

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU OFTALMICZNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE D-ra Z. KRAMSZTYKA
I Z PRACOWNI DOŚWIADCZALNEJ TEGOŻ SZPITALA, POZOSTAJĄCEJ POD KIEROWNICTWEM D-ra A. ELSENBERGA.

I. ANATOMIJA PRZEWLEKŁYCH ZAPALEŃ ŁĄCZNICY.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 29 Kwietnia].

Opracował

Julijusz Mutermilch.

I.

Zmiany, zachodzące w nabłonku łącznicy. Klasyfikacja, na tych zmianach oparta. Przyczyna powstawania łuszczyki na rogówce. Odtwarzanie się nabłonka.

W nauce o przewlekłych zapaleniach łącznicy panuje zamęt, będący w dziwnej sprzeczności ze ścisłością, która cechuje okulistykę. Już przy pobieżnym nawet przestudyjowaniu tej ważnej części patologii oka, łatwo się przekonać, iż dotkliwy brak racjonalnej klasyfikacji, nienaukowe i nielogiczne wprost określenia niektórych form chorobowych i różnorodność zdań w kwestyi np. tak zwanego trachomatu jest naturalnem następstwem niedostatecznych badań anatomicznych na tem polu.

Histologija chorej łącznicy była dotychczas przedmiotem wielu rozpraw; najobszerniejsza w tym kierunku jest praca ROELMANN'a, która jednak, jak i wszystkie inne, ma tę kardynalną wadę, iż autor nie prowadził swoich badań anatomicznych w ścisłym związku z kliniką. Nie ulega jednak wątpliwości, że anatom tylko wtedy dokładnie rozumie preparat drobnowidzowy, kiedy ściśle wie, jakie kliniczne objawy towarzyszą zmianom, zaszłym w znajdujących się przed nim tkankach, i odwrotnie — klinicysta zdaje sobie sprawę tylko z tych spostrzeganych u chorego objawów, które w umyśle jego kojarzą się z odpowiednimi obrazami anatomicznymi. Wychodząc z tej zasady, postanowiłem trzymać się przy badaniach anatomicznych następujących prawideł:

1-o. obserwować tylko tych chorych, którzy weale, lub przynajmniej oddawna, nie znajdowali się w leczeniu. Uważałem ten warunek za konieczny dla tej prostej przyczyny, iż każde leczenie, a tembardziej, jak się to czasem może zdarzyć, nieudatne, zmienia nietylko kliniczny wygląd cierpiących tkanek, ale zacięra prawdopodobnie i anatomiczne ich cechy;

2-o. notować wszystkie makroskopowe zmiany, jakie można dostrzedz na łącznicy, podmiotowy i przedmiotowy stan chorego;

3-o. zawsze zwracać [uwagę na rogówkę, na rodzaj i umiejscowienie łuszczyki;

4-o. wycinać cząsteczki tkanki, potrzebne do badań drobnowidzowych, u wszystkich chorych stale z jednego miejsca, z fałdy przejściowej, lub na granicy fałdy i chrząstki;

5-o. pamiętać o rodzaju leczenia w każdym przypadku i

6-o. możliwie dłużej mieć chorych pod ścisłą obserwacją.

W chwili, kiedy u badanego chorego następowała widoczna poprawa, leczenie było na kilka dni przerywane i po takim odpoczynku znowu wycinałem fałdkę małą z łącznicy, z miejsca, znajdującego się tuż obok poprzedniego i dokładnie ją badałem. Naturalnie, iż przed tą małą operacją notowałem szczegółowo wszelkie zmiany makroskopowe, jakie pozostawały na łącznicy i rogówce.

Mając więc przed sobą szereg tak różnych obrazów anatomicznych i klinicznych, mogłem przy uważnem ich zestawieniu i przestudyjowaniu łatwo ocenić znaczenie każdej pojedynczej zmiany materjalnej w klinicznym przebiegu cierpienia i zarazem odróżnić stale powtarzające się, typowe, anatomiczne objawy od przypadkowych, lub drugorzędnych. Starając się odnaleźć zmiany patognomoniczne, to znaczy takie, któreby występowały i znikwały jednocześnie z najważniejszymi objawami klinicznymi, powtarzały się stale w każdym przypadku i których rozwój odbywałby się w stosunku prostym do natężenia cierpienia, przekonałem się, iż do ich rzędu nie należą bynajmniej torebki. Twory te nie mają wybitnego znaczenia w patologii łącznicy i tylko wskutek niesystematycznego i powierzchownego badania zostały wysunięte na pierwszy plan.

Właściwie już Z. KRAMSZTYK pracą swoją: „o związku łuszczyki z jaglicą“ [Gazeta Lekarska, 1887 r., № 39], w której dowiódł, iż łuszczyka, to groźne powikłanie jaglicy, nie zależy od zmian makroskopowych na łącznicy, obalił po części teorię folikularną. Łuszczyka jest niewątpliwym objawem daleko posuniętej sprawy chorobowej w łącznicy powiekowej; gdyby więc punkt ciężkości w zmianach anatomicznych łącznicy leżał w tworzeniu się torebek i brodawek, to w takim razie powinienby zachodzić stosunek prosty pomiędzy rozległością i gęstością łuszczyki z jednej strony i temi makroskopowemi zmianami z drugiej. Tymczasem Z. KRAMSZTYK, opierając się na licznych klinicznych spostrzeżeniach, stosunek taki odrzuca, a ściśle badania drobnowidzowe, jak się przekonałem, najzupełniej stwierdzają jego poglądy.

Jedynym, stale powtarzającym się przy każdym przewlekłym zapaleniu łącznicy anatomicznym objawem, który jest zarazem i źródłem powstawania łuszczyki na rogówce, jedyną charakterystyczną cechą, która może i powinna służyć za punkt wyjścia do utworzenia racjonalnej klasyfikacji, jest cierpienie nabłonka. Zmiany, zachodzące w tej ważnej, składowej części łącznicy, są tak ciekawe i występują w formie tak wyraźnej, iż dziwnem się wydaje, że przy studyjowaniu budowy chorej łącznicy, tak mało zwracano na nie uwagę. Drobnowidzowe preparaty, przedstawiające różne stadyja przewlekłego zapalenia, dają nam szereg obrazów walki o byt, przypadającej w udziale komórkom nabłonko-

wym. Na preparatach tych można kolejno obserwować wszystkie fazy tej walki: chwile, kiedy nabłonek, zagrożony w swej egzystencji, zaczyna bujać energicznie i zwiększa zasób sił potrzebnych mu do uratowania swego bytu; chwile ciężkiej porażki, kiedy dawne, zajęte przez niego pozycje pustoszeją i pokrywają się szczątkami zwalczonych komórek i kiedy ocalone elementy cofają się z pola walki w głąb tkanki, wyczekując tam pomyślniejszych warunków, aby znowu mózdz wydobyć się na powierzchnię łącznicy; wreszcie chwile zwycięstwa, energicznego rozmnażania się komórek i powrotu na opuszczone czasowo stanowiska. Objawy kliniczne i zmiany, zachodzące w nabłonku, znajdują się ze sobą w stałym związku. Każdej formie, a raczej każdemu okresowi przewlekłego zapalenia, odpowiada zawsze ta sama sprawa patologiczna w nabłonku. Przy pewnej więc wprawie łatwo z preparatu drobnowidzowego odczytać podmiotowy i przedmiotowy *status praesens* chorego i odwrotnie.

Zanim przystąpię do szczegółowego opisu zmian anatomicznych nabłonka, uważam za potrzebne powiedzieć słów kilka o jego wyglądzie prawidłowym.

Nieprawdopodobnym może się wydać fakt, że w literaturze spotykamy mnóstwo rozmaitych zdań o nabłonku zdrowej łącznicy. Spostrzegano jednak na jej powierzchni wszystkie jego odmiany, za wyjątkiem tej, która istnieje w rzeczywistości. Łatwo zrozumiemy, z kąd powstała taka rozmaitość fałszywych poglądów, jeżeli uprzytomnimy sobie, jak trudno lekarzowi spotkać się z łącznicą, o której śmiało mógłby zawyrokować, iż jest absolutnie zdrową i że nigdy nie chorowała. Często zgłaszają się do nas chorzy z typowymi skargami, wskazującymi niewątpliwie na istnienie nieżyty łącznicy, kiedy nie znajdujemy żadnych na niej zmian i odwrotnie — często można spostrzegać takich osobników, którzy, chociaż łącznica ich jest zlekka obrzmiała, zaczerwieniona i pokryta drobnymi brodawkami i nawet torebkami, nie mają jednak żadnych przykrych dolegliwości i uważają siebie za absolutnie zdrowych. Na trupach prócz tego znikają drobne zmiany, powstałe wskutek jakiejś łagodnej formy zapalenia i nabłonek prędko się tu łuszczy. Wszystko to uniemożliwia otrzymanie tą drogą odpowiedniego materiału do badania, a przypadki, które dałyby nam sposobność skorzystania z łącznicy zupełnie zdrowego człowieka, należą chyba do bardzo rzadkich. Trudności te zmusiły mnie do zajęcia się przedewszystkiem łącznicą królika, szczęśliwy traf jednak zrzędził, że udało mi się zbadać i łącznicę [z fałdy przejściowej powieki górnej i dolnej] zdrowego, 16-letniego chłopca, który nigdy nie chorował. Wyniki badań w obu przypadkach są identyczne.

Na fałdzie przejściowej powiek nabłonek składa się z trzech lub 4 warstw komórek. Powierzchnowna zawiera prawie wyłącznie dość duże ciała śluzowe, które wyglądem swoim zbliżają się do komórek dzbanuszkowatych, mają formę okrągłą, lub owalną, zlekka wydłużoną w kierunku poziomym, rzadziej stożkową. Kontury tych ciałek występują bardzo wyraźnie, protoplazma ich jest drobnoziarnistą, a jądra znajdują się ekscentrycznie, stale przy brzegu komórki, zwróconym do podłoża. W drugiej warstwie ciała śluzowe są mniej liczne, prócz nich mieszczą się tu okrągłe komórki nabłonkowe, których protoplazma wązkim pierścieniem otacza jądro. Są to młode elementy, z których rozwijają się śluzowe

Nietrudno zresztą odnaleźć i formy przejściowe od jednych do drugich. Przejściowe komórki wypełniają nieliczne przerwy w powierzchniowym rzędzie ciałek śluzowych, mają w przecięciu formę trójkątów, których tępy wierzchołek zawiera jądro i jest zwróconym do podłoża. W pozostałych warstwach znajdują się przeważnie młode komórki. W nabłonku czasem można dostrzedz dość długie wąskie szczelinki, które przechodzą równolegle do powierzchni łącznicy i są w części wypełnione różnej wielkości ziarenkami. Wakuole te prawdopodobnie powstały wskutek szybkiego rozpadu szeregu komórek śluzowych, lub powolnego rozwoju młodych elementów. W zagłębieniach nabłonkowych, które widziałem tylko na górnej powiece, komórki układają się najczęściej w dwie warstwy: wewnętrzną składa się z komórek cylindrycznych, zewnętrzną z okrągłych. U królika nabłonek ma taki sam wygląd, miejscami jednak, na przejściach powierzchni łącznicy w zagłębienia, komórek śluzowych jest daleko więcej, niż u człowieka.

Tuż pod nabłonkiem znajduje się tkanka adenoidalna, składająca się z luźnej tkanki łącznej, nacieczonej ciałkami limfatycznymi.

W początkowych okresach przewlekłych zapaleń, tam, gdzie mamy do czynienia z formami, zwanymi nieżytowemi, gdzie rogówka jest absolutnie zdrową i nawet nie zagrożoną, a na łącznicy, zlekka zaczerwienionej, spotykamy tylko kilka prawie przezroczystych torebek [przeważnie na powiece dolnej], nabłonek nieznacznie uchyla się od swego pierwotnego wyglądu. Różnica polega na tem, że rozwój komórek śluzowych odbywa się z daleko większą energiją, niż normalnie; szybkie jednak mnożenie się tych elementów i podniesiona ich funkcja, polegająca na tworzeniu śluzu, sprawia, że one giną, zanim zdążą osiągnąć należytego ukształtowania się. Większość ma formę stożkowatą; wydłużony koniec ich zawiera jądro i wdraża się pomiędzy dwie głębiej leżące komórki. Wogóle są one mniejsze i bardziej zbliżają się wyglądem swoim do komórek przejściowych, których liczba jest wyraźnie powiększoną. Młode komórki nabłonkowe również rozmnażają się znacznie i tam, gdzie przerywa się pas śluzowych, sięgają do powierzchni łącznicy. Rozumie się, iż wskutek zwiększonej proliferacji delikatna warstwa normalnego nabłonka grubieje i daleko wyraźniej występuje na przekroju prostopadłym łącznicy. W tkance podnabłonkowej istnieje zazwyczaj spore nacieczenie rozlane, lub w postaci torebek. Ciałka limfatyczne przenikają również pomiędzy komórki nabłonkowe, miejscami w dość dużej ilości.

Gdyby chcieć ze zmian, znajdujących się w podłożu nabłonkowym, wyciągnąć wnioski o klinicznym stanie chorego, to łatwo można popełnić błąd i przyjąć to łagodne, właściwie początkowe stadyjum zapalenia za formę poważną. Dostyc jednak jest dla należytego ocenienia charakteru tego cierpienia przyjrzeć się uważniej nabłonkowi, który tworzy na powierzchni łącznicy jednostajną prawie i nieprzerwaną powłokę, mało zmienioną i, co najbardziej godnem jest uwagi, zachowuje swój typ prawidłowy.

Restitutio ad integrum nabłonka w tym przypadku jest naturalnie możliwem, jak to wiemy zresztą z doświadczenia klinicznego; *a priori* można to przewidzieć na zasadzie nieznacznych zmian anatomicznych.

Jeżeli warunki sprzyjają dalszemu postępowi sprawy chorobowej, to komórki okrągłe tracą zupełnie zdolność przeobrażania się w śluzowe. W powierzchniowej warstwie nabłonka spotykamy tylko szkliste, bez wyraźnych kształtów, kłaczkę, w których nie można wykazać jąder przy pomocy odpowiednich barwników, lub sporo mniejszych, albo większych ziarenek; wszystko to stanowi niewątpliwie resztki zwyrodnionych komórek śluzowych. Pozostałe elementy mało są zmienione, jądra ich tylko pęcznieją i słabiej wchłaniają substancje barwiące.

Torebki występują czasem tak obficie w tej fazie zapalenia, że zlewają się prawie w jedną masę, w której niewyraźnie tylko można dostrzedz kontury oddzielnych tworów. Limfatyczne komórki w znacznej ilości znajdują się w nabłonku, przez który przenikają do worka łącznicowego. Kliniczny obraz tego cierpienia, które charakteryzuje się głównie destrukcją powierzchniowych warstw nabłonka, a mianowicie komórek śluzowych, przedstawia się łagodnie. Rogówka pozostaje zdrową, pomimo że łącznica bywa gęsto usiana torebkami, ropienie nieznaczne, podmiotowo chory czuje się doskonale i zgłasza się nieraz wtedy tylko do lekarza, kiedy zgrubiała wskutek obfitego nacieczenia łącznica wywołuje zmniejszenie się szczeliny powiekowej. Jest to właściwie faza przejściowa, łącząca w jedną całość ewolucyjną najprostsze, zapalenia nieżytowe i jaglicowe.

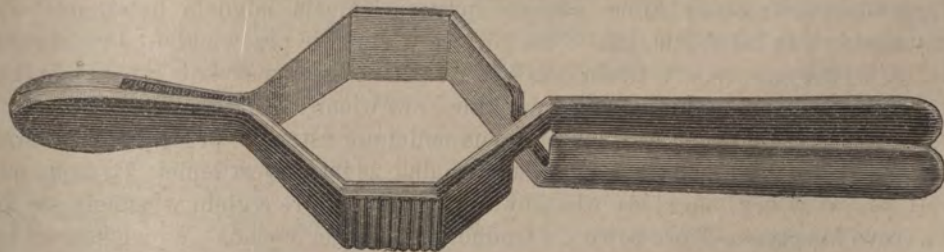
[D. n.]

II. NOWE UCISKADŁO KISZKOWE.

Podał

Hipolit Oderfeld.

Już sama liczba znanych uciskadeł stanowi najwymowniejszy dowód, że wszystkie one mają swoje ujemne strony i dlatego niech mi wolno będzie przedstawić czytelnikom nowego rodzaju uciskadło, oparte na innych zasadach, niż wszystkie dotąd mi znane. Te ostatnie składają się z dwóch stożków, z których jeden przedziurawia krążkę i po złożeniu ich, umocowuje się końce za pomocą



śrubek lub ligatury [RYDYGIER, WEHR, HAHN, TREVES]. Moje uciskadło, zbudowane na wzór zwykłych *serre fin*, obejmuje kiszczę od strony wolnej od krążki i równomiernie lecz stale ją uciska, podczas gdy operator szyje. Przedsta-

wiony rysunek najlepiej zarekomenduje w mowie będący przyrząd: jest on w użyciu prosty, łatwo daje się dezynfekować i jest tani. Na ramiona przyrządu nakłada się sączek gumowy.

Model został wykonany w pracowni Balukiewicza [Hotel Paryzki w Warszawie].

III. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII I KLINIKI SPRAW ZAPALNYCH MIGDAŁÓW.

Napisali

Dr A. Sokołowski,

ordynator szpitala Św. Ducha w Warszawie,

oraz

Dr Z. Dmochowski,

asystent tegoż szpitala.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 30].

III. Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata.

Przed chwilą skreślony opis przewlekłego deskwamacyjnego nieżytu krypt, jak wspominaliśmy wyżej, od czasu do czasu ulega obostrzeniu i daje zupełnie odrębny obraz kliniczny. Chorzy, którzy przedtem na nic się nie uskarżali, lub też którzy wskazywali na opisane wydzielanie się czopów, bez żadnego widocznego powodu zaczynają się uskarżać na ostry ból w gardzieli w połączeniu z uczuciem ogólnego rozbicia, a nawet lekką gorączkę. W większości jednak przypadków poruszeń gorączkowych nie bywa. Ból niejednokrotnie bywa bardzo żywym, utrudnia nietylko łykanie, lecz nawet przeszkadza w mowie. Jednym słowem, mamy przed sobą objawy, charakteryzujące zwykłą, tak zwaną *anginam rheumaticam*. Przy badaniu obiektywnem uderza nas, że migdał, na który głównie chory się uskarża, nie jest mocno zaczerwienionym i obrzękłym, jak to ma miejsce przy zwykłych zapaleniach gardła; toż samo da się powiedzieć i o najbliższem otoczeniu migdała [łuki, część podniebienia miękkiego]. Badając dalej, spostrzegamy w ujściach krypt biało-żółte czopy, które jednakże przy uciśnięciu migdała bynajmniej nie usuwają się z tą łatwością, jak to ma miejsce w sprawie przewlekłej. Przeciwnie, nieraz wydobywamy je z trudnością i to za pomocą szczypeczyków lub zgłębnika, przyczem niejednokrotnie występuje lekkie krwawienie.

Po usunięciu czopa czasami ból bynajmniej nie ustępuje; przeciwnie, ciż sami chorzy zgłaszają się na drugi dzień, utrzymując, że im nie jest lepiej. Badając migdał po raz wtóry, niekiedy widzimy nowe czopy, które z głębi wysunęły się ku otworowi krypty, a które równie z trudnością dają się wyjąć. W większości jednakże przypadków czopów na drugi dzień nie spotykamy; migdał, prócz lekkiego obrzmienia i przekrwienia, nie przedstawia żadnych zmian; ból, utrudnione połykanie i inne objawy w zupełności ustępują.

W innym szeregu przypadków, obok zmian wyżej opisanych, spotykamy na powierzchni migdała plamki żółtawe, różnej wielkości, zwykle jednak nie przecho-

dzące rozmiarów ziarnka konopnego. Pozornie robi ono wrażenie czopa, lub ja-
kiegoś nalotu, przypatrując się jednak bliżej, a szczególnie przy dobrem
oświetleniu, widzimy, że błona śluzowa w tem miejscu jest zupełnie gładką i poly-
skującą. Przy lekkim potarciu wataj miejsce to nie ulega żadnej zmianie. Je-
dnem słowem, przekonywamy się, że plamka ta zależy od jakiejś sprawy umiej-
scowionej pod błoną śluzową. Przy lekkim ucisku zgłębnikiem na to miejsce,
chorzy skarżą się na mocny ból i właśnie tu go umiejscawiają. Plamki takie
zwykle bywają pojedyncze, lecz widywaliśmy ich i po kilka jednocześnie. Jeśli
dalej będziemy obserwować tych chorych, to zobaczymy, że po kilku dniach na
miejscu takiej plamki występuje drobne owrzodzenie, przez które cienkim zgłębni-
kiem z łatwością wchodzimy do krypty, z której jednocześnie wysuwają się zbite
charakterystyczne masy czopowe. Po ich usunięciu ból nie ustępuje odrazu, lecz
po kilku dniach owrzodzenie zupełnie się zabliznia. Sprawa nieco się przewleka,
jeżeli otwór, powstały drogą owrzodzenia, jest zbyt małym i jeśli zawartość nie
zostanie szybko usuniętą.

W podobnie ostrym okresie wycinaliśmy migdały i poddawaliśmy je bada-
niom drobnowidzowym, których wyniki w kilku słowach skreślamy. Pewne
odmiany w porównaniu ze zmianami, jakie spotykamy przy przewlekłej postaci
tego cierpienia, widzieliśmy jedynie w nabłonku wyścielającym krypty. Najprzód
uderza wzmożone oddzielanie się całych warstw komórek nabłonkowych. Łuszcze-
nie to, o ile się zdaje, idzie bardzo szybko, gdyż widywaliśmy nieraz, że cała za-
wartość krypty składa się z nabłonków, których jądra jeszcze się barwią. Na-
stępnie nabłonek bywa mocno nacieczonym ciałkami limfatycznymi i przez to cała
warstwa nabłonkowa jest jakby zgrubiałą. Nacieczenie to niekiedy bywa tak
silnem, że, szczególnie w głębszych warstwach nabłonka, widzimy po kilka ko-
mórek nabłonkowych, otoczonych względnie szeroką warstewką ciałek limfaty-
cznych. Co się tyczy folikulów i tkanki adenoidalnej, to żadnych zmian wy-
bitnych, charakteryzujących dane cierpienie, zauważyć nie byliśmy w stanie.
Tkanka łączna, leżąca między tkanką adenoidalną, również nie charakterystyczne-
go nie przedstawia. Badanie czopów wykazało, że składają się one z nabłon-
ków ze znaczną domieszką ciałek limfatycznych. W czopach tych spotykaliśmy
najrozmaitsze pasorzyty, lecz ponieważ widywaliśmy migdały, które pod wzglę-
dem klinicznym i anatomo-patologicznym posiadały wszystkie wyżej opisane
cechy, a pasorzytów w zawartości krypt nie spotykaliśmy, z drugiej znów strony
ponieważ widywaliśmy też pasorzyty i w zdrowych migdałach, uważamy je więc
za saprofity, a samą sprawę za niezakaźną.

Co się tyczy przyczyn wywołujących podobne obostrzenie się sprawy prze-
wlekłej, to za możliwe uważamy dwa czynniki. Przy opisie zwykłego przerostu
migdałów i przewlekłego nieżyty deskwamacyjnego kilkakrotnie zaznaczaliśmy,
że czopy, chociaż zatrzymują się, jednak nawet przy najlżejszym ucisku usuwać
się dają. Tu zaś rzecz się ma odwrotnie, czopy usuwać się dają z wielką trudno-
ścią, do tego stopnia, że przy tych usiłowaniach nieraz nadrywamy brzegi krypt
i w ten sposób wywołujemy lekkie krwawienie. Przyczyną podobnego utkwie-
nia czopów może być z jednej strony tak mocne zbliżenie się ścian krypt wsku-
tek przerostu folikulów, że nie wystarczającą jest siła działających na migdał

mięśni, by je usunąć, a czopy te dopiero jako ciała obce wywołują obostrzenie, lub też do przewlekłej sprawy przyłącza się jakiekolwiek zapalenie, chociażby natury surowiczej, które wywołując przekrwienie i obrzmienie ścian krypt, utrudnia, a raczej uniemożliwia wydzielenie się zawartości. Jednym słowem, przypuszczamy, że z jednej strony uwięźnięcie czopów samo przez się może wywoływać obostrzenie, z drugiej znów strony, że obostrzenie jest wywołanem jakimś innym czynnikiem, a uwięźnięcie czopów jest tylko objawem następczym. Bez wątplenia i w tym razie nie pozostanie ono bez wpływu i odbije się czy to na natężeniu, czy też na przedłużeniu sprawy. W pierwszym razie, t. j. w razie uwięźnięcia czopów masy, te, zatrzymując się przez czas dłuższy, ciągle przytem zwiększając się w swej objętości, gdyby nawet były ciałami zupełnie obojętnymi, już samą obecnością swoją mogą wywoływać obostrzenie. Jeżeli zaś zwrócimy uwagę na to, że przecież są to substancyje organiczne że przy ich rozkładzie dochodzi do wytwarzania się kwasów tłuszczowych, że na gruncie tym rozwijają się najrozmaitsze pasorzyty, które także ze swej strony wytwarzają drażniące substancyje, łatwo w tych warunkach zrozumiemy przejście sprawy przewlekłej w ostrą.

Drugie nasze przypuszczenie, że jakieś zapalenie przyłącza się samodzielnie, że ono jest bezpośrednią przyczyną objawów klinicznych [ból, nieznaczne zaczerwienienie], i że utrudnione wydzielanie się czopów jest dopiero objawem następczym, również wydaje się nam być uzasadnionem, jeżeli zwrócimy uwagę raz na ostre niezyty, które zjawiają się, chociaż bez żadnej widocznej przyczyny, a powtórę znów na pasorzyty. Co się tyczy tych ostatnich, to pewno wpływ ich będzie zależał wyłącznie od ich złośliwości. Bliżej określić, które z nich mogą bezpośrednio wywoływać rozmaite sprawy ostre, nie jesteśmy w stanie, ponieważ widywaliśmy w kryptach najrozmaitsze gatunki, lecz ponieważ spotykaliśmy się także ze streptokokami, a nawet z aktynomikozą, sądzimy więc, że i to przypuszczenie będzie również usprawiedliwionem.

Chcielibyśmy powiedzieć jeszcze kilka słów wyjaśniających o tych białych plamach przeświecających z pod błony śluzowej i doprowadzających do powierzchownych owrzodzeń, jak również kilka słów, tłumaczących nas, że objaw ten odnieśliśmy do danego rozdziału.

Przy opisie makroskopowego badania krypt przerosłych migdałów zaznaczyliśmy, że zdarzają się krypty zupełnie zarośnięte, podając przytem przyczynę podobnego zarastania. Otóż, te przeświecające plamki nie są niczem innym, jak przeświecającą przez błonę śluzową zbitą zawartością podobnie zarośniętej krypty. Wydawać się może nieuzasadnionem, że objaw ten odnieśliśmy do ostrowego zapalenia krypt, ponieważ to zarośnięcie istnieje stale i podczas przewlekłego przebiegu sprawy, a nawet bez żadnej sprawy zapalnej. Skłoniły nas do tego względy czysto kliniczne. Podczas przewlekłego przebiegu cierpienia chociaż plamki te dają się czasem spostrzegać, lecz potrzeba na to wielkiej uwagi badacza i to specjalnie zwróconej w danym kierunku. Dopiero przy obostrzeniu się sprawy, kiedy zawartość podobnej krypty zaczyna się szybko powiększać, kiedy następuje ucisk, ból w danym miejscu, wtedy dopiero podobne plamy stają się bardzo widocznymi i rzucają się w oczy nawet najnieprawniejszemu badaczowi.

Ucisk zawartości na pokrywającą ją delikatną błonę i na nabłonek wywołuje obumarcie tych tkanek, które prowadzi do następczego owrzodzenia. Trzeba zawsze przewidywać, że podobne owrzodzenie, zabliźniając się, znów zamknie ujście krypty i sprawa z czasem się powtórzy.

Jeżeli na podstawie zmian anatomicznych trudnem było oddzielenie przewlekłego deskwamacyjnego nieżyty krypt, rozwiniętego na przerosłych migdałach, od samego przerostu, to tem większe trudności anatomiczne spotykamy przy oddzieleniu sprawy ostrej od przewlekłej tegoż charakteru. Zastanawiając się nad pochodzeniem sprawy, którą obecnie się zajmujemy i zwróciwszy uwagę na grunt, na którym ona się rozwija, właściwie nie mamy prawa zapatrywać się na nią jako na sprawę odrębną i poświęcać jej osobnego rozdziału. Zaraz w pierwszym zdaniu zgodziliśmy się na to, że jest ona tylko obostrzeniem cierpienia przewlekłego, że żadnych anatomicznych danych, któreby ją wyraźnie charakteryzowały nie mamy, że badania drobnowidzowe dały nam prawie takie same obrazy, jakie widywaliśmy przy sprawie przewlekłej; jednym słowem: anatomija każe zapatrywać się na nią jedynie jako na obostrzenie sprawy przewlekłej. Lecz i w tym przypadku również jak w pierwszym klinika zmusza nas do pewnych ustępstw na jej korzyść. Grunt, na którym rozwijają się te obostrzenia — jednym słowem, przewlekłe wydzielanie się czopów — często dają, jak zaznaczyliśmy w poprzednim rozdziale, tak małe i niewyraźne objawy subiektywne, a tymczasem obostrzenie tejsze sprawy ma tak wybitne cechy sprawy ostrej, że nie oddzieliwszy tej postaci, przyczynilibyśmy się do nowej płątaniny i tak nie zbyt jasnych pojęć. Jeżeli chory, nie wiedząc o swem przewlekłym cierpieniu, przyjdzie do lekarza ze wszystkimi objawami sprawy ostrej, to nie możemy mu się dziwić, że się wpierv zawaha, nim ją nazwie przewlekłą. Dlatego też uważając ją za przewlekłą, zaostroszoną, jedynie ze względów czysto praktycznych proponujemy nazwę „*tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata*“, a dla krótkości „*tonsillitis lacunaris desquamativa exacerbata*“. Za sprawą ostrą, *desquamativa acuta*, uważać jej nie możemy, gdyż najprzód rozwija się ona zawsze na gruncie cierpienia przewlekłego, a powtórę w sprawach deskwamacyjnych ostrych dochodzi do zluszczenia *en masse* całej warstwy nabłonkowej i na tych miejscach tworzą się erozyje, czego w naszych przypadkach nie spostrzegaliśmy. Proponując zaś termin „*acuta*“, nie bylibyśmy w zgodzie z anatomiją.

IV. *Tonsillitis lacunaris pseudomembranacea.*

Od bardzo dawna, a szczególnie w Francyi, Anglii i Niemczech [FRIEDREICH, VOLKMANNS *Vorlesungen*, 1874] spostrzegano pewną odrębną postać zapalenia migdałów, która, nie mając wszystkich cech właściwych dyfterytowi, przebiegała jednakże z pewnymi objawami, przypominającemi to cierpienie. W ostatnich latach dziesięciu z rozwojem nauki o chorobach pasorzytnicznych i pod wpływem BOUCHARD'a, który w roku 1881 na zjeździe lekarskim w Londynie wygłosił zdanie, że pewne sprawy ostre migdałów uważane dotychczas za zwykłe reumatyczne anginy, należy uważać za sprawy zakaźne, w przebiegu bowiem ich znajdował biało w moczu, zaczęto bliżej i tą kwestyją się zajmować. Zdanie Bou-

CHARD'a w Niemczech podzielali LEYDEN, KANNEBERG i inni. W Anglii MANTLE na zjeździe lekarskim w 1883 r. w Cardiff, opisał spostrzegane przez siebie całe szeregi epidemij ostrych zapaleń migdałów, różniących się od zapaleń dyfterytycznych, a które jednak miały wszystkie cechy właściwe ostrym sprawom zakaźnym. Autor jednocześnie przedstawiał bliżej nieokreślone mikroorganizmy, wykryte przy tej sprawie. W dyskusji nad tym przedmiotem, w której przyjęli udział najznakomitsi praktycy angielscy, nie wypowiedziano ostatecznie decydującego zdania [BROWN, FOX, FITZ—MAURICE], jedynie SEMON, na podstawie wielkiego materiału klinicznego twierdził z całą stanowczością, że sprawy te są czysto zakaźnej natury. Profesorowi B. FRENKEL'owi z Berlina należy się dopiero rzetelna zasługa gruntownego opracowania tej kwestyi. Autor, w pracy swojej pod tytułem „*Angina lacunaris*“ (*Berl. klin. Woch.* 1886), zalicza to cierpienie do chorób czysto zakaźnych [wstępny dreszcz, wysoka gorączka z cyklicznym przebiegiem, ogólne rozbicie i osłabienie]. Szerzenie się cierpienia pod postacią tak zwanych epidemij domowych, na poparcie czego cytuje liczne przykłady, zmusiło FRENKEL'a do przyjęcia jakiegoś zarazka, który z jednego osobnika przenosi się na drugi. Następnie, umiejscawiając sprawę w kryptach, autor wskazuje; jako na *signum pathognomicum*, na gęstą wydzielinę, gromadzącą się na powierzchni migdała. W hodowlach, otrzymanych z tej wydzieliny, wykrywał różne rodzaje mikroorganizmów, barwiących się łatwo anilinowemi barwnikami, a częściowo jodem. Przeważnie znajdował stafilocoki. Zdołał on wyhodować trzy gatunki: jeden *micrococcus* średniej grubości, który przedstawiał się jako *diplococcus*, drugi przypominający *staphylococcus pyogenes aureus*, trzeci zaś: *albus*. Szczepienia jednakże nie dały żadnych pozytywnych wyników i żadnemu z tych pasorzytów specyficznych własności autor nie przypisuje. Na zaziębnienie autor zapatruje się jako na czynnik wywołujący. Tak zwaną *angina lacunaris* FRENKEL stanowczo oddziela od dyfterytu na podstawie nieobecności włóknika w wydzielinie, oraz na podstawie przebiegu klinicznego. Z drugiej jednakże strony między temi dwiema sprawami wynajduje związek tak ścisły, że podaje przykłady, w których tak zwana *angina lacunaris* przeszła w dyfteryt. Badań anatomicznych autor nie podaje, gdyż wszystkie spostrzegane przez niego przypadki kończyły się pomyślnie.

W tymże roku SEIFERT (*Ueber lacunäre Angina — Wien. med. Woch.* 1886) w zupełności potwierdza poglądy FRENKEL'a i oddziela tę sprawę od dyfterytu, przyjmuje ją jednak za niechybnie zakaźną. Swoistych pasorzytów nie był w stanie wykryć. W 1889 r. autor włoski GABBI (*Lo sperimentale* 1889), robiąc hodowle z wydzieliny krypt, przy tej sprawie znajdował tylko jeden rodzaj pasorzyta, mianowicie *diplococcus* FRAENKEL'a i na podstawie tych badań przychodzi do wniosku, że cierpienie to jest tylko umiejscowieniem zarazka pneumonicznego. A. JACOBI z New-Yorku, na podstawie obszernego materiału w 1886 r., krytykuje dotychczasowe pojęcia o tak zwanej *angina lacunaris s. follicularis*.

Angina lacunaris, podług niego, może być nieżytową, ropną, włóknistą, dyfterytyczną, nazwa zaś *angina lacunaris* winna być zupełnie z nomenklatury lekarskiej wykreślona; z powodu bowiem braku odpowiedniego przymiotnika daje powód do ciągłych nieporozumień. Z olbrzymiej ilości prac,

ogłaszanych w ciągu lat ostatnich, przytoczyliśmy tylko poglądy najważniejszych; inne bowiem prace są albo natury polemicznej, lub też, powtarzając poglądy powszechnie znane, ograniczają się jedynie na klinicznej stronie danego cierpienia. Uważamy za obowiązek nadmienić, że w naszej literaturze D-r JÓZEF CZAJKOWSKI dwukrotnie w Gazecie Lekarskiej w 1888—91, przytaczając kazuistyczne dane, przemawiające za zakaźnością danej sprawy, dopatruje się związku, w myśl dawnych poglądów autorów angielskich, między nią, gościem i ostrem cierpieniem nerek. Tenże autor starał się dowieść na podstawie swych badań bakteryjologicznych, że tak zwana *angina lacunaris* jest warunkowaną *staphylococco et streptococco pyogene*. Poglądów tych badania inszych autorów nie potwierdziły (DIETRICH — *Die Bedeutung der Mikroorganismen der Mundhöhle für den menschlichen Organismus*, Prag. med. Woch. 1890). Ponieważ, jak widzimy, z tych kilku pobieżnych streszczeń badania bakteryjologiczne dały ujemne wyniki i wszelkie usiłowania wykrycia swoistego pasorzyta pozostały bez skutku, sądziliśmy, że może na drodze badań drobnowidzowych uda nam się zdobyć jakieś dane, pozwalające jasno scharakteryzować to cierpienie. W tym celu, nie bacząc na przeciwne zdanie wszystkich prawie klinicyistów, wycięliśmy u trzech osobników podobnie zajęte migdały i poddaliśmy je szczegółowym badaniom, których wyniki, po przytoczeniu krótkiej historii tych przypadków, podajemy.

Przypadek I. Toba D., lat 12. Zgłosiła się dnia 9 Października do naszego ambulatoryjum szpitalnego, skarżąc się na mocny ból gardła i utrudnione przelknięcie, trwające od czterech dni. Objawom tym od początku towarzyszyły dreszcze, gorączka, ból głowy, utrata łaknienia i stan ogólnego rozbicia. Z anamnezy dowiedzieliśmy się, że chora w ciągu ostatnich lat kilku zapadała dwukrotnie jakoby na dyfteryt, prócz tego bardzo często występował u niej przemijający ból gardła, zresztą czuła się dobrze i innych ważniejszych chorób nie przebywała. Warunki higieniczne, w których żyła, były nędzne. Przy badaniu chorej wykryliśmy: stan gorączkowy, około 39° C., gruczoly szyjowe powiększone. Przy badaniu gardzieli znaleźliśmy duży i mocno zaczerwieniony prawy migdał; na jego powierzchni widać liczne biało-żółtawe plamki ściśle ograniczone do ujścia krypt, wśród nich błona śluzowa cząrwona nieco obrzęknięta. Przy dotknięciu zgłębnikiem widać, że plamy te są właśnie wydobywającą się z krypt zawartością, która pod wpływem ucisku wypływa pod postacią biało-żółtego, ciągnącego się płynu. Inne części gardzieli umiarkowanie zaczerwienione; w krtani i jamie noso-gardzielowej zmian nie wykryliśmy. Migdał wycięliśmy tonsilotomem MACKENZIE'go i włożyliśmy do stężonego rozczynu sublimatu.

Przy wycięciu krwawienie mieliśmy bardzo nieznaczne. Chorą widzieliśmy na drugi dzień — nie gorączkowała wcale, skarżyła się jedynie na nieznaczny ból na miejscu wyciętego migdała. Rana była zupełnie czystą i w ciągu tygodnia, podczas którego spozrzegaliśmy chorą, nastąpiło zupełne zabliznienie przy użyciu lekkich płukań antyseptycznych.

Przypadek II. Josek Z., faktor, lat 29 liczący, zgłosił się w dniu 17 Grudnia do ambulatoryjum szpitalnego, skarżąc się na mocny ból gardła, trwający od dwóch dni. Stanowi temu towarzyszyły dreszcze, gorączka, mocny ból głowy, zupełny brak łaknienia i uczucie ogólnego rozbicia. Z anamnezy dowiedzieliśmy się, że od dziecka zapadał często na bóle gardła, które nawet kilkakrotnie uważano za dyfteryt. Przed dwoma laty wycięto mu lewy migdał, nie powstrzymało to jednak ciągle powtarzających się spraw zapalnych, które występowały nietylko na prawym migdale, lecz również na pozostałości lewego migdała. Przy badaniu

znaleźliśmy: stan lekko gorączkowy, nieco wyżej nad 38° C.; gruczoły szyjowe powiększone, język mocno obłożony. Prawy migdał duży, obrzękły, mocno zaczerwieniony, krypty mocno rozszerzone, wypełnione biało-żółtymi masami, które były widoczne, jako plamy regularnie okrągłe, ściśle odpowiadające wylotom krypt. Ucisk zgłębnikiem jest mocno bolesnym i wywołuje obfite wydzielanie się zawartości. Na pozostałości lewego migdała widzimy również mocne zaczerwienienie, oraz białe czopki, które jednak przy ucisku z trudnością się wydzielają. W jamie noso-gardzielowej, oraz krtani, zmian nie znajdowaliśmy. Migdał został wycięty tonsilotomem MACKENZIE'go. Sprawa zakończyła się bez żadnych powikłań i również, jak w poprzednim przypadku, w ciągu kilku dni nastąpiło zupełne zabliznienie.

Przypadek III. Ruchla G., lat 10. Przybyła 3 Lutego do ambulatoryjum szpitalnego, skarżąc się na ból gardła trwający od trzech dni. Poprzedziły go dreszcze, gorączka i ciągły ból głowy. W ciągu ostatnich lat pięciu zapadała często na ból gardła. Przy badaniu znaleźliśmy: stan mocno gorączkowy, 39,2°, język obłożony, tętno przyspieszone, gruczoły szyjowe powiększone. Oba migdały znacznie obrzękłe, krypty wypełnione biało-szarawą masą, obficie wypływającą przy ucisku. Pośród płam błona śluzowa mocno zaczerwieniona. W krtani i jamie nosogardzielowej zmian nie znaleziono. Rozpoznawszy ostre zakaźne zapalenie migdałów tak zwaną *anginam lacunarem*, migdał lewy wycięliśmy bez żadnych poważniejszych jak wyżej powikłań podczas i po operacji.

Podobnie jak w poprzedzających przypadkach cała sprawa w ciągu kilku dni pomyślnie zakończoną została. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

24. H. Fritsch. O wyskrobaniu macicy przy gorączkach połogowych.

W pracy niniejszej autor rozbiera kwestyję, o ile racjonalnym jest wyskrobanie macicy w przypadkach zakażenia połogowego. Przyjawszy za zasadę, że gorączki połogowe są wynikiem przedostania się przez drogę porodową do ustroju streptokoków i wytwarzanych przez nie ptomain, zdawałoby się, że wczesne usunięcie zarazków z pierwotnego ich siedliska i zniszczenie ich uwieńczone zostanie najlepszymi skutkami. I rzeczywiście nieraz udaje nam się przez przemycie jamy macicy energicznie działającym środkiem przeciwnilnym usunąć chorobę w zarodku i zapobiedz rozwinięciu się zakażenia połogowego. Że jednak podobnie pomyślnie wyniki nie są zbyt częste, należy szukać przyczyny w zbyt długim przeciągu czasu, jaki upływa między początkiem zakażenia a naszą interwencją lekarską. Przychodzimy zapóźno w praktyce prywatnej, co więcej, opóźniamy się nawet w klinikach, gdzie przecież mierzenie ciepłoty odbywa się kilka razy dziennie. Gorączka połogowa zabija niekiedy z piorunującą szybkością. Nic dziwnego, że HECKER przypisał nagłą śmierć jednej położnicy udarowi mózgowemu, a badanie zwłok wykazało jednak zakażenie.

Analogiczny przypadek widział i FRITSCH. Dosyć kilku godzin, aby choroba stała się nieuleczalną. Mimowoli nasuwa się pytanie, czy nie posiadamy innego środka, któryby działał skuteczniej, aniżeli przemycie jamy macicy, środka, któryby przez siłę swego działania zdołał naprawić to, cośmy stracili z powodu zbyt długiego upływu czasu. Toż i chirurg przychodzi niekiedy za późno, jednak wyskrobuje, przypala, starając się przynajmniej tą drogą osiągnąć możliwie najlepsze skutki. Tak samo powinien postąpić i akuszer, a jeśli przemycie jamy macicznej pozostaje bez skutku, może to mieć dwojaką przyczynę, albo chora uległa już zakażeniu, i wtedy wszelkie leczenie staje się bezskutecznym, albo też w drogach porodowych, w macicy, znajduje się ognisko chorobowe, ogni-

sko, w którym drobnoustroje znajdują odpowiednią glebę dla swego rozwoju; w ostatnim przypadku, wyskrobując macicę, usuwamy tem samem chorobę. Tak też rozumował i C. v. BRAUN. Kwestyja wyskrobania macicy zdaje się być teoretycznie uzasadnioną szczególnie przy t. zw. sapremicznej postaci gorączki połogowej [jeśli przyjmujemy podział gorączek połogowych na trzy główne postaci: ropnicową, posocznicową i sapremiczną, która wogóle obejmuje przypadki lekkie]. W takich przypadkach BRAUN robił wyskrobanie. FRITSCH jednak odrzuca wyskrobanie jamy macicznej w przypadkach gorączki połogowej. Autor wprawdzie przyznaje, że wyskrobanie samo przez się nie przedstawia niebezpieczeństw, nie wywołuje krwotoków i wogóle nie jest bolesnem, jeśli wykonać je umiejętnie łyżeczką tępą, w położeniu bocznem chorej, mimo to odradza autor stosowanie tego rękoczynu, a to na zasadzie następującego rozumowania. Przedewszystkiem rozpoznanie, że pewna gorączka połogowa jest natury sapremicznej, jest w początkach choroby zadaniem nader ciężkiem, dopiero w miarę rozwijania się choroby, biorąc pod uwagę oddziaływanie ustroju na rozmaite czynniki lecznicze, można do pewnego stopnia określić, czy mamy do czynienia z sapremiją lub też z zakażeniem, wywołanem przez streptokoki. Następnie rzeczą jest bardzo wątpliwą, czy przez wyskrobanie usuwamy istotnie ognisko zapalne. Istotne ognisko znajduje się najczęściej nie w strzępach błony doczesnej, nie w martwej zawartości jamy macicznej, lecz w tkance łącznej okołomacicznej. Autor jest zdania, że zakażenie wychodzi z szyi macicznej, ponieważ: 1-o, jest ona częścią macicy najczęściej badaną, a więc najbardziej narażoną na zagnieżdżenie się drobnoustrojów, i 2-o, małe ranki, zadrażnienia znajdują się tam bardzo często, to też zapalenie w tkance łącznej okołomacicznej zaczyna się u podstawy więzów szerokich, w najbliższem sąsiedztwie, co więcej, niekiedy w bezpośredniej styczności z ranką szyi. Chcąc więc usunąć ognisko chorobotwórcze, należałoby otworzyć *parametrium* w celu wypuszczenia zawartej w niem ropy, albo też wyciąć zakażoną macicę, tu są bowiem główne ogniska choroby, usunięcie zaś resztek błony doczesnej przez wyskrobanie jest dla sprawy o tyle obojętnem, o ile przez energiczne poprzedzające przemycie części te same przez się przestały być dla ustroju szkodliwemi; o tyle zaś szkodliwem, o ile wyskrobanie jako uraz przyspiesza krążenie w naczyniach chłonnych, a tem samem przeszkadza otorbieniu się wysięku, co osiągamy jedynie przy zupełnem zachowaniu spokoju.

Ze jednak BRAUN przytacza 100 przypadków wyleczenia, dowodzi tylko, że przypadki były lekkie, a prócz tego po wyskrobaniu następowało przemycie jamy macicznej i przyżeganie błony śluzowej nalewką jodową, co razem wywołało energiczne kurczenie się macicy; temu to ostatniemu należy przypisać korzystne wyniki rękoczynu BRAUN'a.

Zdawałoby się, że wyskrobanie macicy ma jednak racyję bytu w jednym przypadku — mianowicie, jeśli po jednorazowym przepłukaniu jamy macicznej ciepłota spadła, lecz następnie znów się podniosła, dowód więc, że miejscowe leczenie mogłoby tu mieć swoje wskazanie. Doświadczenie jednak pokazało, że spadek ciepłoty zależy w takich przypadkach od wessania środka przeciwnilnego do krwi i od usunięcia płynnych łatwo rezorbujących się mas z jamy macicy. Powtórne podniesienie się ciepłoty jest tylko dowodem, że zarazka nie było już na powierzchni, że choroba rozwinęła się w głębi tkanek. W najniepomysłniejszych przypadkach macica jest pustą, a sprawa chorobowa rozwija się w tkance łącznej. Zachowanie się resztek pozostałego w macicy łożyska również przemawia przeciw wyskrobaniu przy gorączce sapremicznej. Resztki łożyska mogą przez długi czas pozostawać w jamie macicznej, nie wywołując gorączki. Ze uciekamy się tu często do pomocy łyżeczki, to nie dlatego, że obawiamy się gorączki i zapalenia błony śluzowej macicy, a wprost dla tej przyczyny, że takiemu stanowi towarzyszą zwykle krwotoki maciczne, a następnie z powodu szkodliwych następstw wadliwej inwolucyi macicy.

Na zasadzie powyższego rozumowania autor dochodzi do wniosku, że po-myślne wyniki, otrzymane po wyłyżeczkowaniu macicy w przypadkach gorączek pólógowych, należy przypisać tylko jednocześnie wykonywanemu przepłukaniu jamy macicznej, że wyłyżeczkowanie jest, co najmniej, zbyt cennym, a przy nieodpo-wiednim doborze przypadków może się stać rękoczynem nader szkodliwym.

(*Deutsche medic. Wochenschrift. 1891. Nr. 16.*)

M. Lebensbaum.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie 21. IV. 1891.

Kol. PRZEDBORSKI z Łodzi przedstawił 2 chorych, którym stosował wstrzykiwania płynu KOCH'a. 20-letni mężczyzna ma od kilku lat owrzdzenia na twarzy i uchu. Owrdzenia te przyjmowano za syfilityczne i leczono w tym kierunku, lecz bez skutku. W celu rozpoznawczym kol. P. zastosował wstrzykiwanie płynu KOCH'a; zrobił 15 wstrzykiwań, pierwsze z 4 miligr., drugie z 8 mlgr., a ostatnie 40 milgr.. Po pierwszych wstrzyknięciach chory gorączkował, a od 16 miligramów już nie było podniesienia ciepłoty. Owrdzenia początkowo zaczęły się oczyszczać i zablizniać, następnie jednak pojawiło się pogorszenie. Kol. P. kilkakrotnie je wyskrobywał, lecz pomimo to nie nastąpiło zagojenie. Chory w tym czasie dostał róży, po przejściu której wszystkie owrzdzenia zagoiły się.

Drugi chory 37-letni mężczyzna, z gruźlicą krtani i płuc w pierwszych okresach. Po wstrzyknięciach płynu KOCH'a waga ciała poprawiła się, lecz po zaprzestaniu wstrzykiwań wróciła do pierwotnej cyfry. Laseczniki w płwocinie znikły, zmian w płucach również wykazać nie można. P. uważa chorego za wylezonego.

Kol. HERYNG odnośnie do 1 spostrzeżenia zaznacza, że widział analogiczny przypadek: chory przebył syfilis, po kilku latach nastąpił powrót choroby, leczenie odpowiednie pozostało bez skutku. Chory dostał róży, po której wszystkie owrzdzenia zagoiły się. W drugim przypadku, przedstawionym przez kol. P., krtani nie jest jeszcze prawidłowa, chociaż owrzdzeń żadnych nie widać.

WRÓBLEWSKI. Przyczynę do kwestyi wyrosli adenoidalnych. Wyrosłe adenoidalne u głuchoniemych. Najważniejszym cierpieniem jamy nosogardzielowej są wyrosłe adenoidalne, oraz przerost gruczołu LUSCHKI; mieszczą się one u stropu jamy, bądź na tylnej ścianie, bądź też na bocznej. Cierpienie występuje najczęściej u dzieci: na 80 przypadków, operowanych przez kol. Wr., 15 chorych było powyżej 18 roku życia. Objawy: trudność oddechania nosem, chrapanie we śnie, sen niespokojny, nieżyty nosa, bóle gardła, suchość w gardzieli, mowa „przez nos“, zwężenie jam nosowych; jednym z dość częstych objawów bywają też krwotoki obfite z nosa, które ustępują po usunięciu wyrosli. Zwykle towarzyszą wyrosłom adenoidalnym: nieżyt nosa, ziarnina w gardzieli, przerost migdałków. Jako częste powikłanie cierpienia spotykał WRÓBLEWSKI *otitis media purulenta*: na 39 przypadków przewlekłego ropienia uszu, jakie widział w szpitalu w roku zeszłym, 10 razy znalazł wyrosłe adenoidalne. Badanie chorych wykonywa za pomocą lusterka i palca. Przerost migdałka gardzielowego LUSCHKI u nas jest częstym cierpieniem: w ciągu 3 lat WRÓBLEWSKI widział 150 przypadków, z których 80 operował. Za wskazania do operacji uważa: zaburzenia w oddechaniu, zaburzenia ze strony uszu, nerwice zwrotne, krwotoki nosa, uporczywe nieżyty nosa i gardzieli. Rozmiary wyrosli nie zawsze stoją w prostym stosunku do konieczności operowania; zależy to od ich formy, umiejscowienia i objawów. Operuje pod chloroformem w półśpieniu szczególniej dzieci dla doszczętnego usunięcia wyrosli, w pozycyi półsiedzącej; jeżeli migdałki powiększone, to usuwa je najpierw. Wyrosłe wycina odpowie-

dniemi kleszczami, resztki zeszkrobuje paznogciem. Jamę po operacji przemywa płynami przeciwnilnemi i wyciera gazą jodoformową. 4-go dnia po operacji przemywa po raz pierwszy, a 8-go powtórnie. Po operacji raz tylko jeden widział dyfteryt rany z obfitemi krwotokami; w przypadku tym, pomimo zakazu, przemyto nos szprycą, używaną poprzednio u dziecka chorego na dyfteryt. Również wspomina o niezbyt rzadkich krwotokach wtórnych.

U głuchoniemych WRÓBLEWSKI badał nos, gardziel i jamę nosogardzielową, w 160 przypadkach: z tej liczby w 92, t. j. 57,5% znalazł wyrosłe adenoidalne; wypełniały one całą jamę, albo się przedstawiały pod postacią sopli, brodawek, guzowatości, najczęściej zaś znajdował płaskie na stropie, tylnej ścianie, a rzadziej na bocznej. W dwóch przypadkach widział, że wyrosłe wyścięłały formalnie całą powierzchnię jamy nosogardzielowej, skutkiem czego wcale nie było widać otworów trąbek EUSTACHIJUSZA. U głuchoniemych, mających wyrosłe adenoidalne, spotykał WRÓBLEWSKI, jako powikłanie, przerost migdałków podniebieniowych w gardzieli, niezbyt nosa przewlekły, polipowate zwyrodnienia muszel, niezbyt ziarnisty gardzieli. WRÓBLEWSKI podziela poglądy D-ra PEISSON'a, który przypisuje wyrosłom adenoidalnym ważną rolę w etyologii głuchoniemoty. Mówca jest zdania, że u głuchoniemych dzieci należy zwracać uwagę na jamę nosogardzielową i w razie obecności wyrosłości adenoidalnych operować je. Czem wcześniej będzie wykonana operacja, tem więcej jest szans przywrócenia słuchu i mowy.

HEIMANN. Według prelegenta, *otitis media purulenta* stanowi częste powikłanie wyrosłości adenoidalnych. HEIMANN dotąd nie widział ani jednego przypadku samoistnego ropnego zapalenia ucha, a zawsze jako następstwo przestrzykiwań.

WOLBERG nie przypuszcza, aby wyrosłe adenoidalne, rozwijając się w starszym wieku, wywierały wpływ na głuchoniemotę.

WRÓBLEWSKI młodych dzieci głuchoniemych nie badał, dlatego nie może nic odpowiedzieć.

HERYNG od wielu lat bada jamę noso-gardzielową i co do częstości jej afekcyi otrzymuje cyfry, stojące w pewnej sprzeczności z cyframi WRÓBLEWSKIEGO; H. przypuszcza, że W. może niezbyt znacznie stopnie fizyologicznego przerostu zalicza już do wyrosłości. H. operował około 300 przypadków. Tylko przy wysokim stopniu dzieci, dotknięte tem ciepieniem, przedstawiają taki typ, o jakim mówił WRÓBLEWSKI. Ropienie z ucha należy do wielkich rzadkości, najczęstszą przyczyną jest nieumiejętne przemywanie nosa. O krwotokach z nosa niewiele może powiedzieć, gdyż nie ma pod tym względem doświadczenia, widział może 2—3 przypadki. Badanie palcem daje bardzo pewne wyniki. Przy wskazaniach do operacyi istnieje u wielu lekarzy pewna nieogłędność, szczególnie pod tym względem H. zwraca uwagę na nerwice zwrotne. H. chloroform stosował tylko 5 razy i nie widzi wielkich wskazań do użycia go. Następne krwotoki są wogóle rzadkie, jednak mogą być groźne, dlatego uważa wszelkie krwawe operacje w jamie noso-gardzielowej za konieczne tylko wtedy, gdy są ściśle wskazania. Operowania paznogciem nie uważa za odpowiednie; postępowanie takie prawie wcale nie jest przyjęte: jest to rzecz bardzo trudna, lepiej i dokładniej operować można narzędziami.

WRÓBLEWSKI operuje tylko wyrosłe nader rozwinięte.

OLTUSZEWSKI widział po operacyi bardzo wielki krwotok u osoby dorosłej.

SREBRNY. Typ, przedstawiony przez WRÓBLEWSKIEGO, nie jest wyłącznie spotykany przy wyrosłach; występuje on zawsze przy niedrożności jamy nosogardzielowej. Krwotoki przy wyrosłach adenoidalnych nie są obfite. S. widział tylko krwioplucie. Ropienie z ucha powstaje skutkiem przestrzykiwań. Nie umie powiedzieć, o ile wyrosłe wpływają na powstawanie głuchoniemoty; w późniejszym wieku wyrosłe wywołują zaburzenia w słuchu, ale do głuchoty nie doprowadzają.

WRÓBLEWSKI spostrzegał krwotoki z nosa, a nie z ust, po usunięciu wyrosli krwotoki ustąpiły. Badanie głuchoniemych uważa tylko za przedwstępny materiał, a zupełnie nie wyprowadza stanowczych wniosków, gdyż zebrane dane są jeszcze bardzo małe.

STANKIEWICZ. Operacje wyrosli są małe w porównaniu z operacjami guzów w jamie nosogardzielowej, jednak po tych operacjach nie miewamy takich krwotoków, o jakich mówi HERYNG, jeżeli tylko jama dobrze jest zatamowana. S. uważa, że skutkiem obrażenia rozwija się obrzęk, który w części sam tamuje krwotok.

HERYNG powiada, że krwotoki występują niekiedy, trudne są do zatamowania tylko przy wyrosłach na tylnej ścianie gardzieli, w tych miejscach trudne jest tamowanie, ponieważ tampon nie może się utrzymać, ztąd też w takich przypadkach radzi przypalanie *ferro sesquichloreto*, albo przyżeganie galwanokauterem.

BIBLIJOGRAFIJA.

D-r M. Udziela. *Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego.*

Wśród wielu nienormalności naszego życia prowincjonalnego, jedno z pierwszych miejsc zajmuje nieprawidłowy stosunek inteligencji, a zwłaszcza lekarzy do twórczej pracy naukowej. Z jednej strony utyskujemy na jałowość życia na prowincyi, na brak warunków do pracy umysłowej, z drugiej zaś strony, gdy warunki te same się nastęrczają, lekceważymy je i odpychamy. Niejednokrotnie zdarza się słyszeć, zwłaszcza od wielu kolegów utyskiwania na brak laboratoryjów na prowincyi, dobrze urządzonych szpitali i t. p. środków, które pozwoliłyby im pracować naukowo i wynikami tej pracy dzielić się ze społeczeństwem. Niemniej przeto te działy wiedzy, w których bez laboratoryjów dużo mamy jeszcze do zrobienia, dotąd leżą odłogiem. Antropologija, etnografija, medycyna ludowa stanowią nader wdzięczny przedmiot do badań, a jednak nikt się niemi zająć nie chce. Gdy VIRCHOW zażądał danych co do barwy włosów i oczu ludu naszego, nie nie mogliśmy mu odpowiedzieć. O wymiarach ciała naszego pojęcia nie mamy, pomimo że coroczne pobory do wojska mogłyby dużo materiału dostarczyć, byle się tem kto zająć zechciał. Jeden tylko D-r SULIGOWSKI w Radomiu i drugi D-r JASZCZYŃSKI w Warszawie robili pomiary uczniów gimnazjalnych i wyniki tego ogłosili drukiem, prace ich jednakże można uważać tylko za początek poszukiwań w tym kierunku. Statystyka lekarska, dość ściśle prowadzona w Galicyi, u nas zaledwie jest w związku. W ostatnich czasach, z wyjątkiem sumiennej pracy D-ra KLARNERA, obejmującej jedną gminę tylko, oraz paru sprawozdań szpitalnych, prowincyja nie prawie nie dostarczyła. Co się zaś tyczy medycyny ludowej, a zwłaszcza higieny, to poza D-rem TCHÓRZNICKIM nie mógłbym wskazać nikogo, na tej niwie pracującego. Napróżno „Zdrowie“ rozsyła swe kwestyjonyaryjusze, napróżno zapytuje, jak się ludzie u nas kąpią, jakich ziół używają na lekarstwa, w jakich warunkach sanitarnych mieszkają. Nic to nie pomoże. Niewielka tylko ilość profanów o tem coś napisała, z lekarzy zaś nikt, ale to literalnie nikt, jak mnie zapewniał redaktor Zdrowia, nie odpowiedział. No, i czy tu można dziwić się wobec tego, że chłopci nie mają wielkiego zaufania do lekarzy, których tyle obchodzą warunki, w jakich chłop żyje, co śnieg zeszłoroczny. Czy można się dziwić nawoływaniom niektórych osób w prasie, które dowodzą, że dla praktyki wiejskiej koniecznie potrzeba wytworzyć nową kategorię ludzi, którzyby wykształceniem swoim zajmowali środek pomiędzy dzisiejszym lekarzem i felcerem. Projekt ten, jak wiadomo, nawet u władzy znalazł już posłuch i ma uleść rozpatrzeniu. W takich warunkach z radością i uznaniem musimy powitać pracę D-ra UDZIELI, który pierwszy spróbował nakreślić pełny obraz medycyny ludowej z jej wierzeniami, ziołami, zama-

wianiami i t. p.. Być może, iż praca jego z jednej strony przyczyni się do lepszego zapoznania nas z ludem, z drugiej strony zachęci tych z pomiędzy nas, którzy więcej mają do czynienia ze wsią, do zajęcia się medycyną ludową.

Przechodząc do pracy D-ra UDZIELI, muszę zaznaczyć przedewszystkiem bardzo pracowite zebranie rozrzuconej literatury, dotyczącej danego przedmiotu. Oprócz prac polskich, autor uwzględni literaturę niemiecką i rosyjską, a nadto podaje bardzo obfity materiał, przez siebie zebrany. Sama praca nosi na sobie charakter bardziej etnograficzny, aniżeli lekarski, co nawet autor w tytule zaznacza. Niemniej przeto, ze względu na znaczne nagromadzenie się materiału lekarskiego, ma ona doniosłe znaczenie dla medycyny. Ujemną jej stroną stanowi niedostateczne usystematyzowanie materiału, oraz brak ogólniejszych poglądów i wniosków, co nadaje jej bardziej wygląd skrzętnie zebranego materiału, aniżeli studyjum, na nim opartego.

Pracę swą autor dzieli na dwie części. Pierwsza, mniejsza, zawiera w sobie zapytywania ludu na chorobę, na lekarzy i znachorów, oraz niektóre ogólniejsze poglądy na leczenie. Druga, większa część dzieła, podaje najrozmaitsze środki, rękoczynny i zamawiania, używane w rozmaitych chorobach. Pierwszej części mógłbym zarzucić zbyt dużą ilość i niedostateczne wyzyskanie przedmiotu. Należało tu dokładniej omówić pojęcia ludu o istocie choroby. Wiadomo naprzykład powszechnie, że lud często przedstawia ją sobie pod postacią jakiegoś tworu, działającego na człowieka z zewnątrz [zmora, morowa dziewica i t. p.], lub mieszkającego w nim samym, jak np. macica, którą przedstawiają sobie, jako twór z pazurami i zębami, powodujący chorobę swem drapaniem i gryzieniem, oraz sprowadzający śmierć, jeżeli mu pozwolą się okocić. Należało nadto autorowi poruszyć w tym dziale kwestyję opętania, poglądy ludu na choroby zaraźliwe i t. p. Nie mógłbym także zgodzić się z autorem na jego zbyt pesymistyczne zapytywanie się na znaczenie leczenia ludowego dla medycyny wogóle. Nie myślę przeczyć wcale, że jest tam dużo balastu nieużytecznego, wśród niego jednakże znajdujemy wiele spostrzeżeń dokładnych, opartych na kilkowiekowej praktyce. Zdarza się wprawdzie, że jakimś dobrze zauważonemu objawowi dodają śmieszne objaśnienie, lecz to samo przytrafia się nieraz i medycynie naukowej. To też takie spostrzeżenia, jak: zaraźliwość suchot, szkodliwość natychmiastowego zasypiania po ciężkim porodzie, oraz konieczność podawania środków podniecających, jakoto: wódki lub likieru, nie tracą na tem, że im dają inne objaśnienie, aniżeli my dajemy. Wszyscy przecież wiemy o tem, że bardzo wiele środków przyjęliśmy wprost od ludu, że wspomnę tylko o *adonis vernalis*, *convallaria majalis*, *blatta orientalis*, o borówkach i t. p.

Przechodząc do drugiej części pracy D-ra UDZIELI, czuję się w obowiązku głównie zaznaczyć dwa braki: niezupełnie systematyczne ułożenie materiału i niedokładny opis sposobów przyrządzania wielu środków. Autor rozdziela rozmaite środki i sposoby lecznicze podług chorób i podział taki wydaje mi się najsluszniejszym. Niemniej przeto niezawsze autor pomieszcza choroby w odpowiedniej rubryce: trudno naprzykład zgodzić się z autorem na pomieszczenie wścieklizny i zatrucia jadem żmii pod rubryką ran. Wada ta utrudnia bardzo oryentowanie się w pracy D-ra UDZIELI. Sądzę, że pomieszczenie na końcu dzieła wykazu chorób i lekarstw, z odnotowaniem stronicy, byłoby w znacznym stopniu brak ten usunęło.

Ważniejszym, być może, od pierwszego brakiem jest niedokładny opis stosowania ziół rozmaitych. Wiadomo, jak ważną rolę lud przypisuje czasowi zbierania ziół, sposobom ich przechowywania i przyrządzania, tymczasem autor o tem prawie wcale nie wspomina. Przeważnie nie podaje nawet, jakie części rośliny uważane są za skuteczne.

Trudno robić autorowi zarzut z tego, że w pracy swej pominął wiele ziół i rękoczynów, używanych przez nasz lud. I to, co pomieścił, stanowi ogrom

pracy. Niemniej przeto nie mogę się powstrzymać od przytoczenia choć kilku leków, często używanych, a przez D-ra UDZIEŁĘ pominiętych. Do takich należą: podnoszenie języczka za pomocą łyżki posmarowanej miodem, przy tak zwanem opadnięciu języczka (*pharyngitis acuta*), żarotka, t. j. przeciąganie przez węgle przy bólach brzucha, noszenie żelaznego pierścionka na dużym palcu ręki przy epilepsyi, trzymanie figi w ustach przy zapaleniach gardła, kąpanie w liściach włoskiego orzecha przy zolzach, picie odwaru ze świeżo wykopanego z korzeniem trędownika (*serophularia nodosa*) przy pokąsaniu przez psa wściekłego, picie odwaru z łusk cebuli przy kaszlu; picie wody, gotowanej w garnku, wylanym smołą, przy kaszlu suchym z małą wydzieliną i t. p.

Na zakończenie niniejszej oceny muszę wyrazić żal, że autor prawie wcale nie dotknął w swej pracy zapatrywań ludu na higienę. Jest to dla nas najbardziej, może, nieznana, a niezmiernie ważna strona medycyny ludowej. Dokładne badania pod tym względem mogłyby nas bardzo wiele nauczyć, wspomnę tylko o jednym fakcie: wszyscy wiemy, jakie lud nasz znaczenie przypisuje tłuszczom w chorobie. Radby i smarować się niemi, i pić i jeść je odrazu. W roku przeszłym D-r CHEŁCHOWSKI ogłosił pracę swą w Zdrowiu, dotyczącą odżywiania ludu. Z pracy tej wynika, że lud nasz stale się głodzi na punkcie tłuszczów. Otóż, wielkie pytanie, czy taki pociąg do tłuszczu w niektórych przynajmniej chorobach ludu naszego nie stanowi instynktownego domagania się ze strony ustroju tego, co mu się należy. Sądzę, iż podobnych kwestyj dyjetetyka i higiena ludu mogłaby nastęrczyć o wiele więcej, byleśmy tylko pilniej uwagę na nią zwracali.

Wszystkie powyżej przytoczone zarzuty nie należą do rzędu zbyt ważnych, i nie można ich uważać za ujmę dzieła. Jako pierwsze w naszej literaturze, nie mogło ono być zupełnem. Za podjęcie trudu względem niego należą się autorowi słowa uznania i podziękii. Niemniej na uznanie zasługuje redakcja „Wisły“, która podjęła się wydawnictwa dzieła ważnego, lecz u nas „niestety“ mało pokupnego. Wreszcie samemu dziełu należy życzyć jaknajwiększego rozpowszechnienia wśród naszych lekarzy. Być może, pobudzi ono do dokładniejszego zapoznania się z ludem i wywoła dalsze prace w tym kierunku.

Br. Sawicki.

Wiadomości bieżące.

— Szósty zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Tych członków i uczestników zjazdu, którzy się jeszcze do wspólnej fotografii nie zgłosili, proszę, by zechcieli przesłać pod moim adresem swoje fotografie, celem zamieszczenia ich we wspólnej grupie; w tym tylko bowiem razie wspólna fotografia zjazdowa ma racyję bytu, gdy na niej nikogo nie braknie. Przesłanie fotografii nie obowiązuje do zakupienia grupy, która kosztuje zaledwie 3 złr. 50 ct. austr. walutą, proszę tylko do przesłanej fotografii dołączyć najlepiej w markach pocztowych 50 ct. na koszt umieszczenia we wspólnej grupie.

D-r M. Śliwiński.

— W Pradze zmarł w 56 r. życia D-r WILHELM WEISS, profesor chirurgii na wydziale czeskim, b. redaktor [1870—1878] Časopisu lek. českých, autor licznych prac ogłaszanych po czesku i po niemiecku.

Nadesłano do Redakcyi.

M. NENCKI. Ueber die labilen Eiweisstoffe. [Odb. z Schweiz. Woch. f. Pharm. 1891. Nr. 29].

E. BIERNACKI. Ueber das Verhalten der Magenverdauung bei Nierenentzündung. [Odb. z Berl. klin. Woch. 1891. Nr. 25].

Sprawozdanie IX [za rok 1890] z czynności komitetu zarządzającego kasą imienia MIANOWSKIEGO.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 18 Июля 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 29.