

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie: {	rocznie.....	rs. 5	na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką: {	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	„ 2 kop. 50		półrocznie.....	„ 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

Redakcyjja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: — Studyja nad gruźlicą. Skreślił T. Hering. (Ciąg dalszy). — Przegląd literatury lekarskiej. Czasopisma polskie w m. Lutym r. b. Gazeta lekarska. Sprawozdawca Dr. St. MARKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie Warszawskie. — Odcinek. Listy z podróży Dra G. Dolińskiego. — Wiadomości drobniejsze. Chloral przy wodowstręcie. Wstrzykiwania podskórne limfy ochronnej u chorych na ospę naturalną. Podał i spolszczył Dr. L. Walicki. Biblijografia. — Sprostowanie.

STUDYJA NAD GRUŻLICĄ.

Skreślił T. Hering.

(Ciąg dalszy. Zob. Nr. 14.)

Dla łatwiejszego zrozumienia szczegółów histologicznej budowy gruzelka, zmuszony jestem poświęcić kilka słów najnowszym poszukiwaniom usiłującym wyświecić ową dotychczas tak zawiłą kwestyję.

Jak wiadomo, trzy dotąd tkanki przyjmowano jako macierzyste dla gruzelka; t. j. tkankę łączną (VIRCHOW), błonę zewnętrzną naczyń krwionośnych (ADDISON, COLBERG, RINDFLEISCH) i naczynia limfatyczne (KLEBS).

Pod wpływem ostatnich badań WAGNER'A i SCHÜPPEL'A, pojęcia o budowie gruzelka zmieniły się do niepoznania. Z ich poszukiwań wynika, że młody gruzełek nie jest bynajmniej podobnym do obrazu znanego wszystkim z opisu VIRCHOW'A ¹⁾. Młody gruzełek stanowi twór okrągły, ściśle odgraniczony od reszty tkanki kolisto przebiegającymi włóknami tkanki łącznej; zawiera on siatkę adenoidalną, złożoną z komórek łączących się z sobą wypustkami, a w środku jęj, o jedną, czasem kilka komórek olbrzymich o licznych jądrach, zwykle przy brzegu ułożonych.

W oczkach siatki adenoidalnej mieszczą się dwojakiego rodzaju twory komórkowe: jedne dość znacznej wielkości, różnej postaci, najczęściej nieregularno-okrągłe, o wyraźnym jądrze, podobne do zmienionych komórek nabłonkowych, drugie mniejsze, bardziej liczne, okrągłe, podobne do białych ciałek krwi, najliczniejsze przy obwodzie gruzelka. W ten sposób zbudowany twór stanowić ma pierwotną postać gruzelka, którą idąc za przykładem WAGNER'A nazywać będę gruzelkiem siatkowatym.

Co do powstawania tego tworu, zdania były podzielone. WAGNER uważając siatkę za jego istotną i najbardziej cechującą część składową,

¹⁾ Die krankhaften Geschwülste (2 Tom).

nazwał go (z powodu podobieństwa owej siatki do substancji adenoidalnej v. cytogenetycznej, z całego zaś tworzu do pęcherzyków limfatycznych zawartych w gruczołach) limfatycznych „das Lymphadenom, der cytogene oder reticulirte Tuberkel.” Dla SCHÜPPELA przeciwnie, główną cechą gruzelka stanowiły zawieszony wśród adenoidalnej siatki t. z. komórki olbrzymie, które S. przyjmuje jako niezawodny znak gruzlicy gruczołów limfatycznych. Zarówno WAGNER jak i SCHÜPPEL nie wypowiedzieli stanowczego zdania co do powstawania tych tworów. SCHÜPPEL za najprawdopodobniejsze źródło komórek olbrzymich uważał naczynia krwionośne. Inni badacze jak: AUFRECHT, KLEBS, KÖSTER, t. z. komórki olbrzymie gruzelka pojmowali jako powstające skutkiem bujania nabłonka limfatycznych naczyń włosowatych.

Oprócz więc wskazanego tematem stosunku gruzlicy do zapalenia, postanowiłem w badaniach moich uwzględnić następujące punkta:

- 1) Czy t. z. komórka olbrzymia może być uważana jako konieczny i specyficzny składnik młodego gruzelka, jak tego dowodzi SCHÜPPEL?
- 2) Jakim przemianom podlega gruzelek siatkowaty?
- 3) Jaki jest sposób powstawania i znaczenie komórki olbrzymiej gruzelka?
- 4) Czy twory pojmowane dotąd jako komórki olbrzymie, znalezione w niektórych nowotworach, młodej kości, szpiku etc. odpowiadają sposobem powstawania i znaczeniem swoim t. z. komórkom olbrzymim gruzelka.

Kolejno zastanawiać się więc będę nad:

- 1) Gruzlicą błon surowiczych.
- 2) Gruzlicą błon śluzowych.
- 3) Gruzlicą narządów mięsnych.

1) Gruzlica błon surowiczych.

Badalem takową na osłonach (twardej i miękkiej) mózgu, na opłucni, na otrzewni i na sieci (*omentum*). W ogóle rozróżniam w niej dwie formy: wcześniejszą i późniejszą. Formę pierwszą, którą nazwać by można *endoteloidalną*, obserwowałem na osłonie miękkiej i na otrzewni powlekającej kiszki. RINDFLEISCH widział ją przy gruzlicy sieci. Stanowią ją guziczki bardzo drobne, zaledwie dochodzące wielkości ziarna prosa, szare, na wpół przezroczyste, leżące albo na powierzchni błony lub przylegające do ścian naczyń krwionośnych. Guziczki te powstają przeważnie skutkiem ograniczonego bujania nabłonka błon surowiczych (*endothelium*), lub nabłonka przestworów limfatycznych krwionośne otaczających naczynia (*perithelium*).

Drugą formę, o której powstawaniu traktować będę poniżej, stanowił t. z. gruzelek siatkowaty. Tę odmianę gruzelka widziałem w opłucni, w otrzewni i w sieci jak również przy gruzlicy osłony twardej. Dwie te formy, jakkolwiek makroskopijnie do siebie najzupełniej podobne, pod drobno-widzem dawały obrazy tak dalece różne, że mimowolnie nasuwało się pytanie, która z nich, lub czy obie z równym prawem do kategorii gru-

zelka zaliczonemi być mogą. Na drugą połowę tego pytania jestem w stanie odpowiedzieć twierdząco, gdyż przekonałem się, że różnica ich co do budowy dostatecznie daje się wytłumaczyć ze względów anatomo-patologicznych i zależy li tylko od siedliska i czasu trwania zapalenia je wywołującego. Przy ostro występujących sprawach zapalnych, w razie przyłączającej się gruźlicy, głównie do wytworzenia guziczków przyczynia się bujanie nabłoneków (*endothelium et perithelium*). Występują wtedy guziczki powierzchownie położone (*endoteloidalna forma*). Skoro zaś błony surowicze zmienione poprzednio istniejącym zapaleniem przewlekłej natury, są zgrubiałe, silnie zniepodobnione (po części zserowaciałe), w takim razie dołączająca się gruźlica pojawia się w samej błonie i to stale w postaci powyżej opisaniej, mianowicie w postaci gruzelka siatkowatego.

2) Gruźlica błon śluzowych.

Gruźlica błony śluzowej krtani, tchawicy i oskrzeli.

Gruźlica błony śluzowej krtani przedstawia się nam zwykle w postaci wrzodów, które uważano za następstwo miękknienia i rozpadu poprzednio istniejących w tém miejscu gruzelków. Rozpad ten zdaniem VIRCHOW'A bardzo szybko ma przychodzić do skutku, ztąd mało kto z badaczy miał sposobność widzieć gruzelki na błonie śluzowej krtani. I mnie również nie udało się ich widzieć w tym narządzie, znajdowałem tylko w odpowiednich wypadkach utraty substancyi mniej lub więcej rozległe, nie będące jednak wynikiem rozpadu guziczków lecz następstwem przewlekłych spraw zapalnych, które doprowadziły do owrzodzeń ujścia przewodów gruczołów śluzowych, lub do ich wyropienia. T. z. gruzelki błony śluzowej tchawicy i grubszych oskrzeli, stanowiły w badanych przezemnie wypadkach guziczki drobne, nie będące niczem więcej jak zgrubiałą i silnie unaczynioną błoną śluzową, którą wypuklały jeszcze bardziej ku górze, przerosłe, pod spodem leżące gruczoly śluzowe. Obrazu gruzelka siatkowatego krtani, o jakim wspomina WAGNER, nie widziałem ani razu.

W wypadkach przezemnie badanych, pomimo obecności wrzodów w krtani i jednoczesnej gruźlicy w rozmaitych organach, zakażenie gruźlicze nie przyszło do skutku, gdyż owe drobne przerosty wypukłej błony śluzowej niepodobna uważać za gruzelki. Prawdziwa gruźlica krtani zdaje się być w ogóle o wiele radszą niż dotąd sądzono, niszczący zaś jój wpływ na tkankę odnieść należy przeważnie do istniejących współcześnie, i prawdopodobnie prowadzących do niej przewlekłych spraw zapalnych.

Gruźlica błony śluzowej kiszek.

Zmiany nią wywołane, a mianowicie tworzenie się wrzodów gruźliczych, długi czas było przedmiotem sporów pomiędzy anatomo-patologami. Zdaniem VIRCHOW'A gruzelki jak wszędzie tak i tu, miękknąc prowadzić miał do owrzodzeń. VIRCHOW owrzodzenia takie nazywa soczewico-

watemi (*Lenticulärgeschwüre*). KLEBS inaczej zapatruje się na gruzlicę błony śluzowej kiszek. Według niego sprawa ta pojawia się pierwotnie w układzie limfatycznym kiszek, a mianowicie gruczołach odosobnionych i kępkach PEYER'A, sama zaś błona śluzowa ma być od gruzlicy wolną. Autor ten przypuszcza, że wytwory chorobowe cierpien płucnych, przenoszą proces na układ limfatyczny kiszek, skoro połknięte dostaną się do dróg pokarmowych. Gruzlica kiszek nie jest jego zdaniem chorobą pierwotną, lecz pojawia się podczas lub po gruzlicy płuc. Rozpad pojedynczych gruczołków odosobnionych, z powodu odkładania się w nich gruzelków, prowadzi do wytworzenia się soczewicowatego wrzodu. RINDFLEISCH tymczasem nie dzieli tego sposobu zapatrywania się. Cierpienie gruczołków odosobnionych i kępek PEYER'A t. j. zserowacenie ich i następowy rozpad, pojmuję on jako sprawę żółzową (skrofuliczną). Gruzelki w kiszkiach widział RINDFLEISCH tylko w błonie zewnętrznej naczyń krwionośnych. WAGNER dopiero dokładnie opisał gruzelkę siatkowatą w błonie śluzowej kiszek i na dnie i przy brzegach t. z. wrzodów gruzliczych. Własne moje badania doprowadziły mnie w tym punkcie do następujących wniosków: gruzelki siatkowate pojawiają się na błonie śluzowej kiszek albo w pobliżu, albo w ścianach lub na dnie wrzodów. Wrzody te wtedy dopiero zasługują na nazwę gruzliczych, kiedy w ich ścianach lub na dnie znajdujemy pod mikroskopem obraz siatkowatego gruzelka, lub na otrzewni strony przeciwległej wrzodom, szare gruzelki rozsiane kępkami.

Wrzody takie gdy są obszerniejsze, biegną zwykle w kierunku poprzecznym kiszki, mają postać nieregularnie okrągłą o brzegach zgrubiałych, o dnie brudno-żółtawem. Powstają one nie w skutek rozpadu gruczołków lecz skutkiem rozpadu kępek PEYER'A, zserowaciałych w następstwie przewlekłych zapaleń. Gruzelki, pojmuję jako wynik miejscowego zakażenia, spowodowanego rozpadającą się masą serowatą, nie zaś jako pierwotną przyczynę wrzodu. Czasem pomimo napozór wszelkich sprzyjających warunków, t. j. obecności zserowaciałych kępek PEYER'A lub wrzodów o dnie serowatém, nawet przy współcześnie istniejącej gruzlicy płuc, gruzelki w ścianach wrzodów się nie rozwijają. Wrzody soczewicowate, formy okrągławej, o brzegach równych, niezbyt głęboko drażące, są następstwem spraw zapalnych przewlekłych, umiejscawiających się przeważnie w gruczołkach odosobnionych. Prowadzi do nich *Enteritis follicularis chronica ulcerosa* tak częsta u dzieci skrofulicznych.

Gruzlica moczowodów, jajowodów i błony śluzowej macicy.

I w tych narządach, podobnie jak i w błonie śluzowej kiszek młody gruzelki pojawiają się jako siatkowate. W jajowodach uprzedzać go zwykły sprawy nieżytowe przewlekłe. Obydwa momenty t. j. odkładanie i zlewanie się gruczołków w samej błonie i jednoczesna sprawa kataralna prowadzą do zupełnego jej zwyrodnienia, zamieniając ją na pokład jednolitej na-

porządki massy serowatej. W tej jednolitej massie mikroskop jednak wykrywa pochodzenie jej przeważnie gruzelkowe, t. j. obraz siatkowatego gruzelka. Gruzlicę błony śluzowej macicy badałem raz jeden. I tu obok śladów poprzednio istniejących spraw zapalnych przewlekłych, jako to: przerostu błony śluzowej i podśluzowej, znalazłem t. z. komórki olbrzymie.

(dok. nast.)

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIEJ.

CZASOPISMA POLSKIE.

Sprawozdawca Dr. **Markiewicz.**

„GAZETA LEKARSKA“ N. 5—8.

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 14).

„Moczotok ciągly (*enuresis continua*). Otepienie melancholizne (*depressio melancholica*). Wyleczenie po jednorazowym zastosowaniu prądu galwanicznego. Przez Stanisława CHOMETOWSKIEGO. Lek. ord. w szpitalu Śgo Jana Bożego w Warszawie”. (w N-rzo 8-ym). Spostrzeżenie zasługujące ze wszelkich miar na uwagę, jako nowy dowód wielkiej doniosłości leczenia elektrycznością, o której w naszych czasopismach lekarskich niedosyć spotykamy wiadomości. Winni są temu nasi elektroterapeuci, którzy we własnym interesie, w interesie ogółu pacjentów i ogółu kolegów, powinniby ważniejsze kuracje swoje opisywać, niepoprzestając na wyrażaniu się, że tak powiem, żargonem specjalistów, ale językiem i nazwami ogólnie zrozumiałemi, a przytém przypominać od czasu do czasu elementarne prawa i zjawiska na polu elektrofizjologii i elektropatologii, o których ogół lekarzy, nie mając do czynienia w praktyce z elektrycznością, bardzo prędko zapomina. Wracam do przytoczonej wyżej obserwacji. Chory R. 42 lat liczący od 2 lat cierpi na moczotok ciągły; używał dużo wódki a od kilku tygodni wpadł w otepienie melancholizne. Chory ciągle kroplami mocz oddaje. Na pytania odpowiada przytomnie, niepytany milczy. Brak wszelkich objawów paralyse progressivae. Przy tём kurczliwość elektryczno-mięśniowa normalna, zaś elektryczna czułość w okolicy części płciowych zniżona. Uznawszy moczotok w danym przypadku jako objaw porażenia tak zwanego zwieracza pęcherza (*m. sphincter vesicae*), i chcąc pobudzić tak cały system nerwowy jak i w szczególności nerwy idące do włókien tegoż zwieracza, użyto prądu galwanicznego (stos STÖHRER'A z 14 do 18 elementów) stałego. Biegun dodatni opatrzony szeroką płytą metaliczną, pokrytą zwilżoną hubką, przyłożono na potylicę i kark, zaś biegun ujemny, podobnie opatrzony, położono na kręgiach lędźwiowych. Prąd przerywano co 3 sekundy biegunem ujemnym w metaliczną część stosu. Po trzech minutach biegun dodatni położono w okolicy kręgów lędźwiowych, a biegun ujemny przeniesiono na spojenie łonowe, a po dwóch minutach na krocze, gdzie zostawiono go przez 1 minutę, przyczem przerwy co 3 sekundy powtarzano. Po tём jednorazowym zastosowaniu prądu, moczotok ustał i od dnia 24 Listopada 1872 do 12 Lutego 1873 nie powrócił. Polepszenie zupełne w umysłowym stanie chorego pozwoliło na wypuszczenie go ze szpitala 12 Grudnia 1872. Autor przechodzi do usprawiedliwienia wyboru metody (ALTHAUS'A) użytej w tym przypadku i przedstawienia jej wyższości nad innymi sposobami stosowania prądu galwanicznego przy moczotoku. Następnie opierając się, między innymi, na doświadczeniach Prof. NAWROCKIEGO i Dr. KUPRESSOW'A, robionemi w pracowni fizjologicznej warszawskiego uniwersytetu,

a nadto na pracy DITTEL'A (*Medic. Jahrb. d. Wien. Gesel. d. Aerzte. 1872 Heft 2*) stara się przekonać, że moczotok jest zawsze w znacznej części spowodowany porażeniem tak zwanego m. sphincteris vesicae, kiedy tymczasem wielu tak anatomów, jak fizjologów zaprzecza roli zwieracza owym włóknom mięśniowym w szyi pęcherza będącym. Z tą sporną kwestyją niedawno czytelnicy „MEDYCYNY” spotkali się w pracy kol. ROGOWICZA (Nr. 4 MEDYCYNY). Pozwolę sobie zwrócić jeszcze raz uwagę na nią, z powodu obszerniej pracy Dr. HERTZKI z Pesztu, która też mieści i krytyczny rozbiór wyżej wspomnianej pracy DITTEL'A (*Incontinentia und Enuresis. — Journal für Kinderkrankheiten 1872. Heft 7 und 8*). Wnioski Dra HERTZKI nie zdają się wcale potwierdzać poglądu naszego autora na rolę jaką ma odgrywać tak zwany zwieracz pęcherza przy oddawaniu moczu. Był czas, kiedy nawet istnienie zwieracza pęcherza jako odrębnego mięśnia podawane było w wątpliwość przez BARKOW'A (profesora anatomii w Wroclawiu). Obecnie stwierdzonim jest istnienie pewnej liczby kolistych włókien mięśniowych gładkich w dolnej części pęcherza. Te koliste włókna mięśniowe, przez HERTZKĘ (i wielu innych) zaliczane są do „włókien mięśniowych pęcherza” (*Blasenmuskeln*), które wszystkie razem (tak dawny sphincter vesicae, jak i detrusor vesicae) służą do wypychania moczu, z tą tylko różnicą, że włókna stanowiące t. z. detrusor vesicae służyć mają do wypychania moczu przy mocno napełnionym pęcherzu, zaś włókna zaliczane dawniej do sphincter vesicae przyczynić się mają do wypychania resztek (ostatnich kropli?) moczu. Dla zrozumienia mechanizmu zatrzymywania i wydalania moczu, HERTZKA wylicza momenta służące w stanie normalnym do zapobiegania odpływowi moczu, i do wydalania go po napełnieniu pęcherza. W stanie normalnym, ciąglemu, mimowolnemu odpływowi moczu przeszkadza przedewszystkiem kłapa, utworzona z fałdy błony śluzowej pęcherza, zamykająca ujście pęcherzowe cewki moczowej. Dopóki napełnienie pęcherza nie przejdzie pewnej granicy, dopóty przyływ moczu, przez nacisk wywierany na ową kłapę, tém lepiej zapobiega odpływowi moczu do cewki. Dopiero po zwaleniu tej bierniej przeszkody mocz wpływa do cewki, gdzie napotyka nową, czynną przeszkodę w kolistych włóknach mięśniowych tej części cewki, stanowiących mięsień zwany przez HERTZKĘ „compressor urethrae” (przez DITTEL'A zaś „sphincter vesicae externus” w przeciwstawieniu do „sphincter vesicae internus” t. j. dawnego t. z. zwieracza pęcherza.) Mięsień compressor urethrae w stanie normalnym ulega tak wpływowi woli, jako też kurczy się pod wpływem podrażnienia na drodze zwrotnej. Fałda błony śluzowej tworząca kłapę, która stanowi bierną, mechaniczną przeszkodę do odpływu moczu, po wypełnieniu się pęcherza zostaje prawie wyrównaną. Jednocześnie na drodze zwrotnej, za pośrednictwem czulnych nerwów pęcherza, następuje mimowolny kurecz mięśni pęcherza (*Blasenmuskeln*), który wywierając nacisk na zawartość pęcherza do zupełnego wyrównania owiej fałdy się przyczynia. Po usunięciu owiej fałdy (kłapy), mocz bez przeszkody zaczyna wpływać do górnej części cewki moczowej. Ale jednocześnie pod wpływem woli następuje kurecz m. compressor urethrae, który jak wiadomo przez długi czas jest w stanie wstrzymać odpływ moczu. Obok wpływu woli na kureczenie się tego mięśnia, działa i mimowolny wpływ zwrotny; podrażnienie błony śluzowej górnej części cewki moczowej, przez pierwsze krople wpływającego do niej moczu, wywołuje na drodze zwrotnej tak kurecz mięśni pęcherza (*Blasenmuskeln*) jako też jednocześnie powoduje kurecz m. compressor urethrae. Ten wpływ zwrotny (*reflex*), na obie te grupy włókien mięśniowych (wypychających i zatrzymujących mocz) odbywa się za pośrednictwem dwóch

ośrodków nerwowych, z których jeden mieści się w łędźwiowej części mleczka kręgowego (*centrum vesicospinale inferius*), drugi zaś ciągnie się przez cały mlecz kręgowy i sięga do pedunculus cerebri (*centrum vesicospinale superius*). Według HERTZKI więc do normalnego zatrzymania moczu w pęcherzu potrzeba: 1^o aby ujście pęcherzowe cewki było zamknięte fałdą błony śluzowej; — 2^o aby m. compressor urethrae kurczył się pod wpływem woli i refleksu. Do normalnego odpływu moczu strumieniem potrzeba: 1^o aby mięśnie pęcherza się kurczyły normalnie; 2^o aby fałda błony śluzowej stanowiąca klapę ujścia górnego cewki została wyrównana, 3^o aby czynna przeszkoda odpływu t. j. kurcz m. compressor urethrae był zniszczony. Tak przedstawivszy warunki normalnego wydalania i zatrzymywania moczu, HERTZKA przechodzi do przedstawiania rozmaitych form nienormalnego, mimowolnego odchodzenia moczu i sposobu w jaki one powstają. Rozróżnia przedewszystkiem: A) moczo tok ciągły przy którym mocz ciągle odchodzi kroplami: „incontinentia“ od B) moczo toku, przy którym chory nie jest w stanie wstrzymać moczu, ale przy którym mocz, często czy rzadko wydalany, odpływa zawsze strumieniem: „enuresis“. A) Incontinentia pochodzić może a) z nadczułości pęcherza (*hyperaesthesia vesicae*); b) z kurczu mięśni pęcherza. Obie te formy obejmuje nazwą „Incontinentiae activae“. c) z porażenia mięśni pęcherza, przy którym pęcherz, mimo nadmiernego wypełnienia, nie kurczy się; wypełnienie pęcherza wyrównywa fałdę zamykającą ujście do cewki moczowej, mocz więc wypływa, ale wypływa kroplami; bo do wypływu strumieniem potrzeba koniecznie kurczenia się mięśni pęcherza. Do porażenia mięśni pęcherza przyląca się też najczęściej i porażenie m. compressor urethrae. Tę formę nazywa HERTZKA „Incontinentia paralytica“. d) w skutek zmniejszenia pojemności pęcherza, przez macię lub guzy na niego uciskające powstaje tak zwana „Incontinentia mechanica.“ B) Enuresis polega zawsze tylko na upośledzonej czynności (na nieczynności) m. compressor urethrae, przy czem pamiętać trzeba, że przy całkiem nawet upośledzonej czynności tego mięśnia, mocz do pewnego stopnia jednak zatrzymanym być może w pęcherzu, dopóki bierna przeszkoda, jaką kłapa stanowi, istnieje. Bliżej rozbieając warunki powstawania powyższych rozmaitych form mimowolnego odchodzenia moczu, HERTZKA powiada, że co się tyczy A) incontinentiae, to jej forma a) polegająca na nadczułości pęcherza zawsze jest skutkiem miejscowych cierpień pęcherza, jak np. przebytych spraw tryprowych. Forma b) polegająca na kurczu mięśni pęcherza ma źródło albo w cierpieniu ośrodków pęcherzo-rdzeniowych (*centra vesico-spinalia*), albo powstaje na drodze zwrotnej. c) Podobneż źródło — choroby mózgu i mleczka — ma t. z. incontinentia paralytica, która nadto prawdopodobnie pochodzić może ze zmian chorobnych w obwodowych rozgałęzieniach nerwów idących do mięśni pęcherza, i która także z pewnością stwierdzoną została w przypadkach zwyrodnienia włókien samego mięśnia pęcherza. d) Powody incontinentiae mechanicae są ma się rozumieć, bardzo różne. Co się tyczy B) enuresis, czyli moczo toku w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, ten albo pochodzi a) z porażenia m. compressor urethrae w skutek chorób mózgu i mleczka; albo b) w skutek braku jednego z dwóch normalnych bodźców wpływających na jego kurczenie się, a mianowicie bądź to w skutek przeszkody w oddziaływaniu nań refleksów przy zmianie w rozgałęzieniach nerwów czulnych obwodowych lub przy zmianie w ośrodkach zwrotnych, — bądź też c) w skutek braku lub przeszkody w oddziaływaniu nań wpływu woli, jak to miewa miejsce stale przy głębokich zmianach ośrodków nerwowych, albo cza-

sowo tylko w odurzeniu opilczém, w mocnym śnie; tu więc należy Enuresis nocturna, którą HERTZKA uważa za następstwo upośledzonej czynności *m. compressoris urethrae*, w skutek chwilowego osłabienia wpływu woli na ten mięsień. Streściwszy tu pogląd HERTZKI na różne formy chorobowego, mimowolnego wydalania moczu, który to pogląd zdaniem mojem może posłużyć do bliższego rozpoznania i skreślenia każdego danego przypadku tego zбочenia, pomijam resztę jego pracy (rozpoznanie różniczkowe i leczenie), a przechodzę do jego krytyki pracy DITTEL'A, z której to krytyki tylko chcę przytoczyć te uwagi HERTZKI, które mają na celu, zbitcie opinii o czynnej roli tak zwanego mięśnia zwieracza wewnętrznego, jako głównej przeszkody odpływu moczu w stanie normalnym.

DITTEL powiada, że po przecięciu mięśnia zwieracza wewnętrznego (t. j. *m. compressoris urethrae*), np. przy operacji zewnętrznej urethrotomii, mocz nie odpływa ciągle, a tylko odpływa często strumieniem („stossweise“). To właśnie podług HERTZKI dowodzi, że w braku czynnej, normalnej przeszkody odpływu moczu, jaką stanowi przecięty w tej operacji *m. compressor urethrae*, przeszkoda bierna, jaką stanowi kłapa błony śluzowej, wystarcza wprawdzie o tyle do zatrzymania, czasowo moczu, żeby nie miał miejsca moczołok ciągly, ale nie wystarcza do zatrzymania moczu dowolnie, ani przez czas dłuższy, gdyż to zależnem jest jedynie od dowolnego kurczenia się przeciętego tutaj mięśnia cewki. Dalej DITTEL powiada, że mocz wypełniający pęcherz u trupa dopóty nie wypływa, dopóki nie naciśniemy na pęcherz, i dopóki jednocześnie nie wprowadzimy zgłębnika aż poślad szyję pęcherza, z czego wnosi, że wtedy dopiero opór zacisniętego jakoby mięśnia zwieracza wewnętrznego zwalczonym zostaje. HERTZKA jest zdania, że kiedy sam nacisk na pęcherz u trupa nie wystarcza do wypchnięcia zeń moczu, to pokazuje się, że przez ten nacisk, kłapa błony śluzowej jeszcze mocniej przymyka ujście górne cewki, i że dopiero usunięcie jej wprowadzonym do pęcherza zgłębnikiem pozwala na odpływ moczu obok zgłębnika. DITTEL kuraryzował zwierzęta w celu zniesienia czynności mięśni zwierzących (*m. sphincter externus*), i przekonał się, że u zwierząt tych, mocz przy umiarkowanej faradyzyi mięśni pęcherza (*m. detrusoris vesicae*) nie odpływał. HERTZKA odpowiada, że kurara zarówno nie znosi kurczliwości mięśni gładkich (*m. sphincteris interni*) jak i kurczliwości tkaniny błonistej i sprężystej, że zatem udział tych ostatnich na zamknięcie pęcherza bynajmniej nie był tutaj wykluczony. Ze słaba faradyzacja mięśni pęcherza nie wystarcza, i że mocne kurczenie się tych mięśni jest potrzebne do zwalczenia przeszkody jaką kłapa błony śluzowej stawia odpływowi moczu z pęcherza, to tylko potwierdza opinię HERTZKI. Nakoniec DITTEL psu zatrutemu kurarą, przecinał poprzecznie cewkę moczową, znosił przez to wpływ mięśnia cewki, potem do jednego z moczowodów wprowadzał rurkę dla wypełnienia według potrzeby pęcherza płynem, następnie silnym prądem faradyzował mięśnie pęcherza (*m. detrusor*) a kiedy, w skutek tego, mocz odpływać zaczął, wtedy bieguny prądu przykładł do szyjowej części pęcherza, i wywołując gwałtowny kurcz kolistych włókien mięśniowych tej części (*m. sphincteris interni*), wstrzymywał odpływ moczu. Otóż nikt nie przeczy, że gwałtowny sztuczny tężec tych kolistych włókien, jest w stanie kurczowo zamknąć szyję pęcherza. Chodzi tylko o to, czy za życia włókna te mogą stale być w stanie takiego tężca, co jest bardzo wątpliwem; a nadto pamiętać trzeba, że w powyższem doświadczeniu, podczas faradyzacji włókien szyjowej części, włókna reszty pęcherza jako niefaradyzowane jednocześnie wcale się nie kurczyły, kiedy w stanie normalnym, przeszkoda mająca wstrzymywać odpływ moczu, wystarczyc musi mimo jednoczesnego kurczenia się *m. detrusoris*

vesicae. Przytoczywszy w skróceniu uwagi HERTZKI nad fizyologicznymi doświadczeniami DIRTEL'A, nie będę wchodził w dalszą polemikę tych dwóch autorów na polu patologii. Powiem tylko, że większa część form mimowolnego odchodzenia moczu, w daleko bardziej zadawalniący sposób objaśnić się daje na zasadzie poglądu HERTZKI, aniżeli przy pomocy teorii DIRTEL'A. I tak np. DIRTEL, w pojęciu którego m. detrusor vesicae i m. sphincter internus odgrywają względem siebie rolę antagonistów, tłumaczy moczotok nocny u dzieci, stosunkowo słabym wykształceniem („Kleinheit“) mięśnia zwieracza, w porównaniu do mocno rozwiniętego detrusora, który to anormalny stosunek dopiero między 10 a 14 rokiem życia ma się zmieniać. Słusznie zapytuje HERTZKA, czemużby to: „der Sphincter nur bei Nacht diese seine Unvollkommenheit geltend machen sollte!“

Już w przeszłym przeglądzie naszych czasopism starałem się usprawiedliwić zбочenia od rozbioru danej pracy; dziś więc nie chcę się powtarzać, i sądzę że mi czytelnicy „Medycyny“ niezechcą brać za złe, iż przy sposobności rozbioru pracy naszego autora, zapoznałem ich z treścią dwóch nowych prac dotyczących tego samego przedmiotu. Prawdopodobnie poszukiwania na tym samym polu dokonywane w pracowni profesora NAWROCKIEGO, rozstrzygną spór naukowy, którego kilka punktów w moim sprawozdaniu podniosłem, nie biorąc na siebie odpowiedzialności za słuszność tak jednej jak drugiej opinii. (dok. nast.)

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 1 Kwietnia r. b. zajęte było w znacznej części sprawą ogłaszania protokołów posiedzeń w mającym wkrótce ukazać się w nowej formie i pod nową redakcją „Pamiętniku Towarzystwa“; ale zato czas jaki pozostał, bardzo był dobrze użyty, na szczegółowe obejrzenie chorego przedstawionego przez kol. KOSIŃSKIEGO.—Człowiek ten około 40 lat mający, szewc z okolic Warki, obecnie w Warszawie zamieszkały, zdrowo zbudowany i zdrów zresztą zupełnie dotychczas, ma znaczną część ciała zajętą trądem guzowatym (lepra tuberosa), który w kraju naszym, jak wiadomo, jest wielką rzadkością. Przed dwoma dopiero laty, i to bez żadnej wiadomości przyczyny, objawiło się u niego obrzmienie gruczołów limfatycznych szyjowych, a później (na jesieni r. z.) okazały się plamy okrągłe rdzawej barwy na twarzy i na szyi, a następnie na karku, na plecach, na ramionach i barkach. W środku zaczynały one następnie twardnieć, podnosić się wzgórkowato nad powierzchnię skóry i w końcu pozamieniały się na guzy twarde, o chropowatej powierzchni, z których wiele zwiększając się powoli, podochodziło do wielkości połowy włoskiego orzecha. Takich guzów półokrągłych chory przedstawia mnóstwo w wymienionych częściach ciała i na głowie; brzuch zaś, ręce, łądźwie i dolne kończyny są wolne. Guzy te nie zrzadzają bólu, są nawet nieczułe. Na żadnym z nich nie widzimy owrzodzeń, ale niektóre z nich zdają się jakby zanikać, miękknąć i zmianom ulegać wstecznym. Błony śluzowe są wolne od wszelkiego chorobowego zajęcia, stan zdrowia jest zadawalniący, ale wygląd twarzy jest odrażający, a guzy na niektórych miejscach są tak nagromadzone, np. przy brwiach, a mianowicie poniżej uszów, iż się bokami ze sobą stykają. Kolega Prezes, któremu chory ten dawniej był już przedstawiony, z wejrzenia sądząc mniemał, że guzy te będą włókniakami lub newromami, lecz poszukiwanie nad jednym z nich, wyciętym

z pomiędzy łopatek, okazały zupełnie odrębną i właściwą budowę. Składał on się z drobnieuchnych komórek, ułożonych porządknie warstwami na zewnętrznych powierzchniach gruczołków tłuszczowych i potowych skóry, jakoteż na jej krwistych naczyniach. Warstwa nabłonka była ścięcała, ale pomimo tego wypustki nabłonkowe zapuszczały się tu i owdzie w głąb nowotworu, ciało brodawkowe okazało się zaś przerodzone w owe drobnieuchne komóreczki, i ono to stanowiło chropowatą guzów powierzchnię. W ogólności choroba przedstawiona swoim zewnętrznym wyglądem, do tego stopnia oddala się od form jej powinowatych, a barwa nowotworów tak znów odskakuje od ustroju zwykle na chorym napotykanym nowotworów, że ją rzeczywiście jako wielką u nas osobliwość uważać należy. Kol. SZOKAŁSKI wzmiankuje, iż przed kilkunastu laty obserwowano w Warszawie podobny jeden powyższemu przypadek trądu u pułkownika kozaków muzułmanina, który długi czas na Kaukazie przeżył i z tamąd przywiózł zarodek swojej choroby. Obok guzów trądowych, twarz jego i górną część ciała zalegały blizny po zanikłych lub rozpadłych guzach, na podniebieniu i w gardle także zalegały guziki. Nieszczęśliwy ten człowiek, o którym przypomną sobie zapewne starsi koledzy, zmarł wreszcie w skutku zwiężenia tchawicy, sekeyja zaś z powodów religijnych, nie mogła być dozwoloną. Kol. WYRZYKOWSKI zawiadania, że u zdroju leczniczego w Solcu, przed 2 lata widział także chorego, który na kończynach dolnych także przedstawiał guzy, będące źródłem najdotkliwszego świerzbienia,—pod wpływem wody tamicznej nie widział zrazu żadnego polepszania, ale w kilka miesięcy później, dowiedział się, że chory znacznej doznał ulgi, i że guzy w znacznej poznikały części. Kol. Prezes wzmiankuje, iż forma chorobowa przez kol. WYRZYKOWSKIEGO obserwowana, z pewnością nie miała z trądami wspólnego,—naprzód dlatego, iż ten raczej beczułością zajętych części, aniżeli podrażnieniami nerwowemi się odznacza, że powtórnie trąd występuje przeważnie na częściach odkrytych skóry: na twarzy, na rękach, i potrzecie, że raz okazawszy się nie znika i owszem pogorsza się stopniowo, chociaż na długi czas pozostaje w swęj mierze. Po zamknięciu posiedzenia Towarzystwa, na wniosek sekretarza stałego, pomimo spóźnionej pory wieczornej, przystąpiono do załatwienia kilkunastu interesów kassy wsparcia, niecierpiących zwłoki. △

ODCINEK.

Listy z podróży.*)

Wiedeń, w Kwietniu 1872 r.

Rozpoczynając te luźne niejako notatki, mam na celu przeważnie młodszych kolegów, którzy zamierzają odbyć naukową wycieczkę zagranicę. Wiem że smutnego doświadczenia ile się traci czasu, ilu doświadcza zawodów, kiedy odpowiednich wskazówek brakuje. Może ktoś przejrawszy te kilka listów, odniesie pewien pożytek, a cel nasz wtedy całkowicie osiągniętym zostanie. Wydział lekarski w Wiedniu, bezwątpienia najgłośniejszy dzisiaj ze wszystkich na świecie, zwabia liczne

*) Roku zeszłego w „Przeglądzie lekarskim” w Krakowie wychodzącym—drukowałem parę listów moich. Jeden z nich podobno przedrukowała „Gazeta polska.” Chcąc jednak w odcinku Medycyny w obszerniejszej formie pomieścić zapamiętane wrażenia z podróży — dla całości powtarzam część faktów, które być może są czytelnikom „Przeglądu lekarskiego” już dawniej znajome.

tlumy cudzoziemskich lekarzy co spieszą do ogniska światła, aby iskrę wiedzy zdobyć dla siebie. I nie dziw, imiona HEBRY, BILLROTH'A, HYRTL'A, BAMBERGER'A, SIGMUND'A, WIEDERHOFER'A i innych, zbyt są znane w nauce, aby nie reprezentowały godnie szkoły wiedeńskiej.

Powszechna wieść głosi, jako choroby skórne, położnictwo, przymiot, i choroby dzieci najlepiej wykładane są w Wiedniu, i że tam najobfitszy materiał do klinicznych spostrzeżeń znaleźć można. Tak jest rzeczywiście, chociaż zobaczymy później, że nietylko Austria ma przywilej przodowania, nietylko germanizm ukochanym dzieckiem postępu i umysłowej potęgi. Światło jest wszędzie, gdzie żyją ludzie pracy, i gdzie umiętność wszelka swobodnie rozwijać się może. Zagranicą bywają uczeni, oraz idyjni naukowcy, bywają ludzie sumienni i oszusty. Zwykła to kolej spraw światowych! Kto zamierza studiować w Wiedniu, powinien się zczasu oswoić z myślą, że u Niemców nie darmo. Słowo „zahlen” to niejako król wszechwładny, to róższeczka zaczarowana otwierająca wstęp do przybytku mądrości. — „Wiener k. k. allg. Krankenhaus” czyli szpital w którym są prawie wszystkie kliniki uniwersyteckie, znajduje się przy ulicy „Alserstrasse.” W okolicach tedy przedmieścia „Alservorstadt” należy szukać pomieszkania, aby nie odbywać dalekich kursów, niedogodnych dla chcącego coś korzystać, i mieć szpital pod bokiem. Mieszkanie umeblowane, w czasie kiedy byłem w Wiedniu kosztowało od 15 do dwudziestu kilku guldenów miesięcznie, obecnie pewnie drożej. Można zgodzić się ze śniadaniem i kolacją dopłacisz stosowną kwotę, obiady zaś w uprzywilejowanych restauracjach u Riedhofa lub „zum goldenen Schlüssel” znaleźć można.

Tyle o sprawach ulokowania się. Kto chce zapisać się na kursa jako słuchacz, musi załatwić pewne formalności, a mianowicie wypisawszy na przeznaczonych do tego blankietach swe imię, nazwisko, oraz kliniki na które uczęszczać zamierza, pójść z takim dokumentem do kancelaryi Dziekana a później do kwestury (t. j. kassy gdzie odbierają opłatę za kolegia) i opłacić przypadającą należność. Za okazaniem dowodu tego profesorowi, ten mu udzieli bilet wstępny („Eintrittskarte”).

Godziny wykładowe są rozłożone w ten sposób, że od ósmej rano do szóstej wieczór można mieć czas zajęty. Wszystko w jednym gmachu, ztąd wielka dogodność dla przybywających, bo czasu nie tracą. Jednak owe ułatwienia nietylko dobro cudziemców mają na celu. Ciało naukowe pamięta o własnej kieszeni i „dla milego grosza” urządza się praktycznie aby nietylko profesor, ale asystent kliniki, docent, privat-docent, lektor i tak dalej także pożywił się przy ogólnym stole. Jużto Niemców o bezinteresowność pomawiać się nie godzi. Profesorem kliniki płaci się 10 guldenów za półrocze (*semester*). To jeszcze cena niewysoka, zresztą profesor kliniki toć już musi być strasznie ciężko uczony, mówią małuczy. Dla czego jednak za kurs prywatny płaci się asystentowi lub docentowi—10—15 do 25 guldenów, darmo łamałem głowę. Jestto zagadka jakiej żaden z przybyszów rozwiązać nie jest w stanie. Trzeba się poddać twardym warunkom... inaczej być nie może.

Zapłaciwszy rozpoczynany przegląd klinik... ponieważ wykłady prof. Ferdynanda HEBRY, a mianowicie wizyta szpitalna mają miejsce o godzinie 8-jej rano, o chorobach skórnych najpierw pomówić wypada. Rzeczywiście trzeba oddać sprawiedliwość, takiego profesora jak HEBRA trudno znaleźć. Jest on unikatem w swoim rodzaju. Dar słowa, dowcip, głęboka znajomość przedmiotu, i umiętna a zręczna przedstawienie oto zalety jakie nie kaźden posiada. Jestto perła wiedeńskiej szkoły. Długa praktyka, szereg sumiennych obserwacji na bogatym dokonanych materyjale — bystrość umysłu i obszerna wiedza, składają się na osobistość tego

twórcy naukowej dermatologii. Skeptycyzm w dziedzinie terapii, oparty na podstawie doświadczeń razem ze SKODĄ czynionych, odrzucenie naukowych fantazji i mrzonek, charakteryzują pogląd każdego, myśl każdą. Fakta i wywody logiczne oto broń jaką wybiera, i którą walczyć umie skutecznie. Dla chorych z wysypkami ostreimi, są osobne sale. Wbrew wszelkim poglądom o zaziębieniu, prof. HEBRA każe w zimie otwierać górne połowy okien, aby powietrze było świeże, a ciepłota sali chłodną. Według niego zaziębienie jako takie nie istnieje. Jestto może uprzedzenie które można zaliczyć do szeregu np. takich pojęć, że naparstnica działa tak samo, jak każda inna trawa lub chwast. Nieraz słyszeliśmy to zdanie, podczas wykładów. Wiadomo, uniwersalnem lekarstwem prof. SKODY był odwar korzenia słazowego—jako napój. Część tego skeptycyzmu HEBRA posiada, mimo to jednak używa miejscowo wypróbowanych praktycznie środków, i używa ze skutkiem. „Używam to co mi skutkuje — dla czego tak a nie inaczej działa nie pytam kiedy odpowiedzieć nie mogę, bo medycyna w zakresie leczenia, to zbiór babskich przepisów i nic więcej.” Nikt też wdawać się w dysputę nie myśli. „Obstupuerunt omnes,” skoro jako dowód w kwestyi zaziębienia postawił szanowny profesor, —dla czego prącie i pochwa, nie ulegają wpływom atmosfery, lecz nos, oko, płuca, żołądek i stawy? Mileczał pacjent, śmieli się słuchacze, a swoista odporność części rodnych na szkodliwość wpływów atmosferycznych, okazała się niezbitą. Pomimo owych fajerwerków ku pociesze słuchających, każda godzina wiele przynosi korzyści. Od ósmej do dziewiątej zwiedza się oddział jeden i drugi—tam można kilkudziesięciu chorych dokładnie obejrzeć, bo przedstawiają się rozebrani do naga. Następnie idzie klinika ruchoma (*ambulatorium*) której przegląd połączony z półtorogodzinnym wykładem i demonstracją. Skoro jaka forma chorobna, jest przedmiotem rozbioru, cały materiał jaki jest w klinice, lub przybył z miasta staje na zawołanie.

Można tedy spostrzegać kolejny rozwój choroby od początku do końca. Jestto rzecz wielce pożądana—bo na raz jeden widzi się najrozmaitsze formy — i poucza jak w takim a takim razie postępować należy — kiedy współudział czynny lekarza jest pożytecznym, kiedy zaś czekać wypada. Formy najczęściej zdarzające się są: wyprysk (*eczema*), łuszczyca (*psoriasis*), wilk s. toczeń (*lupus*), trądzik (*acne*), a przede wszystkim świerzb (*scabies*) i jego następstwa. Parchu (*favus*) nie widzieliśmy ani razu, trąd (*lepra*) dwa razy był przedstawiany.

Dla różniczkowego rozpoznania (*diagnosa differentialis*) indywidua z wysypkami charakteru przymiotowego (*syphilis*), porównywiają się z innemi nie syfilitycznemi. Jestto bardzo pożytecznym i logicznym, zwłaszcza w wypadkach zawilych, gdzie łatwo pomylić się można. Prof. HEBRA zwraca szczególną uwagę na dobrze zebrane wywiady (*anamnesis*), boć one bardzo często rozjaśniają dokładnie rzeczy na pierwszy rzut oka trudne do rozwiązania.

Nauka o przyczynach chorób zyskuje na tém, gromadzi się materiał do zapobiegawczego niejako leczenia, higiena zdobywa fakta — tak nieodzowne w dzisiejszym pozytywnym kierunku wiedzy. Metoda leczenia ogólna i miejscowa, zwykle bywają razem stosowane. Jestto również o ile nam się zdaje trafne postępowanie. Jeżeli bowiem organizm ludzki stanowi całość nierozzerwaną, jeżeli zmiana patologiczna w jakimkolwiek narządzie lub systemacie oddziaływa mniej lub więcej wydatnie na ustrój ogólny—toć nie tylko na miejscowe, ale i na ogólne zakłócenia kierować należy lecznicze działanie—Prof. HEBRA wypytuje się szczegółowo, i bada chorego ściśle — stara się odszukać przyczyny leżące tak w warunkach zewnętrznych—jak w samym organizmie chorego.

To też nieraz zdobywa racjonalne wskazówki, które przez kogo innego z pewnością nie byłyby odkryte.

„Ścisłe badanie, proste leczenie”—aforyzm to znany oddawna w teorii, nieszczęściem zbyt często zapomniany w praktyce. Słuchacze prof. HEBRY, mogą skorzysta trochę z owój praktyczności. Ileż tam środków używa się... bardzo mało. Ale w chorobach skórnych, wiele zależy od stosowania danego środka. Smarować a smarować, opatrywać a opatrywać to także pewna różnica, zależy od tego kto to robi i jak robi. W praktyce prywatnej dzięki już to przesądom, już nareszcie prostej niemożności, niepodobna tak postępować, jak w klinice. Ztąd zwykle choroby skórne długo się przeciągają, i trudno leczyć. Mielśmy sposobność widzieć chorych z zadawniałym wypryskiem którzy w krótkim czasie pozbywali się tej przykrzej choroby. Czy na zawsze? — to znowu inna kwestya, boć nie masz chorób skłonniejszych do powrotu (recydywy) jak choroby skóry. Rozpoznanie trafne, środki wypróbowane, służba szpitalna wprawna, oto warunki składające się na pomyslnosc kuracyi. Celuje tém szczególniej zakład prywatny we własnym domu prof. HEBRY urządzony, aleć tam mogą się leczyć wybrańcy — którym kilkanaście guldenów dziennie nie robi różnicy. Nędzę traktuje się en canaille, po wiedeńsku. Jeżeli pochylamy głowę przed nauką, śmiemy zrobić pokorną uwagę, że traktowanie chorych dziwną stanowi sprzeczność z uczonością. Na Czechów spadają najczęściej gromy złego humoru.... Czyby to była nienawiść plemienna... wieść niesie, jako prof. HEBRA jest izraelitą urodzonym w Galicyi.

Oprócz wykładów wyżej wymienionych, które trwają całe półrocze. i płać 10 guldenów — dwaj docenci Dr. KOHN (Kaposi) oraz Dr. Izidor NEUMANN udzielają kursa prywatne. Kurs dwumiesięczny—skracający się zwykle na sześć tygodni, takż 10 guldenów kosztuje. Wykłady te mają cechę większej systematyczności — jedna forma chorobna idzie po drugiej, a materyjału dostarczają oddziały kliniczne. Dr. KOHN mówi płynnie, żywo, zna przedmiot doskonale, i o ile się zdaje, że jako zięć prof. HEBRY, tytułem sui generis dziedziczności, zajmie po nim miejsce. „Étre bien pistoné” nietylko we Francyi ma prawo obywatelstwa! Jednak nie można powiedzieć, bo pracował i pracuje nad nauką ciągle, i w kilku razach rozstrzygnął kwestyję gdzie sam HEBRA wahał się w rozpoznaniu. Był to o ile sobie przypominam wilk wzięty za owrzodzenie przymiotowe, oraz pierzchnica (*lichen ruber*) również za wysypkę przymiotową uważana. Dr. Izidor NEUMANN nie dorównywa swemu współzawodnikowi w talencie wykładu, zawsze jednak dobrze kurs swój prowadzi. W ogóle klinika chorób skórnych jest jedną z tych, gdzie najwięcej korzystać można. Kto przyjedzie wcześniej przed rozpoczęciem wykładów, t. j. przed 15-ym Października, i otrzyma bilet z początkowym numerem, ten siedząc w pierwszej lub drugiej ławce, może dokładniej przypatrzeć się. Siedzący na wyżynach posiłkują się lornetą teatralną, czyli inaczęj po krakowsku „pa-trzadłem.” Jestto badanie pośrednie, a wczesny przyjazd zabezpiecza od takiej smutnej konieczności.

Niepodobna mi tutaj wylizcać środki używane w klinice prof. HEBRY. Ciekawych odsyłam do „Wiener-Recept Taschenbuch“ von Dr. Karl CZUBERKA. Wspomnę tylko, iż podczas silnej epidemii ospy, która naówczas panowała stosowano ciepłe kąpiele, po pół godziny, trzy kwadransy a nawet i godzin parę. Wielu chorych winno swe życie tej metodzie powtarzał prof. HEBRA. Nacieranie zajętych miejsc smołą (*Ol. cadini. Ol. rusci*) przy wyprysku również w kąpeli cieplej się odbywało. Spiritus saponato-kalinus. Solutio Vlemingxi — zmodyfikowane przez HEBRE, — tran, potaż gryzący ungt. Diachyli, przetwory arseniku (skute-

czne szczególnie w łuszczycy (*psoriasis*), przetwory cynku (tlenek i siarczan)—kąpiele sodowe i siarczane, najczęściej są używane. Odwar Zittmanna, środki gorzkie — rzewień (*Rheum*) — magnezyja, dwuwęglan sody, a przedewszystkiem pożywna dyjeta stanowiły arsenał leków wewnętrznych. Przytém chorzy po zastosowaniu środków na skórę, spożywają owinięci w kołdry lub koce wełniane. Czas tego rodzaju zachowania się zależy ma się rozumieć od potrzeby i towarzyszących okoliczności.

Nie mogę się wdawać w szczegóły, kresząc pobieżne notatki przechodziłoby to zakres korespondencji, więc na tém zakończę wiadomość o klinice chorób skórnych w Wiedniu.

Dr. Gustaw Dolński.

WIADOMOŚCI DROBNIÉJSZE.

Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Podał i spolszczył Dr. L. WALICKI.

Chloral przy wodowstręcie (*hydrophobia*). Nader rzadkie są wypadki pewnego wyleczenia wściekliczny, mimo nieskończoną ilość, zawsze jakoby skutecznych środków, przeciw tej chorobie zalecanych.

Spodziewać się wszakże należy, że kiedyś drogą ścisłych systematycznych badań lub szczęśliwego trafu, istota tej choroby zostanie wyświetlona, że znajdzie się lek skuteczny, zarówno w ręku lekarzy jak i tajemniczych znawców. Gdy na ścisłe studia nas niestać, już dla samego braku odpowiedniego materiału, skupiajmy rozrzucone o tej chorobie wiadomości, żebyśmy w razie potrzeby nie z zapasem zwątpienia, lecz uzbrojeni w rozmaite środki zaradcze, które w pojedynczych wypadkach z pewną wiarogodnością wykazały swą skuteczność, mogli przystąpić do walki z nieuleczalnym cierpieniem.

W „The Lancet” z 20 Kwietnia 1872 r. znajdujemy co następuje: Dnia 29 Lutego 1871 r. Dr. SAJNTER, opowiadający ten wypadek wezwany był z pośpiechem nagłym do p. M. Chory lat 40, dobrego zawsze zdrowia energiczny i czynny, przed 4-ma czy 5-ma miesiącami został ukąszony przez własnego psa, którego wygląd nagle chorym się zmienił. Dr. S. i wówczas widział chorego, przypalił (czém nie powiedziano) ukąszoną ranę, zagojenie wkrótce nastąpiło.

Powtórnie po upływie tych 4-ch miesięcy wezwany, zastał chorego tak niespokojnego, rzucającego się, że kilku ludzi nie mogło na łóżku go utrzymać. Żona chorego opowiedziała, że mąż od tygodnia nie domagał, a teraz przyszedłszy do domu skarżył się na poczucie ogólnego niezdrovia i chętnie się położył. Wkrótce posłyszała w sypialnym pokoju hałas jakiś, pobięła tam i ujrzała męża leżącego na ziemi, był nieprzytomny, rzucał się i krzyczał przeraźliwie, przybyli sąsiedzi z wielką trudnością wyciągnęli go już z pod łóżka. Gdy po pewnym czasie chory oprzytomniał, uskarżał się na ból in reg. epigastr., na kurcze karku, cierpienie w gardle i wyrzucał pieniącą się ślinę. Widok podanej mu herbaty wywarł przykre na niego wrażenie, a w mięśniach twarzy znać było drganie — z łapczywością jednak spojrział na tę herbatę, a choć z pewnym wahaniem się przelknął niewiele jej i z trudnością.

W skutek skurczu przepony (*diaphragma*), mięśni krtani i gardzieli, oddech stał się utrudnionym, chory pieniać się, rzucając, machając rękami, pasował się z utrzymującymi go ludźmi—krzyczał i wyl przeraźliwie, zgrzytał i chwycił zębami.

Takie przypadłości uwydatniały się co 10 minut, a chory wydając coraz przeraźliwsze krzyki, prawie dusił się z braku oddechu. Tętno miał 95, przerywane. Choremu zadano dwa razy po dwie unc. Vini Ipec. i tylko po drugiej dawce nastąpiły wzmocnienia po których skurcze i szamotania się nieco osłabły, a gdy znowu zaczęły wzmacniać się, Dr. S. przepisał co godzinę po 20 gr. chloralu;—po 3-iej dawce groźniejsze objawy cierpienia zaczęły słabnąć, po 5-iej dawce chory już zasnął. Przy każdym przebudzeniu się dostawał nową ilość chloralu a że zasypiał na dłużej, więc

coraz rzadziej lekarstwo przyjmował. Dnia następnego w czasie snu postrzeżaniami były drgania mięśni twarzy, subsultus tendin. w kończynach, ale i te objawy znikaly przy powiększonej dokładności w użyciu chloralu. Chory w pół-spiący przyjmował jako posiłek buljon z mięsa wołowego, baraniego, pił kawę i herbatę, a gdy zupełnie ze snu się rozbudził, uczuł możność połykania. W ciągu trzech dni pod wpływem powtarzanych dawek chloralu chory wciąż był śpiący, a drgawki od czasu do czasu występowały. Rano dnia 5-go już zasnął spokojnie, a gdy ocknął się rzekł do żony; „czuję, że mi się niby chce kogokolwiek ukąsić”. Po pięciodniowym użyciu chloralu zaniechano go, objawy choroby już pozornie znikły. Chory przyjął na ogół 360 gr. chloralu. Objawy wściekliczny w opowiedzianym wypadku nie doszły do stopnia postrzeżanego w zupełnie rozwiniętej chorobie i Dr. S. utrzymuje, że właśnie cierpienie nie doszło do swego acme i usunięciem zostało li tylko przez skuteczny wpływ użytego z natarczywością i energiją chloralu.

Sily p. M. były po usunięciu cierpienia tak wycieńczone, że w ciągu kilku tygodni niemógł wstać z łóżka. Po wyzdrowieniu opowiadał, że w ukąszonem miejscu na dwa tygodnie przed zjawieniem się przypadłości, czuł jakby pełzanie mrówek a na dwa dni przedtém, miejsce to widocznie obrzękło, powstały bóle strzelające wzdłuż ręki wciąż drętwiejącej, nadto dokuczał mu ból głowy, ogólny niepokój i zbytnia drażliwość. Idąc, mimowolnie zatrzymywał się, cglądał, a z ruchów swych sprawy zdać sobie nie mógł i opanować ich wołą swą nie był w stanie. Wszystko go przestraszało, ploszyło, drażniło.

Pies co go ukąsił był zaraz zabity.

Wypadek ten jest pouczający ze względów następujących:

- 1-o że okres inkubacyjny trwał od 4-eh do 5-ciu miesięcy.
- 2-o w ciągu tygodnia zjawiska zapowiadające groźne wystąpienie choroby były wyraźne dla samego chorego i otaczających.
- 3-o że wypadek ten opisany i zbadany przez lekarza, a nie domorosłego znawcę.

4-o że uleczenie nastąpiło przy użyciu nie tajemniczego lecz wiadomego, zawsze podręcznego środka, i

5-o że wyleczenie dokonaniem zostało mimo uwydatnione już napady a więc usuwa wszelki wątpliwości zarzut.

Wstrzykiwania podskórne limfy ochronnej u chorych na ospę naturalną jako środek działający przerywająco (poronnie) na samą ospę. Liczne doświadczenia D-ra FURLE'A w Edyburgu przekonały go o zbawiennym wpływie wstrzykiwania ospy ochronnej podskórnie, chorem już dotkniętym ospą naturalną.

Jako dowód skuteczności, przytoczone są trzy wypadki:

U dziecka miesięcznego wysypka ospowa pokryła całą powierzchnię ciała, — po wstrzyknięciu limfy ochronnej wysypka prawie zupełnie znikła. Chory lat 13 w dniu wstrzyknięcia miał twarz i górne kończyny pokryte naturalną ospą — po wstrzyknięciu wysypka na miejscu wstrzyknięcia znikła, a wystąpiła w innych miejscach — lecz na trzeci dzień zupełnie ustąpiła. Trzeci przykład przedstawia chory w wieku dojrzałym, przebieg choroby po wstrzyknięciu był ten sam co i w drugim przypadku.

Tylko u dziecka na miejscu wstrzyknięcia utworzyła się krostka, a u dwóch pozostałych chorych, zjawił się tylko krążek czerwony dni kilka trwający.

Do wstrzykiwania strzykawka PRAVAZ'A nieprzydatna z powodu zbyt wielkiej objętości. Dr. FURLE używał przyrządu w postaci igły wyżłobionej, przez którą limfa z rurki może być wdmuchiwaną pod skórę. (The Lancet, 1872 r. 25 Maja.)

Kwestya ospowa jest teraz bardzo żywo traktowaną z powodu tu i owdzie zjawiającej się epidemii ospy naturalnej. Szczepienie ospy ochronnej bywa w wielu razach bez dostatecznie zabezpieczającego skutku. Nadto niedbałość lub uprzedzenie nieraz jest powodem, że mimo wszelkie ułatwienia ze strony lekarzy i rządu, spotykamy chorych na ospę, którym nigdy wakcyna szczepioną nie była. Możność więc uratowania chorego już podległego tej okropnej chorobie za pomocą wstrzykiwania podskórnie limfy, byłaby prawdziwem dobrodziejstwem.

Warto zrobić w szpitalach dostateczną ilość doświadczeń, bez uprzedzenia, a z gorliwością prowadzonych, żeby przez nie nabyć prawa wygłoszenia własnego zdania w tej rzeczy, która jest nową i u nas tylko jako wiadomośćka istnieje.

Zrobienie stosownego przyrządu nie przedstawia niepokonalnych trudności ¹⁾.

Sądzę, że gdy myśl moja u ludzi mających w swém zawiadywaniu potrzebny dla doświadczeń materyjał znajdzie uznanie, doświadczenia wartoby odbyć zarówno z krowianką jak i z limfą humanizowaną i te obie możnaby w dalszych próbach rozcieńczyć wodą destylowaną, żeby zyskać większą ilość płynu i ułatwić przez to samą czynność wstrzykiwania. Wszak w Ameryce próby szczepienia ospy ze strupa z ospy szczepionej odpadłego i rozartego w glicerynie dały wyniki świadczące o przeszczepialności roztworów zawierających cząstki ospowej krosty?

Biblijografia.

Thomas T. G. A practical Treatise on the Diseases of Women. 3-d edition. Philadelphia. Lea.—JAQUET M. przetłomaczył to dzieło na język niemiecki z 2-go wydania p. n. Lehrbuch der Frauenkrankheiten v. Prof. Dr. T. G. THOMAS z 225 drzeworytami, Berlin u Hirschwald'a. Cena rs. 5.

Pod względem dzieł o chorobach kobiecych, Ameryka nie dała się uprzedzić Anglii; obok znakomitych dzieł w tym ostatnim kraju wydanych przez: SIMPSON'A, WEST'A, HEWITT'A, BENNET'A i innych, mamy przytoczoną pracę amerykańskiego autora THOMAS'A, który śmiałością i oryginalnością pomysłów, sumiennością i starannością z jaką przedmiot swój traktuje, zasługuje na zestawienie go z wymienionymi angielskimi kolegami, pomiędzy którymi wyrobił sobie niepoślednie stanowisko. Dzieło jego dosyć obszerne, bo 771 str. zawierające, w niespełna 4 lata po pojawieniu się pierwszego wydania, ukazało się obecnie już w 3-m wydaniu (i niemieckim przekładzie) jest bardzo rozpowszechnione i cenione nie tylko w Ameryce i w Anglii, ale i w Niemczech.

Na szczególną uwagę zasługuje rozdział o zmianach położenia i kształtach macicy, w którym znajdujemy opis nowego przez autora wynalezionego a bardzo użytecznego wianka, mającego być użytecznym przy skrzywieniach macicy, na przód i w tył. Wypadnięcie macicy autor leczy za pomocą wprowadzonej przez niego w użycie elitoraphiae, która zdaje się być bardzo pożyteczną. Inversio uteri autor także leczy radykalnie w oryginalny przez siebie pomyślany sposób. Nowotwory jajników i owariotomia obszernie są opisane i podano między innymi opis owariotomii pochwowój z pożądanym skutkiem przez autora wykonanej.

W rozdziale 17-m autor proponuje zmianę nazwy „metritis chronica” na: „hyperplasia areolaris vel hypertrophia interstitialis uteri diffusa” z uwagi, iż przy tej chorobie tylko elementa tkanki łącznej tego narządu ulegają powiększeniu i rozradaniu. Jako jednę z przyczyn podobnego przerodzenia szyjki macicy (*cervix uteri*) autor podaje nadmierną pracę przy maszynie do szycia.

Dzieło THOMAS'A jest ze wszech miar znakomite i winnoby się znajdować nie tylko w rękach specjalistów ale i każdego lekarza praktykującego. G. F.

Sprostowanie. Dr. QUINCKE został mianowany prof. zwyczaj. i dyrektorem kliniki terapeutycznej nie w Berlinie, lecz w Bernie.

BAKER-BROWN zmarł nie w 71, lecz w 61 roku życia.

¹⁾ P. Pik (syn) przy ulicy Niecałej przyrzekł, wedle danego mu przezemnie rysunku, wykonać stosowny przyrządek do wstrzykiwania podskórnego limfy.