł, xylołcanadabalsam.

Podana metoda, jak wogóle wszystkie, wymaga pewnej wprawy w stosowaniu; ważnem jest, aby roztwór błękitu był możliwie świeży. W rezultacie otrzymuje się ciemno-niebieskie zabarwienie cylindrów osiowych na czerwono zabarwionem tle innych tkanek.

Dodatnią stroną metody stanowi: efektowne uwydatnienie elementów w skład tkanki nerwowej wchodzących, szybkie i łatwe uskutecznienie barwienia i trwałość, nawet około roku, bez względu na działanie światła. [Ta ostatnia okoliczność jest bardzo ważna, ponieważ safranina i błękit anilinowy znane są jako barwniki nadzwyczaj niestale; być może, że użycie roztworu ługu słabą tę stroną usunie. Ref.]

J. Luxenburg.

252. ROSENBACH. **Przyczynek do symptomatologii wiału rdzenia.** (*Centrbl. f. Nervenheilk. 1892*).

Autor zwraca uwagę na dwa nowe objawy, które bardzo często miał sposobność obserwować w początkujących okresach wiału rdzeniowego. Pierwszy objaw polega na zwiększonym odruchu mięśni brzusznych przy jednoczesnem zniesieniu odruchu kolanowego. Autor w kilku przypadkach, opierając się li tylko na tym objawie, zdołał postawić zupełnie prawdziwe rozpoznanie. Że między odruchem mięśni brzusznych i kolanowym istnieje pewien antagonizm, świadczy, mówi autor, i ten fakt stwierdzony, że w porażeniu połowicznym pochodzenia mózgowego, w którym odruch kolanowy bywa zwiększony, odruchu mięśni brzusznych otrzymać nie możemy.

Drugi objaw polega na niemożności utrzymania się na palcach nóg przy zamkniętych oczach. Początkujący tabetycy, usiłujący stanąć w takiej pozycji, robią cały szereg ruchów tułowiem, lecz zamierzonego celu dopiąć nie mogą. Objaw ten czasami można obserwować w późniejszym okresie choroby i przy odemkniętych oczach.

Autor powstrzymuje się z przyznaniem rozstrzygającego znaczenia tym objawom w początkujących okresach wiału rdzeniowego i oczekuje potwierdzenia swojej obserwacji przez innych autorów.

K. Rychliński.

253. Dr. RAYMOND et SERIEUX. **Choroba Basedowa i zwyrodnienie umysłowe.** (*Li mercredi médical Nr. 33*).

Już w samych początkach, gdy zaledwie obraz kliniczny choroby Basedow'a zaczął się zarysowywać w formie zrozumiałej, już wtedy, to ten, to ów autor zwracał uwagę, że u chorych tej kategorii, jednocześnie z objawami głównej choroby, istnieją pewne objawy ze strony organu psychicznego, które w niektórych przypadkach potęgują się do tego stopnia, że dają obraz kompletnie rozwiniętej psychozy. Na chorobę Basedow'a według autorów trzeba się zapatrywać jako na nerwicę nie tylko opuszkowej i rdzeniowej części układu nerwowego lecz i korowej.

Objawy psychiczne, obserwowane w tem cierpieniu, polegają najczęściej na zmianie charakteru chorego i na napadach podniecenia manijakalnego, chociaż mogą być i inne jako to, czyny niepohamowane, urojenia i t. p. objawy nierównowagi umysłowej. Obłąkania sui generis w chorobach Basedow'a nie ma, objawy zaś psychiczne, które według autorów, w mniejszym lub większym stopniu dają się spostrzegać u większości chorych, są wyrazem zwyrodnienia umysłowego. Choroba Basedow'a chwyta się, według autorów, tylko jednostek zwyrodniałych i jest jednym z przejawów tego zwyrodnienia danej jednostki.

K. Rychliński.

254. Prof. E. A. HOMEN. **Przyczynek do symptomatologii choroby Basedow'a.** (*Neurol. Centralbl. Nr. 14. 1892*).

Autor zwraca uwagę na dwa nowe objawy, z których opisanem nigdzie się nie spotykał. Pierwszy objaw polega na zjawianiu się u chorych tej kategorii przemijających bólów w stawach (najczęściej kolanowym, łokciowym i biodrowym). Bólem tym towarzyszy obrzęk stawu bez zaczerwienienia jednak i chębotania. Bóle, o których mowa, zjawiają się bez widocznej przyczyny, trwają od kilku godzin do kilku dni, w początkowych tylko okresach choroby trwają dłużej (czasami tydzień), są dolegliwsze i w zupełności maskują gościec stawowy.

Drugi objaw polega na drżeniu powiek przy ich zamykaniu; drżenie to następuje w prawidłowych odstępach czasu i objawia się w rytmicznym mruganiu powieką. Podobne mruganie często daje się obserwować przy zamykaniu powiek u osobników nerwowych i różnica polega tylko na większej prawidłowości w chorobie Basedow'a. Objaw drugi, jak również objawy Stellwag'a i Graefe'go zależą, według autora, od rozprężonej inervacji stosownych mięśni i wskutek tego od zwiększonego napięcia mięśniowego.

K. Rychliński.

Piąty zjazd chirurgów polskich

w Krakowie r. 1898.

Sprawozdanie Dr. Leona Kryńskiego.

Doroczne zjazdy chirurgiczne w Krakowie przechodzą obecnie ciężki okres swego rozwoju: przestawszy być nowością, w ciągu lat pięciu nie zdołały jeszcze stać się przyzwyczajeniem i potrzebą każdego chirurga polskiego. Wykazują to dowodnie dane liczbowe co do udziału w nich uczestników: podczas gdy liczba ta na pierwszych trzech zjazdach przechodziła 60, a nawet na pierwszym sięgała 150, zjazd czwarty zeszłoroczny liczył już tylko czterdziestu kilku, w roku zaś obecnym liczba członków wyniosła zaledwo 30. Stan taki jest zjawiskiem u nas dość naturalnem i dającym się przewidzieć, w każdym jednak razie życzyć-by należało, aby ten okres przejściowy w rozwoju zjazdów naszych trwał jaknajkrócej i jaknajprędzej przeszedł w stan stałego i gorącego poparcia przez ogół chirurgów polskich. Z drugiej strony w roku bieżącym istniały warunki szczególnie, utrudniające przybycie kolegów ze stron dalszych, a mianowicie obawa przed cholera i wynikające stąd utrudnienia ze strony władz co do wyjazdu lekarzy, z drugiej strony zapowiedziany na wrzesień kongres międzynarodowy w Rzymie, dokąd wybierało się dość wielu kolegów.

Za przykładem lat poprzednich pierwszy dzień zjazdu, 11-go lipca, rozpoczęto zwiedzeniem kliniki chirurgicznej, poczem o godzinie 10-iej w wielkiej sali operacyjnej otworzył prof. Rydygier, stały przewodniczący zjazdów chirurgicznych, pierwsze posiedzenie zjazdu. Po wybraniu zarządu, który pozostał w dotychczasowym składzie i przybraniu dwóch zastępców przewodniczącego na zjazd obecny w osobach kol. Wehra i Sawickiego, przedstawił prof. Rydygier kwestyę wydawnictwa Pamiętnika Zjazdów, który z powodu braku funduszków nie został wydany za ostatnie dwa lata. W roku bieżącym Pamiętnik wydany będzie w możliwie krótkim czasie, najpóźniej za 2—3 miesiące, gdyż kwota powstała ze składek uczestników powinna na koszt wystarczyć, tembardziej, jeżeli będzie wydawnictwo nieco skromniejsze, ewentualnie nawet trochę skrócone w druku niektóre wykłady lub dyskusyje. Wydawanie oddzielnych pamiętników własnych zjazdu uważa przewodniczący za rzecz ważną i o wiele odpowiedniejszą, niż odstąpienie prac zjazdowych piśmie periodycznemu, jak Przegląd chirurgiczny, według propozycji Dra Krajewskiego z Warszawy; ostateczną w tej mierze decyzję odkłada na później.

Szereg odczytów rozpoczął wykład:

I. Prof. Browicza (Kraków). **O przeszczepialności raka** ¹⁾. W tej sprawie nie posiada mówca wyników doświadczeń własnych, lecz odnośna literatura rozporządza materiałem tak obfitym, że samo krytyczne rozpatrzenie się w nim doprowadzić może już do wniosków pozytywnych. Fakt to już obecnie stwierdzony, że rak jest przeszczepialny; dowodzą tego, pomijając już literaturę obcą, głównie francuską, piękne wyniki Wehra ze Lwowa szczepienia raka z psa na psa, szczególnie jedno z tych doświadczeń, w którym w pół roku po wszczepieniu w podpęcze samicy kawałeczków raka z pochwy innej sukki zwierzę zginęło śmiercią naturalną, a sekcya wykazała prócz guzów w miejscach szczepienia, różnej wielkości guzy wzdłuż części krzyżowej i lędźwiowej kręgosłupa; oprócz tego przerzuty w klatce piersiowej i śledzionie. Bezpośrednią przyczyną śmierci było pęknięcie pęcherza moczowego na skutek przyciśnięcia cewki moczowej do spojenia łonowego przez rosnące guzy rakowe.

Dotychczasowe doświadczenia nad przeszczepialnością raka podzielić można na 3 grupy:

1) Szczepienie kawałeczków raka z ludzi na zwierzęta, jak małpy, psy, szczury i t. d. Z wyjątkiem dawniejszych, wątpliwych wyników dodatnich Langenbecka, Webera, Leberta, szczepienia te dały wynik ujemny.

2) Szczepienie tkanki rakowej ze zwierząt na zwierzęta tego samego gatunku (raki u psów i szczurów są względnie częste). Wyniki tego szeregu doświadczeń z małymi wyjątkami wypadły dodatnio.

3) Przeszczepiano raka z człowieka na człowieka, t. j. z jednego miejsca u osobnika dotkniętego rakiem na drugie miejsce. Do-

1) Według autoreferatu.

świadczeń takich wykonano ze względów etycznych bardzo mało, a wynik ich był dodatni z wyjątkiem doświadczenia Senna, gdzie w 4 tygodnie po wszczepieniu raka w tkankę podskórną zniknął wszelki ślad kawałeczka przeszczepionego.

W doświadczeniach tych posługiwano się rozmaitemi metodami: przeszczepiano kawałeczki tkanki rakowej, wstrzykiwano zawiesinę z tej tkanki do naczyń i jam surowiczych, wszczepiano cząsteczki raka do narządów, które częściej ulegają zwyrodnieniu rakowemu, jak sutek, wątroby, przygotowywano niejako zwierzęta do tych szczepień, starając się zmienić ich stan fizyologiczny przez odpowiednie odżywianie, lub wybierając zwierzęta stare. Badania histologiczne kawałków rozrastających się po przeszczepieniu wykazują, iż rozrost ten pochodził z bujania komórek raka przeszczepionego, i że komórki tkanki, wśród której tkwiła przeszczepiona cząstka, zachowują się biernie.

W przeważnej liczbie przypadków przeszczepiony i rozrosły kawałeczek tkanki rakowej w krótszym lub dłuższym czasie zmniejszał się, aż w końcu niknął.

Oto są wyniki dotychczasowych doświadczeń; wyniki dodatnie z pomiędzy nich uważane są przez niektórych za dowód pasorzytniczego pochodzenia raka. Mówca zwraca uwagę na skutki przeszczepiania tkanek fizyologicznych, zdolnych do rozrostu i produkowania nowej tkanki, a pomija znane i przez chirurgów praktykowane przeszczepiania w celach leczniczych skóry, błon śluzowych i t. d., gdzie chodzi np. o pokrycie i łatwiejsze wygojenie ran, przyczem tkanka przeszczepiona *przyrasta*, wchodzi w związek organiczny z podłożem, żyje dalej, lecz *nie rozrasta się*, może nawet ulegać pewnym zmianom, stosując się do nowej gleby, jak to bywa po przeszczepieniu skóry białej na murzyna i odwrotnie.

Inaczej przedstawia się rzecz z *wszczepianiem* w szczeliny sztuczne lub naturalne tkanki zdolnej do rozrostu i produkowania nowej tkanki, jakoteż tkanki z płodu wziętej. Ogólny wynik tych doświadczeń (P. Bert, Ollier) wykazuje, że głównie rozrost przeszczepionej tkanki udaje się pomiędzy zwierzętami jednogatunkowymi, nie udaje się przy przeszczepianiu na innogatunkowe, że rozrost odbywa się przez bujanie komórek tkanki przeszczepionej, bywa zazwyczaj ograniczony, wreszcie kończy się zanikaniem całej tej tkanki.

Zestawiając oba szeregi t. j. wyniki wszczepiania tkanek fizyologicznych z wynikami wszczepiania tkanki rakowej, zaznacza mówca wyraźną analogią w zachowaniu się tych tak różnych tkanek, pomijając nadmierną zdolność twórczą, jaką się odznaczają komórki raka, usuwające tkankę, wśród której rosną, i weiskające się coraz głębiej. Naturalne doświadczenie z przeszczepieniem tkanki rakowej stanowią ogniska przerzutowe, gdzie również jak po wszczepieniu sztucznym rozrost odbywa się przez bujanie komórek cząsteczki przeszczepionej. Wszystkie te dane, wynikające z przytoczonych doświadczeń, zdaniem mówcy, nie popierają bynajmniej zapatrywania tych, którzy z przeszczepialności widzą dowód pasorzytniczego pochodzenia raka, jeżeli

mianowicie zestawiają je z wynikami szczepienia tkanek fizjologicznych, zdolnych do rozrostu lub wziętych z płodu. W razie bowiem pasorzytniczego pochodzenia raka, przeszczepialność jego z człowieka na zwierzęta, podlegające temu cierpieniu, nie zależałaby od tych własności i widocznych różnic między tkankami, jakie z obu szeregów doświadczeń wynikają, i byłaby stosunkowo łatwą, podobnie jak się rzecz ma z chorobami zakaźnymi.

Na podstawie więc tego twierdzi prof. Browicz, że zarówno wyniki badań histologicznych, jak też i przeszczepiania raka nie dają podstawy do przyjęcia pasorzytniczego pochodzenia raka, że zjawiska bujania komórek około ognisk protozoa u zwierząt są tylko zwykłym objawem odczynu tkanek, że wreszcie przyczyny istotnej raka szukać należy w pewnych wrodzonych własnościach komórek ustroju tak, iż sama komórka raka, jak to wypowiedział Bard i inni, jest niejako tym pasorzytem, będącym przyczyną raka.

W dyskusyi Wehr (Lwów) zaznacza, iż badania, mające na celu wyświetlenie natury raka powinny być prowadzone na wielką skalę, z dużym nakładem pracy i funduszków, co przechodzi możność pojedynczego człowieka, a winno zyskać poparcie rządu. Mówca od dłuższego czasu prowadzi badania nad rakiem; w ostatnich czasach obserwował sukę, dotkniętą rakiem pochwy, którą umieścił w jednej klatce z psem, mającym zrobioną sztuczną excoariatio na prąciu. Pomimo stwierdzonych coitus w ciągu pół roku zakażenie psa rakiem nie nastąpiło. Że w ten sposób powstają raki prącia u psów, zdarzające się względnie często, na to zgadzają się spostrzeżenia weterynarzy. Rzeczą nader ważną w sprawie przeszczepialności raka byłoby poznanie dokładne warunków, w jakich się przyjmują przeszczepione kawaleczki na nowej glebie. W większości doświadczeń, gdzie szczepienie się udało i rak się przyjął, po dłuższym przeciągu czasu utworzone guzki zaczęły się zmniejszać, wreszcie znikły, zamieniając się na tkankę bliznowatą. Pod względem przeszczepialności jest duża różnica pomiędzy tkanką fizjologiczną a rakową, podczas gdy pierwsza rozrasta się tylko w granicach fizjologicznych, druga bując może nadzwyczaj obszernie, prawie bez granic. Komórka więc rakowa zawierać musi w sobie jakiś czynnik, nadający jej tę olbrzymią energię. Co do natury tego czynnika różne dotychczas robione były przypuszczenia, lecz jakkolwiek niema obecnie jeszcze zupełnie przekonywających dowodów, więcej z dotychczas zdobytych spostrzeżeń przemawia za, niżli przeciw pasorzytniczej naturze raka. Rozstrzygnięcie tego jest tylko kwestyą czasu.

Kryński (Kraków). Zapewne, o wszystkich udanych doświadczeniach z przeszczepianiem raka powiedzieć można, że jest to rzecz zupełnie analogiczna do przeszczepiania tkanek fizjologicznych, nie przedstawiają przeto nic swoiście patologicznego, właściwego wyłącznie rakom. To występuje dopiero dalej, w dalszym rozroście i bujaniu przeszczepionego kawałka, co już zależy od swoistych własności komórki rakowej. To też zrozumienie dokładne przeszczepialności ra-

ka stoi w ścisłym związku z jego etylogią. Większość z istniejących w tym względzie teoryj naukowych albo nie objaśnia nam nic, albo bardzo mało i jednostronnie; nawet i jedna z piękniejszych, teoryja Cohnheima, utrzymująca się i dziś jeszcze, przedstawia tylko zręczną kombinacyję fantastyczną. Teoryja pasorzytnicza jest nader pociągającą i ma za sobą wiele danych; gdyby nawet, idąc dalej, przyjąć zapatrywanie, że same komórki raka są temi pasorzytami, to uprościłoby to nam całą sprawę przeszczepialności i wyjaśniło wiele stroniemnych, z któremi obecnie rady sobie dać nie możemy.

Schram (Lwów) nie zgadza się na to nowe zapatrywanie, ażeby komórki raka uważać było można za pasorzyty; w takim razie należałoby również twierdzić to i o komórkach innych nowotworów złośliwych, jak mięsak lub chrzęstniak. Obserwować przecież można przemianę stopniową komórek nabłonkowych w rakowe. Jeżeli należy przyjąć teoryję pasorzytniczną raka, to już tylko w postaci istnienia swoistego pasorzyta, który w odpowiedni sposób wpływa na komórkę nabłonkową, iż ta przybiera cechy komórki rakowej. Czynniki takie pobudzający, jakakolwiek ma on postać, istnieć musi.

Prof. Browicz. Pogląd, iż komórka raka jest sama niejako pasorzytem, będącym przyczyną raka, nie jest nowy i spotyka się w literaturze i dawniej. Na czem polegają owe właściwości komórek rakowych, nie wiemy, zarówno jak nie wiemy, dlaczego przyjęte po przeszczepieniu tkanki fizyologiczne z czasem zupełnie znikają. Teoryja Cohnheima dziś już wcale dominującą nie jest; już przed 12-stu laty sam mówca podniósł zarzuty przeciw znaczeniu tych zbłąkanych ognisk komórek zarodkowych, które miały jakoby dawać początek nowotworom rakowym. Przypadki powstawania raka w kilku miejscach u jednego osobnika, które Wehr w swoim przypadku na twarzy tłumaczy jako wynik przeniesienia z miejsca jednego na drugie, uważa za dowód szczególnego usposobienia indywidualnego, w którym powstają wielorakie ogniska rakowe pierwotne, niezależnie jedne od drugich. Znane i możebne są przypadki powstawania raka w bliznach po wycięciu raka, jako wynik przypadkowego wszczepienia cząstek rakowych w ranę podczas operacyi, jednakże powstające wtórne ogniska po wycięciu pierwotnego częściej przedstawiają rozrost już w czasie operacyi istniejących ognisk mikroskopijnych, sięgających daleko w tkankę zdrową, jak to wykazały badania Heidenheima co do sutki, a Hempla co do raka odźwiernika. Łatwiej już takie przeszczepienia mogą mieć miejsce na błonach surowicznych, np. w jamie otrzewny, lecz bardzo trudno na powierzchni skóry, gdzie potrzeba wielu ostrożności, ażeby tkankę przeszczepioną utrzymać i spowodować przyrośnięcie.

(D. c. n.).

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

255. H. F é l i z e t wychodząc z zasady, że po najstaranniejszej artrektomii lub rezeceyi pozostaje zawsze w ranie pewna ilość gruźliczych zarodków, których nie są w stanie zabić ani antiseptica, ani termokauter, zastosował w tym celu płomień z dmuchawką, jak to się używa do lutowania. — (Malumeau) Procedurę tę nazywa „flambage des plaies“. Ciepłotę osiąga się tu większą niż od termokauteru. Tkanki przy tem nie ulegają zwęgleniu, a tylko silnemu wysuszeniu. Działać należy bardzo prędko, każdy punkt rany na działanie płomienia nie powinien być wystawiony dłużej, niż 2 sekundy. Strup jest tak powierzchowny, że nie przeszkadza jakoby zagojeniu per primam. F é l i z e t stosował swój sposób w kilkudziesięciu przypadkach. W 38 rezultat już jest wiadomy: 30 zagojeń mniej lub więcej prędkich i zupełnych, w pozostałych rezultat nie odpowiadał oczekiwaniom. F é l i z e t sądzi, że sposobem tym można by dezynfekować nie tylko gruźlicze, ale i inne rany. (Bull et mém de la soc. de chir. de Paris, T. XVIII p. 595. C. f. ch. N. 23. 1893).

Dzierżawski.

256. D r. J e a n u e l z T u l u z y proponuje leczyć dostępną dla manipulacyj chirurgicznych gruźlicę wrzącą wodą. Jak przekonał się eksperymentalnie działanie wody wrzącej jest głębsze, niż termokauteru, lub „flambage“, który proponują Felicet, Verneuil, Clado, prócz tego wrząca woda dosięga takich zaulków rany, gdzie termokauterem dojść nie można; wrząca woda zatem daleko dokładniej od termokauteru dezynfekuje powierzchnię rany, a większe działanie jej wgląd pozwala leczyć i na zdezynfekowanie niedojrzanych przy operacyi ognisk jako też pozostających w sąsiednich tkankach bakteryj. Jak widać ze słów powyższych stosuje J. wrzącą wodę zawsze po wyskrobaniu, rezeceyi etc. jeszcze przed zdjęciem z członka krępulca (bandażu Esmarcha). Co do szczegółów zastosowania, to w razie rany jamistej wlewa w nią słoną wodę, która poprzednio gotuje się przy 105° C. i zanurzeniem w tej wodzie rozpalonego ostrza termokauteru doprowadza ją do wrzenia. W dużych ropniach zimnych radzi wkląć w ropień 2 troakary i po wypuszczeniu ropy i przepłukaniu przepuszczać przez jamę ropnia wodę wrzącą. Rany zaś rozległe i tak położone, że wlać wody w nie nie można radzi traktować zmoczonemi we wrzącej wodzie tamponami, które zmienia 10 razy na jednym posiedzeniu. Dotychczas stosował Jeanuel tylko ostatni sposób w 4 przypadkach gruźlicy kości i stawów, wszystkich rozległych, rozpaczliwych. Wyniki były bardzo dobre. Przy stosowaniu wrzącej wody części otaczające należy, naturalnie, starannie zasłonić kompresami z zimnej wody, ewent. oziębiać je prądem wody zimnej. Sąsiedztwo takich narządów, jak np. naczyń i nerwów krępuje w zastosowaniu wody wrzącej, zwłaszcza wobec własności jej działania wgląd (do 6 mm. w warunkach, jakie mogą się zdarzyć w klinice). Prof. Jeanuel sądzi, że wyrobienie odpowiedniej techniki w sensie zabezpieczenia od gorąca tkanek sąsiednich jest tylko kwestyją czasu, że jest już w tem na dobrej drodze, że wtedy sposób jego będzie mógł być stosowany na obszerniejszą skalę. — (G. d. Hop. Nr. 59 i 61, 1893).

Dzierżawski.

257. *Ali Krogius* zbadał 22 przypadki cierpień dróg moczowych pochodzenia zakaźnego. Znalazł przytem w 17-u przypadkach w badanym moczu tylko *B. coli*, w 2 *proteus vulgaris*, w 2-ch *staph. pyogenem aureum*, oraz w dwóch (tylko mikroskopowo) gonokoki w komórkach nabłonkowych i ropnych. Zastrykiwanie hodowli *B. coli* do pęcherza moczowego prowadzi do zapalenia jego tylko przy sztucznem wywołaniu zatrzymania moczu; przeciwnie, *proteus vulgaris*, wprowadzony do pęcherza, już sam przez się wywołuje w nim sprawę zapalną. *B. coli* rozkłada mocznik na węglan ammonu bardzo powoli, *proteus vulgaris* robi to szybko. Stąd odczyn moczu pozostaje długo kwaśnym w razie obecności w nim pierwszego gatunku pasorzytów, i, przeciwnie, staje się prędko alkalicznym w razie zakażenia proteo vulgaris. (*Centr. f. allg. Path.*, 1893).

W. J.

258. *Dr. J. Mariley* z Nowego - Yorku używał z dobrym skutkiem prądu stałego do odprowadzania uwięzniętych przepuklin. Chorego układa się w położeniu dogodnem dla odprowadzenia, do przepukliny przystawia się elektrodę pokrytą gąbką, zmaczaną w wodzie słonej. W bliskości miejsca przepukliny umieszcza się drugą elektrodę. Następnie przepuszcza się prąd stopniowo coraz mocniejszy w przeciągu 2—5 minut. Poczem odejmują się elektrody i przystępuje do odprowadzania. Jeżeli repozycja nie udaje się, wtedy znowu przepuszczamy prąd elektryczny i znowu probujemy odprowadzać przepuklinę. W ten sposób po kilku takich posiedzeniach udaje się odprowadzać nawet zastarzałe przepukliny. (*W. Med. Pr.*).

H. K.

259. *Aufrecht* podaje wiadomość, że lżejsze stopnie rozszerzenia żołądka rozpoznać można przy opukiwaniu go w ten sposób, że przyłożywszy plesymetr na pewne miejsce żołądka, otrzymuje się przy lekkim opukiwaniu odgłos mniej więcej stłumiony, gdy zaś, poczekawszy kilka sekund, znowu to samo miejsce opukiwać będziemy, otrzymujemy nad nim odgłos czysto bębunkowy. Zmiana ta odgłosu zależy od chwilowego kurczenia się w danem miejscu zgrubiałej błony mięsnej rozszerzonej już żołądka. (*Sem. méd.*, 1893).

W. J.

260. *Hölscher* podnosi bardzo działanie $\text{C}_2\text{H}_5\text{CO}_2\text{Na}$ gwałtaku w durze brzuszny i twierdzi, że środek ten, podany w początkach choroby, może tyfus przerwać. (*Sem. méd.*).

W. J.

261. *Deutsche Med. Woch.* podaje dwa przypadki otrucia lysolem. Pierwszy z nich dotyczy dorosłego mężczyzny, który przez pomyłkę zamiast wódki napił się lysolu. Przekonawszy się o swojej, pomyłce chciał wywołać wymioty, lecz mu się to nie udało i w kwadrans po zażyciu lysolu stracił przytomność. W trzy kwadransy potem przybyły lekarz znalazł chorego w stanie głębokiej zapaści. Przedsięwzięto przepłukanie żołądka, w czasie tej manipulacji oddech kilka razy się zatrzymywał. Wydobytą wodę z żołądka silnie lysolem czuć było. W dwie godziny po wypadku tętno już się wyczuwało, oddech był więcej miarowy, prawidłowe zabarwienie skóry powróciło. W pięć godzin wróciła przytomność. Chory raz jeden zwymiotował, po zatem jednak nie było żadnych innych dolegliwości i szybko do zdrowia powrócił. Objawy te zależały prawdopodobnie od silnego podrażnienia ustroju nerwowego, w szczególności żołądkowych gałązek nerwu błędnego.

Drugi przypadek mniej pomyślnie się zakończył. Dotyczył on dwuletniego dziecka, któremu lekarz ranę, powstałą z oparzenia, opatrywał 10/0 rozczy-

nem lysolu. Przy powtarzaniu recepty posłano ją zamiast do apteki do składu materyjłów aptecznych, gdzie lysol czysty wydano, pomimo, że przepis był na rozczyzn 1⁰/₆. Matka zastosowała wydane lekarstwo i dziecko w dwie godziny życie zakończyło.

H. K.

262. Prof. Lépine zwraca uwagę na ciemno zabarwienie skóry występujące czasami, przeważnie u dzieci i osób młodych, po dłuższem używaniu arszeniku. Dla jednych wystarczało w tem celu, jak to widać ze zrobionego przez autora zestawienia opisanych dotąd przypadków, używanie arszeniku w ciągu kilku miesięcy, u innych ciemne zabarwienie skóry występowało dopiero po kilkuletniem stosowaniu u nich tego leku. Zwykle zabarwienie to skóry jest przejściowe, niekiedy jednak staje się trwałem. (Sem. méd., 1893). W. J.

263. Na jednym z ostatnich posiedzeń francuskiego Towarzystwa dermatologicznego w Paryżu Dr. Bogdan z Iass opisywał przypadek samodzielnego zniknięcia rzeżączki w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. 18-letni chory wstąpił do szpitala wskutek rzeżączki, która wystąpiła przed ośmiu dniami. Stwierdzono obfity wypływ ropny z cewki oraz silne bóle podczas i po oddawaniu moczu. Czwartego dnia pobytu chorego w szpitalu wystąpiły objawy zapalenia płuc ze strony lewej i prawie jednocześnie ustąpiły wszelkie objawy rzeżączki. Po 10 dniach w czasie zdrowienia chorego rzeżączka odnowiła się znowu z tem samym natężeniem, co pierwszego dnia choroby. W dyskusyi podniósł Barthelemy, że i on widział dwa podobne przypadki. W obydwóch znikła odrazu ostra rzeżączka z rozpoczęciem się ciężkiego duru brzuszego. Jeden z chorych Barthelémy'ego zmarł w 18 dniu choroby bez odnowienia się trypra, długi 17 dnia, nie wstając z łóżka, dostał silnego zapalenia przyjądrza, które bez wszelkiej kwestyi od rzeżączki, w stanie ukrytym się znajdującej, zależeć musiało. (W. Med. Pr.).

H. K.

264. Dr. Saalfeld z Berlina zaleca przeciwko częstym i bolesnym naprężeniem czionka w czasie ostrej rzeżączki antipirynę w połączeniu z bromem. (Antipiryni 1,0, Kali bromati 3,0—jeden proszek na nocprzed snem). H. K.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

W końcu zeszłego miesiąca wyszedł z pod prasy drukarskiej pierwszy zeszyt zapowiadanego już od pół roku pisma p. n. **Przegląd chirurgiczny**. Redaktorem-wydawcą jest kol. Krajewski, a na liście współpracowników widzimy liczny poczet miejscowych chirurgów, ginekologów, otyatrów, laryngologów oftalmologów i t. d. Pierwszy zeszyt jest 11 arkuszowym tomem z 2-ma tablicami i 9 rysunkami w tekście, na ładnym papierze i czytelnymi odbitym czcionkami, całość pod względem zewnętrznym robi przyjemne wrażenie, a w naszych stosunkach zapowiada się jako wydawnictwo pod względem technicznym dość imponująco. W zeszycie pierwszym, poświęconym kol. Matlakowskiemu, gdzie obok życiorysu i spisu jego prac znajdujemy list redaktora do niego, prócz odezwy od redakcyi, widzimy III dział, na jakie rozpadają się będzie Przegląd, pierwszy to streszczenie francuskie prac

oryginalnych, umieszczonych w Przeglądzie, drugi zajmuje część najobszerniejszą, a mieści w sobie 8 prac oryginalnych, trzeci obejmuje streszczenie prac chirurgicznych, umieszczonych w języku francuskim w innych pismach polskich. Oto całość urozmaiconej treści. Pozostawiając naszym specjalnym sprawozdawcom ocenę oddzielnych artykułów oryginalnych wypowiedzieć chcemy tylko ogólne uwagi, jakie nastroją się przy przeglądaniu tego nowego pisma.

Dwóch zdań być nie może co do użyteczności i potrzeby pisma chirurgicznego polskiego, tembardziej że pismo to obejmuje całość medycyny zewnętrznej, a więc wszystkie poddziały, na jakie z biegiem czasu rozpadła się chirurgija. Związanie ich w jedną całość wyjdzie na korzyść zarówno pojedynczych specjalności jak i całej chirurgii. Kol. Krajewskiemu za myśl i wykonanie należą się szczere dzięki, a na cierniowej drodze rozwoju pism naszych specjalnych życzymy powodzenia temu nowemu pismu, które z jednej strony daje chirurgom możliwość szerszego, niż dotąd porozumiewania się wzajemnego, z drugiej zagranicy pozwala obznajmić się z naszym piśmiennictwem chirurgicznym. Przy ocenie jednak Przeglądu nie możemy pominąć usterek, które niemiłe robią na czytelniku wrażenie. Przedewszystkiem uderza nas dedykacja. Każdy autor ma prawo ofiarować swą pracę komu uważa za stosowne, dyskusyja w tej kwestyi jest nie potrzebna zgoła, inna rzecz poświęcenie pierwszego zeszytu jedyne pisma specjalnego. Tu potrzebna jest pewna miara i pewna powściągliwość. Nikt nas o niechęć do sz. kol. M. posądzić nie może, zasługi jego nie tylko na polu medycyny uznajemy w zupełności, ale naszym zdaniem poświęcić pismo należało któremu ze starszych zasłużonych chirurgów czy to z pośród żyjących, czy zmarłych, człowiekowi, który stworzyłby szkołę całą i był owem źródłem, z którego większość naszych chirurgów czerpała pierwsze wiadomości. Nazwisk takich wymieniać nie potrzeba nasuwają się one same...

Inna uwaga—to niezręczność wyrażenia, użytego przez redakcyję, jakoby pisma naukowe miały pedagogiczne cele. Pisma naukowe celu tego mieć nie mogą i nie mają, gdyż czytelnikami ich są ludzie, którzy potrzebują nie systematycznej nauki, jaką już przeszli, ale informacji. Uważając to za prosty lapsus calami nie będziemy dłużej zatrzymywać się nad tą kwestyją, natomiast zwrócić byśmy chcieli uwagę redakcyi na staranie o lepszą korektę, i ściślejsze trochę wyrażenia. Po za temi usterkami pismo na wszelkie zasługuje poparcie. Nazwiska powołanych przez redakcyję współpracowników dają gwarancyję, iż moralnego poparcia nie zbraknie, nie wątpimy również, że materyjalne znajdzie się również i że kol. K., przebrnąwszy pierwsze ciężkie próby, zdoła szczęśliwie prowadzić pismo ku pożytkowi medycyny polskiej. Życzymy, aby początkowe, a niestety, nienchronne trudności trwały jaknajkrócej.

Słów parę powiedzieć nam wypada o ogólnym artykule kol. Dunina, p. n. „O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii“.

Artykułowi kol. Dunina zrobiliśmy ogólny zarzut, że nie odgra-

nicza ściśle strony teoretycznej przedmiotu od praktycznej, chirurgji wogóle od chirurgji, jako jednej z metod ogólnego leczenia. Od czasu, gdy nóż chirurga wkroczył do jam ciała z powodzeniem, przynajmniej czasowem, zdarzają się niekiedy ze strony chirurgów wygórowane pretensyje rywalizacyi lub brania przewagi nad leczeniem wewnętrznem. Z terapeutycznego też stanowiska zasługuje na podniesienie wyrażona przez autora myśl, niejako ostrzeżenie, że operacyja chirurgiczna usuwa po większej części tylko skutki choroby, terapija zaś wewnętrzna opierać się głównie powinna na wskazaniach przyczynowych et morbi. Wistocie chirurgiczna metoda leczenia jest par excellence terapiją mechaniczną, a zatem najogólniejszem dla niej wskazaniem jest zakłócenie mechanicznych stosunków w ustroju. Gdy to zakłócenie pochodzi z przyczyn przypadkowych i również mechanicznych, odpowiada ona wskazaniu przyczynowemu et morbi, gdzie jednak jest ono wynikiem bardziej zawikłanego kompleksu przyczyn i warunków, jak w chorobie, tam interwencyja chirurgiczna odpowiada tylko wskazaniu objawowemu, ze względu zatem na aspiracyje leczenia wogóle, rola jej jest skromniejsza, choćby nawet objaw, przeciw któremu walczy zagrażał życiu bezpośrednio. Jednak po za operacyją chirurgiczną, jako jedną z metod leczenia, chirurgija nie przestaje być medycyną, z wspólnego pnia nauk podstawowych wyrasta, a jeśli dawniej miała swoją odrębną tak zwaną zewnętrzną patologiję, to rozumie się dzisiaj patologija wewnętrzna i dyjagnostyka zarówno i chirurga obowiązuje. Wprawdzie kolega Dunin jest zdania, że sama technika tej postaci leczenia może zająć całe życie chirurga. Tak jednak nie sądzimy, gdyż, jak wiadomo, chirurgija rozpadła się na szereg specjalności w nagłówku właśnie Przeglądu Chirurgicznego wyliczonych. Co się zaś tycze uwagi, że sam rodzaj zajęć wpływa jednostronnie na kierunek umysłu chirurga jest ona słuszna, ale nie bezwzględnie, kierunek umysłu bowiem więcej od przyrodzonych zdolności zależy. Wszak widzujemy chirurgów, będących na wysokości zadania, nietylko jako technicy wykonawcy, lecz jako lekarze z głębszym i szerszym w dziedzinie patologii poglądem. Kol. Dunin sam nawet wymienia nazwiska chirurgów, którzy się na polu badań patologicznych zasłużyli. Śmiało nawet możemy powiedzieć, że dziś jeśli nie a priori, to z posteriori na mocy nabytego doświadczenia ogół wykształconych chirurgów, w miarę rozważania wyników odleglejszych, mianowicie, czy nietylko operacyja się udała, lecz czy choremu istotną korzyść, nie zaś szkodę przyniosła—ogół powtarzamy chirurgów hamuje się raczej w interwencyi niewczesnej. Że dziś jeszcze internista więcej może mieć doświadczenia co do powstawania, przebiegu i zejścia chorób wewnętrznych—rzecz to naturalna, ale wiele i tu również od bystrości i osobistych zalet jego umysłu, wszechstronności poglądu zależy. Wreszcie, jeśli puściwszy wodze fantazyi, zapagniemy postawić rokowanie co do przyszłości leczenia, to za mało znajdziemy obecnie danych, na podstawie których możnaby przewidywać, że terapija wewnętrzna osiągnie kiedyś bezwzględnie swój ideał—*restitutio ad integrum* w rozwiniętej już chorobie i u każde-

go chorego. Raczej więc nadzieje zwracać się muszą do zwiększenia odporności i do zapobiegania, a zatem do zadań higieny w najobszerniejszym rozumieniu. Nateraz zdaniem naszym rdzeń kwestyi mniej tkwi w tem *komu* przypisać pierwszeństwo chirurgowi, czy internście, lecz raczej *kiedy* i w *w jakim stosunku* obaj oni mają swę usiłowania połączyć, aby odpowiednio do stanu lecznictwa w danej epoce, największą summę korzyści, jakie zeń osiągnąć się dadzą, zapewnić choremu.

Redakcyja.

Dr. Franciszek Sroczyński. *Zapalenie sympatyczne oka* (monografia kliniczna). Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej. Kraków 1893. Seryja II, zeszyt 18.

W pracy pod powyższym nagłówkiem autor podniósł jedno z najdonioślejszych zadań okulistyki — ściśle określenie co należy pojmować pod sympatycznym cierpieniem oka, jak je odróżnić od sympatycznego zadrażnienia, o ile i czy zawsze zadrażnienie wyprzedza sympatyczne zapalenie, pod jakimi postaciami to ostatnie zwykle występuje, w jakim odstępie czasu po sprawie patologicznej w oku pierwotnie zajętem, jak złemu zaradzić, jak leczyć zajęte sympatycznie oko i kiedy przystąpić do zawsze przykrego, lecz niestety, niezbędnego w ogromnej większości przypadków rękoczynu wyłuszczenia gałki pierwotnie zajętej, jako jedynej deski zbawienia od nieuniknionej ślepoty.

Praca opartą jest na materyjale klinicznym prof. Rydla (40 przypadków od r. 1870—1890) i na kazuistyce, zebranej w odnośnej literaturze, tę ostatnią przyjmuje dr. Sroczyński z ogromną oględnością i ściśłą krytyką.

Z bardzo dobrze opracowanego rozdziału o teoriach sympatycznego zapalenia oka widzać, iż autor jest zwolennikiem infekcyjnej teoryi Deutschmann'a i spodziewa się, iż prace, w duchu tej teoryi podjęte, wkrótce wydadzą pożądane owoce.

Stojąc w dalszym ciągu na gruncie infekcyjnego pochodzenia sympatycznego zapalenia, zachęca dr. Sroczyński do nielekceważenia choćby najmniejszego urazu gałki ocznej i traktowania go anty- i aseptycznie w najobszerniejszym słowa tego znaczeniu, pod szereg urazów podciąga też i rękoczyn, wykonywane na oku przez operatora gdyż i te, jak wskazuje odnośna literatura, często były przyczyną sympatycznego zapalenia, dlatego też radzi unikać najdrobniejszych opadnięć i wrośnień tęczówki lub torebki soczewkowej, należy bowiem pamiętać, iż te są zawsze odpowiednią glebą, na której znakomicie rozwijają się drobnoustroje, a stąd droga już prosta do wnętrza gałki.

Język pracy nie przedstawia nic do życzenia, wszystko czyta się tu gładko i z prawdziwym zajęciem.

S. Cetnarowicz.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

Cholera panuje teraz w różnych miejscach Cesarstwa. Najwięcej przypadków tej choroby zdarza się w gub. Podolskiej, Tulskiej, Orłowskiej i w pobliżu Kaukazu. Co do Królestwa, mamy niewątpliwą cholere w Czyżewie, gdzie ilość zachorowań wyniosła dotąd około 40-u ze śmiertelnością około 15-u, Mazowiecku, gdzie zmarło dotąd na tę chorobę 5 osób, oraz Kole. W tym ostatnim epidemia wydaje się być najsilniejszą. Do dnia 20 b. m. notowano tam ogółem około 140 przypadków. Z nich 52 zakończyły się śmiercią. Najgorszy był przebieg jej między 13-ym, a 18-ym b. m. Mianowicie 13-go zachorowało osób 12, zmarło 7, 15-go zachorowało osób 14 zmarło, 16-go zachorowało osób 17, zmarło 10, 17-go zachorowało osób 16, zmarło 8, 18-go zachorowało osób 8, zmarło 5. Obecnie już ilość zachorowań i stosunek śmiertelności zmalały*) tak, że zdaje się, rzecz ma się ku końcowi. Niewątpliwie przyczyniły się do tego urządzenia sanitarne, które, jak na Kolo, uważać należy za wzorowe. W samej Warszawie dotąd ani jednego miejscowego przypadku bezwarunkowo nie było. Były natomiast 2 przypadki cholery azyjatyckiej zawleczonej. Pierwszy miał miejsce 2 b. m. i skończył się śmiercią 4-ego b. m. Była to żydówka z Podolskiego, która, jako chora, z kolei Terespolskiej odstawiono do szpitala zapasowego. Przebieg kliniczny, typowy obraz anatomiczny i badania bakteryjologiczne stwierdziły w tym przypadku niewątpliwą cholere. Drugi przypadek zawleczony został 7 b. m. z Białegostoku. Chory zmarł 8 b. m. w szpitalu żydowskim. I tu badania bakteryjologiczne wykryły przecinki Kocho. Dotychczas żaden z tych dwóch przypadków nie stał się powodem zachorowań w sąsiedztwie. Można więc chyba uważać, że te przynajmniej przypadki już jako sporadyczne pozostaną. Dość wielką ilość innych przypadków, za życia za podejrzanę uważanych, okazało się przy badaniu pośmiertnem, bakteryjologicznem, a raz sądowno-lekarskiem (otrucie wielką ilością arszeniku) nie mającemi nic wspólnego z cholere. Nadzór nad osobami przyjeżdżającymi z miejscowości podejrzaných jest ustanowiony, dezynfekcyja gruntowna odbywa się w każdym przypadku podejrzanym. Miejmy nadzieję, że te środki ostrożności uchronią nas przynajmniej od większej epidemii. *W. Janowski.*

— W N-rze 30 „Progrès Méd.” znajdujemy opis działu lekarskiego na wystawie w Chicago, przez d-ra Beaudouin, sekretarza redakcyi. Pomijając szowinistyczne wycieczki autora co do wyższości francuzów, wyjmujemy ciekawsze dane. Wogóle wystawa w dziale lekarskim nie należy do najlepszych; po za przemysłem dentystycznym i higieną mieszkań nie godniejszego uwagi na wystawie nie ma. Narzędzia chirurgiczne są o wiele gorsze od europejskich, wyjąwszy narzędzia dentystycznych, które należą do najlepiej wykonanych i najsubtelniejszych w świecie, protezy zębowe wykonane w Ameryce są, zdaniem korespondenta, najlepsze jakie dotąd widział. Nie można tego powiedzieć o nycgienie mieszkań i szpitali, pozostawiają one wiele do życzenia i sto-

*) Odsyłamy sz. czytelników do Korespondencyi z Kola, umieszczonej na końcu numeru. *(przyp. red.).*

ją niżej od europejskich urzędzeń. Z francuskich wystawców sprawozdawca wyróżnia Montaudon'a, znanego preparatora anatomicznego, którego modele sprowadzały podziw za oceanem, i Martin'a.

— W dniu 27-m z. miesiąca prof. Verneuil otworzył kongres dla badań nad gruźlicą w Paryżu. Na prezesów honorowych powołano: Pasteur'a, Broudel'a, Butel'a, Charcot'a, Chauveau, Cornil'a, Hayem'a, Periet'a, Latouilhèn'a, Trasbot'a, Thierry'a i Weber'a, z Belgii Stubbe, Deginé'a, Masselman'a, von Hertien'a; z Holandyi: Tomasseau, z Węgier: Calman-Müller'a, z Luksemburga: Sregen'a, z Rumunii Babès'a, z Rosyji: Miecznikowa i Gamaleia, z Turcyi: Zeros-paszę; na wice-prezesów: Nocard'a, Herard'a; na sekretarza głównego M. H. Petit'a; na pomocników: Ozèn'a, Prioleau, Mosny Coudray, Arthaud, Moulé.

— Kongres międzynarodowy lekarski w Rzymie odłożono z powodu cholery na kwiecień r. p.

— Ósmy międzynarodowy kongres higieniczny odbędzie się w Budapeszcie 1894 r.

— W lipcu r. b. odbędzie się wystawa higieniczna w Dijon we Francyi; wystawę urządzi Towarzystwo p. n. „Société des sciences médicales de Côte-d'Or“.

— W krakowskiej radzie miejskiej zasiada obecnie 7 lekarzy, mianowicie prof. Jordan, Domański, Pareński, Obaliński, d-rzy Pankowski, Wiszniewski i Kohn. Stanowi to 11,6% ogólnej liczby członków rady i pozwala lekarzom mieć głos ważny w kwestyjach higieny miasta.

— Przyszły zjazd ginekologów niemieckich odbędzie się w Wiedniu w 1895 r.

— W listopadzie r. b. ma się odbyć w Paryżu druga konferencyja sanitarna międzynarodowa.

— W Krynicy lekarze ordynujący za inicjatywą d-ra Kopffa zawiązują kółko dla rozbiierania spraw wspólnych.

— Z powodu t. z. leczenia surowicą (Blutserumterapie) obiega wesoła gra słów. Pytanie: kto był pierwszym odkrywcą leczenia surowicą? Odpowiedź: Owidiusz, gdyż w swoich wierszach pisze wyraźnie: Principiis obsta; sero medicina paratur. (Wien M. Pr. 29).

— Na posiedzeniu Société nationale de méd. de Lyon, dr. Mayet odczytał swoje badania nad przeszczepialnością raka na zwierzęta. U białego szczura po zastrzyknięciu wyciągu glicerynowego z raka znalazł w nerkach dwa ogniska rakowe.

— W Krynicy d. 23 i 24 b. m. obchodzić się będzie stułetni jubileusz otwarcia zakładu. W odpowiedzi na zaproszenie, redakcyja *Kroniki* wysłała odpowiedni telegram gratulacyjny.

— Liczba lekarzy w Stanach Zjednoczonych dochodzi 105,000.

— Prof. Veit, znany ginekolog, opuszcza katedrę w Bonn, na jego miejsce powołano również znanego ginekologa prof. Fritscha.

— W ubiegłym miesiącu prof. Pettenkofer obchodził 40-letni jubileusz pracy profesorskiej.

— Wyborną charakterystykę lekarza-polifarmaka podaje *Gazette méd. de Liège*. Między innemi pisze: Lekarz taki, zapominając zupełnie o istocie

choroby i maksymie starej Baglivi: „multa scire, paula agere“, nie opuszcza sposobności, aby czynnie zaznaczyć swą działalność, nie znieśie on, aby choremu nie zapisać sążnistej recepty na każdy oddzielny symptomat, a broń Boże powtórzyć dawne. Panowie ci mają passyję odwiedzać chorego po-kilkakroć dziennie, a już za każdym razem czują się w obowiązku przynajmniej jedno zapisać lekarstwo. Zapomina taki lekarz, że napastnica działa dopiero po upływie pewnego czasu, on na to nie zwraca uwagi, a bojąc się, aby go nie posądzono o brak w pamięci innych recept już w krótkim czasie zapisuje nowe lekarstwo. Jeżeli ma do czynienia z nerwobólem nie zbraknie mu pomysłów, istoty nie wysledzi, ale zato rano da chininę, w południe antypyrynę, a wieczorem ekzalginę. Panowie tacy to źródło bogactw dla aptekarzy, nędzy dla nieszczęśliwych pacjentów, którzy im powierzą zdrowie, a dla medycyny to źródło coraz to nowych „skutecznych“ leków, rosna-cych w liczbę ku utrapieniu chorych.

— Jak donosi „Lion méd.“ do tej pory na kontynencie są tylko dwie kobiety-weterynarze: p. Kruszewska, która ukończyła studia w Zurychu w 1889 r., i p. Dobrowolska, która w r. b. po ukończeniu studiów w Zurychu i złożeniu egzaminu w Charkowie otrzymała posadę weterynarza powiatowego.

— D-r Bikeses przedstawiał w Wiedeńskim Towarzystwie Lekarskim przypadek poliomytydis anterior acuta u 58-letniego mężczyzny. Choroba ta w tym wieku należy do wielkich rzadkości.

— D-r Tanner, słynny ścisłym 40-dniowym postem, na co odważył się pierwszy z pośród licznych później głodomorów, pozbawił się życia w Londynie. W liście pozostałym żąda, aby jego zwłoki były oddane do badań naukowych (otrul się morfiną), oraz usprawiedliwia się z samobójstwa następującymi słowy: „Przychodzimy na świat bez naszej woli, sądzę więc, że mamy prawo odbierać sobie życie“.

— Począwszy od n-ru bieżącego „Kronika Lekarska“ drukuje się w drukarni Sierpińskiego, Formalności, nieodłączne od przeniesienia, opóźniły numer o dni kilka.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Lipcu 1893 r.

1) *Wl. Biegański*. Przyczynek do różniczkowego rozpoznawania ropni podprzeponowych. (Med. 26, 27).

2) *St. Klejn*. Kilka słów o badaniu klinicznym krwi. (Med. 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29).

3) *Grundzach i Mintz*. Zwężenie bliznowe oddźwiernika. Przerost oddźw. Rozstrzeń wtórna żołądka. Gastroenterostomia. Wy-drowienie. (Med. 27).

4) *A. Przyborowski*. O ranach postrzałowych drażących brzucha z podaniem 2-ch własnych przypadków operowanych. (Med. 28, 29, 30,—nieskończ.).

5) *W. Palmirski*. Działanie wibryona Miecznikowa na susły. (Med. 30).

6) D-r med. *J. Pawiński*. Rak żołądka przebiegający pod postacią marskości wątroby. (Gaz. Lek. 26).

7) *R. Bukowski*. Z dziedziny chirurgii dróg żółciowych. (Gaz. Lek. 24, 25, 26, 27, 28, 29).

8) *K. Chelchowski*. Kilka uwag o raku. (Gaz. Lek. 28).

9) *S. Bronowski*. Balsam kopajwy, jako środek moczopędny. (Gaz. Lek. 29).

10) *H. Findler*. Przypadek hermafrodytyzmu. (Gaz. Lek. 29).

11) *Wł. Papiewski*. O tężcu noworodków. (Gaz. Lek. 30,—nieskończ.).

12) *K. Stróżewski*. Trzy przypadki syfilisu mózgo-rdzeniowego. (Gaz. Lek. 30).

13) *L. Nencki* i *W. Trzciniński*. Filtry w piwowarstwie. (Gaz. Lek. 30).

14) *Kohlberger*. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych. (Przegl. Lek. 23, 24, 25, 26). [Artykuł treści ogólnej].

15) *Gąsiorowski*. Jeszcze w sprawie trzębienia w róży moszen. (Przegl. Lek. 27).

16) *A. Becki* i prof. *G. Gärtner*. Wpływ wstrzykiwań soli kuchennej na wessanie cieczy. (Przegl. Lek. 28, 29).

17) *Grünbaum*. Kilka spostrzeżeń nad przerzutami złośliwych nowotworów, które pierwotnie rozwinęły się w narządzie płciowym u kobiet. (Przegl. Lek. 27, 28).

18) *Ziemiński*. Niepokój źrenic czyli drgawki tęczówki. (Przegl. Lek. 29). [P. z. następny].

19) *Szadek*. Osutki jodowe. (Przegl. Lek. 30,—nieskończ.).

20) *Schäfer*. Czy *Fr. W.*, umarł z otrucia. (Przegl. Lek. 30,—nieskończ.).

21) *S. Jerzykowski*. Przyczynę do zaburzeń umysłowych przy cukrzycy. (Now. Lek. 7 i 8).

22) *Dziembowski*. Chlorek etylu—środek znieczulający. (Now. Lek. 7 i 8). [P. z. następny].

23) *W. Glibowski*. O obrzękach przy rozedmie płucnej i wadach sercowych. (Now. Lek. 7 i 8).

1. *Wł. Biegański*. Przyczynę do różniczkowego rozpoznania ropni podprzeponowych. Autor opisuje 3 przypadki ropienia podprzeponowego, z nich 2 były typowe, a jeden powikłany zapaleniem ropnem opłucny prawostronnem. Ponieważ przy powierzchownem badaniu ropień podprzeponowy może być przyjęty za zapalenie opłucny, autor więc,

bardzo rozważnie zastanawiając się nad wynikami dokładniejszego badania odpowiednich chorych, stara się ustalić cechy rozpoznawczo-różniczkowe między temi dwiema chorobami. Zdaniem autora, ropień podprzeponowy cechuje się: 1) stłumieniem opukowem większem z przodu, niż z tyłu, gdyż z tej właśnie strony ropień podnosi przeponę najwyżej, przy zapaleniu opłucny tępość, jak wiemy, bywa najrozleglejszą z tyłu; 2) podniesieniem granic tępości serca, zależnem również od podniesienia przepony; przy zapaleniu opłucny objawu tego być nie może; 3) opuszczeniem granic wątroby, tem znaczniejszem, im większy jest ropień (nprz. do pępka), bolesności w prawem podżebrzu, a nadto nierówności brzegów wątroby. Obecność chęłbotania w prawem podżebrzu rzecz, naturalnie, znakomicie upraszcza. W przypadkach powikłania zapalenia ropnego opłucny ropniem podprzeponowym cechami rozpoznawczemi są: chęłbotanie powiechowne w podżebrzu którego przy samem zapaleniu opłucny być nie może, a nadto znaczną wysokość stłumienia na prawej połowie klatki piersiowej do 2-go—3-go żebra z przodu, a do grzebienia łopatkki z tyłu, które znowu od podniesienia przepony zależeć nie może.

W. J.

2. Klein. Kilka słów o klinicznym badaniu krwi. Jest to obszerna praca, obejmująca wszystkie metody badania krwi pod względem głównie mikroskopowym, streszczająca obecny stan wiedzy na tem polu; z tego względu do streszczenia na tem miejscu się nie nadaje.

J. Z.

4) J. Grundzich i S. Mintz. Zwężenia bliznowe odźwiernika. Przerost odźwiernika, etc...

Autorzy opisują przypadek zwężenia odźwiernika wskutek przerostu z następczą rostrzenią żołądka. Po dokonaniu operacji gastroenterostomia anterior antecolica chora wyzdrowiała. Badanie żołądka przed operacją stale wykazywało obecność kw. solnego wolnego 0,15% naczco. Po operacji, kiedy stan chorej poprawił się o tyle, że przybyło jej 20 f. na wadze, wydzielanie HCl naczco ustało. W końcu autorzy podnoszą, że połączenie kiszki cienkiej przed poprzeczną w ich przypadku wbrew twierdzeniu Hackera nie wywołało żadnych zaburzeń.

6. Wł. Palmirski. Działanie wibryona Miecznikowa na susły. Autor karmił susły owsem lub pszenicą, które polał bardzo nieznaczną ilością hodowli V. Miecznikowa. Wszystkie zwierzęta padały po 24—48 godzinach przy objawach posocznicy, przyczem wyhodowano V. Miecznikowa u wszystkich z kanału pokarmowego, a u kilku z innych organów wewnętrznych. Wobec tego, że susły stanowią istotną plagę dla gospodarstwa w Rosyi południowej, autor radzi skorzystać z ich wrażliwości na V. Miecznikowa i trzeć je w ten sposób, aby pewną ilość nakarmionych tym pasorzytem osobników puszczać zaraz na pola. Gdy padną, inne susły je pożrą i, jak wykazują doświadczenia autora, same się pozarażają i padną. Walka ta, prowadzona na szeroka skalę, mogła by złe usunąć. Zachęta do niej powinno

też być to, iż V. Miecznikowa na żadne zwierzęta domowe, ani na ptactwo nie działa. *W. J.*

7. Dr. Med. J. Pawiński. Rak żołądka przebiegający pod postacią marskości wątroby. Przypadek opisany przez autora dotyczy 58 letniej chorej, u której z objawów (ascites, a po wypuszczeniu płynu, wątroba twarda zmniejszona) można było przypuścić marskość wątroby, sekcyjja atoli wykazała obecność raka żołądka na małej krzywiznie i gruźlicę kiszek. *K. W. S.*

9. K. Chełchowski. Kilka uwag o raku żołądka. Autor w cennem swem zestawieniu zastanawia się przedewszystkiem o ile wrzód żołądka jest częstszym od raka i na zasadzie protokółów sekcyjnych dochodzi do wniosku, iż rak jest częstszem, niż wrzód cierpieniem. Co do wieku chorych, zapadających na raka, autor dochodzi do wniosku, iż usposobienie do raka z wiekiem wciąż wzrasta, a od r. 40 prawie w postępie arytmetycznym. W końcu autor mówi o stosunku raka do polipów, które w 9 sekcyjach znaleziono obok raka, a przypuszczenie, iż mogą one stanowić punkt wyjścia dla raka potwierdzają liczne przypadki; zresztą w protokołach często wspomina się o gastritis polyposa. *J. Z.*

10. Dr. S. Bronowski. Balsam kopajwy, jako środek moczopędny. W 6 przypadkach przez siebie obserwowanych (3 cirrosis hepatis, 1 wada serca powikłana marskością wątroby, 1 rak wątroby i 1 wysięk do jamy opłucny w gruźlicy wierzchołków płucnych) autor stosował balsam kopajwy i wnioski do jakich doszedł są następujące: najodpowiedniejszą postacią do podawania środka okazała się zawiesina, autor podawał: Rp. Emuls. balsami copaiva 8,0 — 180,0 dobową dawkę do 6,0 gr. chorzy znosili dobrze. W razie potrzeby przykry smak poprawia dodanie 2,0—4,0 gr. nalewki miętowej, a w razie biegunki tyleż T-rae opii simplic. Balsam kopajwy jest dzielnym środkiem moczopędnym, najskuteczniej działa w marskości wątroby największa diureza występuje po 3—4 dniach podawania leku, podrażnienia nerek zupełnie nie wywołuje; podrażnienie kanału pokarmowego, jeśli występuje to niezbyt silne. *K. W. S.*

12. Stróżewski. Trzy przypadki syfilisu mózgo-rdzeniowego. Jest to opis trzech przypadków, w których różnorodność i zmienność objawów ze strony rdzenia i mózgu przyjęto za podstawę dyjagnostyki.

W jednym z tych przypadków badanie pośmiertne wykryło zrosty i zgrubienia opon mózgu i rdzenia, w innym były też owrzodzenia powierzchowne natury kiłowej; po szczegóły odsyłamy do oryginału. *Rz.*

13. L. Nencki i W. Trzeciński. Filtry w piwowarstwie. Na mocy odnośnych badań nad filtrowaniem piwa przez filtry Gehrke'go i Kocha, składające się z bawełny z domieszką 5—6% azbestu, doszli autorzy do wniosku, iż filtrowanie piwa przez te sączki nie tylko nie zmniejsza, ale zwiększa ilość bakteryj skutkiem zanieczyszczeń, powstających z czasem, w samym filtrze. Z tego względu żądają oni wyjalawiania filtru przed każdorazowem użyciem. *J. Z.*

16. A. Beck i G. Gärtner. **Wpływ wstrzykiwań soli kuchennej na wessanie cieczy.** Autorzy, wychodząc z doświadczeń Heidenheina i Klikowicza nad przyspieszaniem wchłaniania płynów pod wpływem wstrzykiwań stężonego roztworu soli kuchennej do krwi, w pracowni Strickera w Wiedniu przedsięwzięli cały szereg doświadczeń z pętlą kiszek u psów, które stoją w zgodzie ze świeżo ogłoszonymi w tym kierunku badaniami Gravitza. Według ich doświadczeń 10⁰/₀ NaCl wstrzyknięte do krwi pobudzały znakomicie wchłanianie z kiszek, co dowodnie mogli stwierdzić, izolując pętle kiszek, napelniając je wodą i obserwując ilość wody wessanej po zastrzyknięciu do krwi NaCl w stężonym roztworze. Na mocy swych doświadczeń zachęcają autorzy do stosowania wstrzykiwań stężonego roztworu soli zamiast fizjologicznego w cholery. Ilość winna wynosić dla człowieka 0,6 grm NaCl w 10⁰/₀ roztworze na kilogram wagi ciała. J. Z.

17. A. Grünbaum. **Kilka spostrzeżeń nad przerzutami złośliwych nowotworów, które pierwotnie rozwinęły się w narządzie płciowym u kobiet.** Opisuje tu G. 5 przypadków raków uogólnionych, wszystkie atoli bez oględzin pośmiertnych, wartość ich przeto jest więcej niż problematyczna. Jako próbkę poglądów przytoczymy: Przep. I. Charłactwo, wysięk surowiczy w lewej opłucny, takież w jamie brzusznej. Na śledzionie i wątrobie wyczuwa się po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej liczne guzy. Guz nie owrzodzony w przegrodzie prostopadłochwowej, który nie wywoływał żadnych objawów, a odkryty był przypadkowo przy ogólnem badaniu. G. przypuszcza, że ostatni guz był pierwotny, a poprzednio wymienione wtórne. Dla czego nie odwrotnie? Przep. II. Przed laty adenoma (?) mammae sinistrae. Carcinoma part. vaginalis uteri. Wysięk krwawy w jamie opłucny lewej. *Przypuszczając recydywę gruczolaka (?) opłucny w ściennej przystąpiono do operacji w nadziei, że przez rezekcję żeber da się guz w opłucny wyłuszczyć doszczętnie (!)* Przy operacji okazuje się, że cały dolny płat lewego płuca jest rakowato zmieniony. Droge, jaką szły przerzuty wyobraża sobie G. tak: w pierwszym przypadku z guza przegrody prostopadłochwowej, w drugim z części pochwowej macicy cząsteczki nowotworu drogę zwykłą, przez vena cava ascendens, dostały się do *praweego serca, ztąd przeszły sobie bez przeszkód do lewego przedsionka*, ztamtąd zaś dopiero poszły *wstecz (!)* i utkwily w lewym płucu. Ma to być „rückläufiger Transport“ w myśl Arnolda. Jedno jeszcze pozwoliny sobie przytoczyć zdanie autora: „żyły jajnikowe kończą się w ten sam sposób, jak żyły nasienne u mężczyzn, t. j. że niekiedy zostają w *bezpośredniej (!)* styczności z układem żył wrotnej“. Radziłyśmy się dowiedzieć w jakiej to Anatomii znalazł kol. G. informację o tej *bezpośredniej styczności*. Podobnie wyszukanych poglądów zawiera artykuł G. więcej, nie uważamy jednak za potrzebne więcej tem zastręcać czytelnika. Dzierżawski.

21. Dr. Stanisław Jerzykowski. **Przyczynę do zaburzeń umysłowych przy cukrzycy.** Znane są objawy cukrzycy w zakresie n. n.

ruchu, czucia, troficznych, porażenia poprzeczne, połowiczne, pojedyncze, zaburzenia mowy, porażenia n. ocznych; zmiany znajdowano w niej w mózgu, rdzeniu przedłużonym, rdzeniu kręgowym, w n. współczulnym, przeważnie w splocie szyjowym górnym i dolnym. Autor podaje 3 przypadki, powikłane zaburzeniami w sferze umysłowej, o których przeważnie autorowie francuzcy pisali. W 1-szym było przygnębienie melancholijne z ideami samobójczymi trwające rok, które minęło gdy chory osłabł bardzo pod koniec choroby. W 2-gim było stępienie umysłowe, które poprawiało się chwilowo w miarę zmniejszania się ilości cukru w moczu, w 3-cim był znaczny pruritus vulvae z ogólnym niepokojem. We wszystkich tych przypadkach nie istniało dziedziczne obciążenie. Autor wspomina nadto dawniejszy przypadek padaczki, powstałej nagle na widok napadu padaczkowego i nadto pojawienie się cukrzycy, która po rocznem trwaniu ustąpiła wraz z padaczką, oraz przypadek, w którym ilość cukru w moczu nagle wzrosła pod wpływem wzruszenia przykrego. Zaburzenia umysłowe noszą zwykle charakter przygnębienia lub osłabienia intelektualnego, są zwykle następstwem cukrzycy, choć nie wiadomo na mocy jakiego mechanizmu powstają.

Rz.

23. Glibowski. O obrzękach przy rozedmie płucnej i wadach sercowych. Chorzy na rozedmę i wady serca umierają przy obrzękach wskutek „znużenia serca“ lub bez obrzęków przy objawach duszności i sinicy. Przy badaniu pośmiertnem rzadko znajdują się zmiany anatomiczne w sercu, tłumaczące to znużenie. Autor zatem postanowił szukać przyczyny obrzęków po za sercem, opierając się na statystyce, z protokołów sekcyjnych poczerpniętej. *Jakoż na 50 przyp. rozedmy płucnej bez obrzęków w 12⁰/₀, a z obrzękami w 15⁰/₀, mięsień serca był zmieniony (rzadko), w wątrobie zmiany jeszcze rzadziej, zato w nerkach na 50 przyp. bez obrzęków w 50⁰/₀, a na 80 przyp. z obrzękami w 78,75⁰/₀, zanotowano nephritis chronica, nadto w 30⁰/₀ 1-szej, a w 20⁰/₀ drugiej kategorii induratio cyanotica, a w 5⁰/₀ zwyrodnienie mączkowate. W wadach serca zmian w m. sercowem nie notowano, zato na 18 przyp. nie-obrzękowych w 72,2⁰/₀, na 37 przyp. obrzękowych w 81,08⁰/₀ była nephritis chronica. Autor dochodzi do wniosków, że pierwotnym momentem, wywołującym obrzęki, jest znużenie serca, niezależne od zmian makroskopowych; może ono być przemijającym, a wtedy obrzęki przemijają; lub znużenie serca długotrwałe prowadzi do zmian w nerkach, które znowu potęgują znużenie serca; obrzęki wtedy są uporczywe i zależą od przewlekłego zapalenia nerek.*

Rz.

NEKROLOGIJA.

J. M. CHARCOT.

Olbrzymią, tem zaś więcej przygnębiającą, że całkiem nieprzewidywaną stratę poniosła medycyna wszechświatowa. 17 sierpnia umarł nagle

J. M. Charcot. W 68 roku życia, w pełni jeszcze energii, ten niepospolicie od natury obdarowany umysł, ze śladami ustawicznej pracy którego spotykaliśmy się jeszcze wczoraj, przestał być czynny na zawsze. Kim był Charcot? genialnym klinicystą, wychowawcą pod jego epidą powstałej obecnej szkoły francuskiej, najznakomitszym przedstawicielem medycyny francuskiej w świecie całym. Przed 31 laty skromny jeszcze lekarz przytułku dla nieuleczalnych, w tej liczbie nerwowych chorych w Salpêtrière, umiał skorzystać z materiału, który jeśli dla terapii nie przedstawiał wdzięcznego pola, był zato skarbem anatomicznym i wspólnie z ówczesnym swym asystentem Cornilem, dzisiejszym profesorem anatomii patologicznej oraz kolegą Vulpianem oddał się badaniom anatomicznym, histologicznym i fizyologicznym. Odgadł on intuicyjnie że lekarz klinicysta może również do postępu fizjologii się przyczynić choć odwrotną, niż wiwisekcyonista, postępuje drogą, bo idąc od wyników do ich przyczyn, że klinika będzie także nauką skoro będzie miała metody swoje własne, a z drugiej strony oprze się na własnym materiale anatomicznym i fizyologicznym. Metody te jednak badania chorych, odnajdywania faktów klinicznych, porównywania ich z sobą, a z drugiej strony ze stanem normalnym i ze zmianami anatomicznymi, wyprowadzanie stąd na drodze dedukcyi procesu chorobliwego, syntetyzowanie i tworzenie w ten sposób typów patologicznych wymagały rzadkiej bystrości i doskonałości zmysłów i sądu, a nadto niezmiernej pracy i wytrwałości. Wszystkie te przymioty jednoczył w sobie Charcot i jeśli metoda anatomo-fizyologiczno-kliniczna triumfuje dzisiaj na całej linii, to dzięki doniosłości wyników prac na podstawie tej metody z pod ręki jego wyszłych. A prace te i zawarte w nich odkrycia były b. liczne. dotyczyły chorób płuc, wątroby, nerek, patologii starczej i t. d. Cóż dopiero mówić o układzie nerwowym, ku któremu skłaniało się szczególnie zamięlowanie uczonego, o patologii mózgu, którą rozwikłał, o patologii rdzenia, którą zreformował, o niezłuchanie doniosłej kwestyi umiejscowień w chorobach mózgu i rdzenia, której podstawy położył, o trofonerwiciach, którym dał kliniczne podwaliny niewzruszone, coż wreszcie powiedzieć o hysteryi, co do której nawet Niemcy przyznają, że zrobił więcej, niż wszyscy inni badacze razem wzięci. Cel został osiągnięty, klinika stała się nauką, a przed klinicystą, który ją na ten poziom wyniósł, otwarły się szeroko, prawie jednomyślnością głosów podwoje Akademii nauk — Instytutu francuskiego d. 12 listopada 1883 roku. Przedtem jeszcze przydywował Charcot w Towarzystwie anatomicznem przez lat 10 i, gdy zmuszony obowiązkami kliniki chorób nerwowych, otwierającej się z jego inicjatywy w Salpêtrière, podał się do uwolnienia z Tow. anat., toż Towarzystwo pożegnało go ofiarowaniem na cześć Charcota wybitego wielkiego złotego medalu. W 1885 r. powstało założone z jego inicjatywy w Paryżu Tow. psychologii fizyologicznej.—Niema zresztą przedsięwzięcia medycznego na większą skalę, wydawnictwa bardziej pomnikowego francuskiego, do którego by Charcot ręki nie przyłożył. Nic dziwnego, że do takiego mistrza garnęli się uczniowie nawet wtedy, gdy nie był jeszcze oficjalnym profesorem. W liczbie byłych jego internów i szefów kliniki znajdujemy nazwiska, będące chwałą medycyny francuskiej obecnej. Jeśli przypisać to w części szczęśliwemu wyborowi, to gra też niewątpliwie rolę w tej „szkole Salpêtrièrowskiej“ i metoda mistrza który umiał wskazywać cele do osiągnięcia i drogi do nich

prowadzące, szanując jednocześnie samodzielność umysłową, który stowarzyszał swych uczniów w pracach swoich a za przewodnika im służył w ich własnych. W zetknięciu z nim nie tylko wykształcenie medyczne lecz i filozoficzne się odbierało i dopełniało. To też miłość i cześć całej tej plejady, skupiającej się przy każdej okazji wokół mistrza, bez żadnego nigdy rozdzwiku, wzorem być może. Nie natem jednak koniec: z hojnością prawdziwego magnata wiedzy Charcot otworzył podwoje swej słynnej szkoły klinicznej chorób nerwowych w Salpêtrière i trzymał je przez ćwierć wieku otwarte gościnnie dla lekarzy całego świata, którzy tam ukształcenie swe specjalne uzupełniali, zachęcani nie tylko obfitością materiału, lecz głównie głębokością pełnego jednocześnie prostoty wykładu mistrza. To też gdy się pomysli, że głos ten zamarł na zawsze, że niewiadomo jakie losy czekają szkołę w Salpêtrière, bolesne uczucie owłada sercem nie tylko francuskich uczniów mistrza. Kto raz zetknął się z nim w pracy, ten go nigdy nie zapomni...

L. Rzeźniowski.

Dr. M. Subbotin, b. professor medycyny wewnętrznej w uniwersytecie kazańskim.

Dr. E. Pacchioti professor uniwersytetu w Turynie.

Dr. Milton I. Roberts b. professor chirurgii ortopedycznej na University of Vermont w Burlington.

Dr. Marcus Beck, professor chirurgii w Londynie.

Dr. Arnold Paltauf, professor medycyny sądowej na niemieckiej wszechnicy w Pradze.

Dr. Tacito Molino Gulrola, dziekan wydziału lekarskiego na wszechnicy w Guatemali.

Dr. Mulewicz, lekarz powiatowy w Częstochowie.

Professor Kjellberg, prof. psychiatrii w Upsali, reformator leczenia obłąkanych w Szwecyi.

KORESPONDENCYJA KRONIKI.

Epidemija cholery w Kole.

Koło, 23 sierpnia 1893 r.

Pierwszy wiadomy przypadek zasłabnięcia w Kole w roku bieżącym na cholere azyjatycką obserwowany był przez D-ra Barcewicza dnia 25 lipca. W sześć dni potem, wraz ze śmiercią pierwszej chorej, pokazały się dwa nowe przypadki i odtąd epidemija zaczęła robić szybkie postępy. Wszystkich wiadomych przypadków było do 23 sierpnia 206, z tych 92 zakończyło się śmiercią (większa część zmarła w stadium algidum, mniejsza w tyfoidzie), 63-ch chorych wyzdrowiało, 51 znajduje się do tej pory w szpitalach lub mieszkaniach. Jako przeciętną liczbę zachorowań dziennych możemy przyjąć 15, gdyż w początku zapadało 6 — 8 osób, teraz w acme 25 — 30. Porównując więc obecną epidemiję z przeszłoroczną lubelską (gdzie przeciętna liczba zachorowań dziennych była 50—70), widzimy, że epidemija w Kole stosunkowo jest silniejszą: Lublin ma 56,000 mieszkańców, Koło zaś 8,000.

Przyczynę tego upatrywać można w większej oporności żydów kolskich względem zasad higieny i ukrywaniu chorych, którzy zarażają otaczających. Zjadliwość epidemii, zdaje się, jest większą w Kole, niż była w Lublinie, w którym nie było, jak tutaj, typowych przypadków cholerae siccae. Ciekawym dosyć objawem tej cholery jest to, że czasami przebiega bez wypróżnień—po kilkorazowych wymiotach następuje upadek pulsu, sinica i śmierć. Wogóle cała ludność zachowuje się odpornie względem zabiegów leczniczych: proszków i wstrzykiwań, szczególnie zaś ludność żydowska, która np. kalomelu zupełnie niechce przyjmować. Biedni ci ludzie nie mogą wyobrazić sobie, by jakakolwiek choroba mogła tak szybko zabijać chorych i wskutek tego śmierć przypisują proszkom—które mają być, według nich, jakoby trucizną dla dobijania chorych. Karbolu natomiast w ostatnich czasach żydzi i wyrobnicy biorą z punktów sanitarnych bardzo dużo, lecz po to tylko, by kropić nim, jak święconą wodą ściany, o zlewaniu zaś kału, który wylewają przed dom, zupełnie nie myślą. O terapii stosowanej w Kole nic powiedzieć nie można, za mało na to jest rąk, by dawać dostateczną ilość podskórnych wlewań wody z solą i sodą (chorzy dostają maximum jeden litr na dzień i często już zapóźno t. j. kiedy już zupełnie niema pulsu), o innych środkach można powiedzieć też samo. Przebieg choroby jest typowy, w początkach były wypadki lżejsze, stadium algidum trwało dłużej i chorzy, nie wpadając w tyfoid, wracali do zdrowia. Teraz w acme stadium algidum trwa rzadko dłużej nad 2 dni, przyczem chorzy albo umierają, albo wpadają w tyfoid, rzadko wracają do zdrowia. Nerki podczas tej epidemii, zdaje się, więcej są upośledzone, niż w przeszłorocznej, gdyż bardzo wielu chorych kończy na mocznicę z objawami mózgowymi. Śmiertelność wśród dzieci najwyższa. Liczba zachorowań największa wśród kobiet, przyczem wszystkie ciężarne chore ronią i umierają.

Chorują przeważnie żydzi i biedni wyrobnicy. Dla biednych chrześcian zamożniejsi obywatele otworzyli w Kole herbaciarnię, gdzie prócz herbaty i chleba, biedni otrzymują darmo i obiady. Przyznać trzeba, że opiekunowie sanitarni, wybrani z pośród obywateli Koła, nie tylko pieniądze ponoszą bardzo wiele ofiar (wino, herbata, cukier, koniak są to wszystko ich dary), ale i sami pracują, odwiedzając chorych w domach i pilnując porządku w szpitalach. Szpitala stałego Koła nie posiada, urządzono więc tylko tymczasowo dwa, jeden dla chrześcian na przedmieściu w osobnym domku w czterech dużych izbach na dole i jednej dla rekonwalescentów na górze, drugi dla żydów w gmachu teatru. Szpitale są odwiedzane przez lekarzy po trzy razy na dzień, felczerzy zaś deżurują tam dzień i noc.

Na dwu punktach sanitarnych deżurują także felczerzy i po czterech sanitarów, używanych do dezynfekcyi mieszkań.

Co do rozporządzeń ochronnych zanotować należy, że z miasta są wypuszczani po za roгатkę tylko ci, którzy posiadają świadectwa lekarzy, rzeczy zaś wolno zabierać z sobą tylko czyste, po uprzedniej dezynfekcyi. Na nie-szczęście żydzi potrafią obejść to i wymykają się z miasta niepostrzeżenie, roznosząc zarazę po okolicy.

A. Z.

SPROSTOWANIE.

Na stronie 502, wiersz 2-gi od góry, zamiast „ekonomicznej“, powinno być „chemicznej“.

Ogłoszenia.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych.

Ulica Wspólna Nr. 42.

Dr. STEFAN SKRZYŃSKI

lekarz praktykujący w klinice Prof. Korczyńskiego, ordynuje jak dawniej w bieżącym sezonie letnim w **Cieplicach Czeskich** (Schoenau-Teplitz), w domu **Villa Polonia.** 5—4

BUSKO

D-r DYMNICKI,

Lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkały, ordynuje w domu własnym.

5—4

NOWE DZIEŁO

wyszło staraniem i nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich

w Krakowie

pod tytułem

PODRĘCZNIK CHORÓB ŻOŁĄDKA

przez

Professora D-ra W. Jaworskiego.

Cena 4 złr.

(20 arkuszy druku z 16-tu rycinami w tekście).

Nabyć można we wszystkich księgarniach krajowych oraz w Administracji Wydawnictwa w Krakowie, ul. Floryańska L. 13.

WINA WYBOROWE
DELIKATESY
ŚNIADANIA, KOLACJE,
Gabinety rodzinne
róg Widok i Marszałkow.
Telefonu Nr. 100

Emilago

w Warszawie.

WINIARNIA

OSTRYGI

OSTRYGI



OSTRYGI

„POD BACHUSEM”

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

WINA ZAGRANICZNE,
KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Towary Kolonialne i Delikatesy.



GŁÓWNY SKŁAD
WIN GRUZIŃSKICH

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą
profesora Struve.

APTEKA i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

M. BARCZA

w **Warszawie**

94. ulica Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Chloroformum purissimum

Oczyszczony według sposobu profesora N. Mentiena

W LABORATORJUM APTEKI

H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Śto-Krzyskiej w Warszawie.

2 uncje (60,00)	55 kop.	Ceny niniejsze są dla aptek, szpitali i zakładów lecniczych.
3 uncje (90,00)	80 "	
6 uncyj (180,00)	1.50 "	
12 uncyj (360,00)	2.80 "	

Sprzedaż dozwolona na ogólnych zasadach handlu.

Strzedz się podrabianych i naśladowanych.

Zwracać uwagę na firmę na opakowaniach.

Dla kaszlących i osłabionych Słodowy ekstrakt i karmelki

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych



Nagrodzone na wystawach higieniczno-lekarskich w Warszawie, Krakowie, Lwowie i Środkowo-Azyjatyckiej w Moskwie.

FABRYKI

„**ŁÓDZIA**”

w Warszawie, ulica Zgoda 5.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.

Apteka, Poczta
i Telegraf
w miejscu.

Zakład Leczniczy

„**Nałęczów**”

Stacja drogi
Nadwiślańskiej
„Nałęczów”
omnibusy na
pociągi pocztowe

Zakład hydropatyczny cały rok otwarty. Kąpiele borowinowe, żelaziste, kumys, gimnastyka lecznicza od 1 Czerwca do połowy Października.

Dwóch stałych lekarzy od Czerwca do końca Września. Konsultanci z Warszawy i Lublina.—Wszelkich objaśnień udziela administracja Zakładu.

NOWO OTWORZONY

Skład Naczyń Aptecznych, Chemicznych i Doktorskich

JÓZEFA CHWAŚTKIEWICZA

Warszawa, ul. Bielańska 3.

Poleca swój towar po cenach możliwie umiarkowanych.

APTEKA i skład wód mineralnych

NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

Dr. T. Heinrich

W WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.



FABRYKI „IMPERIAL”

W WARSZAWIE

Odnaczony medalami na Wystawie w Warszawie i Brukselli 1891 roku
za czystość produktu.

Analiza prof. Milicera, Dr. Nenckiego i Dr. Zawadzkiego utwierdzają, że Koniak „Imperial” jest wyrobem z czystego wina i niczem się nie różni od dobrych francuzkich Koniaków, a zatem zalecany być może chorym, rekonwalescentom i konserwom, jako zdrowy i wyborny napój.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych handlach win i towarów kolonijalnych w Warszawie i Królestwie.

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.

12—01



Zatwierdzony przez Ministra Spraw
Wewnętrznych i nagrodzony
Najwyższą nagrodą na wystawie
hygienicznej 1887 r.



PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

Drów W. Mączewskiego i K. Sierpińskiego

Warszawa, Marszałkowska 99.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania.
Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 kop. za jedno szczepienie.
Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

UWAGA. Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspedjuje się detryt we flakonach pipetowych
po 25 i 50 szczepień zawierających.

Skład Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego

Nr. 4. MIODOWA Nr. 4.



Nowootworzona

Drukarnia Estetyczna Sierpińskiego

Ś-TO KRZYŻKA 22, RÓG MAZOWIECKIEJ.

Najobficiej zaopatrzona w najefektowniejszą ornamen-
tację i najoryginalniejszy krój czcionek.

Wykonują roboty

SPECYALNIE ARTYSTYCZNE

Kolorowane, Dziełowe, Tabelaiczne

i wszelkie inne

W ZAKRES DRUKARSTWA WCHODZĄCE.

