

GAZETA LEKARSKA.

1 Stycznia 1891 r.

Ostatni zeszloroczny numer GAZETY LEKARSKIEJ zakończył 25-ty rok istnienia pisma naukowego krajowego, założonego pod egidą grona profesorów Wydziału lekarskiego b. Szkoły Głównej Warszawskiej, a zarazem 10-y rok wydawnictwa po objęciu GAZETY przez spółkę młodych lekarzy, która się zawiązała nietylko dla podtrzymania zasłużonej firmy, ale i dla zreformowania jej w duchu nader żwawo postępującej nauki. Czy cel ten został osiągnięty? Czy GAZETA wypełniła nowy swój program i przyczyniła się do postępu nauki krajowej? Przed rokiem powstał w gronie wydawców projekt uwydatnienia 10-letniego okresu swej działalności i 25-letniego jubileuszu GAZETY numerem pamiątkowym, w którym zamierzono podać także treściwy przegląd prac, pomieszczonych w GAZECIE w ciągu ćwierćwiekowego jej istnienia. Różne poważne okoliczności zniewoliły jednak wydawców do zaniechania wspomnianego projektu, którego wykonanie, bądź co bądź, dostarczyłoby nader zajmującego rysu rozwoju nauki lekarskiej w kraju od czasu otwarcia Szkoły Głównej. Jako główny motyw do takiej rezygnacji należy zaznaczyć zupełnie usprawiedliwioną niechęć wydawców do intonowania hymnu pochwalnego na własną działalność, albowiem ostateczna ocena produkcji nie należy do samego producenta. Taka abnegacja głównych współpracowników pisma nie powinna była jednak posunąć się aż do zupełnego zamileczenia o chwili, w każdym razie dla nich wcale pamiętnej, a nawet uroczystej, a przekonanie to wsunęło pióro w rękę piszącego te słowa, ażeby w podobny sposób, jak to już miało miejsce przy rozpoczęciu kilku poprzednich lat, skreślić tu pobieżnie wrażenia zbierane przy 10-letnim stałym udziale w posiedzeniach redakcyjnego grona GAZETY. Mam nadzieję, że każdy, znający bliżej moje przekonania i dążności, przyzna, że nie co innego zaprowadziło mnie do spółki wydawców GAZETY, jak tylko chęć służenia nauce i krajowi, że tylko przekonanie o pożyteczności wydawnictwa, o odpowiednim uzdolnieniu i szczerych zamiarach tego grona do utrzymania prawdziwie naukowego poziomu pisma, skłoniło mnie do wytrwania na redakcyjnych zebraniach GAZETY, jak również i do wystąpienia przed Czytelnikami z niniejszym poglądem na 10-letnią działalność pisma.

Sądzę, że nie wywołam istotnego zaprzeczenia, jeżeli zaraz na wstępie pozwolę sobie zaznaczyć, że GAZETA LEKARSKA w ostatniem 10-oleciu swego istnienia zjednała sobie pośród lekarzy krajowych i zagranicznych zaszczytną opinię istotnie naukowego pisma. Jako dowód posłużyć może współpracownictwo najdzielniejszych autorów lekarskich, władających językiem polskim. Lekarze miejscowi i prowincjonalni chętnie powierzają swe prace GAZECIE w przekonaniu, że

tak w gronie jej wydawców, jak również i pośród jej Czytelników znajdują należyłą ocenę. Liczne artykuły, wydrukowane w GAZECIE, zostały następnie pomieszczone w pismach zagranicznych i zyskały tam przychylnie przyjęcie. Niejeden ze współpracowników krajowych zjednał sobie tą drogą pośród uczonych innych narodowości poważne imię. Krytycznym doborem artykułów i starannem ich wygładzeniem pod względem stylowym i językowym GAZETA wyrobiła sobie opinię, że prac zupełnie bezwartościowych w swych szpaltach nie pomieszcza. W każdym razie nie można zarzucić GAZECIE niedbałości w załatwianiu obowiązków redakcyjnych. Pod tym względem w ostatniem 10-oleciu pismo to nietylko nie straciło, ale śmiem utrzymywać, że nawet znacznie zyskało, przynajmniej w porównaniu z końcowym okresem pierwszego 15-olecia jego istnienia. Jako dowód, że GAZETA, pomimo pewnych braków i niedostatków redakcyjnych, znajduje przychylnie przyjęcie pośród lekarzy krajowych i odpowiada najistotniejszym potrzebom, należy przytoczyć jeszcze i ten radosny fakt, że byt jej zdaje się być zabezpieczonym, choć nie świetnym. Przy dość ustalonej liczbie prenumeratorów [przynajmniej w ostatnich latach], przy zupełnie bezinteresownem współpraco-
ctwie jej wydawców, przy niezbędnych, niestety, dochodach z inseratów i nader oszczędnej administracji, daje się koniec z końcem związać. Wydawcy mają przynajmniej moralne zadowolenie z przekonania, że praca ich jest cenioną i nie bezowocną. Wydawnictwo dzieł i odczytów naukowych, złączone z GAZETĄ, również znajduje wcale dobre przyjęcie, przynajmniej nie wymagało dotąd znacznie większych ofiar nad te, które zebrano wśród współwłaścicieli na rozpoczęcie tych pożytecznych wydawnictw. Rezultaty, osiągnięte z odczytów nie są wprawdzie zbyt świetne, ale najzupełniej wystarczające na to, aby wydawnictwo to w dalszym ciągu prowadzonym było.

Zwracając się do treści i kierunku prac, pomieszczonych w GAZECIE, również nie spodziewam się spotkać z zaprzeczeniem, twierdząc, że żadna z ważniejszych kwestyj lekarskich, będących na porządku dziennym pomiędzy rokiem 1881-ym do 1891-go, nie została w zupełności pominiętą milczeniem. Z natury pisma peryjodycznego, rozporządzającego szczupłemi środkami materyjalnemi, wpływa ten niedostatek, że kwestyja drugorzędna znajduje często obszerniejsze opracowanie, niż problematy żywotniejsze, ponieważ współpracownicy po większej części dostarczają owoch produkcyj nie na obstalunek, tylko wedle własnego upodobania i skłonności. Nie mając w zapasie dostatecznych środków dla należytego wynagrodzenia za mo-
zólną pracę, nie można dowolnie zamawiać pożądaných artykułów, należy nieraz zadawałać się tem, na co osobiste skłonności i dobrowolna ofiarność współpracowników się zdobywają. Z powodu niezbędnej zwięzłości niniejszego artykułu i niemożności zbierania odpowiedniego materyjału przy upośledzonym stanie mego wzroku, nie wyliczam tu nawet ważniejszych postępów nauki, które w GAZECIE mniej więcej szczegółowo zostały uwzględnione. Zastanowię się tylko bliżej nad nowo ufundowaną gałęzią nauki, która spowodowała najdonioślejszy przewrót w pojęciach lekarskich i stanowi nową epokę w rozwoju medycyny. Od samego początku swego istnienia pod nową redakcją, GAZETA LEKARSKA pilną zwracała uwagę na badania nad pasorzytniczem pochodzeniem chorób zakaźnych. Z jej inicjatywy wyszedł cały szereg artykułów kolegi JAKOWSKIEGO, zebranych na-

stępnie w oddzielne dziełko. Przez obznajmienie lekarzy z metodami badań bakteriologicznych, przez wyjaśnienie sposobu działania tych pasorzytów na ustrój żyjący, przez wydrukowanie całego szeregu artykułów o rezultatach metod antyseptycznych w chirurgii, o terapeutycznych następstwach nowych poglądów i t. p., GAZETA nie mało się przyczyniła do szybkiego ustalenia się tych poglądów pomiędzy lekarzami i utrzymania ich na wyżynie nauki.

Nareszcie nie należy tu też pominąć milczeniem niejednokrotnego dosadnego wystąpienia GAZETY w obronie interesów stanu lekarskiego i samej nauki. Jako przykłady wymienię tu tylko nader poważny artykuł kolegi TCHÓRZNICKIEGO o kwestyi felczerskiej i zbiór artykułów, skierowanych przeciwko pretensyjom zwolenników „magnetyzmu zwierzęcego“. Powyższe wzmianki i ostatnie przykłady zapewne wystarczą do wykazania, że działalność GAZETY odpowiadała jej programowi i pod wielu względami osiągnęła zadawalające rezultaty.

Nim się zwrócę do rozbioru zadań GAZETY w przyszłości, poczuwam się do obowiązku wypowiedzenia kilku słów o wewnętrznych stosunkach grona redakcyjnego. Przedewszystkiem należy tu zaznaczyć rzadką zgodność i wytrwałość dość licznego grona współwłaścicieli pisma, którzy w tym samym komplecie, z tym samym zapałem gromadzili się na posiedzeniach redakcyjnych w przeciągu całych 10-ciu lat, jak przy rozpoczęciu swego wydawnictwa. Gorliwość ta godną jest tem większego uznania, iż prócz nader mozolnej, nader zmuśnej i uciążliwej pracy, GAZETA nie więcej im nie dostarczała, jak tylko moralne zadowolenie i przestronniejszy widnokrąg naukowy. Wiele to czasu, przeznaczonego właściwie na niezbędny nocny odpoczynek, wypada poświęcić nietylko na sumienne wykończenie obszerniejszej naukowej rozprawki, ale i na skreślenie pilnie pożądanego referatu, na wygładzenie, a nawet na zupełne przerobienie niedbale rzuconego na papier i do redakcyi nadesłanego artykułu, zawierającego jednak jakąś cenniejszą obserwacyję. Zaiste, potrzeba głębokiego przeświadczenia o obywatelskich obowiązkach, ażeby przez długie lata wytrwać w mało wdzięcznej działalności.

Zapał wydawców GAZETY w samej rzeczy dotąd bynajmniej nie ostygł, owszem pismo to gotuje się do wstąpienia w nowe *decennium* w pełnej zbroi nauki i ze wzmoczoną energiją. Koniec 19-go wieku niewątpliwie uwieńczy rozpoczęte w nim odrodzenie praktycznej medycyny, która powoli przybiera coraz wyraźniejsze kształty prawdziwej nauki. Terapija organów, dostępnych bezpośrednio oddziaływaniu metod leczniczych, stała się już dotąd prawie zupełnie racjonalną i osiągnęła niespodziane rezultaty. Należy się spodziewać, że i terapija chorób wewnętrznych dosięgnie niezadługo podobnego stopnia rozwoju i dojrzałości. Pierwsze kroki w tym kierunku już są dokonane. Punktu ciężkości w nowej metodzie leczenia gruźlicy nie należy szukać tam, gdzie rezultatu spodziewać się niepodobna, ale w obszernych perspektywach, jakie się otwierają dla nowych badań przez wykrycie nieznanych dotąd czynników, oddziałujących na procesy życiowe. Pierwszy zadatek na produkcycje, jakie GAZETA w najbliższej przyszłości swoim czytelnikom ofiarować zamierza, złożony został w artykule kolegów FABIANA i NENCKIEGO o enzymach [w ostatnim numerze dopiero co zakończonemu tomu GAZETY], którego uważne przetrawienie najusilniej zalecam Czytelnikom naszego pisma. Artykuł wspomniany rzuca jasne światło na część drogi, po której bada-

nia naukowe w najbliższej przyszłości winny postępować. Prócz tego należy tu zaznaczyć, że postęp nauki nie uskuteczni się bezmyślnem szablonowem stosowaniem bardzo energicznie działającego środka, ale najstaranniejszym rozbiorem nader zawiłych warunków, w których jedynie pomyślny skutek daje się z pewnością przewidzieć. Nowe środki lecznicze zniewolą praktyka nie tylko do najskrupulatniejszego badania chorego, ale rzucą także światło na wiele dotąd jeszcze ukrytych lub niezrozumiałych zjawisk. Pismo lekarskie krajowe w przyszłości nie powinno, jak dotąd, być przeważnie zbiornikiem badań i spostrzeżeń czynionych przez jednostki w najróżnorodniejszych kierunkach, ale należy mu wytknąć cel ściśle oznaczony. Przedstawiając krytycznie wszystkie nowe istotne spostrzeżenia i poglądy zdobyte za granicą, powinno ono stać się przewodnikiem lekarzy na nowych torach badania, wskazując kwestyje, wymagające rozświetlenia, oddzielnem lub zbiorowem badaniem i zachęcając do ich rozwiązania. W taki sposób najskuteczniej przyczyni się nie tylko do utrzymania lekarzy na wysokości nauki, ale i do jej postępu w kraju. Jak na katedrach uniwersyteckich badacz samodzielny najlepiej potrafi oswoić młodzież z tajnikami nauki, tak również i samodzielnie badający lekarz stanie się najdzielniejszym praktykiem. Większość lekarzy w najodleglejszych nawet zakątkach kraju sumiennem wypełnianiem obowiązków i pilnem śledzeniem za postępem nauki już dotąd w zupełności zasługiwała na zaufanie i szacunek rozumnych i wykształconych jednostek narodu; postarajmy się o to, ażeby w przyszłości lekarz stał się najpewniejszym i najdroższym przyjacielem i doradcą każdej rodziny.

H. Hoyer.

I. O OBRZĘKU POCHODZENIA HISTERYCZNEGO (*Oedema hystericum*).

Podał

Władysław Gajkiewicz,

lekarz oddziału chorób nerwowych w szpitalu żydowskim.

Teoryja Hipokratesa—czyniąca histeryję zależną od cierpień macicy—jest obecnie ogólnie zarzuconą ¹⁾, natomiast zyskuje sobie z każdym niemal dniem coraz więcej zwolenników teoryja WILLIS'a—SYDENHAM'a [1682], wedle której histeryja jest cierpieniem całego układu nerwowego. Jak to miało miejsce z wielu chorobami, zwłaszcza układu nerwowego, tak i odnośnie histeryi nagromadzono dotychczas mnóstwo materiału klinicznego, przyczyny jednak anatomicznej cierpienia wykryć się dotąd nie udało, tak, że i obecnie, jak i za czasów SYDENHAM'a, histeryja uważana jest jeszcze za nerwicę układu nerwowego.

Jak uczą spostrzeżenia kliniczne, wszystkie części składowe tego układu [mózg, rdzeń, nerwy obwodowe] mogą być siedliskiem nieznanej sprawy anatomo-

¹⁾ Ostateczny cios teorii tej zadał fakt, iż histeryja nie jest cierpieniem swoistem kobiet, lecz że bywa i u mężczyzn, a nawet u tych ostatnich, zdaniem CHARCOT'a, w klasie robotniczej Paryża ma być ono częstsza, niż u kobiet.

micznej, powodującej histeryję; nikogo więc nie zadziwi, iż histeryja może naśladować wszystkie choroby układu nerwowego o znanej przyczynie anatomicznej (*L'hystérie est la grande simulatrice des maladies organiques des centres nerveux* — CHARCOT), tak samo jak naśladowuje ona niekiedy cierpienie i innych narządów [płuca, serce, żołądek, otrzewna i t. d.]. Zdania tego — które, mówiąc nawiasowo, zostało wygłoszone już przez SYDENHAM'a — lekarz nie powinien nigdy spuszczać z uwagi, jeśli chce uniknąć niespodzianek, często dlań nieprzyjemnych.

Do ostatnich prawie czasów utrzymywano, iż dla wywołania zaburzeń odżywczych [troficznych], nieodzowną jest zmiana materjalna układu nerwowego [ośrodków nerwowych, lub części obwodowych]. Spostrzeżenia lat ostatnich zachwiały i tem przekonaniem; wykazały bowiem, że zaburzenia podobne mogą zależeć i od histeryi. Nie mamy zamiaru zajmować się w tem miejscu wszystkimi zaburzeniami troficznymi, jakie spotykano w histeryi. Nadmienimy tylko, iż mogą one dotyczyć:

1) skóry i jej dodatków, pod postacią różnego rodzaju wysypek (*erythema, urticaria, eczema, prurigo, herpes zoster, pemphigus, vitiligo*), wypadania włosów, rzęsów, zębów, paznogi, zaburzeń naczynio-ruchowych i wydzielniczych (*ecchymoses spontaneae* — ważne dla lekarzy sądowych — *haemorrhagiae, oedema, gangraena symetrica, galactorrhoea, sudor localis, haematidrosis etc.*);

2) tkanki łącznej podskórnej, więzów stawowych i ścięgien i zmiany te doprowadzić mogą do zniepodobnień; CHARCOT np. wykazał, iż przykurcze histeryczne (np. *pes varo-equinus hystericus*) zależne w początkach cierpienia od kurczu tonicznego mięśni, później mogą być podtrzymywane „*par rétractions tendineuses et les formations conjonctives périarticulaires d'origine trophique*“;

3) mięśni, pod postacią zaniku ich, który może bardzo szybko powstawać i również szybko przemijać, zaniku niezawsze prostego [BABIŃSKI — 1886], lecz niekiedy [CHARCOT] połączonego z drganiem włókienkowym mięśni i odczynem zwyrodnienia na elektryczność.

Z przytoczonych zaburzeń troficznych pochodzenia histerycznego zajmujemy się tu jedynie obrzmieniem (*oedema*), którego następujący przypadek mieliśmy sposobność niedawno spostrzeżeć:

Ryfka Laja Szmulowicz z Piotrkowa, panna, wieku lat 17, zapisała się do mego oddziału 7 Lutego 1890 r.. O ile można było się wywiedzieć, pochodzi ona z rodziny zdrowej; rodzice, bracia i siostry nie byli i nie są dotknięci żadną chorobą nerwową i cieszą się dotąd jak najlepszem zdrowiem. Sama chora poprzednio nie przechodziła żadnego cierpienia. Miesiączki dostała po raz pierwszy przed rokiem i miewa ją odtąd regularnie co 4 tygodnie bez żadnych dolegliwości, po 6—7 dni za każdym razem. Przed rokiem, bez widocznego powodu [moralnego lub fizycznego], doznała ona bólu w prawem przedramieniu, który trwać miał bez zmiany przez kilka miesięcy. Ból nie był zbyt silny, chora w tym czasie mogła kończyną górną prawą posiłkować się swobodnie. Po upływie kilku miesięcy, bez widocznego również powodu, przedramię i ręka prawa raptem spuchły, a po kilku tygodniach obrzęk ten znikł nagle, by pojawić się powtórnie po pewnym czasie. Takie znikanie i pojawianie się obrzęku, zawsze w tem samym miejscu, powtarzało się kilkakrotnie. Obrzęk zazwyczaj trwał tylko po kilka lub kilkanaście dni,

gdy jednak ostatnim razem istniał znacznie dłużej, chora zaniepokojona przyjechała do Warszawy szukać porady w szpitalu żydowskim.

Przy badaniu jej w dniu przyjęcia znaleziono: chora średniego wzrostu, dobrze zbudowana i odżywiona. W narządach wewnętrznych — specjalnie w sercu i naczyniach krwionośnych — żadnych zmian nie znaleziono. Blednicy nie było. W moczu żadnych składników nieprawidłowych. Władze umysłowe dobrze rozwinięte. Chora cicha, spokojna, małowówna, nader posłuszna. Skarżyła się jedynie na ból w przedramieniu prawem, od łokcia do napięstka. Ból był ciągły, chwilami tylko zwiększał się; chora nie umiała go umiejscowić, był więcej rozlany, żadnych punktów bolesnych wykryć nie można było. Cała ręka i dolna część przedramienia strony prawej silnie opuchnięte, co uderzało nawet zdaleka, gdy chora ustawiła obok siebie obie kończyny górne. Obrzęk w miarę zbliżania się do łokcia, stopniowo był mniejszy. Skóra na miejscach obrzękłych różowo-czerwona, lśniąca, równa, gładka, fałda jej 2 razy grubsza, niż po stronie lewej. Ucisk, nawet silny, nie zwiększał bólu i nie pozostawiał żadnego po sobie śladu w postaci dołka, zagłębienia. Już na dotknięcie skóra na wysokości obrzęku cieplejsza, niż po stronie lewej, co stwierdził ciepłomierz, wykazując 0,9° C. różnicy na korzyść przedramienia prawego [na prawo 36,4° C., na lewo 35,5° C.]. Ruchy dowolne w kończynie górnej prawej [w stawach: barkowym, łokciowym, napięstkowym i palców] wszystkie możliwe, tylko powolniejsze, słabsze, bardziej ograniczone, niż w lewej. Ruchy bierne swobodne. Odruchy skórne i ścięgniste w tejże kończynie niezmiennione. Czucie na całej kończynie górnej prawej i na wszystkie bodźce słabsze, niż w lewej (*hypaesthesia*). Nietylko bodźce dotykowe, lecz i termiczne i ból, chora słabiej odczuwała na prawej kończynie górnej, niż na lewej. Silne klucie prawej ręki mniej było dla chorej dotkliwe, niż lekkie na lewej. Zarówno ciepłe, jak i zimne przedmioty, wywoływały żywsze wrażenie po stronie lewej. Prąd faradyczny takiej siły, iż sprawiał chorej przykre uczucie na przedramieniu i ręce lewej, po stronie prawej nie był jeszcze odczuwany. Pobudliwość elektryczna nerwów obwodowych kończyny górnej prawej również nieco słabsza. Faradyzacja nerwu łokciowego prawego powodowała minimalny skurcz mięśni przy oddaleniu cewek na 8½ ctm., podczas gdy takiż skutek po stronie lewej widoczny był już przy oddaleniu ich na 9 ctm.. Nerw pośrodkowy oddziaływał z obu stron jednakowo. Nerw promieniowy prawy — przy 6½ ctm., lewy — przy 7½ ctm.. Podobne osłabienie czucia na wszystkie bodźce istniało w prawej połowie twarzy i w prawej kończynie dolnej. W nerwach ruchowych mózgowych, w ruchach kończyny dolnej prawej, jako też w całej lewej połowie ciała, żadnych zmian badanie nie wykryło, prócz lekkiego wzmożenia odruchu kolanowego prawego. Siła widzenia, badana przy pomocy tablicy SNELLEN'a, słabsza w prawym oku. Zwężenie pola widzenia po stronie prawej na światło i barwy. Żrenica prawa znacznie szersza niż lewa, oddziaływanie tęczówek na światło i akkomodację prawidłowe i jednakowe z obu stron. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Osłabienie wrażliwości zmysłów: słuchu, smaku i powonienia, po stronie prawej. Prawe ucho słyszy zegarek z odległości 15-u stóp, a lewe już 19-u stóp. Potrzeba było użyć więcej nasyconych roztworów chininy, sacharyny, kwasu winnego i soli dla prawej, niż lewej połowy języka, by chora uczuła smak gorzki, słodki, kwaśny i słony. Ró-

wniez znacznie silniejsze roztwory olejku rózanego i asafetydy sprawialy przyjemne lub przykre wrazenie w prawej nozdrzy, niz lewej. Jednym slowem prócz bólu, obrzuku i oslabienia ruchu (*monoparesis brachialis*) w konczynie górnej prawej, istniało przytępienie czucia ogólnego i specjalnego prawej połowy ciała (*hemihypaesthesia sensitiva et sensoriellis dextra*).

Chora pozostawala w oddziale moim blisko $\frac{1}{2}$ roku, a obserwowanie jej przez ten dlugi przeciąg czasu wykazalo przedewszystkiem, iz opisany wyzej stan konczyny górnej prawej nie byl trwalym, ze niektóre z objawów chorobowych zmienialy sie nieustannie i to czesto tak szybko, iz niekiedy niemal co godzina dalo sie co innego zauwazyć. Najstalej jeszcze utrzymywal sie ból, tak, ze nie wiele bylo dni niebolesnych, zwlaszcza w poczatkach pobytu chorej w szpitalu. Obrzek najwyrazniejszym byl zawsze rano, wieczorem niekiedy zupełnie znikal, lub przynajmniej znacznie sie zmniejszal. Obrzéklemi byly albo przedramię i ręká wspólnie, albo tylko przedramię lub tylko ręká, rzadko obrzmiala byla i twarz. Równiez zmiennie zachowywalo sie zabarwienie skóry w miejscu obrzéklem; gdy bowiem raz bylo ono — jak powiedzieliśmy wyzej — różowo-czerwone, drugi raz przybieralo ono odcień niebieskawy lub fioletowy, innym znów razem stawalo sie marmurkowatem, to jest miejscami bylo czerwone, w drugich sinawe, to wreszcie blade, barwy prawidlowej. Jesli skóra zabarwiona byla wiecej na niebiesko, to i cieplota jej byla wtedy nizsza, niz na konczynie zdrowej, co prócz cieplomierzem, z latwoscią wykryć sie dawalo nawet dotykaniem. Ręká chora byla wtedy i wilgotniejsza, niz zdrowa. Dla przykladu przytaczamy notatkę z kilku dni. 17. III. — konczyna górna prawa jest wiecej cyjanotyczna i zimniejsza, niz zdrowa, co sama chora subiektywnie odczuwa. 18 III. — cieplota konczyny chorej podwyzszona, konczyna jest czerwona. 20. III. — mocna sinica prawego przedramienia w dolnej czesci; w godzine później sinica ustapila miejsca bladosci; przedramię niewiele, ręká silnie obrzmiala, cieplota prawej ręki nizsza, niz lewej, przedramion jednakowa. 22. III. rano, — obrzek tylko na rękę, cieplota jej nizsza, niz zdrowej. W 2 godziny później — obrzek i na przedramieniu, cieplota podniosla sie. Calą noc bardzo silny ból mimo dwukrotnego wstrzyknienia morfiny [po $\frac{1}{3}$ gr.]. 23. III. rano, — obrzek, sinica i obnizenie cieploty w konczynie górnej prawej. W 2 godziny później obrzek jeszcze wiecej, skóra blada z plamami różowemi, cieplota podniesiona, ból gwałtowny. W godzine później, objawy wszystkie zginely, stan konczyny prawidlowy.

W koncu Marca [31] — obrzek prócz na konczynie górnej prawej, wystapil i na powiece górnej prawej, skóra tamze zaczerwieniona i cieplejsza, niz na lewej. Obrzek ten powieki trwal przez 3 dni, zmieniajac tez natezenie kilka razy dzienie. 13. VI. — obrzek prawej połowy twarzy, z podniesieniem cieploty i bólem. Obrzek twarzy i powieki byl krótkotrwały [3 dni] w porównaniu z obrzéklem konczyny górnej.

Tak samo jak obrzek, zabarwienie, cieplota, tak i oslabienie czucia chorej konczyny nie bylo stale. Badanie codziennie powtarzane wykrywalo niekiedy [4 Kwietnia] zupełne znieczulenie na dotyk i ból, gdy przeciwnie innym razem [20, 21 Maja] w tychze samych miejscach skóra byla nadczulą.

Takie nieustanne wahanie się wszystkich objawów trwało przez kilka miesięcy, dopiero od połowy Czerwca zaczęła się uwidocznić poprawa, polegająca na tem, iż przerwy, w których chora nie doznawała bólu, a kończyła górna prawa nie była obrzęką, stawały się coraz dłuższymi i częstszymi. Od połowy Lipca opisane objawy chorobowe znikły zupełnie, a mianowicie obrzęk, połowiczne stępienie czucia, a siła mięśniowa, badana dynamometrem, była jednakową w obu kończynach górnych. Pozostało jedynie rozszerzenie źrenicy prawej [czy ono istniało przed chorobą trudno się było dowiedzieć, lecz jest to prawdopodobnem]. 31 Lipca pacjentka wypisała się ze szpitala zdrową. O ile mogliśmy listownie wywiedzieć się, obrzęk dotychczas nie powrócił.

Dla całości powinniśmy dodać, iż wszelkie środki [brom, sporysz, chinina, morfina, bandażowanie i masowanie kończyny, elektryzowanie, hydropatyja, przyżeganie żegadłem PAQUELIN'a, hypnotyzm] nie wywoływały albo żadnego skutku, albo tylko przelotny. Najwyraźniej jeszcze działało przyżeganie karku i kręgosłupa, które 5 razy powtórzyliśmy. [D. n.]

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. MIKULICZA WE WROCŁAWIU.

II. PŁYN KOCH'A W CHOROBAH CHIRURGICZNYCH.

Podał

E. A. Seemann.

Próby z płynem KOCH'a u chorych, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną, rozpoczęliśmy w klinice prof. MIKULICZA d. 22 Listopada. Korzystając z pozwolenia Szan. prof. MIKULICZA, za co Mu w tem miejscu składam szczerze podziękowanie, w przekonaniu, że rzecz niniejsza interesować będzie Sz. czytelników, spieszę podzielić się z nimi tem, co sam w ciągu tak krótkiego czasu spostrzegać miałem sposobność.

Nie będę się rozpisywał o samej technice wstrzykiwań, gdyż przypuszczam, że dziś jest już ona powszechnie znaną. Co do ilości, to stosowaliśmy płyn KOCH'a w różnych dawkach, uwzględniając wiek, odżywianie i stopień cierpienia. Najmniejsza ilość, wstrzyknięta na pierwszym posiedzeniu, wynosiła 0,0005; największa — 0,008. Przy następnych wstrzykiwaniach powiększano dawkę stosownie do odczynu, jaki następował po poprzednim wstrzyknięciu. Jak dotąd, największą dawką był 0,1.

Po upływie 4—6 godzin po wstrzyknięciu u chorych, dotkniętych gruźlicą, następuje rzeczywiście zdumiewający odczyn. Przedewszystkiem ciepłota podnosi się do 40°—41° C. i wyżej, co najczęściej połączone bywa z silnym, wstrząsającym dreszczem, trwającym od $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny. Równocześnie z ciepłotą podnosi się i tętno, które dochodzi czasami do 180 na minutę, przyczem jest pełne i silne. Jednocześnie występuje nadzwyczaj silny ból w częściach, dotkniętych gruźlicą. Zajęcie *sensorii*, majaczenie następuje dosyć rzadko; w klinice prof. MIKULICZA spostrzegano tylko jeden taki przypadek. Częściej natomiast chorzy uskarżają się na silny ból głowy, bezsenność i ogólne przygnębienie. Brak

łaknienia i dziwny jakiś metaliczny smak w ustach spostrzegaliśmy prawie u każdego chorego ¹⁾. Wogóle jednak stosunkowo rzadko chorzy robią wrażenie ciężko chorych. Ciepłota na najwyższej wysokości trzyma się zwykle 4—6 godzin, poczem w przeciągu 6—10 godzin spada; spadek ten często połączony bywa z obfitemi potami. Jednocześnie ze spadkiem ciepłoty wszelkie objawy podmiotowe zupełnie ustępują, chory czuje się dobrze. W rzadkich razach podwyższenie ciepłoty utrzymuje się dłużej; widziałem jednak 2 przypadki, w których ciepłota spadała do normy dopiero na 3-ci, a nawet na 4-ty dzień po wstrzyknięciu.

Daleko ciekawsze są objawy odczynu miejscowego. Wspomniałem już o bólu w dotkniętych częściach; tu nadmienię jeszcze, że ból, występujący po pierwszym wstrzyknięciu, zwłaszcza jeżeli przy tem nie ma obrzmienia, nie dowodzi jeszcze, że boląca część dotknięta jest cierpieniem gruźliczem; często bowiem chorzy po pierwszym wstrzyknięciu uskarżają się na ból to w łokciu, to w kolanie i t. p.; po drugim zaś wstrzyknięciu ból nie pojawia się. Jeżeli zaś ból uporczywie występuje i po drugim, trzecim wstrzyknięciu, wtedy nasuwa się podejrzenie, że miejsce to dotknięte jest sprawą gruźliczą. Dalej, części zajęte gruźlicą obrzmiewają, czerwienieją, tak, że czasami stają się podobnymi do róży lub flegmony. Ruchy w stawach dotkniętych, w których poprzednio ruchliwość mało różniła się od prawidłowej, albo zostają zupełnie zniesione, albo są bardzo ograniczone. Wszystkie te objawy jednak po mniej więcej krótkim czasie albo w części, albo zupełnie znikają. Godniejszymi uwagi i lepiej dającymi się spostrzegać są zmiany, zachodzące w częściach odkrytych dla oka, a więc w zewnętrznych owrzodzeniach gruźliczych, np. przetokach, powstających przy cierpieniach stawów i kości. Tu ziarnina, wyściełająca owrzodzenie, pęcznieje, czerwienieje, wydzielina staje się obfitszą, z ropnej przemienia się w surowiczą, a następnie śluzową; następnego dnia warstwy powierzchowne przybierają kolor niebieskawy; znać w nich, że związek z warstwami niżej leżącymi jest mniej ścisły, niż poprzednio; trzeciego lub czwartego dnia z warstw powierzchownych tworzy się strup koloru szarawo-białego; owrzodzenie wtedy wygląda jak gdyby po przypaleniu lapisem; strup ten nadzwyczaj łatwo daje się zdejmować, albo i sam odpada. Jeżeli pod strupem leżąca tkanka jest jeszcze gruźliczą dotknięta, wtedy po następnem wstrzyknięciu występuje podobny szereg zmian, znów część martwieje i odpada i t. d.. Jeżeli cierpienie było mniej więcej powierzchowne, wtedy po kilku wstrzyknięciach pod strupem znajdujemy czystą, prawidłową ziarninę, która po następnem wstrzyknięciu już nie ulega zmianom i przedstawia wyraźne dążenie do zabliznienia; mamy w klinice kilka przypadków, w których już dziś po 2-u—3-ch wstrzyknięciach powierzchnia owrzodzenia jest prawie zupełnie czystą. Żeby być pewnym, że zmiany te powstały nie pod wpływem środków opatrunkowych, opatrywano po wstrzyknięciach tylko środkami obojętnymi [wyjałowioną gazą i maścią borną]. Bardzo też dobrze daje się spostrzegać wpływ płynu Koch'a w przypadkach wilka. Nie będę tu opisywał zmian, zachodzących po wstrzyknięciu przy wilku; bliższych

¹⁾ Zdaje się, że objaw ten występuje i u zdrowych: ja sam po wstrzyknięciu 0,01 płynu Koch'a doznawałem takiego smaku, jak gdybym w ustach trzymał miedzianą monetę; innych objawów odczynu nie było.

szczegółów o tem może się czytelnik dowiedzieć z pięknej pracy KOEHLER'a, która w zupełności potwierdza nasze spostrzeżenia. Również bardzo wyraźne zmiany przedstawiały się w ropniach gruźliczych, np. w ropniach okołostawowych (*absc. periarticular.*), które otwierano po wstrzykiwaniach. Przedewszystkiem ropień taki z małego po wstrzyknięciu nadzwyczaj szybko się powiększał. Po przecięciu wylewa się z niego nie czysta ropa, jak to zwykle bywa, lecz masa zmarzwiałej tkanki gruźliczej; *membranae pyogenicae* nie trzeba zeszkrobywać łyżeczką, oddziela się ona z nadzwyczajną łatwością; pod nią prawie zupełnie zdrowa ziarnina. Co do zmian, zachodzących w stawach, nie mogę jeszcze nic powiedzieć, gdyż nie otwierano jeszcze u nas stawów po wstrzykiwaniach; należy przypuścić, że zmiany te muszą być analogiczne z wyżej opisanymi.

Ciekawym bardzo objawem odczynu jest także występująca prawie u każdego chorego po wstrzyknięciu wysypka, podobna do plam płonicowych; bywa ona mniej więcej rozlana po całym ciele; w kilka dni potem następuje zwykle łuszczenie naskórka. Jak sobie objaśnić ten objaw — trudno powiedzieć; może rozchodzi się tu o rodzaj idyjosynkrazyi, podobnie jak po użyciu niektórych środków farmaceutycznych, chininy, balsamu Kopajwy; może i wysypka ta zależy od wydalania się z ustroju jakichś produktów, wytwarzających się w ustroju chorego pod wpływem obecności płynu Koch'a. Zdaje się, że za tym poglądem przemawiałoby także spostrzeżenie, zrobione w klinice prof. NEISSER'a, a mianowicie: u jednego chorego, u którego nigdy przedtem nie zauważono objawów ze strony nerek, u którego w moczu nie znaleziono ani laseczników Koch'a, ani białka, ani cylindrów, odrazu po wstrzyknięciu występuje typowa *nephritis haemorrhagica*, która trwa 2 dni i następnie znika; to samo zauważono po następnych wstrzykiwaniach. W jednym przypadku zauważono u nas wystąpienie po wstrzyknięciu typowego *herpes labialis et nasalis* ¹⁾.

Takie jest ogólne i miejscowe działanie płynu Koch'a na tkanki i ustroje dotknięte gruźlicą. Być może, że objawy te są jeszcze różnorodniejsze; czas to pokaże. Głównem jednak działaniem jego pozostanie nekrotyzacja tkanek gruźliczych.

Ponieważ płyn Koch'a na tkanki zdrowe i niedotknięte gruźlicą literalnie żadnego wpływu nie wywiera, o czem mieliśmy niejednokrotnie sposobność przekonania się, wstrzykując go np. chorym z licznymi ogniskami gruźliczymi po możliwie dokładnem usunięciu jednego z nich, przyczem występował silny odczyn we wszystkich ogniskach z wyjątkiem rany pooperacyjnej, wstrzykując go następnie chorym z innymi cierpieniami, np. stawów przy *arthropathia tabidorum* ²⁾, gdzie odczynu zupełnie nie było, przeto płyn Koch'a powinien się wybornie nadawać do celów rozpoznawczych. Jako środek rozpoznawczy też coraz częściej zaczyna być w klinice prof. MIKULICZA stosowanym i jako taki oddał nam już bardzo wielkie usługi. Jako dowód pozwolę sobie przytoczyć następujący przypadek, w którym rozpoznanie różniczkowe między *lues* a gruźlicą przedstawiało wielkie trudności: A. N. kobieta 55-letnia, 20 lat temu przechodziła *lues*. Obecnie owrzo-

1) Należy dodać, że w tym czasie w Wrocławiu *herpes labialis et nasalis* panował epidemicznie.

2) Wstrzykiwaliśmy płyn Koch'a i zupełnie zdrowym.

dzenia na strunach głosowych, liczne owrzodzenia na skórze szyi, klatki piersiowej, kończyn, jedno większe owrzodzenie po stronie grzbietowej ręki, dochodzące do kości, o różowo-fioletowym dnie, brzegach cienutkich, podminowanych, koloru czerwono-niebieskiego. Ponieważ chora jest dość wątpa i obawiano się zbyt silnego odczynu, wstrzyknięto 0,002; odczynu nie było; na trzeci dzień potem wstrzyknięto 0,01; ponieważ i teraz odczynu nie było wcale, zaordynowano jodek potasu i *empl. mercur.*. Po 2 tygodniach takiego leczenia zauważyliśmy znaczną poprawę w stanie chorej. — Nadzwyczaj cenną stroną płynu Koch'a jest i to, że nie tylko wskazuje nam na obecność jadu gruźliczego w ustroju, lecz zarazem wskazuje nam miejsce, w którym cierpienie jest ulokowane. Pozwolę sobie znów przytoczyć kilka przykładów. C. S., 18-letnia dziewczyna z *caries artic. cubiti*. Przed 8 laty cierpiała na *conjunctivitis phlyctenulosa*; widać, że cierpienie to nie było zupełnie usunięte, gdyż zaraz po pierwszym wstrzyknięciu u chorej wystąpiła typowa *conjunctivitis phlyctenulosa*. Inny chory dotknięty był *carie ossium metatarsi* z zewnętrznej strony stopy; wszystko, co było zepsute, a nawet i nadpsute, dokładnie wydalono; w kilka dni po tej operacji wstrzyknięto choremu 0,005 płynu Koch'a; odczyn bardzo silny, lecz rana pooperacyjna nie bolała i nie przedstawiała śladu zmian, natomiast chory uskarżał się na nadzwyczaj silny ból po stronie wewnętrznej stopy, gdzie znać było i obrzmienie; po drugim wstrzyknięciu te same objawy; wtedy zrobiono choremu cięcie, przyczem znaleziono ognisko gruźlicze już rozpadłe.

Co do wartości leczniczej płynu Koch'a, to w danej chwili nie jeszcze stanowczego powiedzieć nie można; zdaje się jednak, że w cierpieniach powierzchownych, po strąceniu znekrotyzowanych mas gruźliczych, wyleczenie będzie mogło nastąpić. Jeżeli zaś cierpienie umiejscawia się głębiej, wtedy chyba nie obejdzie się bez pomocy chirurgicznej, zwłaszcza jeżeli ognisko jest większych rozmiarów. Wprawdzie mamy w klinice kilka przypadków gruźlicy stawowej, w których już dziś po kilku wstrzyknięciach nastąpiła znakomita poprawa; opuchlina się zmniejszyła, ruchy są swobodniejsze; lecz czy wstrzykiwania doprowadzą do zupełnego wyleczenia, któż na to dzisiaj odpowie. Niektórzy uczeni przypuszczają, że mniejsze ogniska gruźlicze, chociaż i głębiej położone, po znekrotyzowaniu, będą mogły uleść wessaniu i że tą drogą nastąpi wyleczenie, przyjmując zarazem, że, albo laseczniki pozostałe utracą potem swoją siłę, albo też chory po wstrzyknięciach stanie się odpornym na ich szkodliwe działanie, jak to Koch na zwierzętach dowiódł.

Jak na teraz są to jeszcze hipotezy.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 2 Grudnia r. b. PRZEWOSKI odczytał rzecz p. t.: „*Gastritis tuberculosa ulcerosa*“, która zamieszczoną będzie w całości w naszym piśmie.

W dyskusji jaka się wywiązała, zapytywał naprzód kol. KRYSIŃSKI, czy i w drugim, komunikowanym przez mówcę przypadku, znaleziono laseczniki gruźlicze, na co kol. P. odpowiedział, że poszukiwania tego nie robiono, gdyż preparat ów oddawna znajduje się w muzeum tutejszego instytutu patologicznego.

W dalszym ciągu dyskusji prof. Brodowski zaznaczył, że wrzody gruźlicze z podminowanymi brzegami mogą być nietylko w żołądku lecz i w kiszkiach, kiedy powstają z większych nasięków, jakkolwiek wrzody takie w kiszkiach napotyka się rzadziej, niż te wrzody gruźlicze, w których przemaga rozrost tkanki bliznowatej. Co do wpływu soku żołądkowego na bakteryje gruźlicze, mówca przypuszcza, że może on zabijać te drobnoustroje; są to bowiem twory bardzo wrażliwe. Istnienie zarodników w bakteryjach gruźliczych zdaje się chyba nie ulegać wątpliwości, jeśli wziąć np. pod uwagę możność wywoływania gruźlicy, przez szczepienie produktów takich, w których laseczników gruźliczych nie wykryto. Czy są to owe przerwy w zabarwionych lasecznikach, dające postaci t. zw. laseczników paciorkowatych, tego jeszcze dotąd nie zdecydowano. Kol. Przewoski odpowiada, że miał sposobność widzieć jeden przypadek wrzodów gruźliczych z podminowanymi brzegami w kiszkiach, lecz podminowanie było tu bardzo nieznaczne. Co do istnienia zarodników w lasecznikach gruźliczych, to dawniej rozstrzygano kwestyję tę dodatnio i przerwy w zabarwieniu tych bakteryj przyjmowano za zarodniki. Obecnie jednak niektórzy przeczą temu na tej zasadzie, że przerw takich bywa po kilka w jednej laseczce, że w hodowlach w komorze wilgotnej nie widać zarodników w bakteryjach niezabarwionych, że wreszcie przy wysokich powiększeniach widać, iż przestwory te bywają formy czworokątnej, zdarzają się w nich różne wklęsnięcia, że wreszcie przejście od części niezabarwionej do zabarwionej jest stopniowe i granic zarodnika nie widać. Utrzymuje się obecnie pogląd, że cały lasecznik pokryty jest trudno przenikliwą błoną, podobną do otoczki zarodnika, czy więc cały lasecznik nie gra roli zarodnika? Przypuszczają, że całe one egzystują, kurczą się i rozrzucone z pyłem mogą zarażać organizm.

Następnie kol. Leszczyński zakomunikował przypadek uwięźniętej przepukliny biodrowej, w którym przy nakładaniu szwów najprawdopodobniej dostać się musiał między przewiązywane tkanki uchylek pęcherza moczowego wypełnionego moczem, gdyż 5-go dnia po operacji opatrunek był zmoczony moczem, wydzielającym się przez ranę. Wskutek tego zdjęto szwy i ranę w pęcherzu traktowano jak po cystotomii. W 5 dni następnie mocz przestał się wydzielać, a rana po przepuklinie uwięźniętej zagoiła się dopiero w 6 tygodni po operacji wskutek wspomnianej dopiero co komplikacji.

W dyskusji kol. Frankiewicz zakomunikował, że miał sposobność widzieć przypadki podobnego zranienia pęcherza moczowego, a kol. Kosiński zapytywał, czy w danym przypadku pęcherz moczowy nie mógł już być w przepuklinę wciągnięty i czy się potem nie cofnął z powrotem do jamy brzusznej. Kol. Leszczyński odpowiada na to, że w worku przepuklinowym pęcherza stanowczo nie było i nie zdaje mu się możliwym, aby uprzednio pęcherz mógł być w przepuklinie. Prezes Brodowski zaznaczył, że uchylki pęcherza wtedy mogą się rozwijać, gdy błona śluzowa zostaje wtłoczoną pomiędzy krokiewki mięsne, co staje się możebnem, gdy istniały jakieś zwężenia; jeśli zaś zwężenia nie było, zmniejsza się prawdopodobieństwo istnienia uchylków.

Potem prof. Kosiński zakomunikował dwa przypadki *oesophagotomiae* przy ciałach obcych w przełyku. Pierwszy dotyczył dziecka, które w Styczniu 1888 r. połknęło guzik dość duży, płaski; próby wyciągania go szczypcami pozostały bez skutku i dopiero usunięto go za pomocą operacji (*oesophagotomia*). Guzik ten tkwił tuż pod chrząstką obrączkową. Nałożono szew na przełyk, lecz nastąpiło ropienie i zagojenie rany przyszło dopiero 17 dnia. Drugi przypadek dotyczył osoby dorosłej, która w nocy połknęła część zębów sztucznych. Próby wydobycia tego przyrządu spowodowały jedynie głębsze jego osunięcie się. Badanie zglębniakiem główkowatym wykazało, że ciało to tkwiło tuż pod *jugulum sterni*. *Oesophagotomia* była w tym przypadku trudniejszą; cięcie zrobiono metodycznie, dla wyszukania zaś ściśle miejsca, gdzie tkwiło ciało, trzeba było wprowadzić zglębniak główkowaty i na miejscu jego zatrzymania się zrobić cięcie ściany przełyku;

ciało wydobyto szczypcami, co jednak odrazu się nie udało; okazało się, iż owe ciało obce tkwiło w przelyku na miejscu już przejścia z części szyjowej w grzbiętową. Założono i tu szwy, lecz rana się rozeszła i gojenie szło *per secundam*. Operację tę zaleca mówca tam, gdzie próby wydobywania lub zepchnięcia się nie udają. Nie zaleca do wydobywania używać haczyka tępego (*Münzfänger*), woli zgłębnik zwykły główkowaty. W końcu podał statystykę tej operacji przy ciałach obcych w przelyku, według FISCHER'a i GROSS'a.

Kol. STANKIEWICZ okazał wyciągnięte przez się w dwóch przypadkach za pomocą przyrządu *Münzfänger*: 1) część przyrządu zębów sztucznych i 2) monetę miedzianą, dziesięciogroszową.

Kol. PRZEWOSKI zakomunikował dwa spostrzegane przez się obfite krwotoki parenchymatyczne, wywołane przez zadrażnienie bródzowate w przelyku przez ciała obce. W jednym kawałek zębra, a w drugim migdał ze skorupką, były przyczyną krwotoków bardzo obfitych, zakończonych śmiercią.

W dniu 9 Grudnia r. b. odbyło się posiedzenie nadzwyczajne Towarzystwa, poświęcone zakomunikowaniu wyników prób wstrzykiwania płynu KOCH'a, dokonanych w Warszawie.

Na początku posiedzenia prof. BARANOWSKI przemówił w następujących słowach:

„Każdy nowy środek leczniczy, zanim zyska uprawnienie w praktyce, winien być nie tylko zbadany na drodze doświadczalnej przez eksperymenty na zwierzętach, ale nadto działanie jego na ustrój ludzki musi być sprawdzone przez spostrzeżenia kliniczne. Im dany środek ważniejszy, im działa energiczniej na ustrój, tem większą bojaźliwość w jego początkowym stosowaniu zachować należy“.

„Powyższe twierdzenie nazwać można komunałem; wyraża bowiem prawdę powszechnie znaną, wielokrotnie stwierdzoną, a więc, rzeczy można, trywialną, a jednak tu właśnie, gdzie ma być mowa o nowej metodzie leczenia gruźlicy płucnej, metodzie prof. KOCH'a, prawdę tę z naciskiem przypomnieć należy. Metoda ta jest nie tylko czemś nowem, ale nadto czemś porywającym umysł lekarza, budzącem żywe nadzieje w tłumach, dotkniętych gruźlicą. To też zachować spokój, utrzymać miarę właściwą przy początkowym stosowaniu środka, podanego przez KOCH'a — nie jest rzeczą łatwą“.

„Środek ów nieznaną nam jest co do swego składu. Wiemy jednak o nim, że należy i pochodzeniem i treścią i sposobem działania do rzędu środków, otrzymywanych na drodze biologicznej, nie chemicznej, środków, do rozeznania których powiodły genialne odkrycia PASTEUR'a. Pomijając ospę ochronną, która epokę PASTEUR'owską o 100 lat niemal na drodze empirycznej wyprzedziła, dość jest przytoczyć szczepienia przy czarnej kroście, róży złośliwej świń, *charbon symptomatique*, cholery kur, wreszcie przy wściekłości; dalej powołać się na prace niedawno ogłoszone przez YERSIN'a i ROUX'a, dotyczące dyfterytu i t. p.. A jak płyn KOCH'a nie jest na tem polu zdobyczą pierwszą, tak również nie jest ostatnią. Świadczy o tem cały zwrot myśli w pracach, podjętych w dziale leczenia chorób zakaźnych, a także najnowsze zapowiedzi odkryć odnośnie leczenia dyfteryi oraz tężca“.

„Śmiało powiedzieć można, że umysł lekarza roznamiętnia się do metody KOCH'a, jako będącej owocem i wyrazem ostatniej fazy nauki“.

„Jest inny jeszcze motyw w zalecaniu wielkiej ostrożności przy pierwszym stosowaniu nowego środka; jest to środek heroiczny, w działaniu swoim dla ustroju przy nieodpowiednim lub nieogłędnym użyciu niebezpieczny. Pierwsze doświadczenie na człowieku KOCH na samym sobie dokonał, czem dał dowód, wstrzykując sobie wielką dawkę, że jest nie tylko znakomitym uczonym, ale nadto i człowiekiem wielkiego serca. Jak wiadomo, pod wpływem środka rozwija się wysoka gorączka, połączona z jaskrawymi zaburzeniami w unerwieniu, z upadkiem nieraz groźnym tętna. Spostrzegano przytem objawy, wyrażające silne działanie leku

Koch'owskiego na krew, jako to: występowanie urobilinuryi, łącznie z żółtaczką [bez obecności barwników żółciowych w moczu]; w jednym przypadku, spostrzeżanym przez kol. ELSENBERGA w szpitalu żydowskim, zjawiała się nawet przechodnia hemoglobinuryja. W krótkim doświadczeniu zdobytem w ciągu kilku tygodni u nas, fakt działania takiego na ustrój ludzki został wielokrotnie stwierdzony“.

„Nakoniec o tem pamiętać należy, że do użycia nawet nieogłędnej metody Koch'a popychać to może, że metoda, wedle pierwszych zapowiedzi jej wynalazcy, ma być skuteczną na chorobę, stanowiącą, rzecz można, największą dziś plagę rodu ludzkiego. Wszak przeciętnie każdy 7-my umierający jest suchotnikiem. Sale nasze szpitalne przepełnione są tymi skazańcami, którym lekarz niekiedy ulgę, a rzadko bardzo istotną pomoc przynieść może. Widok suchotnika budzi w lekarzu szpitalnym najprzystępsze uczucia. Na stole sekcyjnym suchotnik przestał niemal być przedmiotem ciekawego badania. Prawie niepodobna się dziwić, że wieść o środku nowowynalezionym, rozgłoszona przez pisma niespecjalne, o środku skutecznym przeciwko suchotom płucnym, wywołała wędrowkę dziesiątków tysięcy chorych do Berlina, co sprawiło chwilowy zamęt w umysłach lekarzy i publiczności, że, o czem wieść niesie, dało nawet powód do stosowania, a nawet sprzedawania środka, o którym twierdzić jednak się godzi, że dotąd wypróbowanym należycie nie został, ale który, gdyby ziścił oczekiwania, stałby się powodem niemal przewrotu społecznego“.

„Z chlubą powiedzieć można, że na gruncie naszych stosunków lekarskich sprawa cała inny wzięła obrót, pozostawiając nieskazitelną godność lekarza. Dzięki pierwszemu szczęśliwemu zdobywcy płynu Koch'a, kol. БУЖИДОВИ, płyn ten, niewyniesiony na rynek targowy, stał się własnością szpitali warszawskich, w których grono ordynatorów prowadzi z całą rozważą i spokojem pierwsze nad działaniem środka spostrzeżenia. W imieniu i z upoważnienia kolegów, którzy pracę tę podjęli, zabieram tu głos i wzywam każdego, pragnącego obeznać się z nową metodą, kolegę, do odwiedzania oddziałów szpitalnych; wrota szpitala dla każdego lekarza wszak są otworem. Z samego czytania sprawozdań metody poznać nie podobna; trzeba widzieć chorych leczonych. Dotąd liczby chorych i zastrzykiwań są następujące [od 22 Listopada do 6 Grudnia]:“

„W szpitalu żydowskim	chorym 10	dokonano szczepień	. . .	22
„	Dzieciątka Jez.	„ 9	„	23
„	św. Ducha	„ 7	„	31
„	św. Rocha	„ 5	„	15
	ogółem chorych	31	ogółem szczepień	91“.

„Chorzy szczepieni dzielą się na 3 grupy: 1) gruźlica zewnętrzna — wilk, przypadków 11 i gruźlica stawów i kości, przypadek 1; 2) gruźlica wewnętrzna — suchoty płucne, przypadków 7 — suchoty płucno-krtaniowe, przyp. 5; 3) szczepienie rozpoznawcze, przypadków 7“.

„W tej chwili odczytane zostaną historyje chorób i przedstawieni chorzy. Historyje te obejmą 2 grupy spostrzeżeń: 1) wilka, 2) wstrzykiwania próbne“.

Kol. ELSENBERG odczytał historyje choroby 16-letniego chorego na wilka. Cierpienie datuje się oddawna, od r. 1887 stosowano kilkakrotnie łyżeczkowania i wypalania. Chory pochodzi z rodziny zdrowej, w narządach wewnętrznych zmian żadnych. Sprawa wilkowa zajmuje skrzydła nosa, przegrodę, wargę górną i część lewego policzka. 24. XI. 1890 wstrzyknięto 0,01 płynu Koch'a. Odczyn ogólny bardzo silny, ciepota poza 40° C., przy tętnie drobnem 120; odczyn ten trwał przeszło 24 godziny. Odczyn miejscowy odpowiadał zupełnie opisowi Koch'a. Po drugim wstrzyknięciu [29. XI] w ilości 0,005, odczyn ogólny jakkolwiek silny, lecz znacznie krócej trwający. Odczyn miejscowy takiż sam, jak poprzednio, a na drugi dzień po szczepieniu ognisko wilkowe na lewym policzku, mające mniej więcej wielkości ziarna bobu, odpadło, odsłaniając powierzchnię owrzodzenia, pokrytego ropą. Wogóle warstwa tkanki, nacieczonej przez sprawę wilkową, bardzo znac-

nie zcieniała i prawie nie różni się co do grubości od skóry prawidłowej. Szczepienia prowadzą się dalej.

Następnie kol. MALISZEWSKI odczytał historję choroby chorej wilkowatej, z kliniki prof. KOSIŃSKIEGO. Chora 41-letnia. Choroba rozpoczęła się w 9 roku życia od małej plamki, na dolnym brzegu dolnej szczęki; w 18 roku plama zajmowała około 4 ctm. kwadr., najwięcej jednak rozszerzyła się od 28 roku życia, obecnie zajmuje twarz i szyję. Pochodzi z rodziny gruźliczej. Kaszle od lat trzech. Wierzchołek prawy zajęty [stępienie, oddech oskrzelowy, rżenia dźwięczne]. W płwocinie nie znaleziono bakterij gruźliczych. W d. 29. XI wstrzyknięto 0,002 płynu Koch'a; odczyn ogólny: dreszcze, ciepłota 38,5°—38,7° C. przez 8 godzin, bóle w kończynach, osłabienie; odczyn miejscowy polegał na obrzmieniu na miejscu wilka, przekrwieniu tychże miejsc, zaczerwienieniu na bliznach, następnie łuszczeniu naskórka. Po drugim wstrzyknięciu [3. XII], wstrzyknięto 0,004, odczyn ogólny ten sam, lecz silniejszy [ciepłota 39,3° C.] i dłuższy, miejscowy zato mniejszy. Po trzeciej [6. XII.]— wstrzyknięto 0,004 — odczynu ogólnego nie ma, miejscowy taki jak poprzednio, lecz bardzo słabo wyraźny.

Potem kol. JAWDYŃSKI przedstawia kilkunastoletniego chłopca ze swego oddziału chirurgicznego. Chłopiec pochodzi z rodziców gruźliczych: matka zmarła na gruźlicę płucną, ojciec na t. zw. suchoty gardlane. Sam chory dotknięty jest gruźliczem cierpieniem gruczołów szyjowych i gruźlicą kości stopy. Po wyluszczeniu gruczołów na szyi nastąpiło doraźne zagojenie, ale wkrótce blizna na całej przestrzeni uległa gruźliczemu rozpadowi, tworząc obszerne owrzodzenie. Z powodu zajęcia wierzchołka płuc wstrzykiwano małe dawki 0,001 do 0,0015. Odczyn za każdym razem silniejszy: pierwszy raz najwyższa ciepłota 39,8° C., za czwartym razem 40,6° C.. Gorączka trwała zawsze około 12 godzin. Miejscowy odczyn bardzo wyraźny, ale faktyczne polepszenie wyglądu owrzodzenia i skłonność do zablizniania wrzodu, który przez długi czas przy stosowaniu najróżnorodniejszych środków nie ulegał żadnemu polepszeniu.

Następnie odczytał historję choroby kol. CHROSTOWSKI. Chora 28-letnia, posługaczka szpitalna, w 8 roku życia zauważyła na nosie małą plamkę, na miejscu której powstał mały wrzodzik i od tego punktu sprawa powoli się szerzyła, a obecnie obejmuje jako *lupus serpiginosus exedens* cały nos i oba policzki. Pochodzi z rodziny suchotniczej. Płuca i inne narządy wewnętrzne zdrowe. Nie gorączkuje. Po pierwszym wstrzyknięciu [0,01], dokonaniem 25. XI 1890, wystąpił bardzo silny odczyn ogólny [dreszcze, wysoka ciepłota, [40° C.], wymioty, tętno 120—130, drobne, wysypka podobna do szkarlatynowej, trwająca przeszło 24 godziny. Odczyn miejscowy na twarzy i nosie zupełnie odpowiadający opisowi Koch'a. Drugiego wstrzyknięcia [0,01] dokonano 1. XII. Odczyn ogólny był jeszcze silniejszy [oprócz wyżej przytoczonych, rozwolnienie i urobilina w moczu] i trwał przeszło 30 godzin; była bardzo silna duszność, sinica i nieznaczne drgawki. W odczynie miejscowym, prócz twarzy i nosa, wystąpiło znaczne zaczerwienienie podniebienia, łuków i gardzieli, oraz na podniebieniu, łukach i języku białawe zmętniałe plamki. W kilka dni potem strupy na twarzy były dość grube, a sama tkanka wilkowata jakby znacznie zcieńzała.

Następnie kol. PUŁAWSKI odczytał historję swej obserwacji. Wyrobnik 18-letni, w 8 roku życia zauważył plamkę na nosie, a następnie na twarzy, które potem przeszły w grudki, a wreszcie w owrzodzenia. Przechodził leczenie chirurgiczne. Obecnie sprawa zajmuje nos, policzki [zwłaszcza prawy, na którym widać również duży *naevus maternus pigmentosus*], wargi; nos zapadnięty. Narządy wewnętrzne zdrowe. Po pierwszym wstrzyknięciu [0,005], dokonaniem 25. XI, w 3 godziny silny dreszcz, ciepłota zaczęła się podnosić w 5 godzin do 39,5° C., w 12 godz. do 40° C., na której to wysokości pozostała przez całą dobę, na drugą dobę spadła do 39,5° C., a potem do 38° C., na czem trzymała się przez 7 dni; z innych objawów bóle w kończynach, osłabienie, duszący, suchy kaszel, wymioty,

wysypka podobna do szkarlatynowej, mocz zawierał w ciągu dni kilku barwniki żółciowe. Odczyn miejscowy bardzo znaczny, powieka prawa obrzęknięta, a pod nią wytworzył się ropień. Z ropy pod strupem i z ropnia na powiece wyhodowano [kol. JAKOWSKI] bakteryje ropne. W dwa tygodnie po wstrzyknięciu okazuje się, że powierzchnia, zajęta przez wilka, jest mniej obrzękniętą i bledszą, bliźna gładszą i miększą. Wstrzykiwania są prowadzone dalej.

Potem opisał historję choroby kol. SREBRNY. Panna 18-letnia, w rodzinie podejrzewać można gruźlicę. W roku 1888 kol. Sr. znalazł na przegrodzie nosowej guzowatość i na przednim końcu dolnej muszli, szczególnie między częścią chrzęstną i kostną przegrody przepuszczała zgłębnik. Po zniszczeniu guzków w Sierpniu r. b. znowu się one zjawily. Narządy wewnętrzne zdrowe. Na przegrodzie błoniastej i lewem skrzydle nosa lekkie zaczerwienienie i kilka drobnych guziczków. Dn. 23. XI. dokonano pierwszego wstrzyknięcia [0,01]. Odczyn ogólny polegał na dreszczach dwukrotnych, ciepłota dosięgła 39,5 z powolnym spadkiem i powrotem do normy dopiero w 45 godzin po wstrzyknięciu, tętno do 126, drugiego dnia nudności. Odczyn miejscowy zwykle opisywany, na przegrodzie błoniastej wystąpiły liczne pęcherzyki; po 20 godzinach obrzęk i zaczerwienienie zaczęły znikać. Po drugim wstrzyknięciu [0,01] dn. 18. XI. odczyn ogólny silniejszy, ciepłota 40,3° C., stan gorączkowy trwał dni 3. Kaszel, duszność, drugiego dnia wymioty. Odczyn miejscowy słabszy. Obecnie nos znacznie cieńszy, niż przed rozpoczęciem wstrzykiwań.

Kol. BUJWID odczytał historję choroby, dotyczącą przypadku, w którym robiono wstrzykiwania w celach rozpoznawczych. Chora 33-letnia, mężatka, z rodziny zdrowej, chorób cięższych nie przebywała. Płuca zdrowe. Przed kilku laty miewała na twarzy wysypkę podobną do obecnie istniejącej. Na nosie i wewnętrznej połowie obu policzków, oraz nad górną i pod dolną wargą guziczki liczne, otoczone zaczerwienioną wyniosłością. Dn. 24. XI. wstrzyknięto 0,01 płynu Koch'a. Odczynu żadnego nie było.

Kol. PUŁAWSKI zakomunikował przypadek również szczepienia rozpoznawczego. Leśnik, 28-letni, z rodziny gruźliczej, od lat 4 na skrzydłach nosa ma dość rozległe zaczerwienienie; skóra obrzęknięta, naskórek łuszczący się. W płucach zmian nie znaleziono. Dn. 25. XI. wstrzyknięto 0,01 płynu Koch'a. W 7 godzin ciepłota podniosła się do 38° C., w 12 godzin już spadła do normy. Odczynu miejscowego żadnego.

Następnie kol. JASIŃSKI zwraca uwagę na trzy punkty, gdy mowa o odczynie przy wstrzykiwaniach limfy Koch'a: 1) Robiąc wstrzykiwania przy mięsakach [*sarcoma gigante-cellulare* szczęki u 7-letniego chłopca], nie otrzymywał odczynu po wstrzyknięciu 0,001 i 0,002, gdy u innych chorych po tej ostatniej dawce odczyn występował szybko. 2) Trzeba używać do wstrzykiwań rozpoznawczych najmniej 0,001, gdyż po 0,0005 nawet u suchotników odczynu nie bywa. Wreszcie 3) przy gruźlicy kości pod kolanem chorem ciepłota wynosiła 40,2° C., gdy pod zdrowem 38,9° C. w czasie odczynu, a oprócz tego zjawiała się wysypka podobna do szkarlatynowej, która zaczęła się od rany i objęła całe ciało, zupełnie podobnie jak przy szkarlatynie, przyłączającej się do rany.

Prof. BARANOWSKI komunikuje o szczepieniu rozpoznawczem na oddziale kol. DUNINA. Chory od kilku miesięcy gorączkował i miewał poty nocne. Przy stanie bezgorączkowym, przy istnieniu jedynie *pleuritis siccae.*, skapej płwocinie, niezawierającej laseczników, wstrzyknięto 0,005, a następnie 0,01—bez żadnego odczynu.

Kol. HERYNG przedstawia następujące spostrzeżenia: 1) Chora z gruźlicą płuc i krtani, którą obecnie uważa za uleczoną. Po energicznym chirurgicznym leczeniu krtani, wyzdrowiała i była przedstawioną w Berlinie na zjeździe ostatnim. Poczem SCHROETTER przypuszczał, że wyleczenie jest tylko czasowe, przeto zrobiono wstrzyknięcie rozpoznawcze płynu Koch'a. Po wstrzyknięciach 0,003,

następnie 0,005, a wreszcie 0,008, żadnego ani ogólnego, ani miejscowego odczynu nie było; stwierdzono jedynie zwiększenie się ilości płwociny, ale bez laseczników. Chora ta pochodzi z rodziny suchotniczej, liczy obecnie lat 50 przeszło, przed kilku laty miała wyraźne zmiany w płucach, włókna elastyczne i laseczniki gruźlicze w płwocinie. Leczenie kwasem mlecznym nie dało żadnego rezultatu, dopiero energiczne leczenie chirurgiczne i ogólne; był wprawdzie powrót, lecz obecnie jest stanowczo wyleczoną. 2) Chory 35-letni, z rodziny zdrowej, od lat 5 chrypka, przed dwoma laty stracił głos zupełnie. RAUCHFUSS rozpoznał nowotwór w prawej połowie krtani i wykonał laryngofisurę i wycięcie połowy krtani. Guz okazał się gruźliczym. Płuca wówczas były zupełnie zdrowe. Rana po laryngofisurze nie goiła się. Chory przebywał czas jakiś w klimacie ciepłym i wówczas rozwinęło się utrudnione przełykanie i wrzód na szyi wraz z powiększeniem gruczołów. W gardzieli znaleziono owrzodzenie na łukach i pomiędzy łukiem i migdałem; w krtani wrzodów nie znaleziono, w nosie owrzodzenie gruźlicze. W płwocinie wykryto laseczniki gruźlicze bez obecności włókien elastycznych; laseczniki znaleziono również w wydzielinie z gardzieli. Po kiuretowaniu owrzodzeń w nosie i gardzieli, wrzody zagoiły się. Na szyi wrzód się nie goił, tak, że musiano wyciąć go całkowicie. Obecnie powrót gruźlicy gardzieli, lecz wrzody powstały nie na miejscu uprzednio zagojonym. Ponieważ istniało kilka guziczeków podejrzanych, zrobiono wstrzyknięcie, początkowo 0,001, bez odczynu, a potem 0,002 z odczynem ogólnym niezbyt znacznym [ciepłota 39° C.], ale zato miejscowo we wszystkich podejrzanych miejscach wystąpiły owrzodzenia.

Kol. BUJWID z powodu znaczenia rozpoznawczego zwraca uwagę, że rozpoznawanie gruźlicy płuc li-tylko na zasadzie odczynu po wstrzyknięciu nie może być uważane za rozstrzygające, gdyż przy wątpliwych zmianach w płucach nieraz odczyn nie występuje. Zdaje się, że tylko w świeżych sprawach wstrzykiwania KOCH'a można uważać za decydujące dyjagnostycznie.

Prof. KOŚCIŃSKI zapytuje, w ilu przypadkach nie było odczynu po wszystkich wstrzykiwaniach.

Kol. BUJWID odpowiada, że oprócz przypadku HERYNGA, nie było odczynu u chorej na klinice prof. STOLNIKOWA. U innej chorej z wyraźnymi lasecznikami nie było odczynu ogólnego, ale pojawiło się białko w moczu i barwniki żółciowe. Wogóle na 50 chorych nie było odczynu gorączkowego u 3 chorych.

Kol. TRZCIŃSKI protestuje przeciwko przypisywaniu limfie KOCH'a takiego wielkiego znaczenia, jako środka rozpoznawczego, gdyż nieraz odczyn nie występuje u gruźliczych, gdy przeciwnie występuje u niegruźliczych.

Kol. HERYNG przytacza przypadek, że u jednego chorego z gruźlicą krtani nie wystąpił odczyn ogólny, a miejscowo nastąpiło ogromne polepszenie. Kol. H. jest zwolennikiem jaknajmniejszych dawek.

Prof. BARANOWSKI jest zdania, aby dzisiaj przytaczano tylko spostrzegane przypadki i komunikowano fakty bez dyskusji.

WIADOMOŚCI KLINICZNE.

1. *Wykazanie koków ropnych we krwi, jako objaw dyjagnostyczny (Wien. klin. Woch. 1890. 38).*

Wiadomo powszechnie, że przyczynę ropienia prawie wyłącznie stanowią koki ropne. Pasorzyty te, według BAUMGARTEN'a, sadowią się w tkankach ustroju, zaliczamy je też do pasorzytów tkankowych (*Gewebsparasiten*): one to wywołują umiejscowione ognisko cierpienia.

Często z owym umiejscowieniem cierpienia, t. j. z wytworzeniem ropnia, kończy się sprawa chorobowa. Jeżeli jednakże produkcja koków jest postę-

pową, to może dojść do tego, że owe koki przechodzą do krwi, jak to widzimy przy gorączce przyrannej i septycemii. W innych przypadkach drogą krążenia krwi koki mogą nawet dostawać się do rozmaitych organów i tam powodować ropnie przerzutowe (*pyaemia*). Pod względem klinicznym owo zwiększenie się produkcji koków albo uwidocznia się przez zwiększenie objawów miejscowych [rozszerzenie się flegmony, tworzenie się ropni metastatycznych], a stan taki co do dyjagnozy nie przedstawia żadnych wątpliwości, albo też powstaje szereg ciężkich objawów ogólnych, tworzących obraz podobny do niektórych innych chorób [tyfus, ostry reumatyzm stawów]. Otóż to, w tym drugim razie rozpoznanie przedstawia czasami wielkie trudności, szczególnie jeżeli pierwotne ognisko ropne jest niewiadome, skryte. W takich właśnie przypadkach wykazanie koków we krwi za pomocą hodowli może mieć niezmiernie ważne znaczenie.

D-r EISELSBERG na klinice prof. BILLROTH'a w kilku przypadkach wątpliwych pod względem dyjagnostycznym mógł w ten sposób określić naturę choroby, co okazywało się nieraz niesłychanie ważnym, gdyż dało możność do czynnej interwencji i do uratowania chorego. Przy tych poszukiwaniach przekonano się, że w dniach, w których gorączka była silną, wykrycie koków okazywało się najłatwiejszem.

Przy tych badaniach rozpoznawczych w przypadkach głębokiego ropienia i gorączki septycznej [kości, okolica pozaotrzewnowa i t. d.] znajdowano: 1) albo *streptococcus pyogenes*, 2) albo *staphylococcus pyog. aureus*, 3) albo wreszcie *staphylococcus pyogenes albus*.

Dodać tu wszakże należy, że jakkolwiek takie badanie krwi, jeżeli daje wynik dodatni, stanowi niezmiernie ważny moment rozpoznawczy, to jednakże w razie otrzymania wyniku ujemnego nie wyklucza z całą stanowczością głęboko ukrytego ogniska ropnego; w niektórych bowiem przypadkach głębokiego ropienia obraz ciężkiego ogólnego cierpienia zależy może tylko od przejścia pewnych toksyn z pierwotnego ogniska, a nie koków.

Co się tyczy sposobu badania, to postępować należy, jak następuje: palec, albo płatek tycza, po wymyciu sublimatem, alkoholem i eterem, nakłuwamy igłą, przedtem wypaloną i ostudzoną. Pierwszą kroplę krwi należy zetrzeć wyjąłowym szpadelkiem platynowym, a dopiero z następnej kropli krwi również wyjąłowaną igłą platynową zabieramy krew i szczepimy w epruwetkach, napełnionych żelatyną lub agar-agarem. EISELSBERG radzi najbardziej szczepić na agar-agarze. Epruwetki ze szczepionką trzeba pomieścić w termostacie i codziennie je oglądać. Czasami już na drugi dzień uwidocznia się kolonija, czasem zaś dopiero na trzeci lub czwarty dzień. W razie otrzymania kolonii należy cząsteczkę jej starannie zbadać pod mikroskopem w sposób wiadomy.

2. *Mycarditis infectiosa diphteritica.*

HUGUENIN za przedmiot do rozprawy doktorskiej (*Thèse. Paris. 1890*) wziął wpływ dyfterytu na serce i przeprowadził w tym celu spostrzeżenia kliniczne i badania anatomo-patologiczne.

Dyfteryt, podobnie jak wszystkie ciężkie choroby zakaźne, wywołuje, między innymi, zmiany w mięśniach wogóle, a w szczególności w mięśniu sercowym. Owe zmiany w mięśniu sercowym (*myocarditis*) są jednocześnie natury zapalnej i degeneracyjnej. Najczęściej bywają one rozlane (*myocarditis diffusa*) i zajmują włókna mięśniowe, tkankę łączną i naczynia.

Często owe zmiany są gołym okiem niedostrzegalne; dopiero mikroskop je uwidocznia. Wszelako już i takie zmiany mięśnia sercowego mogą w wysokim stopniu zmniejszać energiję skurczów serca, a w następstwie prowadzić do rozszerzenia tego organu (*dilatatio cordis*), oraz do wytworzenia się zakrzepów (*thrombosis*).

Wiele przypadków nagłej śmierci w przebiegu dyfterytu, a szczególnie podczas zdrowienia zależy najpewniej od tego ostrego zakaźnego zapalenia mięśnia sercowego, które ze swej strony najczęściej bywa przy dyfterytach złośliwych, występujących od razu z zakażeniem ogólnym; towarzyszy mu również zwykle paraliż podniebienia i bardzo znaczny białkomocz.

3. Wrzodzianki (*furunculosis*) przy zwykłej moczówce (*diabetes insipidus*).

Już LANCEREAUX zwrócił uwagę na to, że pewna grupa objawów, którą zwykle poczytujemy za charakterystyczną dla cukrzycy, może występować i przy zwykłej moczówce (*polyuria*). EULENBURG z pomiędzy owych objawów zaznaczył — furunkulozę. W ostatnim czasie LEWIŃSKI (*Centrbl. f. kl. med.* 21—24. 1890.) opisuje podobny przypadek. Chory 56-letni oddaje na dobę około 8 litrów moczu, który nigdy cukru nie zawiera. Przez kilka tygodni chory miewa ciągle furunkulozę.

4. Cukier we krwi, jako objaw dyjagnostyczny.

FREUND pierwszy zwrócił uwagę, że we krwi osób, chorujących na raka, znajduje się niezwykle wielka ilość cukru. TRINKLER dla stwierdzenia tego zjawiska wykonał mnóstwo [109] analiz krwi — nie tylko u rakowatych, ale i przy rozmaitych innych chorobach (*tuberculosis, typhus abdominalis, vitium cordis, syphilis, nephritis, septicaemia*).

Na mocy tych badań TRINKLER dochodzi do następujących wniosków.

Krew chorych na raka zawiera rzeczywiście znaczną ilość ciał redukujących, z których najwięcej przypada na cukier gronowy [0,1678%—0,240%]. Rozumie się, że w każdym przypadku, trzeba najprzód przekonać się, czy nie ma cukrzycy.

Owa względnie duża zawartość cukru we krwi u cierpiących na raka w każdym razie nie stoi w związku z większym lub mniejszym charakterem takich chorych.

Przy nowotworach rakowatych powierzchownych [skóra, błony śluzowe widzialne] ilość cukru we krwi bywa mniejszą, aniżeli przy rakach organów wewnętrznych.

Wiktor Grostern.

Wiadomości terapeutyczne.

1. Przemycanie organizmu ludzkiego. W jednym z ostatnich odczytów klinicznych VOLKMANN'owskich (*Sammlung klinischer Vorträge — begründet von VOLKMANN. Nr. 11. 1890 r.*) prof. SAHLI zajmuje się kwestyją znaczenia dowozu wody dla organizmu, a specjalnie wartością terapeutyczną przemycania organizmu w niektórych stanach patologicznych.

Już dawniej COHNHEIM i LICHTHEIM wykazali, że u niektórych zwierząt można bez szkody dla danego zwierzęcia powoli wprowadzić do obiegu krwi przez żyły względnie dużą ilość fizyologicznego roztworu soli kuchennej, ogrzanego do ciepłoty ciała zwierzęcia.

Francuzcy badacze DASTRE i LOYE wykonali w tym kierunku mnóstwo doświadczeń na psach i królikach, i otrzymali ciekawe wyniki [r. 1888 i 1890].

Przedewszystkiem przekonali się, że takie wlewanie do żył działa moczopędnie, i że przy odpowiednim uregulowaniu szybkości strumienia wlewanego wydziela się przez nerki zwierzęcia w każdej jednostce czasu tyle moczu, ile wchodzi roztworu soli do żyły. Przy tak uregulowanej szybkości można całemi godzinami prowadzić bezustannie wspomniane doświadczenie bez szkody dla zwierzęcia: zawsze przez nerki tyle płynu się wydzieli, ile wiano do żyły. W kilku przypadkach w tem regulacyjnem wydzieleniu płynu przyjmowały udział nie tylko nerki, ale kiszki i ślinianki.

Jeżeli wszakże szybkość strumienia wlewanego się zwiększy, to coraz więcej wody nagromadzi się w ustroju, a to z czasem staje się szkodliwym dla zwierzęcia.

W każdym razie przy tych wlewaniach do żył owa równowaga pomiędzy ilością płynu wlewane-
nego, a wydzielaniem przez nerki nie przychodzi do skutku od razu, zaraz od samego początku do-
świadczenia, ale dopiero po pewnem trwaniu wlewania. A zatem w samym początku pewna część
roztworu soli zostaje zatrzymaną tak we krwi, jakoteż w tkankach, a dopiero gdy zawartość wody
w organizmie przekroczyła pewną granicę, występuje zbawcza diureza, która już trwa przez cały czas
doświadczenia.

Mocz, wydzielany podczas doświadczenia, zmienia się w sposób charakterystyczny: z początku
jest takim, jak przed doświadczeniem, następnie staje się stopniowo coraz bledszym, tak, że w końcu
równa się prawie płynowi wlewaniu. Po przerwaniu doświadczenia, mocz stopniowo znowu przy-
jmuje własności pierwotne. Nigdy podczas doświadczeń nie znajdowano białka w moczu.

Jak widzimy z powyższego, mamy tu niejako do czynienia z przemywaniem całego organizmu:
z przemywaniem krwi i tkanek. Wprawdzie tym doświadczeniem zarzucić można pewien ważny
brak; nie wykazują one bowiem dowodnie za pomocą ścisłej wagi części stałych moczu, czy obok
wzmożonego wydzielania wody, *respectively* fizjologicznego roztworu soli kuchennej, i inne części
stałe moczu znajdują się w większej ilości, t. j.: czy istotnie tu mamy do czynienia z wymywaniem
tkanek, i że tak rzec można, „z wylugowaniem ich“. Tę część kwestyi możnaby oddzielnie rozwią-
zać; ale już z góry sądzić należy, że prócz wody i inne części stałe wydzielają się w zwiększonej
ilości z organizmu przez nerki: za tem bowiem stanowczo przemawiają znane doświadczenia innych
poważnych badaczy, którzy wykazali, że przy zwiększonym dowozie wody do organizmu następuje
zwiększone wydzielanie mocznika, i że to zwiększone wydzielanie mocznika nie zależy od wię-
kszonego wytwarzania, ale od lepszego wylugowania mocznika z tkanek.

Po tem wszystkim łatwo się domysleć można, że podobne bezpośrednie przemywanie orga-
nizmu może stanowić metodę terapeutyczną w niektórych chorobach.

Wiadomo, że obecnie duży szereg objawów chorobowych, dla których przedtem nie mieliśmy
wystarczającego naukowego wyjaśnienia, uważamy za następstwo samozakażenia organizmu. Za taką
autointoksykację uważamy dzisiaj nie tylko mocznicę, cholemię, acholiję, śpiączkę cukrzycową (*co-
ma diabetica*), ale cały obraz chorób gorączkowych, wraz z tak zwanym stanem tyfusowym, a na-
wet i cały szereg kacheksyj przewlekłych. Że wydzielanie moczu odgrywa najważniejszą rolę przy
usuwanu, lub następowaniu owych autointoksykacji, to zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości: uczy
nas tego tak fizjologija, jako też obserwacyja kliniczna, a szczególnie ścisłe i dokładne badania
moczu.

Otóż, jeżeli gdzie bądź, to właśnie w owych stanach autointoksykacyjnych istotne przemywa-
nie organizmu mogłoby znaleźć pierwszorzędne wskazanie.

Ponieważ wlewanie wprost do żyły takiej ilości płynu i przez tak długi czas, jak chcą DA-
STRE i LOYE, mogłoby przedstawiać i poważne trudności i poważne niebezpieczeństwo, przeto prof.
SAHLI zastosował tę samą zasadę, ale w sposób o wiele łatwiejszy i bezpieczniejszy, a mianowicie:
przez podskórne wlewanie roztworu fizjologicznego soli kuchennej.

Dotąd, jak wiadomo, podobne wlewania podskórne (*hypodermoklysis*) soli kuchennej stosowano
w dwóch stanach patologicznych: przy bardzo ciężkich utratkach krwi i przy leczeniu cholery.

Przy dużych utratkach krwi idzie o lepsze napełnienie naczyń krwionośnych, co rzeczywiście
zadziwiająco dobrze skutecznia się za pomocą podskórnego wlewania, dzięki bardzo szybkiej rezorb-
cyi do krwi płynu wlanego do tkanki łącznej podskórnej.

Ponieważ przy cholercze wysychanie tkanek uważano za jedyną istotną przyczynę groźnych
objawów okresu algidnego, przeto sądzono [SAMUEL, CANTANI], że na drodze podskórnego wlewania
dostarczy się krwi i tkankom brakującej ilości płynu. Już jednak wówczas CANTANI obok tego przy-
puszczał, że metoda ta, prócz dostarczenia płynu, zdoła przez poprawienie krążenia ułatwić wydale-
nie choleratoksyny z organizmu.

Prof. SAHLI na klinice swej w Bernie od paru lat stosuje wzmiankowane wlewania podskórne
roztworu fizjologicznego soli kuchennej [0.7%] przy rozmaitych stanach patologicznych, przy czem
doszedł do przekonania, że w działaniu tej metody leczniczej, oprócz samego przemywania organizmu
wskutek zwiększonej diurezy, jeszcze dwa inne czynniki ważną odgrywają rolę, a mianowicie: 1) roz-
cieńczenie jądów, krążących we krwi, i 2) dowóz wody szczególnie w przypadkach, w których tej
wody brak organizmowi i w których na innej drodze wypełnienie braku wody jest często nie-
możliwem.

Do wlewań podskórnych używa SAHLI sterylizowanego roztworu soli kuchennej 0,7%, w zwykłej wodzie wodociągowej. Przyrząd do wlewań ma następujący skład: Kolbka jednolitrowa ERLENMEYER'a, zatkana jest korkiem kauczukowym, mającym trzy otwory. Przez otwór środkowy przechodzi termometr, do mierzenia ciepłoty wody. Przez drugi otwór w korku, przechodzi rurka szklana, sięgająca do dna naczynia. Ta część tej rurki, która jest na zewnątrz naczynia, na pewnej wysokości zgięta jest pod kątem prostym, a następnie w pewnej odległości od tego zgięcia znowu zgięta pod kątem prostym i skierowana ku dołowi. Na koniec zewnętrzny tej rurki, zwrócony ku dołowi, nasuwa się szczelnie długą rurkę kauczukową, zakończoną kaniulką, służącą do wbicia pod skórę. Przez trzeci otwór w korku, przechodzi druga rurka szklana, sięgająca również do dna naczynia. Rurka ta służy dla dostępu powietrza zewnętrznego do naczynia z wodą podczas wlewania pod skórę. Dla tego, ażeby powietrze, dostające się do kolbki, było zupełnie czyste, rurka ta jest w pobliżu swego końca zewnętrznego kolbowato rozszerzona, a w rozszerzeniu tem pomieszcza się watę sterylizowaną, tak, że do kolbki może dostawać się tylko powietrze przefiltrowane. Oprócz tego wspomniona druga rurka jest w swej części zewnętrznej [względem naczynia] nieco zgięta pod kątem rozwartym dla tego, aby wygodniej było przed wkluciem kaniulki pod skórę, przez proste wdmuchiwanie powietrza ustami przez tę drugą rurkę do naczynia wypełnić pierwszą rurkę szklaną, całą rurkę kauczukową i kaniulkę — wzmiankowanym roztworem soli. Dopiero po takim wypędzeniu powietrza z rurki kauczukowej i z kaniulki, czyli raczej po napełnieniu ich roztworem soli, zaciska się szczelnie rurkę kauczukową, i wówczas wbija się kaniulkę pod skórę.

Rozumie się, że cały przyrząd—*in toto*— musi być aseptycznym, a więc porządnie wysterylizowanym, i że miejsce nakłucia, oraz ręce lekarza dokładnie zdezynfekowane. Kaniulkę podczas wlewania, można otoczyć w miejscu nakłucia watą zdezynfekowaną i zakleić kolodyjonem, a po wyjściu kaniulki rankę przemyć sublimatem, zakryć watą zdezynfekowaną i zakleić kolodyjonem.

Po wkluciu kaniulki pod skórę, naczynie z roztworem soli podnosi się w górę, przez co otrzymujemy lewar, a płyn przez to z naczynia przechodzi do tkanki podskórnej. Przez większe lub mniejsze podnoszenie i obniżenie naczynia można strumień płynu wlewane go pod skórę przyspieszyć lub zwolnić.

Zamiast rurki kauczukowej z jedną kaniulką, można użyć rurki kauczukowej z kilku wylotami i kilku kaniulkami, przez co od razu w kilku miejscach u tegoż samego chorego można wlać pod skórę odpowiednie ilości płynu.

Jako okolice najodpowiedniejsze do podobnych wlewań SAHLI podaje skórę brzucha, piersi, zewnętrzną powierzchnię uda.

Z początku SAHLI postępował według wskazówek DASTRE'a i LOYE'a, t. j.: stosował powolne i długie wlewanie. Następnie jednak od tej metody odstąpił i wrócił do metody dawniejszej SAMUEL'a—CANTANI'ego, t. j. do jednorazowego, szybkiego i obfitego wlewania. W ten sposób można w ciągu 5—10 minut, przy wysokim postawieniu naczynia, wlać 1—2 litrów roztworu pod skórę. Takie wlewanie można powtarzać kilka razy tegoż samego dnia, albo codzień, co kilka dni — stosownie do wskazania.

Na miejscu wiania wytwarza się duże, ograniczone obrzmienie, rodzaj guza, który wszakże po zaprzestaniu wlewania, zadziwiająco szybko znika, wskutek wessania płynu.

Sposób ten leczniczy jest wprawdzie bolesnym dla chorego, jednakże cała procedura trwa bardzo krótko, a zresztą najczęściej się ją stosuje u chorych nie odczuwających bólu, jak np. w ciężkim stanie tyfusowym, w mocznicy i t. d. W niektórych razach, jak np. przy mocznicy, przy wielkim niepokoju chorego, można wlewanie wykonać pod narkozą chloroformową, jak to SAHLI raz musiał uczynić.

Prof. SAHLI na mocy licznych doświadczeń zaleca wzmiankowaną metodę leczniczą przy dwóch stanach chorobowych, a mianowicie: przy mocznicy (*uraemia*) i przy ciężkim stanie tyfusowym (*status typhosus*).

W jednym z najbliższych numerów podamy w dalszym ciągu wyniki ze spostrzeżeń klinicznych i szczegółowe uwagi prof. SAHLI'ego.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku ostatni zeszyt [12-ty] „Odczytów klinicznych“ za 1890. Zawiera on pracę kol. DUNINA, p. t.: „O habitualnem zaparciu stolca, jego przyczynach i leczeniu“. Odczyt ten śmiało możemy polecić każdemu lekarzowi; gdyż o stanie patologicznym tak rozpowszechnionym znajdującym w tym odczycie zebrane i ugrupowane odnośnie ważne szczegóły naukowe, oraz poglądy autora, oparte na licznych materiałach spostrzegawczych z praktyki szpitalnej i prywatnej.

Odczyt kliniczny [1-szy] za miesiąc Styczeń r. b. już znajduje się pod prasą. Przedmiotem jego będzie praca SAENGER'a p. t.: „Zakażenie tryprowe u kobiet“.

— W tym miesiącu opuści prasę obszernie dzieło [37 arkuszy] oryginalne D-ra BIEGAŃSKIEGO [z Częstochowy], p. t.: „Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych“. Cena rs. trzy — z przesyłką rs. 3 kop. 50.

— Otrzymałszy z Poznania list następujący:

Szanowna Redakcyjo!

Nie mogąc na wszystkie, a bardzo liczne, już to listownie, już to na drodze telegraficznej przesłane nam z powodu 25-cio-letniej działalności Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, dowody duchowej łączności i szczerzej życzliwości odpowiedzieć z osobna, zniewoleni jesteśmy na tej drodze złożyć nasze najserdeczniejsze podziękia świątynnym Towarzystwom, Uniwersytetom, Szanownym Kolegom, jak wogóle wszystkim, którzy w dniu tym łaskawie o nas pamiętać i życzenia przesyłać nam raczyli.

W imieniu Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego,
D-r *Bol. Wicherkiewicz*, prezes wydziału.

— Z okazji 25-letniego jubileuszu Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu wyszedł numer jubileuszowy „Nowin lekarskich“, które są organem tego wydziału. Numer ten zawiera: Przewodniczącego wydziału, D-ra WICHERKIEWICZA, życiorys D-ra TEOFIŁA MATECKIEGO [z rycina], jednego z założycieli tegoż wydziału; skreślony piórem D-ra ZIELEWICZA, Spis członków wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk od roku założenia 1865 do końca roku bieżącego. Życiorysy zmarłych członków przez D-ra KOEHLER'a i 2 prace o stosowaniu płynu Koch'a.

— W krakowskim Towarzystwie lekarskim wybrano na r. 1891 na prezesa prof. GLUZIŃSKIEGO, na zastępcę prezesa doc. PONIKŁO, na sekretarza dorocznego ROZENZWEIGA.

— V kongres chirurgów francuzkich odbędzie się w Paryżu od 30 Marca do 4 Kwietnia 1891, pod przewodnictwem prof. GUYON'a. Komitet urządzający postawił na porządek dzienny 3 następujące kwestyje:

1) *Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée).*

2) *Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.*

3) *Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.*

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1891 według tego samego programu i na takich samych warunkach, jak dotychczas.

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

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

W r. 1891 będą wychodzić w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szan. Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Prospekt na „Hygienę praktyczną“ D-ra L. NATANSONA, oraz Prospekt na „Odczyty Kliniczne“ w r. 1891.