

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Przypadek wpadnięcia rurki tracheotomijnej do płuca, podał Aleksander Blumental (Pińsk).—O przeciwwskazaniach do użycia soli bromowych, podał Seweryn Sterling (Łódź).—**Wykłady kliniczne.** O białaczce ostrej. — **Streszczenia i wyciągi.** 8. O niemiarowości tętna u otyłych. 9. Dalsze uproszczenie osteoplastycznej operacji stawów rzekomych. — **Odcinek.** W sprawie nierządu publicznego (prostytucyi) i zapobiegania chorobom wenerycznym. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r A. Blumental** — Sur un cas de chute d'une canule à trachéotomie dans le poumon. 2) **D-r S. Sterling** — Sur les contre-indications à l'emploi des bromures.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r A. Blumental** — Ein Fall des Hineinschlüpfens einer Tracheotomie-canüle in die Lunge. 2) **D-r S. Sterling** — Ueber Contraindicationen zum Gebrauch der Bromsalze.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Warschau—Oboźna str. 5.

Przypadek wpadnięcia rurki tracheotomijnej do płuca,

podał **Aleksander Blumental** (Pińsk).

Przypadkowe dostawanie się ciał obcych do dróg oddechowych nie należy do zjawisk rzadkich w kazuistyce lekarskiej.

Najrozmaitsze przedmioty, jakoto: kości, ości, kawałki mięsa, monety, guziki, pestki z owoców i t. d., dostają się do krtani i dalszych odcinków narządów oddechowych. Ciała te wpadają od strony jamy ustnej, w której właśnie się znajdują, gdy naraz z powodu śmiechu, mowy, silnego wzruszenia występuje wdech silny: prąd powietrza porywa ze sobą ciało obce do krtani, gdzie się ono bądź zatrzymuje w wąskiej szparze głosowej, bądź też, dzięki odpowiedniej wielkości i odpowiedniemu ułożeniu w stosunku do *rima glottidis*, upuszcza się głębiej do tchawicy, oskrzeli i t. d.

Tą samą drogą dostają się do narządów oddechowych masy wymiotne z żołądka u narkotyzowanych, pijanych i wogóle u osobników nieprzytomnych, z powodu zniesionej wrażliwości krtani, która nie zamyka się w czasie właściwym i przepuszcza ciało obce do tchawicy, nie reagując na nie odpowiednimi odruchami.

O wiele rzadziej naturalnie spostrzegane bywają przypadki wpadnięcia do płuc ciał obcych przez otwór sztuczny, znajdujący się w krtani lub tchawicy. Przeważnie mamy tu do czynienia z dolnymi końcami rurek tracheotomijnych, które pozostając długo w ranach po tracheotomii, względnie laryngotomii, rdzewieją i odrywają się od części górnych.

Ciekawy z wielu względów przypadek tego rodzaju spostrzegłem przed kilku miesiącami, a mianowicie:

Moszek Lejzerowicz, lat 21, dorożkarz, dziedzicznie nie obciążony, w dzieciństwie żadnych chorób nie przechodził. Przed 2-ma laty został w lesie pod-

czas snu przez trzech zbrojów napadnięty, którzy zadali mu kilka uderzeń w głowę i poderżnęli mu nożem gardło. Z silnego upływu krwi i wstrząśnienia stracił przytomność i przyszedł do zmysłów dopiero nazajutrz w szpitalu Żytomierskim, dokąd go po napaści sprowadzono i gdzie mu wykonano laryngotomię, przez rozszerzenie w chrząstce tarczowej rany, zadanej ręką zbrodniczą.

W kilka tygodni potem, chory z rurką tracheotomijną w ranie wypisał się względnie zdrowy ze szpitala. Przez przeciąg lat dwóch od czasu operacji, rurka tracheotomijna zewnętrzna pozostawała nietknięta w ranie; chory wyjmował co parę dni tylko rurkę wewnętrzną i, oczyściwszy ją, wprowadzał na powrót do krtani. Chory przytem czuł się zupełnie zdrowy, oddychał swobodnie, miał tylko kaszel nieznaczny i mówił głosem ochryplym.

Dnia 6. IX. 95 r. rano o godz. 11-ej dostał, powożąc dorożką w Pińsku, napadu silniejszego kaszlu, przyczem uczuł naraz, że mu się coś oblużowało w krtani i zapadło wgląb szyi. Silna duszność wystąpiła natychmiast, i chory, ratując się od zaduszenia, wyrwał z rany rurkę tracheotomijną; ku najwyższemu przerażeniu swemu, zauważył wówczas brak całej prawie rurki zewnętrznej, która u górnego końca w pobliżu tarczy, jedną całość, jak wiadomo, z rurką zewnętrzną stanowiącej, najwidoczniej się oderwała. W silnej trwodze, dusząc się i kaszląc prawie bez przerwy, miał jednak tyle jeszcze sił i przytomności umysłu, że objechał ambulatoryja kilku lekarzy tutejszych, którzy ograniczyli się na stwierdzeniu faktu wpadnięcia rurki do tchawicy i żadnych rękoczynów dla wydobycia ciała obcego z dróg oddechowych nie stosowali.

Pod wieczór tego samego dnia duszność znacznie się zmniejszyła u chorego, a współcześnie ustąpiło bardzo przykre uczucie unoszenia się i opadania rurki podczas kaszlu, które to uczucie niepokoiło go przez cały dzień od chwili katastrofy. W nocy pojawiło się po raz pierwszy obfite krwawienie z płuc, które w ciągu następnych dni i nocy powtórzyło się kilkakrotnie.

9. IX., a więc w 3 dni po owym wypadku, chory zjawił się po raz pierwszy u mnie, w ambulatoryum, i podówczas to wspólnie z kolegą GLIKSMANEM obejrzelśmy chorego, przyczem badanie wykazało, co następuje:

Chory silnej budowy, znakomicie odżywiany, muskularny. Lekka sinica twarzy. Oddech częsty (przeszło 40), utrudniony. *Stridor* wdechowy i wydechowy, przeważnie ten ostatni. Lewa strona klatki piersiowej przyjmuje nieznaczny udział w oddychaniu, prawa pracuje usilnie. Drżenie piersiowe ze strony lewej z przodu i z tyłu znacznie osłabione, w dolnym odcinku płuca lewego zniesione. Odgłos opukowy wydatnej różnicy między płucem prawem a lewym nie wykazuje. Przy wysłuchiowaniu ze strony prawej oddech pęcherzykowy nieco zaostrozony, z lewej zarówno z przodu, jak i z tyłu znacznie osłabiony, z licznymi świstami.

Po wyjęciu rurki tracheotomijnej, widać na szyi chorego liczne stare blizny, z których jedna najwybitniejsza ma kierunek poprzeczny przez całą szyję, przecina wpoprzek chrząstkę tarczową i kończy się z jednej i drugiej strony w okolicy kątów szczęki dolnej.

Otwór dla rurki tracheotomijnej znajduje się w dolnej połowie chrząstki tarczowej, w linii środkowej, tuż pod strunami prawdziwymi i sięga do górnego brzegu chrząstki obrączkowej.

Przyniesiona przez chorego rurka tracheotomijna, najzylbrowa, małego kalibru dla dorosłych (około 5 mm. średnicy), składała się z rurki wewnętrz-

urzej, z której po wypadku chory jeszcze korzystał, i tarczy wraz z 11 ctm. długim, mocno zardzewiałym odłamkiem rurki zewnętrznej, którego brzeg wolny był w kilku miejscach ostro zażębiony.

Badając kilkakrotnie tchawicę i oba główne oskrzela przez otwór po laryngotomii odpowiednio zgiętym zgłębnikiem, nie natrafiliśmy nigdzie na całej drodze do 10 ctm. głębokości, na poszukiwane ciało obce. Sondowanie chory znosił wogóle źle, wykrztuszając i wyrrywając rękami zgłębnik przy głębszym tegoż opuszczaniu.

Wobec ujemnego wyniku badania zgłębnikiem, przyjąwszy pod uwagę, że rurka musiała się znajdować głęboko w oskrzelu lewym, w miejscu mało dostępnem dla rękoczynów chirurgicznych, postanowiłem, po naradzie z kol. GLIKSMANEM, zachować się wyczekująco i, zaopatrzwszy chorego w nową rurkę tracheotomijną, zaleciłem mu tylko stosowanie się do ogólnych przepisów dyetetyczno-higienicznych (spokój, pobyt w czystym powietrzu, chłodne pokarmy i t. d.).

14. IX (w 8 dni po wypadku) chory przybył znowu do mnie, ze skargą na ból w lewej piersi (w 8-em międzyżebżu w pobliżu mostka), wilgotny kaszel z obfitą wydzieliną i obfite krwawienie z płuc.

Badanie wykazało: sinicy niema, oddech swobodniejszy, niż tydzień temu, z nieznacznym szmerem, o częstości 45 oddechów na minutę. Kaszel duży, występuje co parę minut, duszący. Wydzieliną z oskrzeli ropnośluzowa, rdzawa. Zmiany inspekcyjne na klatce piersiowej—jak dawniej. Odgłos opukowy z obu stron jednakowy, prawidłowy. Przy wysłuchiowaniu, ze strony lewej oddech pęcherzykowy znacznie osłabiony, miejscami zniesiony. Tu i owdzie szmery oskrzelowe. Z prawej strony dane wysłuchowe prawidłowe. Tętno 90, drobne, miękkie, regularne. Chory nie gorączkuje. Stan ogólny niezły.

21. IX. chory zjawił się u mnie z powodu silniejszej duszności, wywołanej, jak się okazało, zatkaniem rurki zeschniętą wydzieliną oskrzelową. Po wyjęciu rurki chory odkasłał dużą ilość płwociny, z lekka krwią zabarwionej. Przy wysłuchiowaniu płuca lewego, z dołu i z tyłu oddech pęcherzykowy prawidłowy, u góry z przodu rżenia drobno-pęcherzykowe, z oddechem pęcherzykowym osłabionym. Zaleciłem choremu częstsze, niż dotąd, i staranne oczyszczanie rurki tracheotomijnej i środek wykrztuśny. Od tego czasu chorego przez 1³/₄ miesiąca nie miałem sposobności oglądać — widywałem go tylko powożącego dorożką.

Dnia 11 listopada, a więc w dwa miesiące przeszło od katastrofy, chory zjawił się u mnie po raz ostatni. Krwawienia ustały zupełnie 23 września i nie powróciły ani razu. Chory od półtora miesiąca pracuje znowu w swoim zawodzie i czynny jest często we dnie i w nocy, nie odczuwając szczególnego zmęczenia. Kaszel nieznaczny, występuje tylko rano po wstaniu i przed pójściem na spoczynek. Od dłuższego czasu niema żadnej duszności, nawet podczas wysiłków fizycznych. Wydzieliną z oskrzeli wogóle skąpa, rano i wieczorem nieco obfitsza, ropno-śluzowa, bez wszelkiej przymieszki krwi. Łuknienie dobre, sen niezły, rzadko tylko przez kaszel przerywany. Potów nocnych chory nie ma. Rurkę wewnętrzną czyści 1—2 razy dziennie, zewnętrzną od czasu do czasu. Ruchów rurki, która się do płuc dostała, nie odczuwa. Stan ogólny doskonały. Odżywianie dobre. Cera twarzy rumiana. Oddech przez rurkę swobodny, z lekkim szmerem, słyszalny w bezpośredniej bliskości chorego, o częstości 20 oddechów na minutę. Typ oddechu przewa-

źnie brzuszny. Klatka piersiowa unosi się podczas wdechu nieznacznie, z obu stron zupełnie jednakowo. Drżenie piersiowe dobrze wyczuwalne, bez różnicy między stroną prawą a lewą. Przy opukiwaniu: odgłos opukowy płucny czysty, z prawej strony z przodu dochodzi w linii sutkowej do 6-go międzyżebra i opuszcza się podczas głębokiego wdechu nieznacznie. Serce płucem niepokryte, o granicach prawidłowych. Z tyłu dane wypukowe z obu stron prawidłowe. Przy osłuchiwaniu z przodu z obu stron oddech pęcherzykowy prawidłowy. Szmerów niema. Z tyłu toż samo, wyjąwszy dolny płat lewego płuca, w którym słychać oddech pęcherzykowy zlekka zaostrowany i nieliczne rżenia dźwięczne. Tętno serca słabe, nieco głuche. Tętno 72, prawidłowe. Głos ochrypli. Badanie krtani wziernikiem wykazuje: szczelina głosowa niezwązona, struny prawdziwe zgrubiałe, ciemno-czerwone. Inne części krtani prawidłowe. Ze strony narządów brzusznych zboczeń niema.

Spostrzeżenie powyższe jest pod wielu względami godne uwagi. Jak widzimy, mieliśmy tu do czynienia z dostaniem się rurki metalowej do dróg oddechowych. W przeciągu 2-ch lat pozostawała ona nietknięta w otworze po laryngotomii, i tu pod wpływem powietrza atmosferycznego, wilgoci, ciepła, wydzieliny błon śluzowych, uległa zużyciu, aż wreszcie rozpadła się w miejscu najbardziej rdzą dotkniętem.

Rozbór objawów, spostrzeganych u chorego od katastrofy do chwili ostatniej, wskazuje, iż rurka oderwana odbyła w narządach oddechowych wędrówkę, w której zauważyć można trzy (włącznie z ostatnim) etapy dłuższego pozostawiania na jednym miejscu.

Wybitna duszność, która wystąpiła u chorego bezpośrednio po wypadku i zmniejszyła się znacznie dopiero po kilku godzinach, silny kaszel napadowy, podczas którego chory czuł, jak w głębi, pod kością mostkową, ciało obce przesunęło się z góry na dół i odwrotnie, dowodzą, iż rurka wpadła do dolnego odcinka tchawicy i zatrzymała się tam w jednym miejscu, opuszczając się i unosząc na nieznacznej przestrzeni podczas silniejszych ruchów wdechowych i wydechowych (podczas kaszlu), a nadto powodując zwężenie światła tchawicy, i stając się przyczyną jej względnej niedrożności dla powietrza. W tym okresie ciężkiej asfiksji chory przebył kilka (6—7) godzin.

Pod wieczór tego samego dnia, rurka, z powodu ciężaru swego, a bardziej jeszcze prawdopodobnie dzięki nadmiernym ruchom wdechowym, opuściła swoje stanowisko i dotarła do oskrzela lewego. W zależności od tej zmiany miejsca, początkowa duszność stopniowo się zmniejszała, prawe bowiem płuco odzyskało swą czynność, zastępując nawet częściowo w pracy płuco lewe. W tym okresie (w 3 dni po wypadku) oglądałem po raz pierwszy chorego i znalazłem naówczas zmiany, dowodzące zupełnej prawie niedrożności oskrzela lewego, jakoto: osłabienie ruchu lewej połowy klatki piersiowej, osłabienie drżenia piersiowego i oddechu pęcherzykowego ze strony lewej obok wzmocnienia ruchów i zjawisk wysłuchowych ze strony prawej.

Ujemny wynik badania zgłębnikiem oskrzela lewego nie przeczy naszemu przypuszczeniu: przedewszystkiem zgłębnik, wprowadzony najwyżej na 10 ctm. od otworu laryngotomijnego, mógł ciała obcego nie dosięgnąć; następnie można było nie wyczuć dotknięcia zgłębnikiem rurki, pokrytej prawdopodobnie śluzem i krwią skrzepłą.

W wąziem stosunkowo świetle oskrzela lewego dość spora i kolisto za krzywiona rurka nie mogła oczywiście wygodnie się pomieścić; musiała ona usadowić się w kierunku ukośnym, oparłszy się jednym ze swych końców (prawdopodobnie górnym) na ścianie podatnego oskrzela. W ten sposób nastąpiło prawie zupełne zamknięcie światła oskrzela lewego, a więc i przerwanie czynności płuca lewego.

Pod wpływem ucisku ze strony rurki, jej ostrych brzegów, nastąpiło także niezawodnie znaczne obrażenie błony śluzowej i części głębszych oskrzela i uszkodzone zostało jedno z większych naczyń krwionośnych, przebiegających w okolicy obrażonego oskrzela. Inaczej niepodobna wytłomaczyć sobie owych obfitych krwawień płucnych, które pojawiły się najprzód pierwszej nocy po katastrofie i ponawiały się odtąd codziennie przez czas dłuższy.

Powyżej miejsca uwięźnięcia i poniżej w płucu atelektatycznym powstał wkrótce potem nieżyt oskrzelowy ropny, jak o tem świadczył kaszel z wydzieliną ropną i objawy wysłuchowe w płucu lewym. Do zmian powyższych przyłączył się następnie (w 8 dni po wypadku) dotkliwy ból w piersi lewej, nieżyt oskrzelowy wzrastał się z dniem każdym, krwawienie występowało częściej i obficiej, niedrożność oskrzela lewego stawała się coraz wybitniejszą. Stan ten trwał blisko tydzień, poczem zaczęła z wolna wracać drożność w oskrzelu lewym.

Przy badaniu chorego 21-go września, t. j. 15-go dnia po katastrofie, znaleźliśmy przy osłuchiwaniu z tyłu i dołu ze strony lewej oddech pęcherzykowy prawidłowy, w innych miejscach płuca lewego jeszcze osłabiony. Od owego dnia, chorego przez czas dłuższy nie oglądałem, nie miałem więc możliwości śledzić dalszego przebiegu choroby. O okresie tym choroby dowiedziałem się od pacyenta tylko tyle, że krwawienia dnia 17-ego po wypadku bezpowrotnie ustały i że wkrótce potem i duszność ustąpiła zupełnie.

Badając chorego w półtora miesiąca po jego ostatniej bytności, a więc w dwa miesiące przeszło po katastrofie, znajdujemy już w obu płucach czynność prawidłową: prócz lekkiego zaostrenia oddechu pęcherzykowego i nielicznych świstów oskrzelowych w dolnym płacie płuca lewego, żadnych zbroczeń nie było. Z innych objawów — tylko kaszel nieznaczny ze skąpą wydzieliną miał miejsce. Stan ogólny doskonały.

Jak objaśnić sobie podobny stan rzeczy? Najprawdopodobniejsze i najbardziej uzasadnione będzie przypuszczenie, iż rurka w miejscu uwięźnięcia wywołała zmiany zapalne i, przedziurawiwszy ścięczałą i rozmiękczoną ścianę oskrzela lewego, przedostała się do mięszu płuca. Obfite krwawienia, trwające przeszło 2 tygodnie, obfita ropa, często krwią zabarwiona wydzielina, wreszcie powrót zupełnej drożności w oskrzelu lewym dostatecznie chyba dowodzą słuszności tego przypuszczenia. Przebieg bezgorączkowy, ustąpienie prawie zupełne objawów podmiotowych (ból w piersi, kaszlu, odpluwania, duszności), brak zmian ogniskowych, każą się domyślać, iż spoczywająca w mięszu płuca rurka wgoiła się w płuco zupełnie i przez wytworzenie się dokoła niej tkanki łącznej uległa otorbieniu. Natura ciała obcego, jego oporność względem wpływów zewnętrznych, umożliwiły tego rodzaju zakończenie.

Przechodząc do sprawy leczenia naszego przypadku, zgodzić się chyba wypadnie, że tylko w pierwszym okresie choroby, t. j. póki rurka jeszcze znajdowała się w tchawicy, leczenie czynne było wskazane i możebne. Podówczas to środki wymiotne, nadanie choremu położenia głową na dół, wreszcie rękoczyuny odpowiednie, zastosowane w tchawicy, mogły odnieść skutek

pożądany, t. j. wydobyć rurkę i uwolnić w ten sposób chorego od grożącego mu niebezpieczeństwa zaduszenia.

W dalszym przebiegu o wydostaniu rurki już prawie mowy być nie mogło. Ciało obce uwieźło zbyt głęboko, w miejscu trudno dostępnym dla rękoczynów chirurgicznych; zresztą, niebezpieczeństwo bezpośrednie życia zostało samo przez się usunięte; niebezpieczeństwo zaś, grożące choremu ze strony możliwych cierpień następczych, jakoto: zapaleń gnilnych, gruźlicy, ropnia płuc, zgorzeli i t. d., było nieznaczne, wobec natury ciała obcego, odporności ustroju chorego, braku usposobienia do gruźlicy. Statystyka odnośna wskazuje, że ciała obce, które wpadły do płuc, pozostawały tam często miesiące i lata do chwili wykrztuszenia, a nieraz i całe życie, bez żadnych następstw szkodliwych.

Jaki będzie wynik ostateczny w naszym przypadku, trudno przewidzieć. Przebieg dotychczasowy, powrót prawie zupełny chorego do zdrowia, czynią prawdopodobnym przypuszczenie, iż rurka, wgoiwszy się w płuco, pozostanie w niem do końca życia, nie wywołując żadnych poważnych zaburzeń. W każdym razie trudno chyba mówić o możliwości wykrztuszenia z czasem rurki, z uwagi na jej kształt, ciężar i głębokie usadowienie.

Nie należy jednak do niemożliwości i to, iż w przyszłości, prędzej albo później, może wystąpić nawrót sprawy zapalnej dokoła rurki, i zdrowie chorego może być na poważny szwank narażone.

O przeciwwskazaniach do użycia soli bromowych,

podał Seweryn Sterling (Łódź).

Nie znam statystyki fabryk przetworów farmaceutycznych, ale domyślam się, że ilość zużywanych obecnie związków bromu ogromną być musi. Wobec tak powszechnego stosowania środków tych, dziwnem się staje, jak mało względnie, gdy wyłączymy stosowanie bromu w padaczkę, literatura lekarska mówi o przeciwwskazaniach (*contraindicatio*) do użycia soli bromowych. Zależy to zapewne od tej okoliczności, że: gdy objawy działania, przy jednorazowym lub długotrwałym użyciu takich przetworów, jak morfina, wyskok, kokaina, naparstnica, i t. p., są swoiste i dlatego wydatne, — związki bromu działają powoli i nie należą, w zwykłych dawkach leczniczych, do szeregu środków silnie działających. Dlatego też wynik ewentualny ich działania ubocznego, o ile ono ujemnie się odbija i za podstawę przeciwwskazania służyć może, rzadko bywa omawianym.

Przyczyna druga, ogólniejsza, gra tu również rolę pierwszorzędną. Przywykliśmy uważać po większej części, że choroba (zaburzenie w ustroju) rozpoczyna się dopiero z chwilą wystąpienia objawów w podmiotowych lub przedmiotowych. Jak jednak dalecy jesteśmy od tego, byśmy umieli rozpoznawać istnienie każdego powstającego w ustroju ludzkim zboczenia od fizjologicznego przebiegu spraw życiowych — mówić chyba nie trzeba. W pracy „O nateżeniu w zjawiskach patologicznych“ porusza tę sprawę z właściwym sobie talentem H. NUSSBAUM. „Każde zjawisko patologiczne przebiegać może w rozmaitym stopniu nateżenia“. „W praktycznej działalności lekarza, pamiętać o naturalnej konieczności form o bardzo małym nateżeniu, jest szczegól-

nie ważną“. „Fakt istnienia najmniej pod względem natężenia rozwiniętych form nozologicznych ma dla lekarza praktycznego doniosłość“.

Otóż większość spraw tych o małym natężeniu nie przejawia się w postaci wyraźnych „objawów klinicznych“, danej postaci chorobowej właściwych; a jednak lekarz z takimi tylko istniejącymi objawami zazwyczaj się liczy, t. j. ze sprawami o natężeniu chorobowym średnim i wielkim, o małe nie dbając.

Przejdźmy do przykładu. Zazwyczaj użycie bromu nie pociąga za sobą jakichś widocznych zaburzeń w ustroju, szczególnie, gdy dawki są średnie, a stosowanie środka nie trwa przez miesiące. Czasami jednak już po małych dawkach, nawet po jednej większej, widzimy obraz zatrucia: zabarwienie żółtaczkowe skóry, porażenie w zakresie układu nerwowego ośrodkowego, zaburzenia trawienia i t. p. Dłuższe użycie bromu pociągać za sobą może: utratę pamięci, osłabienie wzroku i słuchu, zmniejszenie czucia skórnoego, chód niepewny, senność, zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, niedokrwistość i wychudnięcie aż do stanu charłactwa, wysypki skórne, stany nieżytowe na wszystkich błonach śluzowych.

Czyż jednak pomiędzy stanem, w którym nadużycie (względne, zależne od usposobienia osobniczego) bromu wyrazi się np. w postaci charłactwa, t. j. w postaci objawów dla samowiedzy chorego i zmysłów lekarza dostępnych, a stanem poprzedzającym używanie bromu, niema stanów pośrednich? Czyż raczej nie przedstawia jakieś zaburzenie skórne: rumień, trądzik lub liszajec, wyrazu znacznego już natężenia zmian, pod wpływem bromu na skórze w danym razie zachodzących?

To też, jeżeli z tego punktu patrzeć będziemy — znaleźć musimy kilka bardzo wyraźnych przeciwwskazań do użycia bromu. Przedewszystkiem zarejestruję błąd najczęstszy, przez ogół lekarzy popełniany.

Pan N., wieku lat 24, o twarzy bladej, interesującej, z głębokimi (podkrążonemi) inteligentnemi oczyma. Wyraża się z przesadną poprawnością i już na wstępie nazywa siebie „dziecięciem schyłku XIX wieku, vulgo neurastenikiem“. Pracuje w biurze (skład towarów) od 9 rano do 8 wieczór. Niedomaga od lat kilku, jednak od kilku miesięcy stan się znacznie pogorszył: osłabienie, bóle głowy, bicie serca przy zmęczeniu, brak łaknienia, zaparcie stolca, bezsenność. *Abusus in Venere* przed 3 i 2-ma laty; obecnie pęd płciowy bardzo słaby. Wysokości nie nadużywał. Przy badaniu okazuje się: bladeść skóry i błon śluzowych znaczna. Tętno drobne, 100. W narządach wewnętrznych żadnych zmian, jedynie w sercu szmery anemiczne. Moc bardzo jasny, ślady białka. Chory od kilku miesięcy zażywa, z porady kilku lekarzy, sole bromowe („massami“) i nie czuje poprawy, raczej pewne pogorszenie (brak łaknienia wzmógł się).

Niewątpliwie—szmery sercowe nie były wyraźne w chwili, gdy chorego inni koledzy badali, a bóle głowy, bicie serca (bez zmian wysłuchowych i opukowych), brak łaknienia, zaparcie stolca, bezsenność i akcentowana przez chorego inteligentnego „nerwowość“ nader słusznie skłaniały do rozpoznania: stan neurasteniczny. Objawy jednak ze strony narządu krwiobiegu, obecnie wyraźne, pozwalają na rozpoznanie: niedokrwistość, która też wszystkie spostrzegane objawy tłumaczy.

Czy stosownem jest jednak wogóle zwalczanie zapomocą bromu objawów „nerwowych“ (bóle głowy, bezsenność, zaparcie) u osób niedokrwistych? Pomijam bowiem sprawę rozpoznania: neurastenia czy niedokrwistość; nie

mam też wcale zamiaru twierdzić: żelazo było tu wskazane; nie chcę też roztrząsać pytania: czy neurastenia rozwija się na tle niedokrwistości, czy też, jak chce KRAFFT-EBING, „anemia jest powikłaniem i objawem stanu neurotycznego, a nie przyczyną“. Stawiam jedynie pytanie: czy wobec wyraźnych objawów niedokrwistości, wolno przez czas dłuższy dawać neurastenikowi przetwory bromowe?

Zacytuję znów zdanie NUSSBAUMMA. „Znaczną część najmniejszych zjawisk patologicznych zajmują cierpienia funkcjonalne; należą tu w części zбочenia w przemianie materii“. „Zjawiska najmniejszego natężenia, bez wagi u człowieka zdrowego, nabierają znaczenia u człowieka chorego“. Przypomnijmy sobie, że brom, jako objaw uboczny, wywołać może charłactwo (kacheksję) t. j. stan hypoplazji ogólnej, upadku odżywiania, związanego zazwyczaj z niedokrwistością. Powiecie: na taką liczbę chorych, nawet niedokrwistych, jaka brom zażywa, nieliczni jedynie objawy bromizmu okazują. Jest to u nich przejaw idyosynkrazyi osobniczej. Zgoda; ale: 1) nie zawsze godzi się próbować idyosynkrazyi chorego względem środka, który stanowi lek tylko o b j a w o w y, a który, przy obecności u danego chorego idyosynkrazyi, sprzyja wadliwemu kierunkowi spraw biologicznych, istotę choroby właśnie stanowiącemu; bo: 2) jeżeli nie u każdego chorego dochodzi do charłactwa wyraźnego, to jednak bardzo prawdopodobnie u większości brom w tym kierunku działa; wywołuje może jedynie stany o natężeniu słabem, niedostępnem samowiedzy chorego i zmysłom lekarza. Nie znaczy to jednak, by dla dobra ustroju były obojętnymi. W danym przypadku sprawy te „nabierają znaczenia“, ponieważ odbywają się w ustroju o odżywianiu już podkopanem.

To też sędzę, że zwalczanie objawów „nerwowych“ u ludzi niedokrwistych zapomocą bromu, nie jest zabiegiem obojętnym. Więcej nawet: sędzę, że znaczniejszy stopień niedokrwistości stanowi właśnie przeciwwskazanie do użycia bromu.

Brom bywa czasem powodem powstawania nieżyty dróg oddechowych, lub pogarsza istniejący. Przypuśćmy, że mamy chorego, który obok skarg na suchy, uparty kaszel, skarży się na bicie serca, bezsenność, ogólne zdenerwowanie; przy badaniu uderza przede wszystkim niestała równowaga unerwienia naczynioruchowego; badanie płuc zdradza nieżyt jednego wierzchołka; w skąpej plwocinie laseczników swoistych nie wykazano. Zalecenia nasze brzmią zgodnie z rozpoznaniem: *susp. tuberc. pulm.*, są więc przeważnie dyetetyczno-higieniczne, na czas długi obliczone. Tymczasem zaś, dla uspokojenia, dla sprowadzenia snu (bo go bezsenność, bezsprzecznie, osłabia) zalecamy choremu brom: może owo bicie serca, czerwienienie się i blednięcie szybkie — z wyczerpania nerwowego pochodzi.

I tu brom jest przeciwwskazany. I tu jednak rzadko zdołamy spostrzedz jakieś wyraźne skutki ujemne po bromie, lub spostrzegłszy je, raczej postępowi sprawy swoistej przypiszemy. Ale znając skłonność bromu do nadawania przemianie materii kierunku w suchotach niepożądanego, znając jego zdolność do wywoływania (choćby czasem) nieżytów dróg oddechowych, nie powinniśmy się do tego środka zwracać, gdy mamy przed sobą osobnika opianowanego przez *phthisis* (niknięcie, wychudnięcie) i przez sprawę atakującą drogi oddechowe. Przypominam jeden jeszcze wzgląd: zmniejszenie (zniesienie) przez brom pobudliwości zwrotnej błony śluzowej, to znaczy — upośledzenie sprawy wydalania plwociny z oskrzeli.

Takież same skrupuły stają przed nami, gdy wypada podawać brom chorym na żołądek lub kiszki. Co prawda, czasem tylko lub w dużych dawkach używany, powoduje brom¹⁾ utratę łaknienia, odbijanie, palenie lub ucisk w żołądku, nudności, wymioty, biegunkę, wogóle jakieś klinicznie sprawdzalne zaburzenia w narządzie trawienia. Ale gdy sprawy podobne już się rozegrywają przed podaniem bromu, lekceważyć powyżej wyliczonych objawów wtórnych, jakie brom wywołać jest w stanie, nie powinniśmy; bo choć te małego natężenia sprawy, jakie lek nasz wywoła, nie zaimponują nam w postaci „objawów bromizmu“, choć wątpliwą rzeczą będzie, czy uparta biegunka lub utrata łaknienia (z jakimś tępyim bólem głowy) zależna jest od sprawy głównej, czy też przyczynia się do tego nieco i brom, — z góry już ostrożność jest nakazana.

Wywołałem niedawno zdziwienie na twarzach kolegów, gdy u łoża chorej ciężko i na znacznej przestrzeni poparzonej, pewną wątpliwość wyraziłem co do słuszności podawania jej bromu jako środka uspakajającego i nasennego. I te bowiem stany chorobowe, gdzie skóra na znacznej przestrzeni jest w swej czynności upośledzona, za przeciwwskazanie do użycia bromu uważam. Brom na skórę (i błony śluzowe) działać może ujemnie; chociaż wpływ jego nie dosięgnie tego stopnia natężenia, by się oczom naszym w postaci *erythema simplex*, *erythema nodosum*, *acne*, *brom-ecthyma*, *brom-impetigo*, *brom-rupia*, lub *urticaria* przedstawić. Czyż więc mamy prawo upośledzać odżywianie skóry, upośledzać wszystkie te czynności, które skórę czynią narządem samodzielnym, wtedy, kiedy jest ona przez samą chorobę już upośledzona? Powtóre, czynności fizjologiczne skóry zależą od całego szeregu bodźców zewnętrznych. „Samoregulacja“ skóry, jako narządu, na tem polega, że odpowiada ona na podrażnienia: ciśnienia, wilgoci, suchości, prądów powietrza, bólu, ucisku, ciepła, zimna i t. p. Otóż brom, znosząc wrażliwość odruchową, obniża przez to sprawność tych wszystkich czynności skóry, które właśnie, jako odruch na bodziec zewnętrzny, się odbywają. Nie wolno więc tam, gdzie część znaczniejsza skóry już nieczynną jest dzięki jakiejś sprawie chorobowej, obniżać wydolność części pozostałej, mającej zadanie kompensowania za części zniszczone (lub upośledzone czasowo) przeciwu, promieniowania ciepła, wydalania gazów, wilgoci, łoju, potu. Na zarzut powszechnie powtarzany, że u mniejszości jedynie chorych, nawet przy dłuższem użyciu bromu, zjawiają się zmiany na skórze, odpowiedzieć muszę, że: gdy skóra osobnika jest ciężko dotknięta, nie czas próbować wrażliwość osobniczą względem środka, który nam może zmniejszyć wydolność fizjologiczną zdrowych części skóry (nie mówię już o ujemnym wpływie na części sprawą chorobową dotknięte); powtóre, odsetka przypadków, kiedy po użyciu bromu występują objawy skórne, wynosi (podług różnych autorów) 40—75% ogólnej liczby osób używających bromu.

Otwartą jest jeszcze kwestya, czy i jak wpływa brom na nerwy odżywcze (troficzne) wogóle. Zdaje mi się jednak, że niezależnie od bezpośredniego wpływu ujemnego na przemianę materji w komórkach tkanek (i na obniżenie ciśnienia krwi) wpływa on w tymże kierunku i za pośrednictwem nerwów odżywczych. Do przypuszczenia tego upoważnia fakt wpływu (w stopniu różnym) bromu na wszystkie kategorie istoty nerwowej ustroju ludzkiego.

¹⁾ Mówię tu naturalnie o przypadkach, w których zachowano ostrożność używania bromu w dużej ilości płynu rozpuszczonego i nie naczczo.

Brom nader wolno wydziela się z ustroju. Po wprowadzeniu 1,0 grama bromku potasu do żołądka, wykryć można obecność bromu w ślinie i moczu po upływie trzech tygodni jeszcze. To też, gdy wydalanie z ustroju jest wogóle utrudnione, np. w cierpieniach nerek, działanie uboczne bromu przejawia się częściej i gwałtowniej (skutek kumulacji). Toż samo spostrzeżać się daje u chorych na moczówkę cukrową. I w cierpieniach dróg moczowych brom może sprawy zapalne potęgować.

Brom przechodzi do wydzielin, a więc i w mleku wykazać go zawsze można. Pamiętać o tem należy, przepisując brom karmiącym (względnie przy zaburzeniach u ssawców, których karmicielki zażywają brom).

Psychiatrzy i neurologicy podają szereg stanów chorobowych, w których brom nie tylko nie jest wskazany, ale wręcz szkodzi. Jako niespecjalista, dane te pominąć muszę. Bo też chodzi mi tylko o przypomnienie, że przy zalecaniu bromu także ważyć należy wskazania i przeciwwskazania. Zauważyć się bowiem daje, że lekarze, skądinąd zawsze racjonalnie przepisy swe formułujący, w tym przypadku grzeszą pewną niedbałością.

Czy jednak ostrożność zalecana nie doprowadzi do zbytęznego ograniczenia, ze szkodą chorych, użycia tego wypróbowanego i tak często skutecznego środka?

Źle mię rozumie, kto taki wniosek wyprowadzi. Dziś szablonowo trochę, jako środek niewinny zupełnie, bez zdolności działania ubocznego, zalecamy naprawo i nalewo sole bromu. Zapominamy, że istnieją wyraźnie sformułowane przeciwwskazania do użycia soli bromowych; zapominamy, że pewne objawy nie tylko nie ustępują pod wpływem bromu, ale nawet potęgować się mogą.

Nie przytoczyłem, umyślnie, takich przypadków, jakie LEWIN cytuje: 6 przypadków śmierci z powodu użycia bromu (w jednym używano w ciągu miesiąca 2,0—3,0 KBr dziennie); przypadek schudnięcia, ogólnego osłabienia, bicia serca—po użyciu w ciągu 8 dni po 4,0 KBr. To są wyjątki, przez brom wywołane, sprawy patologiczne najwyższego natężenia. Ja zaś chciałem, by z obserwacji spraw natężenia średniego, jakie w postaci „objawów zatrucia bromem“ spostrzegamy, wyciągnąć wnioski o istnieniu spraw natężenia małego, które w pewnych wskazanych przypadkach dostatecznym są powodem do ostrożnego stosowania soli bromowych.

BINZ. Vorlesungen über Pharm. für Aerzte u. Stud. GAUSTER. Die Bromth. bei Epilepsie. Wien. Med. Presse. 1879. (Ref. HOPFENBLUMA, Kron. Lek. 1889, str. 751). KRAFFT-EBING. Neurasthen. Zustände (w NOTHNAGEL'a Patologii i Terapii szczegółowej). LEWIN. Die Nebenwirkung der Arzneim. H. NUSSBAUM. O natężeniu w zjawiskach patologicznych. SEGUIN. O użyciu i nadużyciu niektórych leków przy leczeniu nerwic. Internat. klin. Rund. 1893. (Ref. ARNSTEINA, „Medycyna“ 1893, str. 592). SCHMEDEBERG. Grundriss der Arzneimittellehre.

WYKŁADY KLINICZNE.

A. FRAENKEL.

O białaczce ostrej.

W roku 1889 ogłosił EBSTEIN 17 zebranych z literatury przypadków białaczki ostrej. Pojawiające się od tego czasu względnie liczne opisy tego cierpienia świadczą, że nie jest ono wcale rzadkiem; autor mniema nawet, że w niektórych miejscowościach, np. w Berlinie, białaczka występuje częściej w postaci ostrej, niż przewlekłej. Miał on sposobność spostrzegać ogółem 10 przypadków tego cierpienia: z tej liczby 9 w ciągu ostatnich 5 lat. Dokładne i wielokrotne badanie krwi chorych doprowadziło autora do wykrycia zmian, cechujących białaczkę ostrą, oraz do oznaczenia różnic morfologicznych we krwi przy obu postaciach tej choroby. We wszystkich 8 przypadkach zmiany we krwi były zupełnie jednokowe; są one tak bardzo różne od zmian właściwych białaczce przewlekłej, że samo zbadanie krwi wystarcza do zupełnie pewnego rozpoznania tego cierpienia.

Jednym z pierwszych objawów klinicznych białaczki ostrej jest silne, nagle występujące osłabienie ogólne; towarzyszą mu niekiedy bóle kłujące w okolicy śledziony, w stawach i mięśniach; do objawów powyższych dołączają się wkrótce zawroty głowy i skłonność do krwotoków podskórnych lub z błon śluzowych; krwotoki w siatkówce należą do objawów stałych; nie spostrzegali ich autor w jednym tylko przypadku; krwotoki mózgowe przy białaczce ostrej nie należą do objawów rzadkich. Cierpieniu temu towarzyszy stale mniej lub więcej znaczna bezkrwistość oraz przerost gruczołów chłonnych, śledziony, a niekiedy i wątroby. Nigdy jednak przerost śledziony nie bywa tak znaczny, jak w białaczce przewlekłej; śledziona jest miękka, barwa jej na przekroju szaro-czerwona. Znaczne podniesienie ciepłoty (40° i wyżej) spostrzegali autor u 5 swoich chorych; gorączka była zupełnie nietypowa. W szpiku kostnym stale zauważyć się daje silne przekrwienie oraz wybroczyny; w 4 przypadkach było wyraźne nacieczenie komórkami limfatycznymi oraz znajdowano rozsiane zielono-żółte ogniska ropne.

Białaczka ostra na przebieg dosyć gwałtowny. Pierwszy przypadek autora zakończył się śmiercią po 20 dniach, 4 następne po 4 tygodniach, 1 po 6, 2 po 8, 1 po 9, ostatni wreszcie po 16 tygodniach.

Zdaniem autora, przy rozstrzyganiu pytania, o ile dany przypadek białaczki zaliczony być może do rzędu ostrych, należy przedewszystkiem zwracać uwagę na okoliczność, czy cierpienie wystąpiło gwałtownie i czy towarzyszyły mu odrazu objawy, występujące przy białaczce przewlekłej jedynie w późniejszych okresach. Najważniejszym z tych objawów jest skłonność do krwotoków.

Stanami, uspasabiającymi niejako do białaczki, są: urazy, ciężka anemia, ciąża, wreszcie wszelkie choroby zakaźne ostre i przewlekłe. Przypadki autora nie pozwalają na żadne w tym kierunku wnioski: wszyscy chorzy cieszyli się zupełnym zdrowiem, aż do wybuchu objawów białaczki ostrej; 2 tylko przechodziło na kilka tygodni przed wystąpieniem tego cierpienia typową grypę. Związek przyczynowy między grypą a białaczką wielokrotnie już przez autorów był zaznaczany.

Siedliskiem głównych i najciekawszych zmian anatomicznych w białaczce ostrej jest krew. Do wykrycia ich przyczyniła się niemało najnowsza technika badania krwi.

Prócz zmniejszania liczby czerwonych i znacznego powiększenia liczby białych ciałek krwi, cechą znamionną dla krwi przy białaczce ostrej jest występowanie w niej bardzo znacznej liczby komórek wyłącznie jednojądrowych. Należą one do rzędu limfocytów i występują we wszystkich okresach rozwojowych, poczynając od małych, równych rozmiarami czerwonym ciałkom krwi—aż do wielkich, mających prawie dwa razy od poprzednich większą średnicę. Te ostatnie, przypominające najbardziej wielkie, jednojądrowe białe ciała krwi prawidłowej, posiadają wyjątkowo duże, ubogie w chromatynę jądro, które wypełnia całą prawie komórkę, w której protoplazma tworzy zaledwie wązki naokoło jądra pasek. Jądro jest okrągłe lub owalne i posiada niekiedy z jednej strony zagłębienie; to ostatnie bywa czasem tak znaczne, że całe wielkie jądro rozdzielone jest na 2 części połączone z boku wązkim mostkiem. Gdzieśgdzie mostek ten ulega zanikowi i komórka z jednojądrowej zmienia się w dwujądrową. Te jądra podwójne różnią się jednak wyraźnie od jąder leukocytów wielojądrowych: są znacznie od nich większe, pęcherzykowate i ubogie w chromatynę.

Liczba opisanych wyżej komórek jednojądrowych przewyższa znacznie liczbę limfocytów małych, których jądra przy barwieniu hematoksyliną stają się ciemnofioletowe, jakkolwiek i liczba tych ostatnich znacznie jest od prawidłowej większa.

W żadnym przypadku autora krew nie zawierała tak zwanych komórek szpiku kostnego (*Markzellen*). Ilość komórek eozynofilowych była zawsze bardzo nieznaczna, wręcz przeciwnie, niż przy białaczce przewlekłej; wielkość prawidłowa. Wobec tak znacznego pomnożenia liczby limfocytów, uderza bardzo nieznaczna liczba komórek białych wielojądrowych we krwi przy białaczce ostrej.

W trzech tylko przypadkach spostrzegął autor w białych jednojądrowych komórkach zjawisko karyokinezy. Tłumacząc to zjawisko, dowodzili dawniejsi badacze, że komórki te przypadkowo przedostały się z narządu krwiotwórczego do krwi; autor zaś sądzi, że niekiedy przy sprzyjających warunkach dzielenie względnie mnożenie się tych komórek odbywać się może i poza narządem krwiotwórczym, np. we krwi.

Liczba zawierających jądra czerwonych ciałek krwi jest przy białaczce ostrej bardzo nieznaczna, u 2 tylko chorych ilość ich była dosyć znaczna; w wielu jądrach odbywała się sprawa dzielenia. Nadmienić też wypada, że badanie preparatów krwi na stoliku ogrzewanym wykazało, że stanowiące główną masę ciałek białych komórki jednojądrowe były zupełnie nieruchome i nie wykonywały najśłabszych nawet ruchów ameboidalnych.

Chcąc się przekonać o istotnem pochodzeniu opisanych wyżej komórek jednojądrowych, robił autor skrawki ze szpiku kostnego, śledziona, gruczołów chłonnych, badając je tym samym, co krew żywą, sposobem. Nie wyłącznie wprawdzie, jednak w największych ilościach znajdował je autor w powiększonych, obrzmiałych gruczołach chłonnych. Można więc towarzyszące białaczce ostrej zmiany we krwi ochrzcić mianem limfemii, rozumiejąc pod tym wyrazem taki stan, w którym krew zawiera przeważnie, limfocyty jednojądrowe t. j. młode leukocyty, znajdujące się w początkowych okresach rozwoju.

Łatwo wywnioskować, że zmiany tego rodzaju powstają w białaczce wtedy, kiedy pod wpływem bodźca chorobowego mnożenie się białych ciałek krwi w narządzie krwiotwórczym bardzo się szybko odbywa i kiedy te młode wytworzone komórki tak szybko przedostają się do krwioobiegu ogólnego, że krew literalnie niemi przeładowaną zostaje. Wobec gwałtowności przebiegu klinicznego białaczki ostrej, pogląd powyższy jest chyba zupełnie słuszny. Zarzut, że obecne we

krwi komórki białe są znacznie większe od młodych limfocytów, znajdujących się w torebkach gruczołów chłonnych zdrowych, upada wobec niewątpliwego faktu, że w sprawie białaczkowej, równie jak w innych cierpieniach, którym towarzyszy przerost gruczołów chłonnych, chory gruczoł wytwarza przeważnie limfocyty duże, powstające u osobników zdrowych w pewnych tylko częściach narządu krwiotwórczego, mianowicie w śledzionie i szpiku kostnym. Okazy drobnowidzowe wykazują istotnie, że w białacze ostrej gruczoły chłonne tracą zupełnie swą budowę prawidłową; trudno znaleźć granicę między torebkami a przewodami limfatycznymi, gdyż te ostatnie są wypełnione opisanymi wyżej wielkimi komórkami jednojądrowymi.

Że rzeczywiście w białacze ostrej przeważają we krwi komórki jednojądrowe, przekonać się można łatwo, określając ich liczbę bezwzględną oraz stosunek ich do komórek białych wielojądrowych. We krwi zdrowej stosunek ten wynosi 1:3. W białacze przewlekłej ilość komórek wielojądrowych jest także dosyć znaczna, jakkolwiek ustępuje ilości komórek jednojądrowych; stanowi ona 31,5%, gdy w białacze ostrej komórki wielojądrowe wynoszą 2% — 1% ogólnej ilości ciałek białych. Przy określaniu ilości bezwzględnej każdego rodzaju komórek otrzymał autor liczby następujące:

1 mm. szśc. krwi zdrowej zawiera 5600 ciałek wielojądrowych i 1900 jednojądrowych; 1 mm. szśc. krwi w białacze przewlekłej zawiera 190000 ciałek wielojądrowych i 410000 jednojądrowych; 1 mm. szśc. krwi w białacze ostrej zawiera 2200 ciałek wielojądrowych i 218000 jednojądrowych.

Wynika stąd, że w białacze przewlekłej bezwzględna ilość leukocytów wielojądrowych jest 30 razy od prawidłowej większa, gdy w białacze ostrej ilość leukocytów wielojądrowych stanowi $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ zawartości prawidłowej.

Ażeby zrozumieć, dlaczego w białacze ostrej liczba leukocytów wielojądrowych jest tak nieznaczna, należy uprzytomnić sobie dwie główne teorie, dotyczące powstawania opisanych wyżej zmian we krwi w białacze ostrej.

EHRlich zgodnie z innymi badaczami przyjmował pierwotnie, że leukocyty wielojądrowe tworzą się z jednojądrowych we krwi. Zmienił on przy dalszych badaniach ten pogląd, gdyż przekonał się, że przemiana ta odbywa się wyłącznie w szpiku kostnym. Komórki wielojądrowe posiadają ruchy ameboidalne; pewne krążące we krwi ciała chemotaktyczne przyciągają niekiedy znaczne ilości tych komórek do krwi; powstaje leukocytoza, będąca według EHRlich'a ostatecznie czynnością szpiku kostnego.

Badacz włoski ZENONI, który stosował w swych doświadczeniach znakomicie obmyślaną metodę BIZZOZERO, zaprzecza stanowczo faktowi powstawania ciałek wielojądrowych w samej krwi; zdaniem jego, komórki te wytwarza jedynie szpik kostny.

Prócz wyników badań obu powyższych autorów, fakty z dziedziny patologii wyraźnie wykazują mylność dawnego poglądu, jakoby krew była miejscem tworzenia się ciałek białych wielojądrowych. Wynik badania 8 spostrzeganych przez autora przypadków białaczki ostrej, mianowicie wyraźne zmniejszenie się liczby ciałek wielojądrowych, przekonywa chyba dostatecznie, że tworzą się one nie w samej krwi, lecz w narządzie krwiotwórczym. Chcąc utrzymać dawną teorię, należałoby zgodzić się na pogląd LOEWIT'a, że białaczka ostra jest cierpieniem pierwotnym samej krwi, nie zaś narządu krwiotwórczego. Zmiany we krwi przy niej powstają wskutek zmniejszonego rozpadu leukocytów, którego przyczyną jest utrudniona przemiana ciałek jednojądrowych w wielojądrowe. Ponieważ te ostatnie, jako późniejsze postacie rozwojowe, ulegają stopniowo rozpadowi, prze-

to teoria LOEWIT'a tłumaczy w sposób pozornie logiczny zarówno zmniejszenie liczby ciałek wielojądrowych, jak nagromadzenie jednojądrowych we krwi w białaczce ostrej. Mimo to jednak nie zdołała ona zachwiać wygłoszonego przez VIRCHOW'a i NEUMANN'a dawniejszego poglądu na istotę białaczki, według którego zmiany we krwi są tylko wyrazem zmienionej chorobowo czynności narządu krwiotwórczego; stosując nowe metody badania, wszyscy sumienni badacze przekonali się o wzmożonej sprawie dzielenia się komórek nie tylko we wszystkich częściach narządu krwiotwórczego, lecz i w tworach limfatycznych innych narządów, a niekiedy i w samej krwi: nagromadzenie białych ciałek we krwi jest wynikiem ich nadmiernego tworzenia się w narządzie krwiotwórczym.

Jakkolwiek trudno zgodzić się na pogląd LOEWIT'a co do tworzenia się ciałek wielojądrowych z jednojądrowych w samej krwi, to jednak przyjąć można podawaną przez niego przyczynę zmniejszania się we krwi ilości ciałek wielojądrowych, z tą wszakże zmianą, że przyczyny utrudnionej przemiany jednych ciałek w drugie nie należy upatrywać w zmienionym składzie chemicznym osocza krwi, lecz szukać w działaniu bodźca chorobowego na białe ciała jednojądrowe w miejscu ich powstawania t. j. w narządzie krwiotwórczym. Możliwym jest także, że wprost zbyt szybkie przedostawanie się leukocytów młodych, we wczesnych okresach rozwojowych, warunkuje ów nadmiar ciałek jednojądrowych. Okoliczność jednak, że we wszystkich 8 przypadkach autora nie tylko stosunek ciałek jednojądrowych do wielojądrowych był zmieniony, lecz i ilość bezwzględna tych ostatnich tak bardzo była zmniejszona, zniewała autora do przyjęcia zmienionego w odpowiedni sposób poglądu LOEWIT'a.

Wyniki swych badań streszcza autor w sposób następujący:

1) Znamienne dla białaczki ostrej zaburzenia w składzie krwi stanowi limfemia.

2) Polegają one na powiększeniu liczby białych ciałek we krwi skutkiem przedostawania się młodych postaci leukocytów do krwiobiegu.

3) Nie stosunek ciałek jednojądrowych do wielojądrowych ulega zmianie, ale i liczba bezwzględna tych ostatnich znacznie się zmniejsza, co dowodzi, że sprawa chorobowa niszczy warunki niezbędne do dojrzewania białych ciałek krwi.

4) Różnica między białaczką ostrą a przewlekłą polega na tem, że w pierwszej młode leukocyty jednojądrowe przedostają się do krwiobiegu o wiele szybciej i gwałtowniej, niż w ostatniej. Tu leukocyty mają czas przejść przez pewne okresy dojrzewania w narządzie krwiotwórczym: dosięgają znacznie większych rozmiarów, protoplasma ich staje się ziarnistą, wreszcie pewna część przemienia się w ciała wielojądrowe, przez co ilość tych ostatnich nigdy nie jest tak, jak w białaczce ostrej, zmniejszona.

Różnice w objawach anatomicznych nie dowodzą bynajmniej, aby etiologia białaczki ostrej i przewlekłej miała być różną; są one spowodowane jedynie przez rozmaity stopień złośliwości nieznanego dotąd jeszcze bodźca chorobowego.

Rozwiązywanie pytania, które części narządu krwiotwórczego cierpią w białaczce ostrej, a które w przewlekłej, jest zupełnie bezowocne; wiadomo bowiem, że limfocyty tworzą się bez różnicy w całym narządzie krwiotwórczym, cierpienie zatem różnych części jego wywołać może te same zaburzenia w składzie krwi. Jest natomiast niezmiernie ciekawem, czy zdarzają się postaci przejściowe między białaczką ostrą a przewlekłą, i odwrotnie, czy możliwym jest rozpoznać je jako takie na zasadzie towarzyszących im zmian we krwi, oraz czy wszystkie przypadki białaczki ostrej mają za podwalinę anatomiczną limfemię krwi. Przypadki

badane przez autora oraz kilka innych z literatury upoważniają wprawdzie narazie do twierdzącej na to pytanie odpowiedzi, wymaga ono jednakże jeszcze potwierdzenia przez wyniki dalszych w tym kierunku badań; rozstrzygnięcie drugiego należy do przyszłości. Etiologia białaczki zarówno ostrej jak przewlekłej jest dotąd jeszcze zupełnie ciemna. Przebieg pierwszej przemawia stanowczo za tem, że cierpienie to jest natury zakaźnej. Mimo jednak wielokrotnego badania krwi na drobnoustroje oraz hodowli z niej na rozmaitych podłożach, nie zdołał autor, zarówno jak jego poprzednicy, zmienić przypuszczenia tego w pewnik niezbity. (D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

8. Prof. Dr. E. H. KISCH. **O niemiarowości tętna u otyłych.** Autor, zwracając uwagę na spotykaną u otyłych niemiarowość tętna, stara się objaśnić warunki jej powstawania oraz doniosłość jej prognostyczną. Do pierwszej kategorii zalicza niemiarowość, spotykaną u osobników młodych, przeważnie u niedokrwistych dziewcząt. Ogranicza się ona zwykle do przestanków, powtarzających się albo w regularnych (co 4, 6 do 30 uderzeń tętna), albo w nieregularnych odstępach czasu. Przestankom takim towarzyszy zwykle uczucie obawy i niepokoju, przedmiotowo zaś daje się stwierdzić jedynie powiększenie tępości serca oraz osłabienie uderzenia wierzchołkowego.

Do drugiego szeregu należą osobniki, które przekroczyły 50-ty rok życia i zdradzają objawy niedomogi sercowej. W ich tętnie daje się zauważyć nierównomierność fali oraz przestankowość; krzywe tętna przedstawiają zwykle typ poddykrotyczny; częstość wzmożona. Podmiotowo daje się zauważyć: bicie serca, duszność przy wchodzeniu na schody, czasami dusznica sercowa; przedmiotowo zaś: powiększenie tępości serca w obu wymiarach, uderzenie wierzchołkowe przesunięte ku zewnątrz, czasami podmuch skurczowy lub szmer, zastoje żyłne, zdradzające się obrzękami kończyn dolnych i białkomoczem. Tego rodzaju niemiarowość tętna trwa u bardzo otyłych czasami lata całe; zabiegi lecznicze i środki dietetyczne mogą sprowadzać znaczną w niej poprawę, wszelako nigdy nie znika ona w zupełności.

Trzeci rodzaj, zupełna niemiarowość tętna, to, co BOUILLAUD nazwał *delirium cordis*, spotyka się tylko w stanach ciężkiej niedomogi serca. Chorzy skarżą się na duszność i bicie serca, zjawiające się nawet bez znaczniejszych wysiłków cielesnych, często zdarzają się przytem napady: dusznicy bolesnej i dusznicy sercowej; słabość serca zdradza się w całym narządzie krążenia. Postać ta trwa nieraz całe lata; stosunkowo często śmierć następuje nagle.

Wreszcie jest jedna jeszcze postać nieprawidłowości w tętnie u otyłych, mianowicie jego zwolnienie. W niższych stopniach (do 60 uderzeń na minutę) spotyka się ono przy otyłości dosyć często i nietowarzyszą mu zwykle żadne podmiotowe ani przedmiotowe objawy ze strony serca. Wyższe natomiast stopnie (50—30 uderzeń tętna) są rzeczą bardzo rzadką i zawsze towarzyszą im zawroty głowy, omdlenia i objawy niedomogi serca; tętno przytem nosi zawsze cechy powolnego (*p. tardus*), zaczawszy od najniższych aż do najwyższych jego stopni (*p. rotundotardus*).

Co do powstawania naszkicowanych powyżej nieprawidłowości tętna, należy zaznaczyć, że niższe ich stopnie (przestankowość, niemiarowość tętna) zależą prawdopodobnie od ucisku i wywołanych nim zmian w komórkach ganglionarnych, w następstwie rozrostu tkanki tłuszczowej podosierdziowej i przenikania jej pomiędzy włókna mięśnia sercowego; wyższe zaś stopnie są zapewne w związku ze zmianami w samym mięśniu i zmniejszeniem ilości elementów kurczliwych.

Co do znaczenia prognostycznego omawianych zaburzeń, to wbrew twierdzeniu HAYEM'a, jakoby niemiarowość tętna była zawsze objawem poważnym, jako wyraz poczynającej się niedomogi serca i objaw cierpienia samego mięśnia sercowego, przestankowość tętna i lżejsze stopnie niemiarowości mogą ustąpić zupełnie i czynność serca w ciągu lat całych a nawet dziesiątków lat może odbywać się zupełnie prawidłowo, przyczem dodać należy, że przestankowość, wbrew zdaniu FOTHERGILL'a i LASÉQUE'a, przedstawia, biorąc ogólnie, objaw znacznie mniejszej, niż niemiarowość, doniosłości, jeśli zwłaszcza przestanki zdarzają się rzadko, a przestrzeń czasu między nimi wypełniają prawidłowe i miarowe skurcze serca. Co się zaś tyczy wysokich stopni niemiarowości u otyłych, zarówno jak bezładu serca (*delirium cordis*) i znacznego zwolnienia tętna, to te, jako zależne od daleko posuniętych zmian w mięśniu sercowym, zawsze są objawem wysoce niepomyślnym i nawet mogą zwiastować zgon nagły.

(*St.-Petersburger Med. Wochenschr.* 21. 1895). *St. Rembieliński.*

9. MÜLLER. **Dalsze uproszczenie osteoplastycznej operacji stawów rękomych.** W roku 1893 autor opisał sposób leczenia stawu rzekomego, polegający na pokryciu odłamków płatem ze skóry okostnej i kości. Płat taki, wykrojony w okolicy górnego odłamka, odwraca się i ściąga aż do dolnego odłamka i w tem położeniu się przymocowuje. W ten sposób zespojenie odłamków następuje w krótkim czasie. Obecnie M. używa sposobu daleko prostszego.

Obnaża on odłamki kości zapomocą płatu jednego podłużnego, kształtu języka, z podstawą górną a zaokrąglonym końcem zwróconym ku dołowi. Dolna część płatu zawiera w sobie grubszy kawałek kości długości 2—5 cm., oddłutowany skośnie od dolnego odłamka, część zaś górna składa się tylko z okostnej i skóry. Płat w ten sposób powstały należy ostrożnie unieść ku górze, aby dokładnie obejrzeć staw rzekomy, tkankę łączną o ile możności usunąć i przednią powierzchnię górnego odłamka oddłutować. Następnie cały płat posuwa się ku górze tak, aby kawałek kości, w nim się znajdujący, pokrył odświeżone powierzchnie odłamków. Przymocowanie płatu uskuteczni się zapomocą szwów głębokich. Opatrunek uciskający. Pozostała część rany, po wycięciu płatu, zbliża się zapomocą szwów poprzecznych. Sposób ten autor zastosował u chorego ze stawem rzekomym piszczeli, powstałym przed siedmiu laty. Po 3 miesiącach nastąpiło zupełne zespojenie kostne odłamków i chory o własnej sile mógł stać i chodzić. W tym przypadku M. całej tkanki łącznej, wypełniającej przestrzeń między odławkami, nie usunął, ani też nie oddłutował końców odłamków, tak, iż większe skrócenie kończyny wskutek operacji miejsca nie miało. Stosownie do przypadku, daje się metoda powyższa zmienić w ten sposób, że w miejsce dłuższego płatu kostnego, który się zwykle na odłamki nakłada, można wydlutować krótszy i grubszy kawałek kości, aby ten po wyczyszczeniu przestrzeni między odławkami i oddłutowaniu tych ostatnich mógł się tam pomieścić. Tym sposobem, będąc połączonym z częściami miękkimi, wrośnie on daleko prędzej, aniżeli ciała obce, zastosowanie których przy omawianem cierpieniu rzadko do celu prowadziło.

(*Centralbl. f. Chirur.* 1895 № 46).

L. Krause.

ODCINEK.

W sprawie nierządu publicznego (prostytycyi) i zapobiegania chorobom wenerycznym.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 2).

III. Wzmianka historyczna o prostytycyi w dawnej Polsce—Przepisy policyjno-lekarskie z r. 1842—Warszawski komitet policyjno-lekarski—Kategorye prostytutek zawodowych, zapisanych w Komitecie—Domy tolerowane czyli publiczne w ogólności i w Warszawie w szczególności—Dawniej istniejące w Warszawie domy schadzek—Prostytytki tolerowane, zawodowe—Prostytytki „sekretnie”—obecnie „ulgowie“.

W dawnej Polsce—pomimo, że nierząd był bezwzględnie prawem zakazywany — istniały niewątpliwie już w wieku XV formalne domy nierządu publicznego w Krakowie i Lwowie, a w wieku XVI w Poznaniu i Gdańsku. Za czasów pruskich (1800 r.) prawnie dozwolono istnieć prostytycyi i pierwsze domy publiczne zostały legalnie zaprowadzone w Warszawie w r. 1800. Domy te dzieliły się na 2 klasy i podług tego podziału opłacały pewne podatki; rewizye lekarskie odbywały się co tydzień. Domy publiczne wolno było utrzymywać tylko przy ulicach: Dunaj, Bugaj, Brzozowej, Rybakach, Furmańskiej, Tamce i Mostowej.

Pierwsze przepisy policyjno-lekarskie ogłosił Magistrat m. Warszawy w r. 1824; odnosiły się one do rewizyi kobiet i domów publicznych. Następnie Komisya Rządowa spraw wewnętrznych przygotowała całkowity nowy projekt przepisów o prostytycyi dla całego kraju, ale ówczesny Minister spraw wewnętrznych hrabia Mostowski odłożył sprawę tę *ad acta*. Po wielu próbach i pracach na tem polu, zostały nareszcie zatwierdzone przez Namiestnika Królestwa Polskiego dnia 18/30 stycznia 1842 r. № 445: „Przepisy policyjno-lekarskie dla usunięcia choroby przymiotowej“. Wykonanie przepisów tych zostało pierwotnie powierzone Urzędowi lekarskiemu m. Warszawy pod zwierzchnim kierunkiem i nadzorem Głównego Inspektora służby policyjno-lekarskiej w Królestwie Polskiem. Urzędowi lekarskiemu m. Warszawy dodany został do pomocy lekarz i komisarz policyjny. Z biegiem czasu przepisy te uległy licznym zmianom, toż samo i osobisty skład ich wykonawców. Obowiązują one jednak w głównych zarysach do dnia dzisiejszego. Obecnie funkcjonujący Warszawski Komitet policyjno-lekarski ustanowiony został przez Komitet Urządzający do Spraw Królestwa polskiego d. 12 maja r. 1873 № 142. Skład i etat Komitetu został Najwyżej zatwierdzony.

Warszawski Komitet policyjno-lekarski podlega bezpośrednio zwierzchnictwu Warszawskiego Ober-Policmajstra, i ten jest jego przewodniczącym. Do Komitetu należą z urzędu: pomocnik Warsz. Ober-Policm., urzędnik do szczególnych poruczeń przy biurze Warszawskiego Ober-Policmajstra, naczelnik żandar mów, naczelnik straży ziemsk. pow. warszawskiego, jeden z komisarzy policyi wykonawczej m. Warsz., inspektor lekarski szpitali warsz., naczelnik lekarz szpitali Ś-go Łazarza i szpitala Ujazdowskiego, starszy ordynator szp. Ś-go Łazarza, inspektor lekarski m. Warszawy i jeden z lekarzy komitetowych, a także i komisarz kancelaryi komitetu.

Właściwą t. j. wykonawczą część komitetu stanowią: komisarz kancelaryi Komitetu jako zawiadujący, 3 jego pomocnicy, 5 lekarzy komitetowych i jedna akuszerka. Komitet posługuje się 12-ma tajnymi dozorcami i 12-ma dozorcami z policji miejskiej—po jednym w każdym cyrkule.

Miasto podzielone jest na 2 oddziały, do 3-go oddziału należą Powązki i okręg podmiejski w promieniu 10 wiorst. W każdym z tych oddziałów kontrolą zawiaduje pomocnik komisarza. Lekarze działają w charakterze biegłych i nie rządzą się żadną ogólną instrukcją. W każdym z tych 3 oddziałów odbywają się stale rewizye kobiet publicznych w urządzonym na ten cel lokalu; 2 dni w tygodniu przeznaczone są dla prostytutek tolerowanych, a jeden dzień dla t. zw. ulgowych. Przy kancelaryi Komitetu odbywają się także codzien rewizye lekarskie nowo zaciężnych, aresztowanych przez policję i pewnej części porządniejszych prostytutek ulgowych, przez jednego z lekarzy, który stale przy kancelaryi Komitetu pozostaje. Piąty lekarz odbywa rewizye w domach publicznych wyższego rzędu, których jest 9. Domy publiczne niższego rzędu, jako położone na krańcach miasta—zostają pod kontrolą lekarza oddziału powązkowskiego i zarazem zamiejskiego. Rewizye w areszcie policyjnym przy zarządzie warszawskiego Ober-Policmajstra odbywają się codziennie przez jednego z lekarzy służby policyjnej, który czynność tę spełnia kolejno—w dni wolne od rewizyi w swoim oddziale.

Pomijając techniczno-biurową stronę kontroli, sposób jej wykonywania i obchodzenia się z prostytutkami, który, o ile mi wiadomo, jest zgodny z wymaganiami ludzkości i delikatności, przechodzę do tej części przepisów, która zajmuje się prostytutkami.

Według pierwotnego brzmienia § 10, który z biegiem czasu ulegał licznym przekształceniom, o czem niżej, podlegały rewizyi lekarskiej następujące kobiety: 1) przebywające stale w domach publicznych oraz służące tych domów; 2) kobiety przebywające w tak zw. domach schadzek (maisons de rendez-vous); 3) prostytutki tolerowane, mieszkające w mieście; 4) kobiety t. zw. sekretne.

Domy publiczne. Moraliści zaprzeczają domom publicznym racyi bytu. Pochodzi to stąd, że zapatrują się na nie ze zbyt jednostronnego stanowiska i widzą w nich jedynie tylko przybytki rozpusty; gdy w istocie są one, a przynajmniej być powinny zakładami, w których bezzenni mężczyźni swoje potrzeby płciowe zaspokoić mogą. Po za to przeznaczenie domy tolerowane (nazwę tę uważamy za właściwszą od nazwy „domy publiczne“ i tej nadal używać będziemy) przekraczać nie powinny i dlatego wszelkie dodatki, jak: bufety z napojami wysokowymi, muzyka, tańce i t. d., nie powinny być w domach tolerowanych dozwolane²⁾.

Za to domy te powinny być pod względem sanitarnym i policyjno-lekarskim tak urządzone, aby nietylko swoich gości, lecz i przyjmujące tych gości kobiety od zarażenia zabezpieczyły. Łatwość kontroli i oględzin lekarskich, możność przeprowadzenia oględzin mężczyzn, o czem niżej, możność wczesnego usunięcia zarażonej i dopilnowania porządnego leczenia—stanowią niewątpliwą wyższość domów tolerowanych od prostytutek wolno na mieście mieszkających; i pomimo to, że największa liczba zarażonych nierządnic przybywa do szpi-

²⁾ W warszawskich domach tolerowanych 1-go rzędu bufety są dozwolone.

tali z domów tolerowanych³⁾, to jednak liczba zarażających jest, w porównaniu z innymi źródłami, najmniejszą⁴⁾.

W ostatnich zeszytach *Archiv für Dermatologie und Syphilis* z r. 1895 znajdujemy bardzo wyczerpującą pracę d-r W. MEHRE p. t. „Ueber den Einfluss der Kasernierung der Prostituirten auf die Ausbreitung der Syphilis“, w której autor—po bardzo pracowitych porównaniach i zestawieniach danych statystycznych różnych krajów i narodów, przychodzi do ostatecznego wniosku, że „zgrupowanie prostytutek do domów zamkniętych czyli t. zw. system bordelowy, jest jednym z najpewniejszych i najenergiczniej działających środków przeciwko szerzeniu się przymiotu⁵⁾“.

Odsyłając ciekawego szczegółów czytelnika do pracy oryginalnej, nie mogę się powstrzymać od przytoczenia bardzo wymownych liczb, odnoszących się do Japonii, gdzie zabordelowanie niesłychanie rozprzestrzenionej prostytucji (w Tokio znajduje się 369 domów tolerowanych z 3731 nierządnicami) tak zbawienny miało wpływ na jej uzdrowotnienie i zmniejszenie chorób wenerycznych pomiędzy wojskiem, że liczba tych chorych zeszła do 70%₁₀₀, gdy w Shanghai liczba chorych wenerycznych wynosiła $\frac{2}{3}$ wszystkich chorych, pozostających podówczas w szpitalu marynarki wojennej, a na okrętach wojennych niemieckich, przebywających na morzach Azji Wschodniej, liczba chorób wenerycznych wynosiła przeszło 200%₁₀₀!

W Warszawie system bordelowy słabo jest rozwinięty. Przed 30 laty t. j. przed zaprowadzeniem domów schadzek, było domów tolerowanych 22—23; później—lecz jeszcze równocześnie z istnieniem domów schadzek, istniało domów tolerowanych 14—16 i liczba ta, pomimo zniesienia domów schadzek w r. 1888, wcale się nie powiększyła.

Obecnie istnieje domów tolerowanych wyższego rzędu 9 z 180 nierządnicami, a niższego rzędu, dla wyrobników i żołnierzy, 6 z 60 nierządnicami.

Drugą grupę stanowiły prostytutki przebywające w domach schadzek. Domy te powstały w Warszawie w r. 1865 z rozporządzenia b. Komitetu czasowego, dla pomieszczenia w nich kobiet oddzielnie mieszkających, celem ułatwienia kontroli. W istocie, domy te nie różniły się niczem od domów publicznych—a zatem nie były to „maisons de passe“ na wzór brukselskich. Sama nazwa „domy schadzek“ zachęcała prostytutki do zapisywania się tutaj, gdzie uważały się za coś lepszego od publicznych. Domów schadzek bywało w Warszawie po 20 do 26. W r. 1888 zostały zniesione.

Trzecią, a właściwie drugą—jak obecnie — grupę stanowią prostytutki, zapisane do kontroli pod nazwą tolerowanych. Mieszkają one oddzielnie (odinnoczki) po 1 lub 2 w jednym mieszkaniu na wyznaczonych ulicach. Więcej nad 2 w jednym lokalu, a 4 w jednym domu mieszkać nie wolno. Prostytutek tolerowanych liczy się obecnie w Warszawie 1760. Ulegają one peryodycznej rewizji 2 razy tygodniowo.

³⁾ Do szpitala Ś. Łazarza w Warszawie przybywa zarażonych przeciętnie rocznie 95% ogólnej liczby kobiet, przebywających w domach tolerowanych, gdy kobiet oddzielnie mieszkających przybywa do tegoż szpitala 29%. (D-r GIEDROYC: Prostytutki jako źródło chorób wenerycznych w Warszawie 1892 r.). Zauważyć tu jednak należy, że kobiety, przebywające w domach tolerowanych, liczniej i częściej przez mężczyzn bywają nawiedzane; dalej, że kobietom tym nie służy prawo wyboru ani odmowy oddania się mężczyźnie—co wszystko powiększa niebezpieczeństwo zarażenia się. Na wysoką odsetkę zarażonych tej kategorii kobiet wpływa także i ta okoliczność, że jedna i ta sama chora figuruje w wykazach szpitalnych conajmniej po kilka razy.

⁴⁾ Statystyka MAURIAC'a wykazuje, że na 219 zarażonych przymiotem przez prostytutki, 139 zawiadzcza swoją chorobę prostytutkom oddzielnie zamieszkałym, a 80—kobietom z domów tolerowanych, a dzieje się to tam, gdzie na 100 kobiet z domów tolerowanych bywa przeciętnie 52 chore, a na 100 zamieszkałych oddzielnie—zaledwie 16.

⁵⁾ *Archiv f. Dermatolog. u Syph.* 1895, XXXIII. str. 133.

Oddzielną kategorię stanowiły kobiety t. zw. sekretne. W r. 1867 zaprowadzono t. zw. kontrolę sekretną, do której zapisywano kobiety, mające stałe jakieś zajęcie: służące, kelnerki, szynkarki, kawiarki, szwaczki, niekiedy i kobiety wyższego stanowiska, a nawet mężatki, lecz uprawiające skrycie nierząd. Do kontroli zapisane bywały przez Komitet wskutek podejrzenia o zajmowanie się pokątnym nierządem, niekiedy i same zapisywały się dobrowolnie i dla własnego bezpieczeństwa poddawały się obowiązkowej kontroli.

Kategorię kobiet sekretnych zniesiono około 1880 r. Natomiast powstała nowa kategoria t. zw. ulgowych. Te ostatnie podlegają również kontroli i rewizji obowiązkowej, lecz nie tak często, zwykle raz na tydzień lub co 2 tygodnie i oddzielnie od prostytutek tolerowanych. W gruncie rzeczy jest to więc tylko zmiana nazwy. Prawda, że dawna nazwa „sekretne“ mogła okazywać się niepraktyczną z tego powodu, że wszystkie bez wyjątku spisy nierządnic powinny być i są sekretne. Nazwa sekretne zdaje się być bardzo właściwą dla kobiet pracujących—zatem niezupełnie zawodowych prostytutek. Sama nazwa zachęcała do zapisywania się do kontroli i rewizji—zwłaszcza, że im je ułatwiano. Dlatego to Komitet petersburski utrzymał dotąd kategorię sekretnych, natomiast nie ma on ulgowych. Tych ostatnich liczy się obecnie w Warszawie około 300.

(C. d. n.).

90-ciolecie Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

W dniu 24 grudnia, Towarzystwo Lekarskie Wileńskie obchodziło 90-ciolecie swego istnienia. Chociaż uroczystość jubileuszowa skromnie się zapowiadała, a wiadomość o niej zaledwie na dni parę przed terminem rozesłaną została, niemniej jednak, liczne instytucje i towarzystwa naukowe, tak krajowe jak i zagraniczne, a także wielu uczonych nadesłało listy lub telegramy, jako dowody uznania i zasług przez Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, dla nauki i społeczeństwa położonych. Te objawy sympaty i uznania są bardzo naturalne. Towarzystwu bowiem Wileńskiemu, jako najstarszemu w Państwie towarzystwu lekarskiemu, zatem instytucji, która miała możliwość przez czas dłuższy, niż inne, swą pożyteczną działalność rozwijać, słusznie się one należą; a lubo działalność ta dzisiaj nie może mieć tak obszernego zakresu, jak dawniej, to jednakże przeszłość Towarzystwa, a szczególnie pierwsze trzydziestolecie onego, najpiękniejsze posiada tradycje i w sposób poważny do rozwoju naukowego się przyczyniło. Wielce zasłużony autor dzieła: Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medycy i Chirurgicznej Wileńskiej, D-r Józef BIELIŃSKI, poświęcił w dziele tem część ostatnią (V-tą) rysowi działalności Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. Przypuszczając, że dzieło to zna każdy lekarz polski, a przynajmniej znać je powinien, nie przytaczamy szczegółów, dotyczących historii Towarzystwa; przypominamy tylko, iż założycielem Towarzystwa Wileńskiego był Józef FRANK, syn znakomitego klinicyisty Piotra FRANKA; osobistość, która była obdarzona przymiotami dobrego inicjatora, znajomością ludzi, wielką energią, i przeniknięta nawskroś uczuciami humanitarnymi. Z jego też inicjatywy powstało w Wilnie Towarzystwo Dobroczynności, ambulatoryum dla ubogich, instytucje: szczepienia ospy, położniczy, infirmarya i inne. „On to—jak mówi BIELIŃSKI—wychował kilka tysięcy lekarzy w zasadach humanitarnych, pełnych wiedzy i nauki, i postawił stan lekarski

w opinii społeczeństwa tak wysoko, jak ani przed nim, ani po nim już nie bywało⁴. Jeśli Towarzystwo Lekarskie Wileńskie J. FRANKOWI bardzo wiele zawdzięcza, gdyż, oprócz swego ufundowania, i moralne stanowisko wobec społeczeństwa, i wreszcie szybki swój rozwój, to niemały w tem udział brały i ówczesne szczęśliwe okoliczności. Zawdzięczając bowiem temu, iż wszyscy profesorowie wydziału lekarskiego ówczesnego uniwersytetu żywo się interesowali nowopowstającą instytucją i w skład jej członków weszli, Tow. Lek. Wileńskie od razu zwróciło na siebie uwagę świata naukowego. W liczbie założycieli oraz onego najczynniejszych pracowników spotykamy takich, jak: ŚNIADECKI, PORCYANKO, PÉLIKAN, NISZKOWSKI, HOMOLICKI, BOJANUS, WOLFGANG, ABICHT, RYMKIEWICZ, MIANOWSKI, HERBERSKI i ADAMOWICZ, którzy, będąc kierownikami klinik lub znakomitymi profesorami, potrafili postawić Towarzystwo na gruncie współczesnej nauki europejskiej. Nadto, osobiste stosunki ŚNIADECKIEGO, FRANKA, BOJANUSA i innych, którzy mieli sposobność podczas swych studyów zagranicą zapoznać się z koryfeuszami nauki, sprawiły, iż w liczbie członków Towarzystwa Wileńskiego znaleźli się tacy, jak: ABERNETHY, AUTENRIETH, BEER Józef, BELL Karol, COOPER A., CORVISART, DIEFFENBACH, DUPUYTRAIN, ESQUIROL, HUFELAND, LAENNEC, JENNER E., LARREY, PINEL, RUST, i wielu, wielu innych, którzy chętnie nietylko godność członków Towarzystwa Wileńskiego przyjęli, lecz swe prace mu nadsyłałi.

Naukowe swe prace ogłaszało Towarzystwo we własnych organach, które stosownie do warunków, w jakich się podówczas kraj znajdował, różne przechodziły koleje. I tak: wydawano najprzód „Pamiętniki Tow. Lek. Wileńskiego“ i „Pamiętnik farmaceutyczny wileński“, potem „Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi“, dalej „Collectanea medico-chirurgica“, wreszcie, „Praktyczne najnowsze spostrzeżenia niektórych lekarzy“, zebrane przez A. ADAMOWICZA (od r. 1846 do 1862).

Na spostrzeżeniach, wydawanych przez ADAMOWICZA, kończy się szereg prac, ogłaszanych w języku polskim.

Jeśli Towarzystwo z wielkiem powodzeniem uprawiało naukę, również wielkiem powodzeniem i uznaniem cieszyło się wśród społeczeństwa, dla którego pracowało; a jak pojmowało ono swe zadanie, najlepiej sformułował nasz wielki JĘDRZEJ, ósmiokrotnie prezesem Towarzystwa obierany, w przemówieniu swem, jakie miał na uroczystem otwarciu Towarzystwa w dniu 12 Grudnia 1806 roku, zatytułowanem: O pożytkach, jakie powszechność z zaprowadzenia Towarzystw Lekarskich odnieść może.

Miłość społeczeństwa i stosowanie wiedzy do celów humanitarnych, stanowiły znamienną cechę Towarzystwa. Rok 1821 pięknie w dziejach Towarzystwa się zaznaczył; bo gdy w tymże roku Barcelonę nawiedziła żółta febra, a czterech lekarzy francuskich: PARISSET, FRANÇOIS, BAILLY i MAZET, bez względu na niebezpieczeństwo tam się udali i niesli pomoc nieszczęśliwym mieszkańcom, Towarzystwo Wileńskie, aby uczcić ten czyn, wysłało tymże lekarzom w gorących wyrazach adres uznania; a gdy ostatni z tych lekarzy Dr. MAZET zmarł, zarządzono składki, a zebraną summę 400 rs., jak na owe czasy wcale pokaźną, przestano na pomnik dla zmarłego.

Nic też dziwnego, że wobec takiej przeszłości, jaką Towarzystwo Lekarskie Wileńskie jaśnieje, wiadomość o zamiarze obchodzenia przez nie 90-ciolecia, sympatycznym wszędzie ozwała się echem.

Uroczystość odbyła się w sposób posiadający nastrój poważny, w sali Towarzystwa, przyozdobionej biustami szeregu profesorów, wedle programu, który w № 52-m *Medycyny* z r. z. podaliśmy. Zebraniu przewodniczył prezes honorowy To-

warzystwa, najstarszy z żyjących dziś członków, czcigodny Dr. TITUS. Prezes rzeczywisty Dr. ERBSTEIN zagałł posiedzenie Rzutem oka na działalność Towarzystwa; Dr. BIELIŃSKI mówił „O pierwszej klinice w Wilnie“; Dr. STRZEMIŃSKI „O stanie sanitarnym Wilna w pierwszym 20-toleciu istnienia Towarzystwa“; Dr. W. ZAHORSKI odczytał „Historję Towarzystwa“; wreszcie Dr. BAGIEŃSKI mówił „O znaczeniu Tow. Lek. Wileńskiego w sprawie rozpowszechnienia szczepienia ospy.“

Zwyczajem, przyjętym przez inne Towarzystwa, które przy podobnych uroczystościach wyróżniają osobistości zasłużone nauce lub działalności na polu praktyki, Towarzystwo Wileńskie udzieliło tytułu członków honorowych wielu uczonym w kraju i zagranicą. Z naszych uczonych, tytułem tym są zaszczycony: BECK, BUJWID, CYBULSKI, CHEŁPOWSKI, GAŁĘŻOWSKI, KADYI, LASKOWSKI, MIKULICZ, OLSZEWSKI, WICHERKIEWICZ, BARANOWSKI, BRODOWSKI, DOGIEL, DUNIN, HERYNG, KOŚCIŃSKI i MOCZUTKOWSKI.

H. D.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Według SCHWIMMER'a i SCHIFF'a *leukoplakia* jest samoistnem przewlekłym cierpieniem wyłącznie błony śluzowej jamy ustnej i języka, rzadziej narządów płciowych kobiety. Cierpienie to zostało wyodrębnione od innych, szczególnie od *plaques muqueuses* na tle przymiotu, z którymi dawniej je utożsamiano. Odróżnić należy chorobę tę od przymiotu, pleśniawek i *aphtae*. Objawy różniczkowe są następujące: *soor* i *aphtae* są to cierpienia po większej części szybko przemijające; przymiot wyłącza się przez brak opuchnięcia gruczołów, co przy *leukoplakia* zdarza się zaledwie po wieloletnim trwaniu choroby. Co do leczenia, to dotychczas stosowano lapis, sublimat, kwas chromny, w ostatnich czasach szczególnie rezorcynę, którą UNNA stosuje jako *spir. rezorcini*, zaś LEISTIKOW w postaci pasty rezorcynowej. (Wien. klin. Rundsch. XI Jahrg. № 8).

= Liczne wiadomości o zadziwiających wynikach stosowania tabletek z tyreoidyny, doprowadziły do nadużycia tego bynajmniej nieobojętnego środka. EULENBURG przytacza przypadek, dotyczący pewnej damy, która dla usunięcia otęłości, używała codziennie przez miesiąc po 6 tabletek bez porady lekarza. Wprawdzie straciła na wadze 17 funtów w ciągu 2 miesięcy, lecz wystąpiły bardzo ciężkie zaburzenia w czynnościach serca i nerek. Podobne wyniki nakazują zachowywać wielką ostrożność przy stosowaniu tyreoidyny. EULENBURG żąda, aby apteki nie miały prawa wydawać

środką powyższego bez przepisu lekarza. (Deut. medic. Woch. 1895 № 31). W. M.

= Przeciwno gośćcowi, powstałemu na tle rzeżączki, zaleca BALZER kąpiele z terpentyną, mianowicie do możliwie gorącej kąpieli radzi dodawać mieszaninę: *sapon. virid.* 200,0, *ol. terebint.* 100,0.

(Annal. de Dermat. 1895. Maj). W. M.

= CHAPLIN zaleca parę kreozotu przeciwko *bronchitis putrida*. Nieczysty, otrzymany przez destylację smoły kreozotu, ogrzany do punktu wrzenia, wydziela gęstą, ostrą, drażniącą parę, która łatwo nasycą powietrze małego pokoju. Wziewanie winno trwać $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ godziny. Otwory nosowe chorego zatykają się watą, oczy zaś zakrywają się szkiełkiem od zegarka, przymocowanem za pomocą plastra lepkiego, aby uniknąć działania drażniącego kreozotu. W spotrzeganych przez się przypadkach CH. widział doskonały wpływ metody powyższej na własności i ilość płwociny, na gorączkę i brak łaknienia. (Deut. medic. Wochenschr. 1895 № 33). W. M.

= NOCARD na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu zawiadomił o niezwykle uodporniającej własności surowicy przeciwężkowej. Kiedy dwie krople toksyny zabijają konia, niektóre konie uodpornione znosiły 300 ctm. szśc. t. j. 2500 razy większą ilość, zastrzykniętą w żyłę szyjową. Praktyczne wyniki zastrzykiwań, dokonywane przez weterynarzy w celach leczniczych w 357 przypadkach, były znakomite. Żadnego z tych

zwierząt uodpornionych nie padło, kiedy ci sami weterynarze w tymże samym czasie spostrzegali 55 przypadków tęcza u zwierząt nieuodpornionych. Fakty te mogą rzucać światło na ważność tej metody leczniczej w zastosowaniu do ludzi. (Le progr. medic. 1895 № 43). *W. M.*

== Waleczki nabłonkowe bez białkomoczu spotykano dotychczas w żółtaczce. KOSSELER przeprowadził systematyczne badanie moczu w 29 przypadkach gruźlicy, wad serca, płonicy, tyfusu, chorób zakaźnych płucnych, zatrucia fosforem. Znajdował przytem to nieliczne to w większej ilości waleczki szkliste i drobnoziarniste stłuszczone. Prócz tego znajdował waleczki nabłonkowe. Z tego powodu znaczenie rozpoznawcze waleczek w moczu winno być ograniczone, tembardziej, że niejednokrotne badania anatomiczne wykazały brak zmian zapalnych w nerkach. Jednocześnie mocz badany zawierał nukleoalbuminę, której źródło według badań autora spoczywało w nerkach. Wogóle więc w żółtaczce, w chorobach zakaźnych, zatruciach mogą nerki wytwarzać waleczki i nukleoalbuminę, jako wyraz pewnego uszkodzenia nabłonka bez zapalenia nerek. (Centralblatt. f. inn. Med. 1895 № 42). *W. M.*

== SIGHELLI (Medyolan) podaje nową metodę leczenia porażen amyotroficzych i obwodowych, mianowicie elektryzowanie kończyn uprzednio pozbawionych krwi. Myślą przewodnią autora było zdanie, że usuwając z danej tkanki zawartą w niej ciecz, czynimy ją bardziej jednorodną, a przeto zdolną do załamania fal—wszystko jedno jakich—dźwiękowych, ciepłikowych, czy też elektrycznych. Ilość więc fal przechodzących *caeteris paribus* będzie większa po usunięciu cieczy. Do sztucznego wydalenia krwi autor używa zwykłego elastycznego bandaża ESSMARCH'a. Metoda była wypróbowana w 3 przypadkach porażenia dziecięcego i w 1 przypadku obustronnego zapalenia nerwu promieniowego z przykurczeniami i znacznym zanikiem mięśni. Wyniki leczenia w ostatnim przypadku były zdumiewające, jeśli uwzględnić długotrwałość choroby (4 lata) i bezskuteczność różnych metod. Przez rok autor elektryzował chorą różnymi sposobami bez śladu poprawy. Tymczasem nowa metoda już po 2 tygodniach dała wyraźną poprawę: ręce nabrały ciała, przykurczenia znikły, ruchomość w rękach poczęła wracać, a

po 20 posiedzeniach wróciła prawidłowa wrażliwość na wszelkie rodzaje prądu w mięśniach porażonych, które dawniej dawały odczyn zwyrodnienia. Równie wybitne wyniki zawdzięcza autor metodzie powyższej w 3 przypadkach porażenia dziecięcego. (Gazzetta degli Ospedali delle e Cliniche 3 IX 95). *W. M.*

== DAREMBERG zaleca gorąco karmienie dzieci gruźliczych mlekiem fosforyzowanym. Aby otrzymać takie mleko, autor daje codziennie kozie w pokarmie 20,0 proszku z wypalonych kości i 10,0 soli morskiej. W ten sposób fosfor przyswaja się w ustroju zwierzęcia, a dziecko otrzymuje już substancję przerobioną, gdy tymczasem dzieci bardzo trudno trawią i przyswajają fosfor w proszku lub roztworze. Metoda powyższa opiera się na fakcie, że osoby skłonne albo też już dotknięte gruźlicą wydzielają z moczem wielkie ilości fosforanów, zaś tkanki a szczególnie płuca tracą części mineralne wogóle a fosfor w szczególności. (Lyon medic. 1895 № 43).

W. M.

== HUCHARD stosuje i gorąco poleca następującą metodę leczenia gruźlicy płuc. 3—4 razy dziennie czyni rozpylania w pokoju, używając w tym celu wielkiego rozpylacza LUCAS-CHAMPIONNIERE'a. Na każde rozpylanie bierze 2—3 łyżki poniżej przytoczonej mieszaniny nawpół z wodą: *guajacoli* 50,0, *eucolypt.* 40,0, *ac. carbol.* 3,0, *mentholi* 20,0, *thymoli* 10,0, *extr. caryophyll.* 5,0, *alcoholi* 90%, *q. s. ut f.* 1000,0. Chory parą tą oddychy 3 a nawet 4 razy dziennie po 1½—2 godzin za każdym razem. (La revue medicale. 1895. N. 81).

W. M.

== KOSSA, badając narządy trupa dziecka, znalazł w nich sposobem MARSCH'a ślady arsenu. Ponieważ zatrucie arsenem za życia można było wyłaczyć z zupełną pewnością, a także nie można było przypuścić wprowadzenia arsenu do ciała i po śmierci, przeto K. wywnioskował, że arsen i inne jady metaliczne stanowią być może prawidłowy składnik moczu ludzkiego. Składniki te, w niewielkich wprawdzie ilościach, mogą dostawać się do ustroju zewnątrz w czasie życia i są wydzielane z moczem. Istotnie, autor znalazł w swoim moczu, a także w moczu innego z łowczego człowieka dorosłego arsen, miedź i rtęć. Jeżeli więc w moczu znajdują się ślady, w takim razie w ustroju człowieka winny znajdować się te jady w większych ilościach, i niektóre narządy np. wątro-

ba, mogą je zatrzymywać, a nerki stopniowo wydzielają. Fakt ten posiada wielką wagę pod względem sądowo-lekarskim, odkrycie bowiem tych jądów w ustroju może nie dowodzić jeszcze umyślnego otrucia. Co się tyczy sposobów dostawania się tych jądów do ustroju, to autor zwraca uwagę, że arsen znajduje się w gruncie, w powietrzu, szkle, farbach, obiciach i t. d., miedź zaś w rurach wodociągowych, naczyniach szklanych i porcelanowych, farbach, likierach, cukierkach. Wreszcie, rtęć znajduje się w farbach anilinowych, środkach leczniczych, lustrach, skąd może dostawać się do ustroju drogą ulatniania się pod wpływem promieni słonecznych. (Ungar. Arch. f. Medic. III.) *W. M.*

— Choroba RAYNAUD'a (samoistna zgorzel symetryczna), według dotychczasowych poglądów nie spotyka się nigdy u dzieci poniżej 2½ lat wieku. Sam RAYNAUD twierdził, że cierpienie to dotyka zwykle kobiety, najczęściej między 18 a 30 rokiem życia. Tymczasem MAUGUE zebrał 171 przypadków tej choroby z lat 1880—1895, które pod względem wieku chorych tak się dzielą: 6 przypad-

ków poniżej 2 lat, 5 w 5-ym roku życia; 35 między 6 a 18-ym rokiem; 33 między 18 a 20; 46 między 30 a 43; 46 między 43 a 77-ym. Względnie więc najczęściej choroba ta zdarza się między 30 a 43-im rokiem, a nadto spotyka się w pierwszym i drugim roku życia. Dane te nie są pozabawione znaczenia, albowiem u dzieci, u których bywa brak wskazówek osobistych, rozpoznanie może przedstawiać poważne trudności w odnoszących się tu przypadkach. (Journ. de Med. et de Chir. prat. 25. IX. 95.) *W. M.*

— Przeciwno cholerynie u dzieci stosuje z powodzeniem GROSS w początkach *Rp. calomel.* 0,005—0,015, *saloli* 0,02—0,1, *sacch.* 0,3. *M. D. t. dos.* N. VI. S. Co 2 godziny proszek w wodzie gorącej. Po kilku dniach zaś daje *Rp. salol.* 0,1—0,2, *sacch. lactis* 0,3. *M. D. t. dos.* N. X. S. Co 2 godziny proszek. Jednocześnie z salolem autor stosuje *Rp. ac. hydrochlor. diluti part.* 15, *pepsini part.* 4. MDS. 4 razy dziennie po 2—3 krople. W postaciach przewlekłych oprócz salolu Gr. zaleca lawatywy wypróżniające, a po nich lawatywy z tanniną (1%). (La Revue medic. 1895 N. 81.) *W. M.*

Wiadomości bieżące.

— Odsłonięcie tablicy pamiątkowej dla ś. p. prof. D-ra Lucyana RYDLA odbyło się w dniu 7 b. m. i r. o godzinie 10 rano w Kolegiate akademickiej św. Anny w Krakowie.

— Koledzy Z. DOROWOLSKI, E. DYTEL, A. GRUŻEWSKI, W. RODYŚ, W. SAWICKI oraz D. WOYCICKI zostali mianowani młodszymi ordynatorami Warszawskiego Szpitala dla dzieci.

— Departament lekarski ogłasza w „Gońcu Urzęd.”, że zamierza wydać zbiór praw, zawierający ustawę lekarską z wszelkimi uzupełnieniami i dodatkami. Część pierwsza zbioru wyjdzie z druku na początku r. b. Cena dla zapisujących się przed 1 marca wynosi rs. 3, po tym czasie rs. 5.

— Rada miejska w Kalkucie postanowiła i w roku bieżącym wyznaczyć 7,500 rupii w celu robienia w dalszym ciągu szczepeń ochronnych przeciwko cholercze.

— W Rzymie pod redakcją prof. PENNY'ego zaczną wychodzić czasopismo, poświęcone wyłącznie zboczeniom umysłowym na tle opaczności czucia płciowego: „Archivo delle psicopatologie sessuali“.

— W Kantonie Zurych projekt zabronienia wszelkich wiwisekcji został odrzucony podczas głosowania 39,473 głosami przeciwko 17,297.

— D-r DONALDSON SMITH odnalazł w Afryce Środkowej 15 nowych plemion, pomiędzy niemi plemię karłow, nie wyższych nad 4 do 5 stóp.