

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** O skrytych postaciach zakażenia septycznego (Pyo-septicaemia cryptogenetica), napisał Władysław Biegański. — Przypadek wpychawki jelit. Laparotomia. Wyleczenie. Podał Hippolit Oderfeld. — Nowoodkryte promienie świetlne Röntgen'a. — **Streszczenia i wyciągi.** 13. Żółtaczka wskutek zatrzymywania się żółci wewnątrzrazikowego. 14. Przyczynek do rozpoznawania nowotworów przy pomocy badania drobnowidzowego przesłków. 15. Przyczynek do symptomatologii i terapii nerwowych postaci grypy. 16. Boraks w leczeniu padaczki. 17. Sposoby wykrycia udanej ślepoty jednostronnej. — **Odcinek.** W sprawie nierządu publicznego (prostytycy) i zapobiegania chorobom wenerycznym. (Ciąg dalszy). — **Nekrologia.** Ś. p. Franciszek Jawdyński. Ś. p. Karol Kaczkowski. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

## „Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Biegański — Sur les pyo-septicémies cryptogénétiques. 2) D-r H. Oderfeld — Un cas d'invagination intestinale. Laparotomie. Guérison.

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

## „Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Biegański — Ueber cryptogenetische Pyo-septicaemien. 2) D-r H. Oderfeld — Ein Fall von Darminvagination. Laparotomie. Heilung.

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

## O SKRYTYCH POSTACIACH ZAKAŻENIA SEPTYCZNEGO

(*Pyo-septicaemia cryptogenetica*),

napisał **Władysław Biegański.**

(Podług wykładu wypowiedzianego na zebraniu lekarzy prowincjonalnych w maju 1895 r. w Częstochowie).

Zakażenie septyczne należy do najczęściej rozpowszechnionych spraw patologicznych, to też oddawna było ono przedmiotem licznych badań. W czasach przedbakteryologicznych wyróżniano w ogólnem zakażeniu ropnem ustroju klinicznie i anatomopatologicznie dwie postaci chorobowe, mianowicie: ropnicę i posocznicę. Pod nazwą ropnicy pojmowano, jak wiadomo, sprawę zakaźną z przerzutowem ropieniem miejscowem; pod nazwą zaś posocznicy — ogólne zakażenie ustroju bez wytwarzania przerzutowych ropni. Rozróżnianie takie było zupełnie uzasadnione tak pod względem anatomopatologicznym, jakoteż i klinicznym. W jednych przypadkach znajdowano na sekcjach liczne, rozmaicie umiejscowione ropnie, powstawanie których łatwo wytłomaczyć można było na drodze przerzutowej; w innych — ognisk ropnych nie znajdowano, lecz za to rozmaite zmiany mięsiste w mięśniu sercowym, nerkach, wątrobie, świadczące o jakimś głębokiem zakłóceniu we wszystkich narządach, o jakimś zatruciu ogólnem.

I kliniczne obrazy spraw tych różnią się także wybitnie. W przypadkach ropnicy mamy do czynienia z chorobą, przebiegającą z nasileniami, z gorączką przestankową, zaczynającą się najczęściej mocnym wstrząsającym dreszczem, i rozmaitymi objawami przerzutowych ropnych spraw zapalnych. W przypadkach posocznicy występuje na pierwszy plan nie gorączka, która może być niewielką niekiedy, nie objawy zmian miejscowych, których zwy-

kle brakuje, lecz głębokie zakłócenie czynności układu nerwowego i serca. Mocny upadek sił i nagle, drobne a szybkie tętno panują nad całym obrazem chorobowym. Jak widzimy, różnice pomiędzy sprawami, mianowanymi posocznicą i ropnicą, były tak wyraźne, że podział ten długo się utrzymywał, nawet w czasach, gdy zaczęto badać etyologię tych spraw. To też pierwsi autorowie, pracujący nad zakażeniem ropnym (O. ROSENBACH), wypowiadali zdanie, że mamy tu prawdopodobnie do czynienia z dwiema odrębnymi pod względem etyologicznym sprawami. Dalsze jednak badania przekonały, że tak nie jest, że w obydwóch tych sprawach spotykamy najczęściej jedne i te same drobnoustroje (łańcuszkowce i gronkowce), że więc etyologicznie nie mamy żadnej podstawy do ich wyróżniania.

Za jednością tych spraw przemawiały jeszcze i niektóre fakty kliniczne. Typowe obrazy ropnicy i posocznicy spotykane były w zakażeniu ropnym często, ale nie zawsze. Zdarzają się nieraz przypadki niewątpliwego zakażenia septycznego, które nie ze wszystkim pomieścić się dadzą w ramach powyżej naszkicowanych obrazów klinicznych. Nieraz w przebiegu t. zw. gorączki pologowej, a zatem etyologicznie niewątpliwego zakażenia septycznego, występują liczne zapalenia przerzutowe, do ropienia nie dochodzące; spotykamy np. zapalenia stawów, opłucnej, osierdza, z wysiękiem surowiczym, a nie ropnym. Przebieg kliniczny takich przypadków przypomina w zupełności ropnicę; występują wstrząsające dreszcze, gorączka ma przebieg przestankowy, istnieją liczne, widocznie przerzutowe sprawy zapalne, nie widzimy jednak nigdzie ropienia. W innych przypadkach choroba zaczyna się przy objawach ropnicy, a kończy objawami posocznicy, albo odwrotnie, w końcowym przebiegu typowej pozornie posocznicy rozwijają się miejscowe sprawy zapalne. Wszystkie te fakty świadczą rzeczywiście o jedności tych spraw i dowodzą tylko raz jeszcze, jak sztuczne są nasze szematy opisowe.

Spółczesna bakterjologia tłumaczy wszystkie te różnice w klinicznym przebiegu zakażenia septycznego na zasadzie całego szeregu faktów, zdobytych drogą doświadczalną. Przekonano się, że obraz zakażenia zależy wielce od ilości drobnoustrojów, przenikających do krwi, od stopnia ich żywotności, od odporności organizmu i t. p. Dowiedziono np. doświadczalnie, że jeżeli drobnoustroje ropotwórcze dostają się do obiegu krwi w wielkiej ilości, to wtedy występuje ogólne zakażenie bez miejscowego ropienia. Jeżeli żywotność, względnie jądowitość łańcuszkowców lub gronkowców zmniejsza się z jakichkolwiek przyczyn, to nie są one już w stanie wywołać ropienia; wywołują tylko zapalenie surowicze bez wysięku ropnego. Taką samą rolę, jak zmniejszona ich żywotność, odgrywa i mała ilość przedostających się do ustroju mikroorganizmów ropnych. Odporność ustroju ma także niewątpliwie pewne znaczenie. Ustrój wyniszczony, osłabiony poprzedzającymi lub spółcześnie działającymi szkodliwościami, stanowi sprzyjające podłoże do rozwoju drobnoustrojów, i przeciwnie, w ustroju zachodzącego mogą warunki, utrudniające ich rozwój, zmniejszające w rozmaitym stopniu naprężenie zakażenia. Te to fakty<sup>1)</sup>, otrzymane pracowitą drogą licznych doświadczeń, dokonanych na zwierzętach, objaśniają nam dobrze, dlaczego obraz kliniczny zakażenia ropnego przedstawia tak wielkie różnice; dlaczego, pomimo obecno-

<sup>1)</sup> Szczegóły znajdzie czytelnik w pracy JANOWSKIEGO: Przyczyny ropienia w świetle pojęć współczesnych 1893.

ści jednego i tego samego zarazka, spotykamy taką różnicę w klinicznym przebiegu od nieznacznej, bo efemerycznej prawie choroby, aż do przypadków piorunujących, kończących się w ciągu dni kilku śmiercią.

A teraz zastanówić się musimy nad pytaniem, jakim sposobem przychodzi do skutku zakażenie septyczne? jaką drogą przenikają do ustroju, względnie do krwiobiegu drobnoustroje ropotwórcze? Już oddawna było wiadomem, że ropienie i zakażenie septyczne przyłączają się do ran i obrażeń ciała. Ropienie stanowi t. zw. powikłanie przyranne. Przez nienaruszoną skórę lub błony śluzowe drobnoustroje ropotwórcze przedostać się nie mogą; dopiero rana zewnętrzna lub złuszczenie nabłonka stanowią wrota, przez które zarazek przenika do tkanek otaczających, do krwiobiegu i wskutek tego powstaje bądź miejscowa sprawa zapalna ropna, bądź zakażenie ogólne.

To też olbrzymia większość przypadków zakażenia ropnego należy całkowicie do działu chirurgii. Do tegoż działu należą i sprawy septyczne połogowe. Niekoniecznie jednak punkt wyjścia zakażenia ropnego musi być widoczny. Nieraz nieznaczne obrażenia naskórki, sprawy wrzodziejące na błonach śluzowych, ukryte dla oka, lub nawet niewielkie złuszczenie nabłonka może przy sprzyjających okolicznościach stanowić punkt wyjścia dla bardzo nawet ciężkiego zakażenia septycznego. Otóż te ukryte postaci zdarzają się w praktyce dość często i przedstawiają nieraz dla lekarza wielką zagadkę. Jeżeli dodamy tutaj, że przebieg zakażenia septycznego może być niesłychanie rozmaity, to zrozumiemy dopiero całe znaczenie tej sprawy dla klinicysty. Umyślnie postanowiłem rzecz tę obszerniej, elementarnie nawet poniekąd wyluszczyć, gdyż wiem z własnego doświadczenia, ile to zagadek i trudności rozpoznawczych sprawa ta nastrocza.

Wobec tego, że, jak już wspominałem, obraz kliniczny zakażenia septycznego przedstawia niezmierną różnicę, zamierzam opisać oddzielne postaci kliniczne tej sprawy w porządku etyologicznym. Kolejno więc rozpatrywać będziemy różne źródła skrytego zakażenia ropnego, i przy nich pomieścimy opis obrazu klinicznego, poparty odpowiednimi spostrzeżeniami.

Jedno z najczęstszych źródeł zakażenia septycznego stanowią niewątpliwie sprawy zapalne migdałków. Wielka część tych zapaleń jest właściwie pochodzenia ropnego. Dowiedzione to zostało odnośnie do wysiękowego zapalenia, zwanego rzekomobloniczem, występującego bądź samodzielnie, bądź jako powikłanie przy szkarlatynie (dyfteryt szkarlatynowy) lub błonicy. W lżejszych postaciach zapalenia wysiękowego, t. zw. *angina lacunaris*, znajdowano przeważnie drobnoustroje ropotwórcze bądź gronkowce, bądź łańcuszkowce, bądź też, i to najczęściej, jedno i drugie razem. Nawet przy zwykłym, niewysiękowym, t. zw. kataralnym zapaleniu gardzieli znajdowano bardzo często te same drobnoustroje ropotwórcze: (CZAJKOWSKI<sup>2)</sup>). W większości wszystkich tych zapaleń migdałków sprawa pozostaje ograniczoną, miejscową, ogólny odczyn gorączkowy ustroju świadczy tylko o pewnym wessaniu toksyn do krwiobiegu; nie znajdziemy tu jednak ani głębokich zmian w czynnościach ustroju, ani przerzutów zapalnych, nie możemy więc mówić o zakażeniu ogólnym. W pewnych jednak, względnie rzadszych przypadkach występują objawy, które dowodzą przenikania drobnoustrojów ropnych

<sup>2)</sup> CZAJKOWSKI. O niektórych powikłaniach ostrego samolstnego nieżytu gardzieli. Gazeta Lekarska 1891 r.

z miejsca zapalnego do krwiobiegu bądź w postaci ogólnego zatrucia ustroju (posocznicy), bądź w postaci zapaleń przerzutowych (postać ropnicy). Wiadomo, że w przebiegu błonicy lub szkarlatyny występują niekiedy wcześniej ciężkie objawy zakażenia ogólnego. Spotykamy wtedy wielki upadek sił, bredzenie, osłabienie czynności mięśnia sercowego, słowem, cała sprawa czyni wrażenie posocznicy i przypadki takie najczęściej kończą się prędko zejściem śmiertelnym. Najprawdopodobniej są to przypadki prawdziwej posocznicy, powstające wskutek zakażenia ropnego, wikłającego sprawę pierwotną. Punkt wyjścia takiego zakażenia stanowi sprawa zapalna w gardzieli, gdzie spotykamy: albo tylko drobnoustroje ropotwórcze (szkarlatyna), albo drobnoustroje ropotwórcze razem z lasecznikami błoniczymi (błonica). Przy sprzyjających okolicznościach, drobnoustroje ropotwórcze dostają się w wielkiej ilości do krwiobiegu i powodują obraz ogólnego ciężkiego zakażenia septycznego. W pewnych przypadkach pierwiastki zakaźne ropne dostają się do obiegu krwi w ilości mniejszej; wtedy występuje cały szereg zapaleń przerzutowych, tak właściwych w przebiegu ciężkiej szkarlatyny. Spotykamy więc zapalenie ropne gruczołów podszczękowych, zapalenie osierdzia, wśierdzia, opłucnej, zapalenia stawów, opon mózgowych i t. p. Wszystkie te powikłania nie są właściwe dla szkarlatyny, są one następstwem zakażenia ropnego, wikłającego pierwotne zakażenie szkarlatynowe. I w błonicy spotykamy czasem podobne powikłania, jakkolwiek o wiele rzadziej, aniżeli przy szkarlatynie, choć i tam również są one następstwem zakażenia mieszanego.

Pogląd powyższy na powikłania szkarlatyny i błonicy nie jest w zupełności dowiedziony; brak na to dotychczas ścisłych dowodów, dostarczonych przez odpowiednie badania bakteryologiczne. A jednak ma on za sobą tyle cech prawdopodobieństwa, że już od chwili, kiedy kwestya zakażenia mieszanego czyniła dopiero pierwsze kroki w nauce, wielu autorów zaczęło tak właśnie tłumaczyć sobie spostrzegane powikłania. Że wspomniane powyżej powikłania zależą od zakażenia ropnego, a nie od swoistych zarazków szkarlatyny, dowodzi jeszcze fakt występowania podobnych powikłań przy samodzielnym wysiękowem, lub nawet kataralnem zapaleniu gardzieli. Przypadki takie zdarzają się dość często; jako przykłady podam dwa następujące spostrzeżenia:

1) Fila F., córka oficera, 8 lat wieku licząca, odznaczała się od lat kilku skłonnością do zapadania na zapalenie gardzieli wysiękowe. Dwa lub trzy razy do roku zapadała na ból gardła z gorączką dość wysoką (39°), przyczem tworzyły się na migdałkach liczne plamy wysiękowe, drobne, rzadko dochodzące do wielkości grochu, żółtej barwy, dość łatwo się ścierające. To zapalenie gardzieli trwało zwykle od 3—5 dni i przechodziło bez śladu. Rodzice chorej przyzwyczaili się w końcu do tej choroby, uważając ją za sprawę zupełnie niewinną, nie wzywali nawet pomocy lekarskiej. Zwykle chora nie leżała nawet w łóżku, płukała tylko gardło rozczynek kwasu bornego i raz lub dwa razy dziennie pendzlowano jej migdałki rozczynek kwasu karbolowego 2%. W listopadzie 1894 r. chora zapadła znowu, już po raz 8-my w życiu, na powyżej opisane zapalenie gardzieli. Jak zwykle, chora nie kładła się do łóżka, rodzice zastosowali zwyczajny sposób leczenia i po 3-ch dniach plamy na migdałkach zginęły, gorączka spadła i chorą uważano za zdrową. Minał w ten sposób tydzień czasu, młoda pacjentka nie odczuwała jednak sił, wyglądała blade, nie miała apetytu, a zaniepokojeni tem rodzice, prosili mnie o zbadanie stanu jej zdrowia. Otóż przy badaniu znalazłem u chorej bardzo wyraźny szmer skurczowy przy wierzchołku serca, zaostrenie drugiego tonu tętnicy płucnej i pewne rozszerzenie stłumienia serca w wymiarze podłużnym. Go-

rączki prawie nie było (ciepłota  $37,4^{\circ}$ ), tętno mocno przyspieszone i ogólny wygląd zwykle silnej i dobrze odżywionej dziewczynki—blady i mizerny. W gardle przy badaniu nie znalazłem już zmian żadnych, jedynie tylko gruczoły podszczękowe były nieco powiększone i przy dotykaniu bolesne. W moczu znalazłem małe ślady białka. Miałem więc niewątpliwie do czynienia ze świeżym zapaleniem wsierdza, które rozwinęło się w następstwie wysiękowego zapalenia gardzieli. Odrazu zastosowano energiczny sposób leczenia, położono chorą na kilka tygodni do łóżka, przepisano naparstnicę, następnie jod, stosowano pryszczydła, wszystko to jednak pozostało bez wyraźnego wpływu na zmiany w sercu, i ostatecznie pozostała trwała wada zastawkowa.

Przypadek powyższy dowodzi niezbicie, że po wysiękowym zapaleniu gardzieli, które zależy, jak wiemy, od działania drobnoustrojów ropotwórczych, może rozwinąć się zapalenie wsierdza. Zapalenie wsierdza musi być w tym razie tegoż samego pochodzenia zakaźnego, co i zapalenie gardzieli, a zatem jest ono przejawem ogólnego zakażenia septycznego. Podobne przypadki zdarzają się dość często. Z własnej praktyki mógłbym przytoczyć jeszcze kilka tego rodzaju spostrzeżeń, gdzie zależność znalezionej wady zastawkowej od przebytego zapalenia gardzieli można z wielkim prawdopodobieństwem uzasadnić. Być może, iż większa część tych skrycie rozwijających się w młodym wieku wad serca, gdzie nie znajdujemy w wywiadach gościa stawowego, da się sprowadzić do takiej właśnie etyologii. Wynika stąd zresztą jedna jeszcze wskazówka praktyczna, mianowicie: nie trzeba nigdy uważać zapalenia gardzieli wysiękowego za sprawę lekką; przeciwnie, chory powinien pozostać w łóżku, dopóki wszelkie ślady tej sprawy nie przemiją. Kto wie, czy lekceważenie całej sprawy w opisanym przypadku nie było głównym powodem wystąpienia tak poważnego powikłania, jak zapalenie wsierdza. A może zbyt energiczne pendzlowanie gardzieli tamponami z waty na drewnianej pałeczce powodowało świeże obrażenie nabłonka i sprzyjało przenikaniu pierwiastków zakaźnych do krwiobiegu? Mając i to na względzie, należy unikać w tej sprawie pendzlowania szczególniej twardymi, niepodatnymi przyrządami.

2) L. R. 16-letnia panna, zachorowała w czerwcu 1893 roku na zapalenie gardzieli wysiękowe. Pewnego dnia wieczorem wystąpił mocny dreszcz z ciepłotą około  $39,5^{\circ}$  i mocny ból gardła. Nazajutrz znalazłem zaczerwienienie gardzieli, na jednym z migdałków liczne, rozsiane, białe-żółtawe plamy, oraz obrzmienie i bolesność gruczołów podszczękowych. Gorączka była znaczna, około  $40^{\circ}$ , połykanie utrudnione. Zalecono odpowiednie środki: płukanie, okłady na szyję i chininę wewnętrznie. Sprawa trwała 3 dni; po 3-ch dniach najpierw gorączka spadła, następnie i plamy zaczęły powoli ginać, tak, że 5-go dnia już żadnego wysięku w gardzieli nie znaleziono. Pozostała tylko rozlana czerwonosć na migdałkach i łukach podniebiennych. Gorączki już od 2 ch dni nie było, pozwolono więc chorej podnieść się z łóżka i chodzić po pokoju. Po upływie 2-ch dni, na 3-ci dzień od chwili podniesienia się z łóżka, a na 9-ty od początku zapalenia gardzieli, pojawiła się znów gorączka niewielka ( $38,5^{\circ}$ ), oraz równocześnie lewy staw kolanowy i staw łokciowy z tej samej strony nabrzmiały i były mocno bolesne przy dotyku iu i ruchach. Od tego czasu rozwinął się typowy gościec wielostawowy, trwający około 4-ch tygodni. Kolejno były prawie wszystkie stawy zajęte, gorączka wahała się pomiędzy  $38-39,5^{\circ}$ , poty były obfite i, co najważniejsze, duże nawet dawki przetworów salicylowych pozostały prawie bez skutku. W przebiegu gościa, w drugim tygodniu tegoż wystąpiły objawy ze strony serca: szmer skurczowy przy wierzchołku serca i zaostrenie drugiego tonu tętnicy płucnej. Pomimo stosowanych rozmaitych środków, zmiany w sercu nie ustąpiły, i ostatecznie po skończonym gościstawowym pozostała wyraźna wada zastawkowa, która do dnia dzisiejszego istnieje. Równocześnie, w czasie przebiegu gościa, znajdowano kilkakrotnie w moczu niewielkie ślady białka.

Mieliśmy w powyższym przypadku obraz ostrego gośćca stawowego, powikłanego zapaleniem wsierdza, który wystąpił w okresie zdrowienia po przebytem zapaleniu wysiękowym gardzieli. Już TROUSSEAU zauważył pewien niewątpliwy związek pomiędzy zapaleniem gardzieli, a goścem stawowym. Od tego czasu rozmaici autorowie wspominali często o podobnem połączeniu dwóch tych pozornie różnych spraw<sup>3)</sup>. Niektórzy, jak STEWART, znajdowali, że w 80% wszystkich przypadków gośćca stawowego da się odnaleźć poprzedzające go niedawno zapalenie gardzieli. Ja sam, zwracając na ten przedmiot od lat dwóch szczególną uwagę, znalazłem na 14 przypadków gośćca stawowego, w 4-ch wyraźne poprzedzające objawy zapalenia gardzieli. Równocześnie z temi spostrzeżeniami, dowodzącemi pewnego związku pomiędzy zapaleniem gardzieli a goścem stawowym, mnożą się w literaturze spostrzeżenia, wykazujące zależność ostrego gośćca stawowego od zakażenia septycznego. GUTTMANN i SAHLI<sup>4)</sup> znajdowali przy bakteriologicznem badaniu wysięków stawowych i zlogów na zastawkach w zapaleniu wsierdza gościcowem rozmaite drobnoustroje ropotwórcze. Stąd też nawet SÉE wypowiedział zdanie, że ostry gościec stawowy jest niczem innym, jak tylko przejawem osłabionego zakażenia septycznego. Ten ostatni pogląd uważać należy za zbyt jednostronny, a przynajmniej za niedostatecznie dowiedziony. To tylko napewno twierdzić można, że pewna część przypadków, które dzisiaj uważamy za samoistny gościec stawowy, są niewątpliwie pochodzenia ropnego. To, co dziś opisujemy pod nazwą gośćca stawowego, przedstawia pod względem etyologicznym najrozmaitsze sprawy zakaźne, które przysze badania będą w stanie wyróżnić i wyosobnić. Nie przesądzając tych przyszłych badań, odnotować dzisiaj możemy fakt, że zakażenie septyczne może nieraz przebiegać w postaci wielostawowego gośćca ze wszystkimi tegoż powikłaniami.

3) W rodzinie wojskowego F. byłem wezwany do dwojga dzieci, które prawie równocześnie zachorowały na gardło. Chłopiec miał lat 5, a dziewczynka 7, i oboje zachorowali dnia poprzedniego, skarżąc się na ból gardła i dreszcze. Przy badaniu znalazłem u obojga w gardzieli zaczerwienienie łuków podniebiennych i migdałków, bez śladu jakiegokolwiek wysięku. Na skórze żadnej wysypki nie było. Z obydwóch stron na szyi mocne obrzmienie gruczołów chłonnych podszczękowych i głębokich szyi (pod mięśniem mostko-obojożyko-sutkowym). Gruczoły przy wymacywaniu przedstawiały się wielkości małego ziarnka bobu i orzecha laskowego, a podszczękowe dochodziły nawet do wielkości orzecha włoskiego, były twarde i mocno bolesne. Gruczoły pachwinowe i pachowe nie były powiększone. Gorączka u obojga dzieci wynosiła około 39°. Zresztą żadnych zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono. W dalszym przebiegu choroby wystąpiło jeszcze obrzmienie gruczołów karkowych nadobojczykowych, chorzy wskutek bólu w szyi trzymali głowę sztywno; gorączka trwała jeszcze 4 dni, zmniejszając się ciągle w swem natężeniu, i ostatecznie, na 6-ty dzień choroby, ustąpiła zupełnie, gruczoły nieco się zmniejszyły, wciąż jednak były powiększone i bolesne. Sztywność szyi z powodu bolesnych i obrzmiących gruczołów trwała jeszcze czas jakiś, przyczem stawała się wyraźniejszą po jednej stronie, i tym sposobem u moich małych chorych rozwinęło się skrzywienie szyi (*torticollis*) niezmiernie uporczywe, trwające blisko 4 tygodnie. Skrzywienie szyi trwało nawet po zupełnem ustąpieniu obrzmienia gruczołów szyjowych, co miało miejsce mniej więcej w 10 dni po spadku gorączki.

<sup>3)</sup> Szczegóły patrz w pracy Büss'a: Ueber die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1895 r.

<sup>4)</sup> SAHLI. Zur Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1893 r.

Powyższego obrazu chorobowego, w czasie kiedy go spostrzegalem (1889 r.), nie umialem sobie wytłumaczyć. Przypominam sobie tylko, że długo się nad nim zastanawialem i ostatecznie w notatkach swoich postawiłem znak zapytania. Dzisiaj nie ulega już dla mnie żadnej wątpliwości, że miałem w tym przypadku do czynienia z t. zw. gorączką gruczołową (*Drüsen-Fieber*), opisaną po raz pierwszy przez PFEIFFER'a. Jakkolwiek obraz kliniczny gorączki gruczołowej jest już obecnie dokładnie znany, etyologia tej sprawy pozostaje ciemną. Niektórzy autorowie uważają gorączkę gruczołową za nierozwiniętą postać szkarlatyny i błonicy, i tem również tłumaczą dość częsty przy tej sprawie białkomocz. CZAJKOWSKI<sup>5)</sup>, opierając się na swych badaniach bakteriologicznych, uważa sprawę tę za pewną postać influenzy.

Mnie jednak wydaje się, że cała ta sprawa da się najprawdopodobniej sprowadzić do zakażenia septycznego. Drobnoustroje ropotwórcze, wywołujące zapalenie gardzieli, którego nie brak nigdy przy gorączce gruczołowej, przenikają do naczyń chłonnych, stąd zaś dostają się do gruczołów, wywołując ich zapalenie. Zapalenie gruczołów nie dochodzi w większości przypadków do ropienia; w pewnych jednak rzadszych przypadkach sprawa zapalna wywołać może w zajętych gruczołach ropienie.

(C. d. n.).

Z III ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

## Przypadek wpochwienia jelit. Laparotomia. Wyleczenie.

Podał **Hipolit Oderfeld**, ordynator oddziału.

W ostatnich dziesięciu latach wiadomości nasze w sprawie powstawania, przebiegu, a przede wszystkim leczenia operacyjnego wgłobień kiszek, znacznie naprzód się posunęły. Z zadowoleniem zaznaczyć tu mogę, że chirurdzy polscy w tej ciekawej i poważnej dziedzinie oddali nauce doniosłe usługi, że wspomnę tu RYDYGIERA, OBALIŃSKIEGO, LESZCZYŃSKIEGO, J. ROSENTHALA i wielu innych. Jeśli podaję dziś do wiadomości ogółu nowy, spostrzegany i operowany przezemnie przypadek, czynię to tem chętniej, że liczba pomysłnie operowanych przypadków nie jest tak wielką, aby każdy pojedynczy przypadek nie zasługiwał na uwagę. Nadto rodzaj wykonanej przezemnie operacji jest dopiero od bardzo niedawna stosowany, a przeto wymaga pewnego doświadczenia.

Do oddziału chorych zakaźnych kolegi RAPPLA zgłosiła się dnia 16. IX. r. z chora Perla C. z Chmielnika, z następującymi wywiadami: przed 4-ma tygodniami zachorowała na biegunkę krwawą (?), która trwała 2 tygodnie. Po upływie tego czasu krwawa domieszka znikła w wypróżnieniach, chora jednak skarżyć się zaczęła na silne bóle w brzuchu. W kilka dni potem stan jeszcze bardziej się pogorszył, bóle się wzmogły, w wypróżnieniach znów się krew pokazywać zaczęła, częste parcia na stolec stały się bardzo dokuczliwe. Stan taki z mniejszem lub większem natężeniem trwa do chwili obecnej. Koledzy, którzy chorą w domu leczyli, stwierdzili w drugiej połowie przebiegu

<sup>5)</sup> CZAJKOWSKI. O t. zw. gorączce gruczołowej. Gazeta Lekarska 1894 r.

choroby obecność guza w jamie brzusznej, natury jednak guza nie określwszy, chorą do Warszawy wysłali.

Chora zawsze była zdrową; zamężną jest od lat dwunastu; rodziła 4 razy, ostatni raz przed 1 $\frac{1}{4}$  rokiem. Badanie narządów piersiowych nie wykazało zmian żadnych. Stan bezgorączkowy. Brzuch umiarkowanie wzdęty; przez powłoki brzuszne widać oddzielne pętle kiszek oraz ich ruchy robaczkowe. W lewej połowie brzucha znalazł kol. RAPPEL guz kształtu podłużnego, którego zarysy wyczuwają się nieco powyżej pępka i który ginie w okolicy lewego więzu POUPART'a. Spoistość guza wydaje się sprężystą; sam guz przy obmacywaniu jest niebolesny i mało ruchomy. Chora skarży się na częste bóle w brzuchu, w krzyżu i w prawej kończynie dolnej. Bardzo częste parcie na stolce; ilość wypróżnień waha się od 5 do 15 na dobę. Tak przedstawiał się stan chorej w pierwszych dniach pobytu w szpitalu. Kol. RAPPEL, który chorą uważnie śledził, mógł po kilku dniach stwierdzić, że cały guz wyczuwa się wyraźniej, nie jak poprzednio, z lewej strony, lecz bardziej naprawo. Guz przybrał wyraźną postać kiełbasy, nieruchomej, sprężystej, której dolny koniec ginie w miednicy małej. Podmiotowo chora czuła się bez zmiany. Badanie przez pochwę wykazało macicę nieco powiększoną, guza jednak wyczuć nie można było; za to przy badaniu odbytnicy kol. R. miał wrażenie, jakby końcem palca wyczuwał twór jakiś. Przy wdmuchiowaniu powietrza przez odbył, kol. R. stwierdzić mógł, że wzdymają się tylko kiszki do guza, którego zarysy stają się wtedy mniej wyraźne; okolica, w której się znajdują: kątnica, okrężnica wstępująca i poprzeczna, pozostawały bez zmiany.

W takim stanie kol. RAPPEL, z rozpoznaniem wgłobienia, przepisał chorą na mój oddział w celu wykonania operacji. Badanie chorej, przezemnie dokonane, potwierdziło dane, otrzymane przez kol. R.; w odbytnicy tylko mogłem wyraźnie wyczuć koniec wgłobionego jelita w postaci rozpulchnionej obrączki. Okoliczność ta stwierdziła rozpoznanie kol. R. Wobec tego dnia 1. X. r. z. przystąpiłem do laparotomi przy pomocy kol. SAWICKIEGO, WEISSBLATA, GOTARDA i w obecności RAPPLA i GABSZEWICZA. Przystępując do operacji, miałem zamiar, stosownie do znalezionych stosunków, zastosować jeden ze sposobów podanych przez RYDYGIERA, a mianowicie, gdyby się to udało, wykonać odpochwienie; byłby to zabieg dla chorej najłżejszy; lub, w razie zrostów, które uniemożliwiłyby zabieg powyższy, wyciąć w całości guz, a następnie zeszyć brzegi przeciętych kiszek; lub też postąpić podług sposobu, pierwotnie przez kol. LESZCZYŃSKIEGO<sup>1)</sup> podanego, a mianowicie: obszywszy szwem LEMBERT'a szyję wPOCHWIENIA, wykonać poniżej szyi cięcie podłużne na jelicie wPOCHWIAJĄCEM; przez cięcie to przeciąć wpoprzek jelito wPOCHWIONE, wydobyć je nazewnątrz lub pozostawić swemu losowi, a otwór podłużny następnie zeszyć. Okazało się, że sposób ten mogłem wykonać, ale tylko częściowo. Po przecięciu powłok brzusznych i otwarciu jamy otrzewnowej, guza nie znaleźliśmy; dopiero po przedłużeniu ku górze o kilka centymetrów cięcia brzuszego i odsunięciu ku górze sieci, którą z powodu zrostów wypadło w kilku miejscach podwiązać, stwierdzić mogliśmy obecność rozpoznanego guza, którego zawartość stanowiły jelita; widać było wyraźnie, że jelito cienkie wPOCHWIŁO się w jelito grube. To ostatnie było znacznie grubsze, niż bywa zazwyczaj; przy obmacywaniu wyraźnie czuć w niem jelito wgłobione.

<sup>1)</sup> Szanowny prof. RYDYGIER w odczytce swolm na XXIV zjeździe chirurgów w Berlinie, nie wspomniał, że kol. L. był pierwszym, który sposób ten podał.



Zewnętrzna powłoka wglębienia okazała się zupełnie zdrową. Dla stwierdzenia, jakie i ile mniej więcej jelita zostało wglębione, rozejrzałem się w jamie brzusznej i nie znalazłem w niej ani kątnicy z wyrostkiem robaczkowym, ani jelita wstępującego, jak również i znacznej części jelita poprzecznego; należało zatem przypuścić, że te części jelita wraz z częścią jelita biodrowego stanowiły zawartość wglębienia. Cały guz okazał się zupełnie nieruchomym i leżał głęboko na dnie jamy brzusznej t. j. u podstawy krezki; o wydobyciu guza na zewnątrz mowy z tego powodu być nie mogło. Szyja wglębienia okazała się prawie wolną od zrostów. Przez wzgląd na zbyt wielką długość jelita wpochwionego, zaniechałem wszelkich prób w celu odglębienia; wydało mi się to zbyt niebezpiecznym; z tego również względu myśleć nie mogłem o wycięciu guza w całości. Zdecydowałem się na operację według planu LESZCZYŃSKIEGO. W tym celu, obłożwszy guz serwetami wyjałowionymi i wygotowanymi w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, obszyłem szyję wglębienia kilkunastu szwami LEMBERT'a. Następnie na kilka ctm poniżej szyi rozciąłem jelito wgląbiające cięciem podłużnym, długości 8 ctm. Wszedłszy palcem do światła rozciętego jelita, mogłem nim obejść całą zawartość wglębienia. Teraz przystąpiłem do najważniejszego aktu operacji — odcięcia jelita wglębionego; w tym celu przeciąłem wpoprzek połowę obwodu jelita; krwawienie było bardzo umiarkowane. Obszywszy kilku szwami obie warstwy wglębionego jelita, na pozostałą część wraz z krezką nałożyłem uciskadło (t. j. klamp) i przeciąłem. Krwawienie było tym razem dość obfite, tembardziej, że uciskadło zsunęło się nieco. Uchwyciwszy wszystkie naczynia krwawiące w całości, wprowadziłem palec do światła jelita wglębionego, w celu przekonania się o jego drożności, i ku wielkiemu zdziwieniu mojemu, natrafiłem na leżącą w jamie brzusznej serwetę. Okazało się, że, pomimo, jak się zdawało, dokładnego obszycia szyi wglębienia, ta ostatnia przy krezce nie została obszyta, i tym sposobem palec mój nie wszedł do światła jelita, lecz przez pozostały otwór do jamy brzusznej. Wobec tego wypadku, zmieniłem plan operacji, postanowiwszy wykonać resekcję całej szyi z bezzwłocznem zeszyciem jelita doprowadzającego i odprowadzającego. Odcięte jelito wglębione pozostawiłem w świetle jelita wpochwiającego, licząc, że później zdołam je wydobyć przez odbytnicę, lub że samo ono tędy wyjdzie.

Resekcję wykonałem w sposób zwykły, mianowicie, nałożywszy czasowo uciskadła na oba odcinki, przeciąłem jelito nad i poza szyją. Z krezki wyciąłem odpowiedni klin. Podwiązawszy w nim naczynia i zespoiwszy za pomocą kilkunastu szwów oba brzegi krezki, przystąpiłem do szwu kiszkowego podług sposobu CZERNY'ego i LEMBERT'a. Ponieważ światła obu odcinków jelita nie były równe, odciąłem z jelita doprowadzającego t. j. biodrowego skośny owal, a wtedy dopiero oba światła mniej więcej sobie odpowiadały. Długość wyciętego jelita wynosiła 15 ctm. Zrobiwszy tualetę jamy otrzewnej, zeszyłem ścianę brzuszną kilkunastu szwami, obejmującymi wszystkie jej warstwy. W dolny kąt rany założyłem pasek gazy wyjałowionej.

Operacja trwała długo, bo aż 3 godziny blisko! Tętno po operacji ledwie wyczuwalne; chorą ułożyłem do łóżka ciepłego, obłożwszy ją kamionkami.

Przebieg pooperacyjny był następujący.

Chora wkrótce przyszła do siebie; wymiotowała 2 razy.

2. X. Tętno 88. Stan bezgorączkowy. Dwukrotnie wymioty żółciowe

3. X. Stan bezgorączkowy. Chora skarży się na bóle w brzuchu. W nocy wysunął się z odbytu koniec wgłobionego jelita, które dyżurny felczer wprowadził napowrót, w przypuszczeniu, że ma przed sobą wypadnięcie odbytu. Wprowadziwszy do odbytnicy 2 palce, uchwyciłem koniec jelita i za pomocą lekkiego pociągania wydobyłem pozostawione w kiszce jelito wgłobione, wynicowane, którego długość wynosiła 40 ctm. Przy oględzinach tego strasznie cuchnącego preparatu, stwierdziliśmy, że składa się on z jelita wstępującego, kątnicy wraz z niesłychanie długim wyrostkiem robaczkowym (15 ctm.) i części jelita biodrowego. Czy wydobyłem w całości jelito wgłobione, napewno powiedzieć nie umiem, gdyż górny jego koniec był w wysokim stopniu zgnily. Ogółem przewód pokarmowy chorej stracił zatem 55 ctm jelita. Po uwolnieniu się od tej zawartości, chora uczuła się podmiotowo znacznie lepiej.

4. X. Bóle w brzuchu w umiarkowanym stopniu. Lekkie wzdęcie. Ciepłota 37,9°. 5. X. Stan bezgorączkowy. 6 X. *Idem*. Wiatry odchodzą przez odbyt. 7. X. Dwa wypróżnienia płynne. Z rany brzusznej usunąłem kilka szwów z powodu powierzchownego ropienia. 8. X. Rozwolnienie 3 razy. Makowiec. 9. 10. X. Stan zadawalający. Lekkie bóle brzucha 11. X. Ciepłota 38°. Lekkie wzdęcie, szczególnie w prawym dole biodrowym. 12. X. Przy opatrunku, przez małą szczelinę w ranie brzusznej wydobyło się nieco gazu, a przy lekkim ucisku nieco też płynnego kału. 13. X. Rozwolnienie. Z przetoki wydobywa się bardzo niewiele płynnego kału. Szczelinę rozszerzyłem na tępo i, uchwyciwszy za sterzącą w niej ligaturę, wydobyłem dość duży strzęp zgorzelinowy wraz z kilkoma ligaturami; z powodu silnej maceracji tego strzępu, niepodobna określić jego pochodzenia 14. 15 i 16. X. Z przetoki wydziela się bardzo mała ilość kału. 17. X. Wydobyłem drugi, podobny do poprzedniego strzęp zgnily. Kału nieco więcej.

Od tego czasu ilość kału z przetoki stopniowo się zmniejszać zaczęła, tak, iż w końcu miesiąca przetoka zablizniła się całkowicie, pozostała tylko w ranie brzusznej niewielka powierzchnia ziarninująca. Chora czuje się zupełnie dobrze, wygląda znacznie lepiej, miewa 1—3 razy dziennie jeszcze rzadkie wypróżnienia. Wypisała się 13 listopada r. z.

W artykule niniejszym nie mam zamiaru pisać o rozpoznawaniu, przebiegu i objawach wPOCHWIEN kieszkowych; są to kwestye, w odpowiednich podręcznikach i monografiach dostatecznie wyświetlone, że wspomnę tu znakomite dzieło TREVES'a. W danej chwili zajmuje mnie sprawa leczenia operacyjnego. Prof. RYDYGIER na XXIV zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie<sup>2)</sup> podaje 3 sposoby operowania wgłobień, a mianowicie: a) odgłobienie; b) resekcya w całości; c) wycięcie części wgłobionej. Wszystkie 3 sposoby mają swoje wskazania specjalne. Nie ulega wątpliwości, że pierwszy sposób jest najprostsz, najszybszy i najpewniejszy. Niestety, udaje się on stosunkowo rzadko, wtedy tylko, jeśli w szyi wgłobienia nie wytworzyły się zrosty, jak to zazwyczaj bywa w przypadkach ostrych; chociaż RYDYGIER zebrał w statystyce swojej<sup>3)</sup> przypadki, między nimi i swoje własne, w których odgłobienie udało się wykonać z łatwością nawet po kilku tygodniach trwa-

<sup>2)</sup> Patrz „Medycyna“ N. 27 r. z.

<sup>3)</sup> L. c.

nia wgłobienia. Sposób ten nie przestanie jednak być ideałem operatora, przystępującego do operacji wgłobienia.

Najważniejszy jest sposób drugi, podany przez LESZCZYŃSKIEGO. Jak dotąd, zamało zwracano nań uwagi, jak mówi prof. RYDYGIER, który uważa ją za operację wyboru. W istocie, sposób ten ma dużo stron dodatnich, gdyż w zupełności naśladuje samowolne wyleczenie; nie pozbawia ustroju części jelita wPOCHWIAJĄCEGO i daje się dość szybko wykonać. RYDYGIER podaje również dokładny opis techniki tej operacji. W moim przypadku miałem zamiar ściśle trzymać się przepisów, podanych przez R.; okazało się jednak, jak to widzieliśmy powyżej, że szyja wgłobienia nie została całkowicie obszyta. Nie umiem powiedzieć, czy był to przypadek, czy błąd techniczny z mojej strony? Przypuszczam ten ostatni powód; w każdym razie, sądzę, że musiały w danym przypadku istnieć jakieś szczególne okoliczności, które spowodowały to powikłanie, a za taką okoliczność uważam wciągnięcie we wgłobienie zbyt wiele krezki i unieruchomienie guza przy samej podstawie tej ostatniej. Nałożenie szwu w miejscu, w którym krezka wchodzi we wgłobienie, w tych przypadkach może być bardzo trudne, nie jesteśmy bowiem w stanie widzieć *ad oculos* punktu, na który mamy zamiar szew nałożyć. Narazie nie znalazłem w literaturze potwierdzenia mego przypuszczenia, nie wątpię jednak, że w miarę stosowania omawianej metody, powyższa ewentualność niejednemu chirurgowi zdarzyć się może. Wobec tego sądziłbym, że obok trzech klasycznych sposobów operacyjnych, podanych przez RYDYGIERA, można by dodać i sposób, który mnie wypadło z konieczności zastosować. Sposób ten nie jest nowy. Za radą ś. p. MATLAKOWSKIEGO zastosował go w swoim przypadku LESZCZYŃSKI.

Co się tyczy przebiegu pooperacyjnego w naszym przypadku, to nie był on zupełnie prawidłowy. Pomijając nieznaczne ropienie w szwach, na 11-ty dzień po operacji, po wydobyciu przez szczelinę w ranie brzusznej zgorzelinowego strzępu, wytworzyła się niewielka przetoka kałowa. Widocznie jakiś szew kiszkowy puścił. Na szczęście chorej, pozostawiliśmy przy operacji w jamie brzusznej sącdek w postaci kawałka gazy wyjałowionej, co później, po wytworzeniu się przetoki, było dla chorej zbawiennem, gdyż tą drogą wypływał kał nazewnątrz. Przetoka w krótkim czasie zagoiła się bez żadnej interwencji, jak to zazwyczaj się dzieje. Skąd pochodził ów strzęp zgorzelinowy, trudno dać na to stanowczą odpowiedź. Przypuszczam, że był to brzeg podwiązanej sieci, gdyż strzęp ten zawierał dużo podwiązek. Widocznie po wytworzeniu się ograniczonego, otorbionego zapalenia otrzewnej, brzeg ten się oddzielił i wydobyty został nazewnątrz.

Chora wyzdrowiała, lecz do ostatniej chwili miewała po 2—3 rzadkie wypróżnienia. Objaw ten objaśnić sobie można w ten sposób, że przewód pokarmowy chorej pozbawiony został znacznej części tego jelita, w którym kał staje się twardym, mianowicie jelita grubego; tym sposobem płynnych owych wypróżnień nie można uważać za rozwolnienie w ścisłym słowa tego znaczeniu, lecz raczej za biegunkę, że się tak wyrażę, fizyologiczną.

## Nowoodkryte promienie świetlne Röntgen'a.

### I.

Mała 10-stronicowa broszurka, odbitka ze sprawozdań towarzystwa fizykalnego w Würzburgu, wydana w pierwszych dniach roku bieżącego przez prof. fizyki ROENTGEN'a, mieści w sobie istotną treść jednego z największych tryumfów fizyki naszego stulecia. Z poważnym spokojem i prawdziwą skromnością wielkiego uczonego, stylem prostym, jasnym, treściwym opisuje tu ROENTGEN wyniki swych zdumiewających doświadczeń nad nowym rodzajem promieni światła i nawiązuje swe badania do studyów dawniejszych CROOKES'a i LENARD'a, które znane były dotychczas tylko fizykom z zawodu. Jakkolwiek i poprzednicy ROENTGEN'a blizcy byli niezmiernie odkrycia, które obecnie tak znakomicie powiodło się profesorowi wuerzburskiemu, lecz uwagi ich uszła istota postrzeganych zjawisk i doniosłość ewentualnych ich zastosowań praktycznych. Czy przypadek szczęśliwy wskazał właściwą drogę badaniom ROENTGEN'a, czy przewodnikiem była mu wyrozumowana konsekwentnie myśl teoretyczna, to faktu samego nie dotyczy. Rzeczy samej nie zmienia też w niczem okoliczność, że inni przed nim uczeni byli uderzeni osobliwością zjawiska i wypowiadali pewne domniemania na ten temat. Samego rdzenia tajemniczego zjawiska przyrody dotknął dopiero ROENTGEN; on pierwszy wykonał takie doświadczenia, które nie pozwalają ani na chwilę wątpić o ich autentyczności i które w niezliczonych odmianach dają się odtwarzać w najrozmaitszych warunkach. Dość powiedzieć, że najogólniejsze wskazówki, podane w pierwszym, tymczasowym doniesieniu, zupełnie prawie nie dotyczące technicznej strony doświadczeń, pozwoliły fizykom w innych pracowniach powtórzyć najdokładniej to, co wykonał sam odkrywca; że w obecnej chwili, kiedy ledwie przy pośrednictwie prasy codziennej rozniosły się po świecie pierwsze, w wielu niestety wypadkach mylne, niedokładne wiadomości o odkryciu, już w rozmaitych ogniskach nauki otrzymują reprodukcy fotograficzne, imponujące swą dokładnością. ROENTGEN pierwszy pokusił się o wytlomaczenie naukowe istoty zjawiska, pierwszy próbami swemi wskazał, jak doniosłych wyników praktycznych spodziewać się po nich można. Nikt przeto nie zaprzeczy, że istotne pierwszeństwo niepodzielnie mu się należy i że przy nim pozostanie zasługa odkrycia przed światem nowego tajemniczego zakątka zjawisk przyrody, którego dokładne poznanie nie tylko rozszerzy znakomicie widnokrąg ludzkiego poznania, lecz pozwoli nadto zużytkować nowy dział zjawisk ku korzyści człowieka.

### II.

W powietrzu zwykłym, pomiędzy różniamiennymi biegunami przyrządu elektrycznego, prąd elektryczny wyładowuje się w postaci mniej lub więcej silnych iskier. Inaczej dzieje się, gdy ładunek elektryczny wyzwala się w rozrzedzonej atmosferze gazowej. Znane są powszechnie zjawiska świetlne, występujące w zamkniętych rurach, w które u dwu końców wtopione są platynowe elektrody, połączone z biegunami cewki indukcyjnej. Rurami GEISSLER'a zwą się owe naczynia szklane rozmaitej postaci, w których w ten sposób wyładowuje się energia elektryczna w postaci już nie iskier, lecz światła rozproszonego, matowego, z silniejszym lub słabszym połyskiem, którego barwa głównie zależy od natury gazu, jakim rura jest wypełniona. Stopień rozrzedzenia gazu w rurze GEISSLER'a nie-

mniej wszakże rozstrzygające ma znaczenie dla postaci objawu świetlnego. Jeżeli ciśnienie gazu w rurze przenosi 250 mm., wówczas przeskakują pomiędzy biegunami tylko iskry. Poniżej 250 mm., w miarę obniżania ciśnienia, obok iskiek słabnących wciąż w swem nateżeniu, występuje u bieguna dodatniego (anody) światło o łagodnym blasku, statecznie skupione w jednym miejscu. Gdy ciśnienie opada poniżej 150 mm., iskry ustępują zupełnie, natomiast od bieguna dodatniego smuga rozlanego światła ciągnie się ku biegunowi ujemnemu (katodzie). Przy ciśnieniu nieznacznym, wynoszącym 4 mm., jednostajny blask wypełnia całą rurę. Obniżmy ciśnienie jeszcze więcej, a doszedłszy do 0,05 mm., we wnętrzu rury GEISSLER'a dojrzymy tylko u katody zielonawy błysk światła, padający na najbliższe części szkła rury. Pozostała część rury pozbawiona jest światła. Te właśnie słabe promienie świetlne, o sile świecenia niezmiernie małej, występujące u ujemnego bieguna rury GEISSLER'a, w której powietrze zostało rozrzedzone do możliwego *minimum*, noszą nazwę promieni katodalnych.

Promienie katodalne opisał już fizyk hanowerski HITTORF w roku 1869; następnie badał je w Berlinie GOLDSTEIN, a w roku 1879 nader troskliwym studjom poddał je znakomity uczony angielski CROOKES. W promieniach tych, dość szczegółowo dotychczas badanych, nie dostrzeżono do ostatnich czasów osobliwszych uchyleń od ogólnych własności promieni świetlnych. Nie można wszakże powiedzieć, aby istota ich w zupełności została już poznana. Przeciwnie, znakomite odkrycia HERTZ'a, które wskazały naturalną łączność pomiędzy światłem a elektrycznością i dowiodły niezbicie, że siły elektryczne przenoszą się w przestrzeni w postaci promieni falisto drgającego eteru według dokładnie tych samych praw, co i promienie światła, dodały nowego bodźca do badań nad promieniami katodalnemi, lecz jednocześnie przyniosły z sobą nowe pytania i nowe wątpliwości. Fizyk węgierski LENARD dostrzegł pewne osobliwości tych promieni i w wielu kierunkach rozszerzył wiadomości o nich. LENARD poznał je dokładniej, niż ktokolwiek przed nim, i bliżej też, niż ktokolwiek przed nim, znajdował się tego odkrycia, jakie stało się udziałem ROENTGEN'a.

Promienie katodalne rozchodzą się prostolinijnie i nie odchylają się od swego kierunku, nie postępują za wszystkimi wygięciami rurek Geisslerowskich, czyli nie biegną od katody do anody, jeżeli bieguny nie stoją w prostej linii naprzeciw siebie. Promienie katodalne, jak zresztą i wszelkie promienie świetlne owych matowych błysków, wypełniających rury GEISSLER'a przy znacznych rozrzedzeniach, padając na szklaną ścianę rury, wywołują w niej fosforescencję. Fosforescencja i fluorescencja wywołana też przez nie zostaje w rozmaitych innych ciałach: w glince, ziemi berylowej, magnezyi, w podwójnych cyankach platyny i magnezu, platyny i wapnia. Promienie te nadto sprawdzają pewne, acz słabe działania mechaniczne. Znane jest doświadczenie CROOKES'a, w którym wiatraczek, złożony ze skrzydeł mikowych i umieszczony wewnątrz rury GEISSLER'a, obraca się na osi pod wpływem promieni katodalnych. Inne doświadczenia wykazują dowodnie, że promienie te zdolne są też do sprawdzania działań cieplikowych. CROOKES, który zasłynął badaniami temi, wygłosił też hipotezę, mającą objaśnić osobliwe te zjawiska. Odrzucił on mianowicie myśl, że mamy tu do czynienia z objawami świetlnymi, identycznymi lub też choćby podobnymi do zwykłych drgań eteru; przyjął natomiast, że obserwowane zjawiska fosforescencji powodowane są przez uderzanie materialnych cząstek rozrzedzonego, wypełniającego rurę gazu, które to cząstki od katody biegną po drogach prostolinijnych. CROOKES nazwał ultragazowym ten stan materji, który w powyższych warunkach wypełnia naczynie. Ten

„czwarty“ stan materji, znacznie bardziej rozrzedzony, niż zwykle gazy, od niego też otrzymał nazwę „materji promienistej“.

Wszelako hipoteza CROOKES'a nie pozyskała wielu zwolenników, dała natomiast pohop do bliższego zapoznania się z naturą niezrozumianego zjawiska. Fizycy sądzili przez czas pewien, że promienie katodalne pozostają w pewnym bliskim związku z prądem elektrycznym, przepływającym przez rurę GEISSLER'a, że może są wprost widocznym dla oka kierunkiem, w jakim prąd ten przebiega. Naprowadzało na tę myśl zwłaszcza doświadczenie, które pozwalało przy pomocy magnesu, zbliżonego do katody, odchyłać kierunek promieni. Lecz HERTZ dowiódł doskonałemi eksperymentami, że kierunek prądu nie ma nic wspólnego z kierunkiem promieni katodalnych. Przekonano się nadto, że same te promienie nie świecą wcale, a postrzegane są przez nas tylko dzięki fosforescencji, jaką wywołują w tych ciałach, na które padają i przez które zostają pochłonięte, absorbowane. W najprostszym przypadku, gdy wytwarzamy je w rurze GEISSLER'a, w której żadne ciało stałe nie jest umieszczone, fosforescencya szkła rury czyni je dla nas widocznymi. Właściwość taka promieni katodalnych nasuwała myśl, że są one bardzo podobne do promieni ultrafioletowych widma słonecznego, które, również dla oka naszego niewidzialne, sprawiają znane ogólnie działania chemiczne, rozkładają np. sole srebra. Istotnie, fizyk niemiecki WIEDEMANN wygłosił domysł, że promienie katodalne są promieniami światła o bardzo znacznej szybkości drgań czyli o falach krótkich, znacznie jeszcze krótszych od fal ultrafioletowych. Drgania te, jak i drgania eteru w zwykłych promieniach świetlnych, mają według WIEDEMANN'a zachodzić poprzecznie do kierunku promieni. Hipoteza ta istnieje w nauce fizyki od lat dwunastu, lecz nie została jeszcze poparta dowodami przekonywającemi.

A tymczasem z tajemnicy promieni katodalnych wyłoniła się nowa tajemnica. Poznano pewne działania, wychodzące z katody rurek GEISSLER'a (lub HITTORF'a albo CROOKES'a—jak je obecnie naprzemian nazywają), które znów sprawiają skutki odmienne od sprawianych przez promienie katodalne. LENARD, który pierwszy badał ten nowy przedmiot, nie dostrzegł wszakże całej jego ważności. Dopiero ROENTGEN, oceniwszy doniosłość tych zjawisk, opisał swe doświadczenia w taki sposób, że stały one odrazu w szeregu najświetniejszych odkryć naukowych.

(D. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

13. HANOT. **Żółtaczką wskutek zatrzymywania się żółci wewnątrzrzazikowego.** Jeżeli na stole anatomicznym poszukiwać będziemy przyczyn żółtaczki prawdziwej (*ictère vrai*), prawie zawsze znajdziemy jakieś zmiany makroskopowe, mniej lub więcej uderzające. Czasami przyczyna żółtaczki bywa ukryta w wątrobie, np. kamień głęboko tkwiący w przewodzie wątrobowym, a czasem wcale jej golem okiem nie wykryjemy. W tych przypadkach, którymi się właściwie H. w pracy swojej zajmuje, znajdziemy jednakże zmiany, ale zapomocą drobnowidza. Przyczyny, jakie wywołują żółtaczkę prawdziwą, mogą być dwojakiego rodzaju: 1) zapalenie drobnych przewodów żółciowych (*angiocholitis canalicularis*); do tego szeregu żółtaczek zalicza HANOT żółtaczkę w stwardnieniu wątroby przerostowem (*cirrhosis hypertrophica*). W czasie obostrzeń tego cierpienia rozrastają się i rozmnażają młode komórki w ścianach tych przewodów, co wywołuje ich zatkanie i zwięk-

sza istniejącą już żółtaczkę. Później w okresie łagodniejszym znaczna część tych młodych komórek nowej formacji znika w ten sposób, że albo się zwyradnia, rozpada i wchłania, albo wypychaną zostaje do większych przewodów żółciowych przez prąd żółci, a żółtaczką wskutek tego się zmniejsza. W ten sposób objaśniamy sobie kolejne zabarwienie i odbarwienie stolców przez żółć, raz wylewającą się do kiszki, to znów zatrzymywaną w wątrobie.

2) Drugą przyczynę stanowi zatrzymywanie się żółci w samych zrazikach wątrobowych—wewnątrzrazikowe. Żółtaczkę w tych razach można sobie jedynie w ten sposób wytłumaczyć, że w samych zrazikach komórki wątrobowe ulegają zmianom chorobowym: rozrastają się i zamykają najdrobniejsze (międzykomórkowe) przewody żółciowe w samym wnętrzu zrazików. Żółć, która się w tym okresie wydziela z komórek wątrobowych, ma drogi wydzielnicze zamknięte: z musu zostaje wchłaniana do krwiobiegu. Sprawa ta najwyraźniej występuje w ciężkich postaciach żółtaczki (*icterus gravis*), a wiemy, że w tej właśnie postaci w stopniu najwyższym ulegają zmianie komórki wątrobowe samych zrazików pod wpływem zakażenia. W tej postaci chorobowej komórka wątrobową ulega najróżnorodniejszym zmianom, zaczawszy od rozrostu, a kończąc na zwyrodnieniu i nekrobiozie. Pomimo to, że drogi żółciowe zamknięte są wewnątrz zrazików, nastąpić może zakażenie, gdyż drogą, jaką wkracza do wątroby zakażenie, nie są jedynie przewody żółciowe, ale i żyły i tętnice wątrobowe pośredniczą pomiędzy źródłem zakażenia i komórką wątrobową. Jest rzeczą dowiedzioną, że podwiązanie większego przewodu żółciowego bynajmniej nie przeszkadza wkraczaniu czynników zakaźnych powyżej miejsca podwiązanego, a raczej sprzyja tej sprawie chorobowej. Istnieje przypuszczenie (PORTER), że wobec istniejących już zmian w komórkach wątrobowych, nawet wpływy nerwowe mogą wywołać żółtaczkę, gdyż nerwy mają wpływ niewątpliwy na odżywianie komórek, które wskutek zmian, jakim ulegać mogą, powodują czasowe zamknięcie dróg żółciowych wewnątrzrazikowe. (Jeżeli tak jest istotnie, zbyt dużą się okaże teoria (HARLEY), dowodząca, że żółtaczką może powstać również wskutek wstrzymania na drodze nerwowej działalności żółciotwórczej w wątrobie, a zatrzymywania się i nagromadzania czynników żółciotwórczych. Przyp. refer.).

(*La semaine médicale*, N. 61, 1895).

*Ig. Grundzsch.*

14. H. RIEDER. **Przyczynę do rozpoznawania nowotworów przy pomocy badania drobnowidzowego przesieków.** Obecność w przesiekach wielopostaciowych, niejednakowej wielkości, komórek, ułożonych w postaci grudek, przemawia, jak wiadomo, bardziej za charakterem ich nowotworowym, niż za śródblonkowym. Niekiedy jednak i komórki śródblonkowe przedstawiają się w tak rozmaitej postaci, że stanowcze rozstrzygnięcie kwestyi nie jest rzeczą łatwą. Dlatego też dotychczas rozpoznawano nowotwór tylko wtedy, gdy nie brakowało charakterystycznego układu komórek w postaci guziczków galaretowatych, strzępów lub kosmków. Twory te jednak rzadko bardzo znajdują się w przesiekach opłucnej i otrzewnej, co znacznie ogranicza ich znaczenie rozpoznawcze.

W celu dokładnego zbadania płynu przesiekowego wysusza RIEDER cieniutką warstwę tegoż na szkiełku pokrywkowym, a po zupełnem wyschnięciu pomieszcza szkiełko na godzinę w mieszaninie równych części wysokoku i eteru, a następnie barwi je rozcieńczoną hematoksyliną.

W preparatach w ten sposób przygotowanych, znajdują się twory następujące: ciała limfatyczne oraz komórki owalne z zarodźcą drobnoziarnistą,—są to nąbłonki tłuszczone; prócz tego wielopostaciowe komórki, jedno- i wielojądrowe

z wakuolami kulistymi. Niektóre znów komórki znajdują się w okresie dzielenia, przyczem mitozy mają wszystkie cechy podziału nieprawidłowego, występującego zwykle w nowotworach. Tak np. niektóre komórki mają jądro rozdzielone na 4 części, każda w innym biegunie, niektóre znów przedstawiają się w postaci olbrzymich rozplątanych komórek z wieloma jądrami, znajdującymi się w okresie karyokinezy. Często bardzo nie mają chromozony typowego układu, t. j. polarnego lub ekwatoryalnego, są bardzo nieliczne i bardzo krótkie. Sama zaródź komórek posiada tu zwykle mniejszą skłonność do dzielenia się, wskutek czego okazuje zwykle rozmaite wklęsłości i zagłębienia.

Na zasadzie takiego wyniku badania drobnowidzowego, autor w przypadku wątpliwym rozpoznał nowotwór opłucnej i otrzewnej.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 54. Heft 6.* Klejn.)

15. A. HENNIG. **Przyczynę do symptomatologii i terapii nerwowych postaci grypy.** Autor rozróżnia 4 główne postaci tej choroby, a mianowicie: oddechową, sercową, żołądkową i nerwową, przyczem rozpatruje głównie objawy nerwowe. Z tych ostatnich najważniejsze są trzy następujące: nieokreślone bóle głowy, nadzwyczaj różnorodne i niezależne w swem natężeniu od ciężkości choroby; dalej ogólna prostracja, zupełnie niezależna od wysokości ciepłoty; nakoniec poty, występujące w ciągu całego przebiegu choroby, a nawet i później. Prócz tego w każdym niemal przypadku zjawiają się ogólne bóle mięśniowe, oraz bóle jakby gośćcowe w krzyżu i w stawach. W związku z nimi znajdują się bóle nerwowe najczęściej w gałązkach nerwu trojdzelnego, które należy odróżniać od nerwobólów po ustąpieniu grypy, daleko trudniej poddających się leczeniu przeciwnerwowemu. Do tejsze kategorii objawów nerwowych zalicza autor bradykardję, względnie tachykardję, jako skutek cierpienia odpowiednich nerwów serca. Wnioskować zatem należy, że ani ciepłota, ani tętno nie mogą wpływać na rokowanie w grypie. Co się tyczy zmysłów, to nierzadko dają się spostrzegać w różnym stopniu znieczulenia i nadczułości.

W 3% przypadków pojawiają się różne wysypki skórne. Do rzadkich a ciekawych objawów należy *pruritus* przy grypie, po którym później może się zjawić *diabetes mellitus*.

Wobec dowiedzionego zakaźnego pochodzenia grypy, autor stara się objaśnić wszystkie objawy działaniem swoistych toksyn na ustrój, chociaż nie może bezwarunkowo odrzucić hipotezy CLAUS'a, według której różnorodne te objawy mają swą podstawę w konstytucyjnej, dziedzicznej skłonności danego osobnika.

Ze wszystkich środków najlepsze usługi oddawał autorowi w nerwowych postaciach influenzy—salofen, rozkładający się dopiero pod wpływem soku kiszkowego na salicylan sodu i acetylparamidofenol. Podaje się ów lek, indywidualizując, 1,0 do 5,0 *pro die*; 0,5 na dawkę; dzieciom połowę tej dawki.

Józef Piotrowski.

16. FÉRÉ. **Boraks w leczeniu padaczki.** FÉRÉ na 122 dorosłych chorych, których leczył boraksem w szpitalu Bicêtre, otrzymał tylko w jedenastu przypadkach wybitniejsze polepszenie, czego dowodem były znacznie rzadsze napady padaczki i zawrotów głowy. Z podanych dość szczegółowo 11-tu spostrzeżeń wynika, że chorzy ci przedtem byli bezskutecznie leczeni bromem; tymczasem po dłuższem leczeniu boraksem (3—17 miesięcy) w dawkach 4-gramowych dziennie, stopniowo powiększanych do 18,0, miewali napady znacznie rzadziej. Wogóle FÉRÉ otrzymał na 100 przypadków dane następujące: w 71,31 żadnego wyniku; w 19,67 wynik wątpliwy; w 9,02 trwałe polepszenie.



Przy użyciu boraksu bywają dość częste przypadki przewlekłego zatrucia, które FÉRÉ opisał już dawniej pod nazwą „le Borisme“. Najpierw cierpi przewód pokarmowy, mianowicie, zjawia się uczucie gnecenia i gorąca *in scrobiculo cordis*, nudności, często wymioty, które zmuszają do przerwy w leczeniu boraksem (przetwór ten w roztworze glicerynowym bywa lepiej znoszony, niż w wodnym). Boraks sprowadza suchość skóry i błon śluzowych, nastrzyknięcie łącznicy oka i ropienie powiek, często włosy czaszki i brwi wypadają, rzadziej pod pachą lub na częściach płciowych. U niektórych osób boraks sprowadza łuszczycę, najczęstszą jednak postacią jest *eczema seborrhoicum*, umiejscowiona początkowo w bocznych częściach tułowia, w okolicy podpepkowej i na przednich powierzchniach kończyn, poczem rozszerza się na inne części ciała. Cierpienia skórne ustępują pod wpływem leczenia miejscowego i czasowej przerwy w podawaniu boraksu, następnie nie powtarzają się często w ciągu całych miesięcy, pomimo, iż boraks daje się na nowo. Niekiedy wysypka bywa podobną do odry lub szkarlatyny, następuje przytem łuszczenie się skóry. Przy znacznem rozszerzeniu się sprawy choroby podlegają wycięczeniu. Często przyczyną charłactwa może być ciągły brak łaknienia przy użyciu boraksu. U dwóch chorych FÉRÉ zauważył, prócz wysypki i puchliny charłaczey, silne obrzmienie i bolesność mięśni obojczyko-mostko-sutkowych; przytem tam, gdzie mięsień lewy większy przyjmował udział w napadzie padaczki, niż prawy, obrzmienie z lewej strony było znaczniejsze. Objaw ten trwał 15—20 dni po przerwaniu leczenia boraksem. Do niebezpieczniejszych objawów zatrucia boraksem należy obrzęk twarzy i kończyn oraz białkomocz, co zmusza do ciągłego badania moczu przy leczeniu boraksem, gdyż nieraz nawet zaprzestanie podawania go nie usuwa zaburzeń nerkowych. Bezskuteczność przerwy w leczeniu w tych razach tłumaczy się powolnością wydzielania boraksu z ustroju; u jednego chorego np. można było odkryć boraks w moczu w 53 dni po zaprzestaniu dawania tegoż (mocz się spała, popiół rozpuszcza w alkoholu, który w obecności boraksu pali się charakterystycznym płomieniem zielonym). Ponieważ obrzęki zjawiają się często w pierwszych dniach podawania boraksu, możnaby objaśnić objaw ten porażeniem nerwów naczynioruchowych i przypisać temuż porażeniu szczęśliwe wyniki leczenia boraksem; przeciwko temu jednak przemawia, że między obrzękami, a zmniejszeniem ilości napadów niema żadnej równoległości. Jednem słowem, boraks w pewnych przypadkach może dać wyniki zadawalające; należy go próbować w tych razach, gdzie brom nas zawiódł zupełnie. Przy podawaniu boraksu należy jednak być ostrożnym, gdyż nieraz nawet w niewielkich dawkach sprowadza cierpienia nerkowe.

(*Revue de Médecine. Septembre 1895*). Władysław Kosmaciński.

17. S. D. SEGAL. **Sposoby wykrycia udanej ślepoty jednostronnej.**

1) Przed każdym okiem umieszczamy szkło walcowate wypukłe siły 1,0—1,5 D. w ten sposób, żeby oś jednego szkła stała prostopadle do osi drugiego. Jeżeli wtedy znaki tablic SNELLEN'a będą rozpoznawane obuocznie tak samo, jak jednym okiem bez szkła, to istnieje symulacja. (Sposób niepewny. Przyp. ref.).

2) Zamiast słabych, użyć można i najsilniejszych szkieł walcowatych, ustawionych jak wyżej, tylko znaki tablic zastąpić należy płomieniem świecy. Jedno szkło da obraz świecy wyciągnięty poziomo, a drugie pionowo; jeśli to zostanie spostrzeżone, to oczy są widzące.

3) Przed okiem widzącym umieszczamy silne szkło wypukłe, przed niby ślepe—szkło płaskie i każemy patrzeć na płomień świecy. Oko widzące, wskutek

wywołanej sztucznie wysokiej krótkowzroczności, będzie widziało płomień w postaci krążka świetlnego, a oko udające ślepotę—w jego zwykłej postaci.

4) Przez dwa wypukłe lub płaskie szkła, zlekka posypane proszkiem wiłdłaka, badany patrzy na płomień świecy. Wskutek obecności proszku na szkle płomień świecy wydawać się będzie otoczonym kręgami tęczowymi. Jeżeli w czasie badania zetrzeć proszek ze szkła, przed okiem widzącym umieszczonego, a badany będzie widział dalej kręgi tęczowe, to będzie znaczyło, że i drugie oko nie jest ślepe.

5) Jeżeli urządzić tablice stereoskopowe w ten sposób, że na jednej stronie znaki lub litery będą jednej barwy, a na drugiej innej, to w stereoskopie otrzymuje się barwę nową, ze złącia dwóch powstałą. Na mocy tego bardzo łatwo wykryć ślepotę udaną.

(*Więst. Oftalm. Listop.-Grudz. 1895*).

B. R. G.

## ODCINEK.

### W sprawie nierządu publicznego (prostytucyi) i zapobiegania chorobom wenerycznym.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 4).

VIII. Sposób ujawniania prostytutek tajnych i zapisywania ich do kontroli Komitetu dawniejszy i teraźniejszy—jego wady.—Zarys projektu reorganizacji Komitetu i zmian w przepisach obowiązujących. — Projekt ogólnych rewizyi w fabrykach i t. d., jego nieprawność i niepraktyczność.

Za główne zadanie Komitetu policyjno-lekarskiego poczytywać należy, aby jak największą liczbę kobiet, zajmujących się nierządem tajnym, pociągnąć do obowiązkowej stałej rewizyi—czy to w charakterze prostytutek zawodowych—tolerowanych, czy też t. zw. sekretnych lub, jak obecnie, ulgowych. Procedurę tę uskutecznia Komitet Warszawski w sposób następujący.

Według pierwotnie obowiązujących §§ 31 i następnych przepisów z roku 1842<sup>a</sup>, komisarz Komitetu mocen był — po uznaniu przedstawionych mu przez dozorcę i sprawdzonych przez swego pomocnika i policję wykonawczą dowodów, za dostatecznie przekonujące o zajmowaniu się przez kobietę pokątnym zawodowym nierządem—wpisać ją do kontroli i przedstawić tę swoją decyzję do zatwierdzenia Oberpolicmajstra m. Warszawy.

W razie, gdyby doniesienia sekretnych organów Komitetu, t. j. dozorczy i pomocnika komisarza, nie zgadzały się z zasięgniętą opinią komisarza policji wykonawczej danego cyrkułu, to komisarz Komitetu powinien był prosić Oberpolicmajstra o pozwolenie wpisania kobiety do t. zw. kontroli sekretnej—dla dalszego jej śledzenia, i gdy pierwotne podejrzenia po pewnym czasie stwierdzone zostały, to komisarz mocen był wpisać kobietę do kontroli.

Wskutek zaprowadzenia w roku 1876 nowej ustawy o karach, powyższe atrybucje Komitetu—jako niezgodne z duchem nowego prawa—musiały uleść licznym ograniczeniom i zmianom. Nastręczały się w praktyce pewne wątpliwości i sprzeczności, które ostatecznie zostały rozstrzygnięte postanowieniem ogólnego zebra-

nia pierwszego oraz kasacyjnego Departamentu Rządzącego Senatu z r. 1892 d. 3 lutego § 7. Ponieważ odnośne orzeczenie Senatu zostało niedawno w naszym piśmie przez kol. ROGOWICZA<sup>12)</sup> wyczerpująco przedstawione, przeto, odsyłając interesującego się bliżej tą kwestyą czytelnika do artykułu kol. ROGOWICZA, ograniczę się do przytoczenia tych tylko punktów orzeczenia Senatu, które bezpośrednio odnoszą się do omawianej przez nas obecnie sprawy ujawniania i zapisywania prostytutek zawodowych tajnych do listy kobiet publicznych, ulegających nadzorowi i kontroli Komitetu policyjno-lekarskiego.

Według wyżej wzmiankowanego postanowienia Senatu<sup>13)</sup> „zaliczenie do rzędu kobiet publicznych i poddanie się przepisom nadzoru może mieć miejsce albo na żądanie samej kobiety, na mocy jej dobrowolnego o to starania, albo też na żądanie Komitetu lub tej władzy, na którą włożony jest obowiązek nadzoru; żądanie musi być oparte na wiadomościach, zebranych w drodze przez prawo wskazanej, i dokładnie sprawdzonych co do faktu oddawania się nierządowi danej osoby. W każdym jednak razie takie poddanie się powinno być wyrażone własnoręcznym podpisem kobiety na deklaracji podlegania nadzorowi; podpis, dany przez nią osobiście, a w razie, gdyby pisać nie umiała, przez osobę specjalnie do tego przez nią upoważnioną“.

Na mocy więc powyższego postanowienia najwyższej władzy prawodawczej, każda prostytutka tajna ma prawo niepoddąć się nadzorowi i kontroli, a Komitet policyjno-lekarski nie posiada środków zniewolenia jej do tego, choćby materiały dowodowe o oddawaniu się jej zawodowemu nierządowi był jaknajzupełniej przekonywający.

Wprawdzie prawodawca mówi dalej: że „kobieta choćby była uznawana przez władzę właściwą za żyjącą z nierządu, lecz nie poddająca się nadzorowi pomimo zwróconego do niej o to żądania, jest nierządnicą tajną i podlega odpowiedzialności z art. 44<sup>14)</sup> z a [n i e r z ą d t a j n y].

Lecz kto ma pociągać zawodową nierządnicę do odpowiedzialności sądowej za nierząd tajny? Oczywiście Komitet policyjno-lekarski lub też inna władza policyjna, nadzór sprawująca. Otóż praktyka wykazuje, że komisarz Komitetu warszawskiego—jako jego przedstawiciel i wykonawca—już oddawna tego nie robi—i robić nie może,—a to dla powodów następujących:

Po wydaniu obecnie obowiązującej ustawy o karach, uchylone zostały istniejące dotychczas (w kodeksie karnym wyd. 1857 r.) przepisy, dotyczące karania wszelkiego rodzaju nierządu jako rzemiosła, a to z powodu sprzeczności tych przepisów z faktycznem tolerowaniem domów nierządu i kobiet publicznych. Przepisy rzeczzone zastąpione zostały ustanowioną w art. 44 ustawy (patrz wyżej) odpowiedzialnością za niezachowanie prawideł, zapobiegających nierządowi i zgubnym jego skutkom. Ponieważ dalej prawodawca, interpretując art. 44, mówi, że „za niespełnianie przepisów, a w tej liczbie i obowiązkowych oględzin lekarskich, podlegają karze z art. 44 tylko kobiety publiczne, przebywające w domach publicznych lub zapisane w Komitecie na listę prostytutek tolerowanych, które dobrowolnie do tego się zobowiązały i podpisały odpowiednią deklarację; wszystkie zaś inne kobiety, żyjące z nierządu, chociaż nie są zaliczone do kategorii

<sup>12)</sup> „Oględziny lekarskie kobiet w obliczu obowiązującego u nas prawa” przedstawił d-r J. ROGOWICZ. „Medycyna“ N. 1 1896 r. str. 15 i następne.

<sup>13)</sup> I., c. str. 19.

<sup>14)</sup> Artykuł 44 Ustawy o karach, nakładanych przez Sędziów pokoju (wyd. 1886 r.): Za niewykonanie r o z j o r z ą d z e c h r ą d u, ( d n o z ą c y c h s i ę d o z a p o b i e g a n i a n i e r z ą d o w i i z g u b n y m j e g o s k u t k o m, w i n n i u l e g a j ą: a r c s z t o w) n i e d l u ż e j j a k n a j e d e n n i e k s z ą c, l u b k a r z e p i e n i ę z n e j d o w y s o k o ś c i n i e w i ę c j a k s t u r u b l i

kobiet publicznych, mogą być pociągane do odpowiedzialności z art. 44 o karach, lecz nie za niezachowanie przepisów, dla nich nieistniejących, a za potajemne prowadzenie nierządu jako rzemiosła"; przedewszystkiem więc skarżący musi dowieść przed sądem, że kobieta faktycznie oddaje się nierządowi zawodowemu, co rzadko kiedy jest możebne, — przeciwnie, ponieważ sprawy tego rodzaju — już z natury swej nieuchwytnie — zawsze będą dawać sędziemu szerokie pole do indywidualnego zapatrywania się, przeto bardzo często może się zdarzyć, że dowody, przedstawione przez Komitet, zostaną uznane przez sędziego za niedostateczne i obwiniona zostanie uwolnioną od odpowiedzialności. Mniejsza o to, że taki wynik sprawy uzuchwali i zdemoralizuje obwinioną, lecz, co gorsza, da on w ręce nierządnic broń, na zasadzie której może pociągnąć komisarza do odpowiedzialności prawnej, gdyż prawodawca wyraźnie zastrzega: że „winni błędnych wiadomości, połączonych z rozgłosem (sprawa w sądzie jest już sama przez się rozgłośną), niesłusznie kalającym dobre imię i honor kobiety, mogą być pociągnięci do odpowiedzialności prawnej“. Czy wobec powyższych zasad prawodawczych i możliwych, z praktycznego ich zastosowania, następstw, może komisarz Komitetu występować ze skargami przed sędziów pokoju o zawodowem zajmowaniu się tajnym nierzędem? i gdyby występował, to na coby się to przydało?

Stopień kary, jaki ewentualnie może spotkać prostytutkę za oddawanie się tajnemu nierządowi, nie może dla niej wypaść i faktycznie nigdy nie wypada zbyt dotkliwie, — a to dlatego, że nierząd tajny — jako taki — nie jest, według myśli prawodawcy, karygodnym (patrz wyżej), lecz może być karany z art. 44 jedynie tylko z zasady i w celu zapobiegania przestępstwu, jakim jest szerzenie zarazy, co w każdym pojedynczym przypadku niełatwo da się bez rewizji lekarskiej rozstrzygnąć; zawsze więc wyrok zależeć będzie od indywidualnego zapatrywania sędziego, i musi być łagodnym.

Z tego, co się dotąd powiedziało, jasno wynika, że powyższe traktowanie nierządu tajnego w praktyce policyjno-lekarskiej, graniczy ze skrajnym abolicjonizmem (patrz wyżej — zasady abolicjonizmu), i zupełnie ubezwładnia działanie Komitetu, i to w zakresie najważniejszej jego czynności t. j. rejestrowania tajnych nierządnic zawodowych.

Mimowolnie nastęrcza się tu pytanie: jakim sposobem — przy takiej pobłażliwości dla nierządnic tajnych i wypływającej stąd bezsilności Komitetu — zdołał ten ostatni zarejestrować w Warszawie 2,000 kobiet publicznych? Odpowiedź na to znajdziemy: 1) w nieświadomości prostitutek o przysługującym im prawie zapisywania się lub niezapisywania do kontroli, z czego prawdopodobnie umie zręcznie korzystać Komitet, i 2) w obawie prostitutek — niestałych mieszkanek m. Warszawy (których jest bardzo dużo), aby nie zostały wysłane transportem na miejsce zamieszkania, do czego Komitet jest uprawniony w razie, jeżeli prostytutka nie zgadza się na zapisanie do kontroli.

Wracamy do wykazanej przez nas powyżej, wadliwej organizacji warszawskiego Komitetu policyjno-lekarskiego i sprzeczności, jaka obecnie istnieje pomiędzy orzeczeniami prawodawczymi, a zastarzalymi i niedostatecznymi przepisami, krórymi dotąd się rządzi Komitet warszawski. O konieczności jaknajrychlejszego usunięcia tych wad i sprzeczności zbytecznem byłoby się rozwodzić. Sądzę, że dałoby się to z łatwością osiągnąć, gdyby przy przyszłej reorganizacji Komitetu warszawskiego zostały przedewszystkiem uwzględnione dwie następujące zasady: pierwszą z nich jest pewnik, że głównym rozsądnikiem przymiotu jest nierząd zawodowy tajny, a drugą — słuszna zasada, na mocy której należy raczej

ograniczyć nadmierną swobodę niebezpiecznych dla społeczeństwa jednostek, niż wystawiać na szwank zdrowie publiczne (*Salus populi suprema lex esto!*)

Należałoby więc przekształcić Komitet warszawski, na wzór petersburskiego, na samodzielną, dobrze uposażoną instytucję, na czele której stałby Inspektor - lekarz, doświadczony i wszechstronnie ukształcony syfilidolog, a członkami czynnymi byli lekarze komitetu i komisarz. Główne sprawy, a między temi i zapisywanie do kontroli kobiet, zajmujących się zawodowo nierządem tajnym, powinny być rozstrzygane na sesji, składającej się najmniej z 3 członków Komitetu. Dowody obwiniające powinny być rozbiegane szczegółowo i, po osobistym rozmówieniu się Inspektora Komitetu z obwinioną, zapada protokularnie ostateczna decyzja, która ma moc obowiązującą dla prostytutki.

Lecz—nawet przy tak uproszczonem postępowaniu— jest więcej niż wątpliwem, czy terażniejszy Komitet może podołać olbrzymiemu zadaniu choćby najsłabszego kontrolowania, ewentualnie ujawnienia i zarejestrowania owych 10,000 prostytutek tajnych? Sądzimy, że nawet w trójnasób powiększony Komitet nie byłby w stanie temu zadaniu sprostać.

Skoro tak, to należy się zastanowić nad pytaniem: czy nie istnieją i czy nie dałyby się zastosować prostsze i praktyczniejsze sposoby poddania prostytucji tajnej pod kontrolę policyjno-lekarską?

Po stanowczem orzeczeniu Senatu z r. 1892<sup>15)</sup> o nieprawności i niedopuszczalności wszelkich oględzin, przymusowych, moglibyśmy zupełnie pominąć projekta niektórych krańcowych zwolenników regulaminu, zmierzające do zarządzenia doraźnych lub peryodycznych rewizji policyjno-lekarskich w większych lub mniejszych zbiorowiskach kobiet wolnych (w fabrykach, piwiarniach, hotelach i t. d.), które możnaby podejrzewać o nierząd lub o szerzenie chorób wenerycznych. Lecz i z teoretycznego punktu widzenia zaznaczyć należy, że czas byłby wielki raz już porzucić ten stary, od wieków powtarzany i z książki do książki bezkrytycznie przepisywany środek, który jednak od czasu do czasu znowu się pojawia, jako nowy i radykalny środek profilaktyczny! Policyja lekarska nie może sobie dotąd dać rady z zawodową prostytutką tajną, do czego więc ma prowadzić wkraczanie w niezmierny zastęp pracownic fabrycznych—o nic nieprzekonanych, a nawet niepodejrzanych? Podejrzaną może być pewna osoba lub nawet kilka osób, lecz to nie może stanowić zasady do poddawania rewizji wielu kobiet, częstokroć małoletnich—dla tej jedynie przyczyny, że są robotnicami ludnej fabryki. Niesprawiedliwość i nieludzkość tego projektu równa się jego niepraktyczności. Jakiej bowiem falangi lekarzy potrzebaby było użyć na jego wykonanie? i czy dałby się wykonać? czy nie natrafiłby na twardy opór w obronie praw osobistych? I co przez podobne rewizye dałoby się osiągnąć? Conajwyżej wykryje się jedną lub kilka osób dotkniętych chorobą weneryczną. Lecz wielki ten zamach nie ujawni, ani zarejestruje ani jednej pokątnej prostytutki,—a przecież o to głównie iśćby tu powinno.

Przyznać wprawdzie należy, że pewne fabryki i zajęcia zasługują na bacniejszą, niż dotąd, kontrolę, ze względu na możliwość szerzenia przymiotu. Tu należą: fabryki szkła, zajęcia posługujące się dmuchawką, fryzyerzy, wykonywujący obrzezanie podług starego zakonu i t. p.; lecz właściwie kwestya ta nie tu należy; są na to oddzielne organa policyjne. Toż samo i pieczę nad fabrykami lekarzom fabrycznym w zupełności pozostawić należy. (D. n.).

<sup>15)</sup> Artykuł kol. Rogowicza „Medycyna“ N. 1 1896 r. str. 17.

## Ś. p. Franciszek Jawdyński.

Niepospolity chirurg padł ofiarą swego powołania w sile wieku, w chwili, gdy dzięki długiej i mozolnej pracy doszedł do powszechnego uznania, jako znakomity chirurg i prawy człowiek.

Okres działalności lekarskiej JAWDYŃSKIEGO rozpoczął się z chwilą, gdy po ukończeniu wydziału medycznego w Warszawie, został w r. 1876 ordynatorem kliniki chirurgicznej Prof. KOSIŃSKIEGO, z której wyniósł obfity zasób wiedzy specjalnej; dzięki bogatemu materiałowi klinicznemu wyrobił w sobie JAWDYŃSKI trzeźwość i trzeźwość poglądu na sprawy chorobowe.

Otrzymawszy w r. 1886, na zasadzie odbytego konkursu, posadę ordynatora w szpitalu praskim, wchodzi JAWDYŃSKI na pole pracy samoistnej i odznacza się, jako wzorowy lekarz szpitalny; całkowicie oddany pracy przy chorych, nie zaniedbuje się nigdy i nie dozwala innym na żadne zaniedbanie; każdy chory znajduje w nim sumiennego opiekuna. W działaniu stanowczy, w wykonywaniu zabiegów chirurgicznych biegły, zyskuje wdzięczność chorych i pobudza asystentów do pożytecznej działalności. Wziętość lekarska ś. p. Franciszka JAWDYŃSKIEGO wzrastała stopniowo, jedynie dzięki jego zaletom i uznaniu kolegów; obce mu zawsze były wszelkie reklamy i drogi uboczne w celu pozyskania chorych.

Po siedmioletniej pracy w szpitalu praskim objął JAWDYŃSKI oddział chirurgiczny w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Była to epoka wzrastających Jego powodzeń na polu specjalnej praktyki. Idąc stale z postępem coraz bogatszej nauki chirurgii, stał się ś. p. Franciszek JAWDYŃSKI na poziomie równym wielu najlepszym współczesnym chirurgom; młodzi lekarze chętnie śpieszyli kształcić się pod jego kierunkiem, ordynatorzy innych oddziałów szpitalnych często wzywali jego rady przy rozpoznawaniu powikłanych cierpień i wyrokowaniu o najwłaściwszym sposobie leczenia w danym przypadku.

Chwile wolne od zajęć zawodowych poświęcał JAWDYŃSKI sprawom, dotyczącym piśmiennictwa lekarskiego. Długoletni współwłaściciel „Gazety lekarskiej“, wielce się przyczyniał do rozwoju tego pisma, i w niem też prace swoje, przeważnie kazuistyczne, ogłaszał. Do najlepszych prac Jego należy drukowany w r. 1893 w Przeglądzie Chirurgicznym „Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych“. Żywy udział przyjmował JAWDYŃSKI w demonstracjach naukowych w naszym Towarzystwie Lekarskiem, w dyskusjach chętnie głos zabierał, a ze słów jego zawsze widać było, że przemawia chirurg doświadczony. Redagując przez lat 6 Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego, przyczynił się JAWDYŃSKI nie mało do rozwoju tego czasopisma.

Żywoć tak piękny, dla społeczeństwa pożyteczny, dla naszego świata lekarskiego chlubny—przerwał zgon przedwczesny.

Niezwykle liczny orszak pogrzebowy, złożony z rozmaitych warstw ludności, oddał hołd zwłokom ś. p. Franciszka JAWDYŃSKIEGO, nie przez próżną ciekawość, lecz przez prawdziwe współczucie i żal po stracie tak pożytecznego i zacnego człowieka.

*T. Solman.*

## Ś. p. Karol Kaczkowski.

W dniu 22 b. m. zmarł w Warszawie ś. p. Karol KACZKOWSKI, doktor medycyny, były starszy ordynator szpitala Św. Łazarza. Urodzony w r. 1827, skończył gimnazjum w Radomiu, a nauk lekarskich słuchał najprzód w uniwersytecie Moskiewskim, a następnie od roku 1849—1854 w Dorpackim, gdzie stopień doktora medycyny uzyskał.

Praktykę lekarską rozpoczął w Warszawie przy sprzyjających warunkach, gdyż—jako blizki krewny CHAŁUBIŃSKIEGO, który podówczas był naczelnym lekarzem szpitala ewangelickiego, został jego współpracownikiem w tym szpitalu w charakterze ordynatora.

Prawy i otwarty charakter, gruntowna wiedza i sumienność, pogodne usposobienie, graniczące z sympatyczną jowialnością, a najbardziej serdeczne ciepło jędnęło ś. p. K. zawsze i wszędzie trwałe uznanie i stałych przyjaciół.

Po kilku latach pracy w szpitalu ewangelickim, ś. p. K. opuszcza razem z CHAŁUBIŃSKIM ten szpital, wskutek nieporozumień z ówczesną administracją szpitalną. Lecz działalność szpitalna była przez niego tak wysoko ceniona, że nie mógł się bez niej obejść i dlatego—pomimo wyrobionej praktyki na polu leczenia chorób wewnętrznych—nie wahał się przyjąć w r. 1859 posady ordynatora szpitala Ś-go Łazarza i wskutek tego zmienić dotychczasowy kierunek swych zajęć lekarskich. I na tem nowem polu—syfilidologa i dermatologa—przychodzi prędko do poważnego stanowiska, mającego trwałą podstawę w wysokiem uznaniu kolegów.

Wszystko to jednak nie wystarczało ś. p. K., był on bowiem entuzyastą i ideologiem w szlachetnem znaczeniu tego wyrazu. Szlachetne przywiązanie do rodzinnego zagona i fanatyczna, rzecz można, miłość ludu parła go niepohamowaną siłą do zajęć rolnych i blizkiego zetknięcia się z młodszą bracią.

Około r. 1870 kupuje ś. p. K. kawał mało urodzajnej i piaszczystej ziemi za Pragą i doprowadza ją do tak wysokiej kultury, że budzi tem ogólny podziw znawców.

W r. 1879 pod wpływem tych samych szlachetnych pobudek porzuca szpital, praktykę i osiedla się na stałe w nabytym majątku ziemskim—Józefolu pod Mszczonowem. Lecz tu spotykają go ciężkie niepowodzenia. Tu traci dożgonną towarzyszkę życia i zostaje na wsi osamotnionym, przy coraz bardziej pogarszającym się stanie zdrowia. Pomimo to jednak wytrwale stoi na stanowisku i z pewnością go do skonu nie opuścił, gdyby nie wzmagająca się astma i niedomoga serca, co zmusiło go do przeniesienia się przed miesiącem na łono najbliższych mu krewnych do Warszawy.

Od roku 1863 był ś. p. KACZKOWSKI członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. W r. 1864 ogłosił drukiem w „Pamiętniku Tow. Lek.“ tom LII str. 3—166, obszerną rozprawę „O rzeźączce u kobiet“. Ważniejszy dorobek naukowy ś. p. KACZKOWSKIEGO stanowią jego prace na niwie rolniczej: rozprawa p. t. „Badania nad drogami ratunku rolnictwa krajowego“ (Gazeta rolnicza, 1886 i oddzielne odbitki p. t. „Jak prowadzić gospodarstwo“ wydanie jubileuszowe 1886) uzyskała nagrodę konkursową. Prócz tego ś. p. K. był stałym współpracownikiem Wielkiej Encyklopedyi Rolniczej i artykuły jego pióra: „Alkoholizm“, „Chleb“, „Gospodarstwa włościańskie“ i t. d., pomieszczone w tem pomnikowem wydawnictwie, odznaczają się bardzo starannem opracowaniem.

Cześć jego zacnej pamięci!

J. M.

## Wiadomości bieżące.

— Ze sprawozdania z obrotu i stanu funduszów Kasy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, za r. 1894, ogłoszonego w IV zeszytcie „Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.“, między innymi dowiadujemy się: 1) że Kasa liczyła w roku sprawozdawczym 722 uczestników; 2) że fundusz żelazny powiększył się o 650 rs., tak, że z końcem roku 1894 wynosił 35,131 rs.; 3) że ze składek terminowych otrzymano 3,466 rs., w tych z samej Warszawy 1,591 rs., a z gubernii Suwalskiej 4 rs.; 4) że z innych źródeł, jakoto: odsetek od funduszu żelaznego, jednorazowych ofiar i t.p., wpłynęło 2,579 rs., tak, że ogół przychodu wynosił 6,045 rs., z którego wydano na wsparcia dla 3-ch lekarzy, 3-ch matek, oraz 85 wdów i sierot po lekarzach 5,344 rs. i na administrację 381 rs.; 5) że z odsetek od innych funduszów, w zawiadaniu Kasy lub Towarzystwa Lekarskiego będących, udzielono wsparć w kwocie 1,111 rs. Tym sposobem wogóle 108 osobom i rodzinom udzielono 6,455 rs. Wreszcie ogół zaległych składek terminowych wynosił 850 rs., z których na gub. Lubelską przypada 195, a na Suwalską 192 rs. Ze zaś zaległość ta z końcem 1893 r. wynosiła 715 rs. zatem w ciągu r. 1894 wzrosła o 135 rs., pomimo licznych odezwo do zalegających przez Komitet Kasy wystosowanych.—Smutny to objaw lekceważenia dobrowolnie przyjętego zobowiązania względem instytucji, do której z każdym rokiem coraz większa liczba osób o wsparcie się zgłasza. Pewna część winy ciąży niewątpliwie na tych, którzy zbyt opieszale zajmują się zbieraniem składek terminowych od kolegów prowincjonalnych, lecz najważniejszą przyczyną jest ich własna obojętność i brak poczucia obowiązku obywatelskiego w zasilaniu źródła, do którego w przyszłości, najnie spodziewaniej ich wdowy i sieroty udawać się będą zmuszone. Gdy wprowadzenie od lat 3-ch w wykonanie postanowienia, że wdowy i sieroty po lekarzach, nie będących członkami Kasy wsparcia, mogą najwięcej 20 rs. rocznie otrzymać, na zalegających nie wywiera pożądanego wpływu; gdy na liczne przypomnienie im o zaległości przez Zarząd

Kasy pozostają nieczuli; sądzimy, że należałoby w sprawozdaniach rocznych Kasy wymieniać nazwiska zalegających i wysokość zaległej od nich składki terminowej. Gdyby zaś i to nie doprowadziło do zamierzonego celu, ogłaszając wypada corocznie listę tych, którzy np. przez lat 3 ani grosza nie wnieśli, jako wykreślonych z grona uczestników Kasy z powodu nieuiszczenia składek bez usprawiedliwionych przyczyn. Do tej listy przedewszystkiem kwalifikują się członkowie Kasy z gub. suwalskiej, oprócz kol. ZMITROWICZA, który wprost do Kasy wsparcia składkę corocznie przesyła. Dla czegoż i inni tego nie czynią, gdy wiedzą, że urzędowy poborca z tej gubernii do nich o składki w danym terminie się nie zgłasza?

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej umiera rocznie z pijaństwa około 100,000 ludzi. FORMAD, badając zwłoki zmarłych z tego powodu w Philadelphia Hospital, znalazł (przy 250 sekcjach) u 90% zwyrodnienie tłuszczowe wątroby; u 60% przekrwienie lub obrzęk mózgu; u 60% niezbyt żołądka, a tylko u 1% nerki były zdrowe.

— Rada miasta Paryża wydała na urządzenie rzeźni miejskich bardzo duże sumy, lecz za to corocznie otrzymuje z rzeźni La Villette około 3-ch milionów franków. Jest to bardzo przekonywający przykład, że miasta mogą czynić wiele ulepszeń sanitarnych, równocześnie otrzymując duże dochody z tychże urzędów.

— Lekarzom, mającym zamiar zwiedzić Tunis, nadarza się łatwa sposobność przez wzięcie udziału w międzynarodowym zjeździe talasoterapeutycznym, który odbędzie się w Tunisie w kwietniu r. b. Chcąc należeć do zjazdu, mają przesłać najpóźniej do 15 lutego 20 franków na ręce sekretarza głównego BAUDOUIN'a (Boulevard St. Germain 14), a otrzymają zniżkę 50% kosztów podróży i inne dogodności.

— W dniu 1 stycznia r. b. przyjaciele i koledzy prof. CZECZOTTA obchodzili 30-letni jubileusz jego pracy lekarskiej. W imieniu Towarzystwa Psychiatrów petersburskiego przemawiał prof. MIERZEJEWSKI.



4) Zofia S. lat 30, żona oficera straży pogranicznej, zachorowała na wiosnę roku 1889 na mocne wysiękowe zapalenie gardzieli z gorączką, z obrzmieniem gruczołów podszczękowych. Zapalenie gardzieli trwało około tygodnia, w końcu którego gorączka *per lysin* spadła, plamy wysiękowe w gardzieli zginęły i pozostało tylko nieznaczne zaczerwienienie i obrzmienie obu migdałków. W 5 dni po spadku gorączki, chora dostała nagle mocnych dreszczów, mocnego bólu krzyża i rwania w nogach i rękach. Kiedy po upływie doby badałem chorą po raz pierwszy, znalazłem gorączkę dochodzącą do 40°; w gardle, oprócz nieznacznego zaczerwienienia migdałków, zmian nie było; chora uskarżała się tylko na nieznośne bóle w krzyżu i kończynach. Badając szczegółowo kończyny, znalazłem bolesność, ograniczoną do pewnych mięśni, mianowicie: na prawej kończynie dolnej bolesność była ograniczona do mięśni rozginaczy na przedniej zewnętrznej powierzchni goleni; na lewej kończynie dolnej bolesne na ucisk były mięśnie łydkowe; na obydwóch kończynach górnych były zajęte zginacze na przedramieniu. Ból w mięśniach był tak silny, że chora nie mogła wcale poruszać kończynami, najmniejszy ucisk, dotyk nawet wywoływał gwałtowny odruch i krzyk u chorej. Skóra ponad mięśniami zajętej była lekko zaczerwieniona, widocznie obrzmiała. Stawy nie były zajęte, w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie znaleziono. Rozpoznałem w tym razie chorobę jako *myositis rheumatica* i przepisałem duże dawki salicylanu sodu obok okładów zimnych na zajęte kończyny. Przebieg choroby był niezmiernie uporczywy. Przetwory salicylowe okazały się całkiem bezskuteczne, gorączka zmniejszyła się nieco, trwała jednak uporczywie przy rannych spadkach 38° i wieczornych nasileniach 39° przez trzy tygodnie blisko. Mięśnie zajęte znacznie obrzmiały; skóra, zajęte mięśnie pokrywająca, była również przez czas trwania choroby obrzmiała i zaczerwieniona, wskutek czego na zewnętrznej powierzchni prawej goleni, na lewej łydce i obydwóch przedramionach wytworzyły się obrzmienia w kształcie poduszek, niezmiernie bolesne. Chwilami zdawało się, że w miejscach zajętych wyczuwa się chęłbotanie, tymczasem dalszy przebieg przekonał, że ropienia wcale nie było. Oprócz opisanych mięśni, zajęte jeszcze były mięśnie łydźwiowe oraz mięśnie grzbietu; tutaj jednak obrzmienie skóry nie było widoczne i całe zajęcie tych mięśni przejawiało się tylko w postaci bólu przy ruchach czynnych i przy nacisku. Zresztą ani stawy, ani inne mięśnie przez cały przebieg choroby nie były w sprawę wciągnięte. Gorączka, jak wspominaliśmy, trwała do 3-ch tygodni i powoli ustępowała; równocześnie zmniejszało się i w końcu znikło obrzmienie skóry, pozostała tylko długi czas bolesność mięśni. Przypominam sobie, że chora jeszcze w kilka miesięcy po przebytej chorobie chodziła z trudnością, skarżąc się na osłabienie i bóle w kończynach. Dodać winienem, że już po spadku ciepłoty, kiedy chora pozostawała w łóżku jako przychodząca do zdrowia, wystąpił u niej nagle dość obfity krwotok płucny, bez żadnych wyraźnych zmian w płucach i bez poprzedzającego kaszlu.

Powyższy przypadek przypomina mi niedawno opisaną nową postać chorobową, pod nazwą *dermatomyositis*. Pierwsze przypadki tej choroby były opisane przez WAGNER'a i UNVERRICHT'a w r. 1887 i od tego czasu liczba spostrzeganych przypadków przechodzi 20. Na uwagę zasługują spostrzeżenia A. FRAENKEL'a <sup>6)</sup> i WÄTZOLT'a, gdzie cały obraz chorobowy rozwinął się jako typowe zakażenie septyczne, przy istnieniu miejscowych ognisk ropnych w uchu i gardzieli. To też autorowie ci, a nawet wielu innych (HERZ), uważają *dermatomyositis* za pewien przejaw ogólnego zakażenia septycznego. Przeciw temu zapatrywaniu występuje UNVERRICHT <sup>7)</sup>, twierdząc, że przypadki FRAENKEL'a i WÄTZOLT'a, oraz innych autorów, gdzie przy badaniu bakteriologicznem znajdowano drobnoustroje ropotwórcze, nie należą właściwie do t. zw. *dermatomyositis vera*, lecz stanowią pewną odmienną postać zapale-

<sup>6)</sup> A. FRAENKEL. Ueber eigenartig verlaufene septicyämische Erkrankungen. Deutsche med. Woch. 1894 r.

<sup>7)</sup> UNVERRICHT. Artykuł: Polimyositis w Encyklopädische Jahrbücher, 1895 r.

nia mięśni rozsianego. W klinicznym obrazie nie udało się wszakże UNVERRICHT'owi przeprowadzić ścisłej granicy pomiędzy zapaleniem mięśni septycznego pochodzenia, a prawdziwą *dermatomyositis*. Cała jego szczegółowa krytyka doprowadza czytelnika ostatecznie do tego poglądu, że pewna część przypadków, przebiegających klinicznie jako *dermatomyositis*, jest pochodzenia septycznego, dla innych zaś przypadków tej sprawy klinicznej pierwiastek etyologiczny nie został jeszcze dowiedziony.

Przyznać muszę, że opisany powyżej w krótkości przypadek nie da się zupełnie pomieścić w ramach opisowych t. zw. *dermatomyositis*. W większości bowiem opisanych przypadków mamy do czynienia ze sprawą bardzo ciężką, najczęściej śmiertelną, trwającą od 6 dni do kilkunastu tygodni, z wysoką gorączką, ogólnym upadkiem sił, mocnym obrzmieniem skóry (kończyny w całości obrzmiałe), ze znacznymi zmianami naczynioruchowymi na skórze (zaczerwienienia, wysypki, *purpura*), krwotokami i t. p. Od czasu jednak, gdy opisano kilka przypadków tej choroby wyleczonych, zwrócono uwagę i na przypadki lżejsze, których nie mamy prawa wyłączać z ogólnego klinicznego obrazu choroby dlatego tylko, że zakończyły się wyzdrowieniem. HERZ sądzi, że takie lżejsze przypadki zdarzają się dość często, bywają jednak inaczej oznaczane i rozpoznawane. Mając właśnie na względzie lekkie postaci tej choroby, musimy zaliczyć tutaj i nasz przypadek, gdyż właściwie znajdujemy w nim wszystkie najważniejsze objawy tej sprawy. Przypadek ten zaliczyć należy do zakażenia septycznego; przemawia za tem wystąpienie sprawy tej w kilka dni po przebyciu wysiękowego zapalenia gardzieli.

Zaburzenia naczynioruchowe skóry oraz wysypki rozmaitego rodzaju zdarzają się bardzo często w przebiegu zakażenia septycznego. Wspomnę tutaj o t. zw. płonicy połogowej (*scarlatina puerperalis*), co do której zdania długi czas były podzielone. Jedni uważali sprawę tę za powikłanie gorączki połogowej lub nawet fizyologicznego połogu przez prawdziwą płonicę, inni zaś za wyraz zakażenia septycznego. To ostatnie zapatrywanie zyskuje coraz więcej zwolenników, i słusznie. W praktyce spotykamy nieraz przypadki podobne, będące według wszelkiego prawdopodobieństwa przejawem lekkiego zakażenia septycznego. Na poparcie tego zdania przytoczę następujący przypadek.

5) W rodzinie urzędnika pocztowego D. dziewczynka, Marusia, lat 5 licząca, zapadała bardzo często na wysiękowe zapalenie gardzieli (*angina lacunaris*). Rodzice przyzwyczaili się do tej choroby córeczki i leczyli ją zawsze skutecznie domowymi środkami. W miesiącu lipcu r. 1893 zavezwało mnie do niej z powodu wysypki. Opowiadano mi wtedy, że chora zaniemogła przed dwoma dniami na zwykłe u niej zapalenie gardzieli: położono ją do łóżka, przygotowano dla niej płukankę i oczekiwano trzeciego dnia, w którym zwykle choroba się kończyła. Tymczasem rano, po upływie dwóch dni od początku choroby, zauważono obfitą wysypkę na ciele, i co do niej właśnie zasiągnięto mojej porady. Rzeczywiście wysypkę znalazłem bardzo mocną i rozległą na tułowiu, mniej wyraźną na kończynach. Wysypka posiadała wszystkie cechy wysypki szkarlatynowej. Wobec istnienia w gardle plam wysiękowych i mocnego zaczerwienienia, rozpoznanie szkarlatyny stawało się prawie pewne. Dziwiło mnie jednak późne, bo po upływie 48 godzin od początku choroby, wystąpienie wysypki, oraz, co najważniejsze, zupełny brak gorączki w czasie, kiedy badałem chorą. Nie tałem mych wątpliwości przed rodzicami, kazałem szczegółowo mierzyć ciepłotę chorej i pozostawiłem rozwiązanie tej kwestyi czasowi. Okazało się, że gorączki nie było również i przez dni następne, że wysypka zginęła na trzeci dzień zupełnie, że łuszczenie było bardzo nieznaczne, że nikt z rodzeństwa, które nie przechodziło szkarlatyny i nie było

oddzielone od chorej, nie zapadł na tę chorobę. Otóż, wszystkie te okoliczności przemawiają, zdaniem mojem, przeciw szkarlatynie. Prawdopodobnie wysypka była następstwem bardzo lekkiego zakażenia septycznego, punktem wyjścia którego było mocne wysiękowe zapalenie gardzieli.

Częściej, aniżeli wysypkę szkarlatynową, spostrzegałem przy zajęciu gardzieli wysypkę, przedstawiającą wszystkie właściwości wysypki odrowej. Opis jednego z kilkunastu podobnych, spostrzeganych przezemnie przypadków, przytoczę tutaj jako przykład.

6) Ch., uczeń gimnazjum, lat 11 liczący, zachorował na zapalenie gardzieli wysiękowe z nieznaczną gorączką (38,5°). Po zbadaniu chorego kazalem położyć go do łóżka, przepisałem mu płukanie gardzieli rozcynem kwasu bórnego, zaleciłem okłady na szyję i odpowiednią dyetę. Na drugi dzień rano, po upływie doby od pierwszej mojej bytności, a 48 godzin od początku choroby, byłem znow wezwany do tegoż chorego z powodu wysypki, jaka przez noc u niego wystąpiła. Badając chorego, znalazłem rozległą wysypkę na twarzy, tułowiu i kończynach, wysypkę, przypominającą w zupełności odrę. Gorączki nie było wcale (37,2°); w gardzieli znalazłem ślady wysięku i zaczerwienienie; kaszlu, kataru lub łzawienia nie spostrzeżono. Wysypka zginęła bez śladu na trzeci dzień, łuszczenia nie zauważono.

Podobnych przypadków spotykałem, jak już wspominałem, kilkanaście. We wszystkich — wysypka wikłała albo wysiękowe, albo, co się nawet częściej zdarzało, nieżytowe zapalenie gardzieli. Wysypkę podobną spotykałem nie tylko przy zapalnym zajęciu gardzieli, lecz i przy innych sprawach ropnych: gnilnem zapaleniu oskrzeli, zapaleniu jajowodów i t. p., o czem zresztą w dalszym ciągu tej pracy wspomnimy. Zastanawiając się nad powyżej opisanym przypadkiem, nad jego przebiegiem klinicznym, mimowoli przychodzi nam na myśl t. zw. kur (*rubeola*), opisywany przez wielu autorów jako oddzielna postać chorobowa. Epidemii kuru nie widziałem nigdy, spotykałem jednak niekiedy w jednej i tej samej rodzinie kilka przypadków zwykłego nieżytego zapalenia gardzieli z wysypką na podobieństwo odrowej. Zdarzało się i tak, że w pewnej rodzinie osoby dorosłe chorowały na nieżytowe zapalenie gardzieli, dzieci zaś zapadały na zapalenie gardzieli z wysypką, lub z kilkorga dzieci jedne przechodziły zapalenie gardzieli z wysypką, inne — bez wysypki. Przypadki zapalenia gardzieli z wysypką przypominały wielce przebieg kliniczny t. zw. kuru. Zachodzi więc, podług mnie, bardzo poważne pytanie, czy kur nie jest właściwie klinicznym przejawem leciutkiego zakażenia septycznego, gdzie punkt wyjścia zakażenia upatrywać należy w nieżyto wem zapaleniu gardzieli?

Na tem kończę przegląd spraw septycznych, wikłających zajęcie zapalne gardzieli pochodzenia ropnego. Przechodzimy do dalszych źródeł zakażenia septycznego. Tutaj na drugim miejscu postawić należy ropne sprawy ucha średniego i wewnętrznego. Sprawy te mają niewątpliwie blizki związek genetyczny ze sprawami zapalnymi gardzieli; powstają one najczęściej wskutek przedostania się drobnoustrojów ropotwórczych z jamy gardzieli przez trąbkę EUSTACHIUSZA do jamy ucha średniego. Utrudnienie odpływu ropy z ucha średniego, wąskie kanały kostne powodują często przejście zapalenia ropnego na kość, stąd też częste w tych sprawach próchnienie kości. Blizkie zaś sąsiedztwo zatok żylnych mózgowych oraz głównych pni żylnych staje się powodem, że zapalenie ropne z kości przechodzi na zatoki żyłne, i tym sposobem drobnoustroje ropotwórcze dostają się bezpośrednio do obiegu krwi. Wszystkie powyżej wyłuszczone okoliczności tłómaczą nam, dlaczego sprawy ropne ucha mogą wywołać ogólne zakażenie septyczne.

Ogólne zakażenie septyczne wskutek spraw ropnych ucha zdarza się dość często. Występują tutaj najczęściej groźne sprawy septyczne w postaci typowej ropnicy lub posocznicy, gdyż, jak już wspominaliśmy, drobnoustroje ropotwórcze przedostają się tutaj bezpośrednio do obiegu krwi w ilości niekiedy ogromnej. Zbiegiem szczególnych okoliczności, nie spotykałem w praktyce ani jednego podobnego przypadku i dlatego nie mogę przytoczyć tutaj własnego spostrzeżenia na poparcie powyższego zdania. Czytelnik znajdzie odpowiednią literaturę tego przedmiotu w pracy HEIMANA, ogłoszonej w „Medycynie“ z r. 1894<sup>8)</sup>. Lekkie przypadki zakażenia septycznego przy sprawach ropnych ucha zdarzają się rzadko.

Przechodzimy obecnie do zakażenia septycznego, w którym punktem wyjścia bywają sprawy ropne płuc. Tutaj na pierwszym planie postawić należy t. zw. gnilne zapalenie oskrzeli, oraz rozszerzenia oskrzeli.

7) H. M., lat 58, lekarz, od lat kilku chorował na przewlekłe zapalenie oskrzeli i częsty kaszel z plwociną ropiastą, od czasu do czasu — gnilną, cuchnącą. W młodym wieku przechodził podobno gruźlicę płuc, miewał wtedy częste i obfite krwotoki płucne. Od 30-go roku życia jednak czuł się zupełnie zdrowy; dopiero od kilku lat ostatnich zaczął zapadać na uporczywy kaszel z obfitą plwociną ropiastą. W ciągu tych kilku ostatnich lat rozwinęła się niepostrzeżenie dla chorego sprawa zapalna śródmiąższowa w płucach, mianowicie w dolnym płacie lewego płuca. Tutaj z tyłu, pod dolnym kątem lewej łopatki, znajdowaliśmy wyraźne stłumienie odgłosu opukowego; na miejscu stłumienia wysłuchać można było szmer oddechowy oskrzelowy i liczne grubo- i średniopecherzykowe rżenia. Gorączki zwykle nie było, ogólne odżywianie dobre, chory więc czuł się zdrowy i spełniał wszystkie ciężkie obowiązki, związane z jego powołaniem. Jednego roku, po mocnym przeziębieniu w miesiącu grudniu, wystąpiły dreszcze, gorączka, suchy, męczący kaszel ze zmniejszoną znacznie wydzieliną. Gorączka nie była znaczna, nie przechodziła 38,6° wieczorami, a 37,8° rano, była jednak uporczywa. W drugim tygodniu choroby chory zaczął się uskarżać na mocny ból w stawach palca dużego ręki prawej. Oba stawy tego palca były nieco obrzmiałe i bolesne na ucisk, następnie ból i obrzmienie (nieznaczne) wystąpiły w obydwóch stawach stopowych. W kilka dni po pierwszych objawach zajęcia stawów, pokazała się nagle obfita wysypka na całym tułowiu, obydwóch dolnych i górnych kończynach. Wysypka na kończynach umiejscawiała się głównie na powierzchniach wyprostnych, jakkolwiek i powierzchnie wewnętrzne nie były zupełnie wolne od wysypki. Wysypka początkowo była plamista, następnie, z biegiem czasu, stawała się więcej wydątną, grudkową, nie ginęła pod palcami przy ucisku. Prawie równocześnie z pojawieniem się wysypki, odkryliśmy przy badaniu nieznaczny szmer skurczowy przy wierzchołku serca i pewne zaostrenie dręgnięciu tonu tętnicy płucnej. Gorączka nie podniosła się przy wystąpieniu tych powikłań; spostrzegaliśmy te same wieczorne wzniesienia, rzadko dochodzące do 38,5°; tętno także było umiarkowanie napięte, około 100 uderzeń na minutę. Cały przebieg choroby trwał mniej więcej 6 tygodni, powoli gorączka spadała do granic prawidłowych, wysypka stawała się mniej wydątną, coraz ciemniejszą, a ślady jej odnaleźć można było nawet po zupełnym wyzdrowieniu chorego. Szmer w sercu zginął również, i chory poprawił się w zupełności; pozostały tylko owe trwałe zmiany w płucach i oskrzelach.

W powyższym przypadku mieliśmy do czynienia z gorączkowem, trwającym blisko 6 tygodni powikłaniem istniejącej oddawna marskości płuc z rozszerzeniem oskrzeli. W powikłaniu tem wystąpiło zapalne zajęcie czterech stawów, wysypka w postaci różnicy wysiękowej oraz lekkie zajęcie zapalne wsierdza. Według wszelkiego prawdopodobieństwa spotkaliśmy się w tym przypadku z zakażeniem septycznym, mającem swe źródło w przewle-

<sup>8)</sup> HEIMANN. O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha. „Medycyna“, 1894 r.

kłej sprawie płuc. Wskutek zatrzymania w rozszerzonych oskrzelach płwociny ropiastej, drobnoustroje ropotwórcze przedostały się do obiegu krwi i sprowadziły cały szereg objawów, bardzo właściwy dla zakażenia septycznego.

Podobne powikłania rozszerzeń oskrzelowych spotykałem kilkakrotnie w praktyce prywatnej i szpitalnej. Jeden podobny przypadek (WÓJCICKI—sposzrzenie szpitalne) opisałem już obszerniej w rozprawie mojej „o marskości płuc“. Zakażenie septyczne w tym ostatnim przypadku przejawilo się w postaci zapalnego zajęcia wielu stawów, oraz zapalenia opłucnej. Już GERHARDT zwrócił przed kilkunastu laty uwagę na zapalenia stawów (gościec stawowy), występujące przy rozszerzeniach oskrzeli, tłumacząc ich pochodzenie wessaniem pierwiastków gnilnych z płwociny, która zatrzymuje się w rozszerzonych oskrzelach. Takie tłumaczenie dzisiaj, kiedy już znamy owe pierwiastki, staje się niewątpliwem; dzisiaj nie możemy uważać podobnej postaci gościa stawowego za nic innego, jak tylko za zakażenie drobnoustrojami ropotwórczymi.

Wysypka, spostrzegana w opisanym przypadku, należała niewątpliwie, ze względu na kształt swój, do postaci, nazywanej przez dermatologów różycą albo rumieniem wysiękowym (*erythema exsudativum*). Już oddawna zauważono, że tego rodzaju różyca jest najczęściej przejawem chorób ogólnych ustroju: bądź zatrucia, bądź zakażenia. Nie będę tu wyliczał<sup>9)</sup> spraw ogólnych, w których różyca występuje; wspomnę tylko, że CURSCHMANN, QUINCKE i inni autorowie znajdują, że wysypka ta należy do najczęstszych objawów zakażenia septycznego, i z tem, na zasadzie własnych spostrzeżeń, najzupełniej mogą się zgodzić. Spotykałem tak często różycę tę w sprawach septycznych, że obecnie, jeżeli tylko spostrzegam mniej więcej rozległą różycę, szukam jej źródła w zakażeniu drobnoustrojami ropotwórczymi. Różyca wysiękowa występuje bardzo często równocześnie z zapaleniem stawów, co łatwo zrozumieć można, jeżeli zważymy, że i zapalne zajęcie stawów należy także do bardzo częstych przejawów zakażenia septycznego.

Oprócz rozszerzeń oskrzeli i zapalenia oskrzeli gnilnego, punktem wyjścia ogólnego zakażenia septycznego może być jeszcze gruźlica płuc. Stosunkowo niedawno poruszono kwestyę (PIETRUSCHKY, ORTNER), że rozpadowy okres gruźlicy płucnej zależy właściwie od zakażenia mieszanego, od powikłania pierwotnej sprawy gruźliczej przez drobnoustroje ropotwórcze. W daleko sięgających teoretycznych rozumowaniach obrońców tego poglądu, zakażenie gruźlicze samo przez się uważane jest za sprawę, mającą skłonność do rozejścia się, a zatem względnie niewinną. Dopiero, jeżeli do sprawy gruźliczej przyłącza się zakażenie pierwiastkami ropienia, następuje szybko posuwający się rozpad. Tym sposobem rozpadowy okres suchot płucnych stanowi zawsze wynik współdziałania dwóch pierwiastków zakaźnych: lasecznika gruźliczego i drobnoustrojów ropotwórczych. Współdziałaniem drobnoustrojów ropotwórczych objaśniano gorączkę hektyczną końcowego okresu suchot płucnych, poty rozplywne, częstą różycę wysiękową i t. p. objawy. Probowano także rozstrzygnąć tę sprawę drogą bezpośredniego bakteriologicznego badania krwi. JAKOWSKI<sup>10)</sup>, badając krew suchotników z go-

<sup>9)</sup> Znajdźle je czytelnik wyliczone w pracy GIEDROYCIA: Objawy skórne w chorobach wewnętrznych. Kronika Lekarska 1895 r.<sup>1</sup>

<sup>10)</sup> JAKOWSKI. Przyczynek do kwestyi t. zw. zakażenia mieszanego u suchotników. Gazeta Lekarska 1893 r.

rączką hektyczną, znajdował w niej drobnoustroje ropotwórcze, czemu zresztą skądinąd zaprzeczono (STRAUSS).

Bądźcobądź, pomijając daleko sięgające, uogólniające wnioski na całość sprawy gruźliczej, zgodzić się musimy, że w jamach gruźliczych drobnoustroje ropotwórcze znaleźć mogą dobre podłoże do swego rozwoju, że znajdują się one tam zwykle w ogromnej ilości, i że nakoniec mogą w pewnych przypadkach przedostać się stamtąd do obiegu krwi, powodując objawy ogólnego zakażenia septycznego. Z klinicznym jednak rozpoznaniem zakażenia septycznego w przypadkach gruźlicy płucnej należy być ostrożnym. Nie trzeba bowiem zapominać, że według wszelkiego prawdopodobieństwa i lasecznik gruźlicy może sam przez się wywołać zapalenie wsierdza, oplucnej, oraz wiele innych przejawów zwykłych zakażenia septycznego.

I przewód pokarmowy może być źródłem ogólnego septycznego zakażenia ustroju. Dzieje się to jednak wtedy tylko, gdy błona śluzowa kiszek ulega w pewnym miejscu rozpadowi, owrzodzeniu; inaczej zakażenie nie może mieć miejsca, gdyż prawidłowy nabłonek błony śluzowej chroni od przenikania drobnoustrojów ropotwórczych do obiegu krwi. A zatem spotkać możemy zakażenie septyczne przy owrzodzeniach kiszek tyfuśowych, gruźliczych, lub nakoniec dysenterycznych. Im większą będzie przestrzeń owrzodziła, pozbawiona ochrony z nabłonka, tem prędzej zakażenie takie nastąpić może. Dlatego prawdopodobnie owrzodzenia mieszkowate, jako niewielkie swymi rozmiarami, nie wywołują prawie nigdy zakażenia septycznego.

(C. d. n.).

## O epidemii cholery azyatyckiej w Łodzi w r. 1894,

podał **H. Rundo.**

Epidemia cholery w r. 1894 zawleczoną została do Łodzi z najbliższych jej okolic, gdzie już przedtem dość liczne zdarzały się przypadki zaśląbnięcia. W Łodzi epidemia wystąpiła w dość silnym stopniu, chociaż ograniczyła się do jednej prawie dzielnicy, mianowicie do Starego Miasta i przylegających do niego Bałut. Epidemia trwała 2 miesiące.

Łódź, jak wiadomo, nie posiada ani wodociągów, ani wody bieżącej. Wspominam o tych brakach dlatego, że one w stosunku do choroby mogą czasem mieć znaczenie dodatnie. O ile bowiem dobre, należycie kontrolowane wodociągi chronią w znacznym stopniu od cholery i innych chorób zakaźnych, o tyle złe wodociągi, zarówno jak woda bieżąca, jeżeli służy za napój, sprzyjają bardzo rozpowszechnianiu się zarazy po całym mieście.

Pod względem budowli i mieszkańców, Stare Miasto i Bałuty różnią się bardzo od reszty miasta, której znaczna część dopiero w ostatnich kilkunastu latach wybudowaną została. Domy w pierwszej dzielnicy są bardzo brudne, ciasne, drewniane i zaludnione od piwnic do poddaszy przez biedniejszą ludność roboczą, fabryczną, wyrobników lub biedniejszych handlarzy żydów. Piwnice zwłaszcza i poddasza natłoczone są mieszkańcami, a w wielu miejscach komórki nawet wynajmowane są na mieszkania. Bałuty zamieszkałe są prawie półnapół przez chrześcijan i żydów, Stare Miasto zaś prawie wyłącznie przez żydów. Nędza i w parze z nią idące niechlujstwo dochodzą tu do ostatecznych granic. Reszta

miasta ma zupełnie inny charakter: ulice są tu szersze i czystsze, domy prawie wszystkie murowane, zabudowania nie tak skupione, podwórza znośne i czystsze utrzymywane.

Tylko co wspomniane okoliczności, zdaniem mojem, dostatecznie tłumaczą, dlaczego cholera, zawleczona pierwiastkowo na Bałuty około 10 lipca, wybuchła tu ze znaczną gwałtownością, zabierając liczne ofiary, gdy tymczasem cała reszta miasta bardzo nieznacznie od niej ucierpiała.

Rozszerzaniu się zarazy sprzyjało również ukrywanie chorych przed władzą i lekarzami, z powodu różnych nedorzecznych plotek, jak to miało zresztą miejsce wszędzie. Ogół tylko żydów, pod wpływem usilnych starań i poświęcenia miejscowego rabina, prędko porzucił wszelkie obawy przed lekarzami i chętnie umieszczał chorych w szpitalu, wyłącznie dla żydów przeznaczonym.

Posuwając się stopniowo od Bałut przez Stare Miasto, cholera dotarła do ulic: Północnej, Ogrodowej, Nowomiejskiej, Konstantynowskiej, Średniej; w reszcie zaś miasta (Widzewska, Długa, Piotrkowska, Wólczańska i inne) pojawiała się tylko rzadko i w pojedynczych punktach.

O rozmiarach epidemii przybliżone pojęcie daje nam ogólna cyfra śmiertelności w Łodzi za szereg miesięcy w ciągu roku sprawozdawczego i ubiegłego. Ścisłych bowiem danych o samej choleryze nie mamy. Nie mamy również danych o ogólnej liczbie chorych na choleryzę i przypuszczalnie tylko sądzić o niej możemy z cyfry śmiertelności, która w przybliżeniu wynosiła osób 1,462 (chrześcijan 794, żydów 668). Z ogólnej tej liczby na Bałuty i Stare Miasto przypada 1276, na resztę zaś miasta tylko 186 przypadków śmierci. Na podstawie tej cyfry śmiertelności można przyjąć, że przez cały czas trwania epidemii w Łodzi, wszystkich zapadłych na choleryzę było około 4000 osób.

Szpitali cholerycznych czynnych było w mieście 4: 1) Miejski szpital ogólny, który, jakkolwiek od początku epidemii gotowy, niewielką jednak miał liczbę chorych, mianowicie 113, z których zmarło 56 t. j. 50%. 2) Fabryczny barak choleryczny Poznańskiego, który, jakkolwiek tylko dla robotników przeznaczony, przyjmował jednak i chorych z miasta; było w nim 116 chorych, z których zmarło 39, t. j. 33%. 3) Barak choleryczny na Bałutach, w którym było chorych 89, z tych zmarło 43, t. j. prawie 50%. 4) Miejski szpital choleryczny, żydowski, którego urządzenie okazało się koniecznym z powodu przeważającej liczby chorych żydów. Szpital ten naprędce urządzony, oddany został do użytku 15 sierpnia, t. j. w chwili największego natężenia epidemii. Jakkolwiek czynny był tylko przez 3 tygodnie, ilość chorych w nim była największa: przyjęto bowiem chorych 267 (mężczyzn 163, kobiet 104), z których zmarło 78 (mężczyzn 45, kobiet 33), co wynosi 29%. Kilka innych baraków fabrycznych zupełnie nie było czynnych.

W ostatnim ze wspomnianych dopiero co szpitali, w którym ordynowałem przez czas krótki, zebrałem niektóre dane, tyjące się klinicznego przebiegu cholery.

O objawach wogóle, jako o rzeczy dobrze znanej, mówić tu nie będę. Co się tyczy przebiegu choroby, to, spostrzegając większą ilość chorych, widzimy tu znaczną różnorodność; pozwala ona jednak wyodrębnić 4 postaci kliniczne. Dwie pierwsze przebiegają bez *stad. algidum*, kończą się pomyślnie, a różnią się tylko większym natężeniem zwykłych objawów. Przypadków takich mieliśmy kilkadziesiąt. W trzeciej postaci okres zamartwiczny trwa 1—3 dni i przebiega bez tyfoidu i powikłań. Są to przypadki częste, szczególnie na wysokości epidemii; mieliśmy ich 49, z tych 32 niepomyślne. Czwarta postać odznacza się dłuższym stanem zamartwicznym, najczęściej wikła się tyfoidem cholerycznym i innymi zбочeniami

w różnych narządach. Przypadków takich naliczyliśmy 54, z których 22 śmiertelne. Wogóle, w stanie zamartwiczonym przyjęto 105 chorych, z tych zmarło 64, a mianowicie 17 w ciągu 1-ej doby, 15 — 3-go dnia, 13 — 5-go dnia; reszta t. j. 19 zmarło wskutek różnych powikłań. Między zmarłymi było 5-iu przybyłych do szpitala w okresie konania.

Z powikłań i chorób następczych, zauważyliśmy u chorych naszych następujące: Cholera-tyfoid 64 razy, t. j. w 24% wszystkich chorych. Było to u nas powikłanie najczęstsze i cechowało się głównie śpiączką bez gorączki, nawet w przypadkach z utratą przytomności i mniej lub więcej znacznym niepokojem. Stan taki trwał od 6—12 dni. Drugiem co do częstości powikłaniem była *erythema*; pod tem mianem rozumiem rozmaite wysypki skórne. Pojawiają się one przede wszystkim na twarzy i kończynach, często też na tułowiu w 2-gim tygodniu choroby i nie mają żadnego wpływu na przebieg jej. Zaznaczyliśmy je w 22-ch pomysłnie zakończonych przypadkach. Wypróżnienia krwawe wystąpiły u 14 chorych, z których zmarło 10. Poronienie zdarzyło się 5 razy; trzy razy z pomyślnym przebiegiem (w 3, 5 i 6-ym miesiącu). Jedna ciężarna w 6-ym miesiącu—zmarła przed ukończeniem poronienia. W jednym przypadku poronienie nastąpiło w kilka dni po wyzdrowieniu chorej. Bardzo często widywano przedwczesną miesiączkę. Zapalenie rogówki (*exulceratio corneae*) rozwinęło się u 6 chorych podczas dłuższej trwającego tyfoidu. U wszystkich nastąpiło zabliznienie. Często występowało zapalenie łącnicy i wynaczynienia podłącnicowe wskutek wysiłków podczas wymiotów. *Erysipelas* widzieliśmy u 3 chorych, u 2 z pomyślnym przebiegiem. *Epistaxis* i *haemoptoe* spotykaliśmy po 2 razy. *Haematuria* raz. *Angina diphtheritica* również raz. Odleżyny widzieliśmy w 4-ch przypadkach, z których 2 były niepomyślne. W dwóch przypadkach u młodych dziewcząt (8 i 10 lat) w okresie zdrowienia wystąpiły napady kurczów tonicznych i klonicznych, w najrozmaitszych częściach ciała; w jednym zaś przypadku stan melancholiczny.

Co się tyczy leczenia, to postępowano w sposób następujący: chorzy dostawali za napój wodę przegotowaną, herbatę, kawę czarną, wino, koniak. Rozcierało ciało spirytusem kamforowym, ogrzewano je blaszankami z wodą gorącą i woreczkami z gorącym piaskiem. Dawano wewnątrznie kalomel, kamforę, kofeinę, piżmo, salicylan bismutu, benzonaftol, salol, robiono zastrzykiwania podskórne z kofeiny i kamfory. Wreszcie robiono wlewania do kiszki i pod skórę, te ostatnie w 30-tu przypadkach, z których 20 zakończyły się niepomyślnie. Dobre względnie skutki widzieliśmy z morfiny zastrzykiwanej podskórnie przeciw wymiotom.

Muszę w końcu nadmienić, że mniejsza odsetka śmiertelności w szpitalu naszym tłumaczy się między innymi i tem, że chorzy udawali się do szpitala dobrowolnie, nawet przy lekkich objawach choroby. Mieliśmy też około 100 lżejszych przypadków.



## Nowoodkryte promienie świetlne Röntgen'a.

(Dokończenie.—Zob. N. 5).

### III.

W zaciemnionym doskonale pokoju, rurka CROOKES'a, owinięta w czarny karton, połączona była z dużym aparatem indukcyjnym RUHMKORFF'a. W tymże pokoju znajdował się wprost rurki ekran, pociągnięty z jednej strony podwójnym cyankiem platyny i barytu. Podczas wyładowań cewy indukcyjnej, na ekranie ukazywała się wyraźna fluorescencya. ROENTGEN po przekonaniu się, że istotnie fluorescencya cyanku platyny i barytu wówczas tylko zachodzi, kiedy następują wyładowania aparatu RUHMKORFF'a, począł wielokrotnie odmieniać to doświadczenie i najdowodniej się przekonał, że nie ulega żadnemu złudzeniu. Co ciekawsze, fluorescencya nietylko wówczas występowała, gdy ekran zwrócony był ku rurce stroną pociągniętą ową materią fluoryzującą, lecz i w tym wypadku, kiedy odwrócono go, przeciwstawiając stronę ekranu czystą. Gdy zaś wątpliwości nie ulega, że ani czarny karton, ani materiał, z którego ekran był wyrobiony, nie przepuszcza żadnych zgoła widocznych dla oka ani też ultrafioletowych promieni, oczywiście więc coś innego, inny jakiś wpływ wywołuje fluorescencyę.

ROENTGEN przedewszystkiem przystąpił do zbadania, czy i inne ciała i w jakim stopniu są przepuszczalne dla owych zagadkowych promieni, nazwanych przezeń promieniami X. Okazało się, że wszystkie ciała są przenikliwe, lubo w stopniu nader rozmaitym. Promienie ROENTGEN'a—tak nazywać będziemy nadal owe promienie X—przechodzą przez papier, przez dość grube deski drzewa, przez płyty szklane. Blaszka metalicznego glinu (aluminium) gruba na 15 mm. osłabia w znacznym stopniu działanie, lecz nie znosi zupełnie fluorescencyi. Gdy zaś pomiędzy rurką CROOKES'a a ekranem trzymano rękę, wówczas na ekranie fluoryzującym widać było ciemniejsze cienie kości ręki wśród mało zaciemnionego obrazu cieniowego całej ręki. Widać stąd, że miękkie części ręki: naskórek, tkanka łączna, mięśnie—znacznie więcej są przenikliwe dla promieni ROENTGEN'a, aniżeli kości. Woda i inne ciecze, badane w odpowiednich naczyniach z miki, okazały się doskonale przepuszczającemi nowe promienie. Za płytami z miedzi, srebra, ołowiu, złota, platyny fluorescencya na ekranie jest widoczna, lecz tylko, jeżeli płytki tych metalów nie są zbyt grube.

Przenikliwość promieni ROENTGEN'a przez rozmaite substancje w wysokim stopniu zależna jest od gęstości tych ostatnich. I jakkolwiek gęstość nie ma w tym względzie rozstrzygającego znaczenia, wpływa bowiem na przenikliwość niewątpliwie także skład chemiczny i zapewne utkanie krystaliczne; to jednakże wpływ gęstości najwyraźniej, w najwyższym występuje stopniu, tak, że w miarę powiększania się gęstości danego ciała, staje się ono coraz mniej przepuszczalne dla tych nowych promieni.

Pobudzanie odpowiednich substancji (prócz wymienionego cyanku platyny i barytu, jeszcze: związki wapnia, szkło uranowe, szpat wapienny, sól kamienna i t. d.) do fluorescencyi nie jest jednakże jedynem działaniem promieni ROENTGEN'a, jakie udało się dotychczas stwierdzić. Działają one mianowicie także na płyty fotograficzne. Tak więc oko nasze, które bezpośrednio nie jest wrażliwe na nowoodkryte promienie, jednakże poznaje ich obecność po fluorescencyi, a nadto o ich działaniu przekonywa się przez zmiany, jakie promienie te wywołują na

kliszach wskutek rozkładu chemicznego soli srebra. I oto okazuje się możliwość robienia zdjęć fotograficznych na kliszach, zamkniętych w kasetce albo owiniętych w papier, w oświetlonym pokoju. Z drugiej wszakże strony wynika, że klisze zamknięte i uchronione przed światłem dziennym tylko przez zwykłe kasetki drewniane i papier, nie powinny przez dłuższy czas pozostawać w pobliżu rurki CROOKES'a, w której zachodzą wyładowania elektryczne.

Co się samej fotografii tyczy, jaką tą drogą otrzymujemy, mamy tu oczywiście fotografię dokonaną w sposób zupełnie odmienny od zwykłych sposobów fotografowania. Przedmiot, fotografowany dotychczasowymi sposobami, odbija od siebie światłoienne (lub sztuczne) i promienie tego odbitego światła, odpowiednio załamane w soczewce i skoncentrowane, dają na kliszy obraz ujemny przedmiotu. W nowym odkryciu ROENTGEN'a przedmiot fotografowany znajduje się na drodze pomiędzy źródłem światła (rurką CROOKES'a) a płytą fotograficzną, na którą padają te tylko promienie ROENTGEN'a, które przeniknęły przez przedmiot; części przedmiotu mało przenikliwe dla promieni, rzucają cień na płytę, która wskutek tego w odpowiednich miejscach pozostaje ciemną. Otrzymujemy zatem istotnie dodatnie (pozytywne) odbicie fotograficzne cieniów: jaśniejszymi na fotografii będą części przedmiotu lepiej przenikliwe, ciemniejszymi — części gorzej, trudniej przenikliwe dla nowych promieni.

Sam proces fotografowania niezmiernie jest prosty. Wrażliwym na światło aparatem jest tylko klisza zamknięta w szkatułce z drzewa. Zwykłe aparaty fotograficzne nie tylko są zbyt ciężkie, ale nawet nie można ich zupełnie stosować. Nie potrzeba tu bowiem wcale koncentrowania promieni przez soczewkę. Koncentrowanie takie jest nawet niemożliwe. Osobliwą bowiem własnością promieni ROENTGEN'a jest brak łamliwości. Przy przenikaniu z jednego ośrodka do drugiego, nie zbacniają one ze zwykłego swego kierunku prostoliniowego, nie załamują się wcale. Cały szereg doświadczeń, umyślnie w tym kierunku dokonanych, dowiódł ROENTGEN'owi, że jego promienie X nie załamują się. Przez pryzmaty z miki, wypełnione wodą i mające kąt załamania około  $30^\circ$ , promienie te przechodzą tak, jak gdyby na drodze ich nie znajdowała się żadna przeszkoda, żaden inny ośrodek odmienny od tego, w którym początek swój biorą. I inne ciecze nie odchylają kierunku promieni. Bardzo słabe, niepewne odchylenie następowało, gdy zmuszano promienie do przenikania przez pryzmat z glinu i ebonitu. Jeżeli wogóle jest załamanie, to, według słów ROENTGEN'a, współczynnik tego załamania dla jego promieni wynosi najwyżej 1,05.

Nie koniec wszakże jeszcze. Osobliwsze własności promieni ROENTGEN'a objawiają się i w innych kierunkach. Wiadomo, że na nader subtelny proszek utarte ciała, w dostatecznie grubej warstwie przepuszczają padające na nie światło w słabym tylko stopniu i w stanie rozproszonym, a to wskutek załamania i odbicia światła, jakie zachodzi na powierzchni takiego delikatnego proszku. Doświadczenia na takich ciałach (na sproszkowanej soli kamiennej, na otrzymanym elektrolitycznie, nader subtelnym proszku srebra, na pyłku cynkowym), dokonane z promieniami ROENTGEN'a, przekonali, że promienie te przechodzą doskonale przez owe proszki. Niema zatem nie tylko załamania, ale i niema odbicia tych promieni w sposób prawidłowy. Wogóle, zarówno na ekranie z fluoryzującą materią, jak i na płycie fotograficznej nowe promienie wywoływały jednakowe działanie, bez względu na to, czy przeszły uprzednio przez warstwę proszku, czy też zbitą masę danego ciała.

Własności promieni katodowych, zbadane przez LENARD'a nader troskliwie, znieśli go do uznania w tych promieniach pewnych zjawisk, zachodzących

w eterze wszechświatowym. Promienie katodalne rozchodzą się prostolinijnie i rozpraszają się we wszystkich ciałach. Do tego samego wniosku o własnościach nowych „promieni X“ dochodzi ROENTGEN. Czyżby jednak te ostatnie miały być identyczne z katodalnymi? Przeczą temu dwie ważne osobliwości. Przedewszystkiem, wszystkie ciała znacznie są przepuszczalniejsze dla promieni ROENTGEN'a, aniżeli dla katodalnych. Powtóre zaś, nader charakterystycznej własności odchylenia się pod wpływem magnesu, jaką posiadają promienie katodalne, pomimo najdokładniejszych badań, nie udało się wykazać dla naszego nowego rodzaju promieni.

ROENTGEN wypowiada przekonanie, że, nie będąc identyczne z promieniami katodalnymi, jego promienie jednakże pochodzą od tych ostatnich. Wytwarzają się one mianowicie z katodalnych w ścianie przyrządu, który wyładowuje elektryczność. W jaki sposób przeobrażenie to, ta przemiana zachodzi? Jakie warunki składają się na to? Czem objaśnić różnice w istocie fizycznej tych dwu rodzajów promieni? Daremne byłyby tymczasem próby wytłomaczenia tych pytań.

#### IV.

Stoimy wobec dwu pytań różnych zasadniczo, lecz jednakowo doniosłych. Jedno dotyczy zastosowań praktycznych nowego odkrycia, drugie szuka przyczyny zjawiska.

ROENTGEN otrzymał fotografie cieni profilów drzwi, dzielących dwa pokoje, z których w jednym umieszczone było źródło światła w postaci rurki CROOKES'a, połączonej z przyrządem indukcyjnym o znacznym natężeniu, w drugim zaś płyta fotograficzna, zamknięta w szkatułce drewnianej. Otrzymał dokładne cienie kości ręki, cienie na tle znacznie jaśniejszych konturów miękkich części ręki. Zdejmował fotografie cieni drutu ukrytego, nawiniętego na szpulce drewnianej; fotografował ciężarki (gwichty) zamknięte w pudle drewnianem. Podobne fotografie zdołali już otrzymać inni fizycy. Zewsząd donoszą o znakomitem powodzeniu odnośnych prób. Mieliśmy sposobność oglądać fotografie przysłane do Warszawy z Pragi i Wiednia; widzieliśmy fotografie, otrzymane w Warszawie przez p. BIERNACKIEGO, profesora w tutejszej szkole technicznej. Fotografują zegarki z łańcuszkami zamknięte w futerałach, monety i kluczyki zamknięte w skórzanych portmonekch. Szkielet żaby doskonale zarysowuje się ciemnymi cieniami na tle znacznie jaśniejszych cieni, cieni miękkich części ciała. Zupełnie wiarogodne wiadomości dochodzą nas o fotografii, dokonanej w znanym instytucie fizykalnym „Urania“ w Berlinie, która wykazała odłamek szkła w ręku. Inne wiadomości otrzymujemy z Berna i z Gracu o igłach, których położenie w ręku najdokładniej wykryła fotografia ROENTGEN'a. Dane te narazie powinny wystarczyć do wskazania, w jakim kierunku odkrycie ROENTGEN'a powinno się okazać płodnym w najdobroczynniejsze wyniki dla medycyny.

Trudno przypuścić, opierając się na tem przynajmniej, co dotychczas wiadomo, ażeby uszkodzenia części miękkich we wnętrzu ciała dały się bezpośrednio uwidocznić na fotografii przy pomocy promieni ROENTGEN'a. Kto wszakże zdoła przewidzieć w tej chwili, jakie udoskonalenia praktyczne drzemią jeszcze tymczasem w tem doniosłym odkryciu?

Inne pytanie, czysto naukowe, niemniej natarczywie nasuwa się umysłowi. Czem są właściwie owe zagadkowe promienie? Różnią się one tak zasadniczo od tych objawów energii świetlnej, do których przywykliśmy przywiązywać nazwę promieni, że rodzi się nawet pytanie, czy wogóle jesteśmy uprawnieni posługiwać się w tym razie nazwą promieni.

Promienie, wywołane drganiami eteru, znane są w rozmaitych postaciach, przejmowanych przez nasze narządy zmysłowe. Znamy promienie ciepłkowe, promienie świetlne, widzialne dla oka, promienie chemiczne, promienie elektryczne. Wszystkie one różnią się pomiędzy sobą tylko ilościowo. Wszystkie wywołane są drganiami wszechświatowego eteru, drganiami w kierunku poprzecznym do kierunku samych promieni. Fale eteru, które powstają wskutek tych drgań, są powolne, długie dla promieni ciepła,—tych promieni, których oko nasze przejąć nie jest w stanie i które leżą poza czerwoną częścią widma słonecznego. W miarę szybszego drgania eteru powstają fale coraz krótsze i przechodzimy kolejno wszystkie barwy widma od czerwonej do fioletowej. Tu kończy się skala widocznych dla nas promieni, nie kończą się jednak bynajmniej obiektywne drgania eteru. Jeszcze znaczniejsza ich częstość sprowadza fale jeszcze krótsze, ultrafioletowe których obecność zdradza się pewnemi działaniami chemicznymi.

Najbliższem jest przypuszczenie, że promienie ROENTGEN'a są promieniami ultrafioletowemi. Przypominamy hipotezę WIEDEMANN'a, który starał się uzasadnić, że promienie katodalne mogłyby być wywołane drganiami eteru jeszcze szybszemi, niż drgania, tworzące fale pozafioletowe. Lecz jakże pogodzić to przypuszczenie z tem, że promienie ROENTGEN'a ani się załamują, ani odbijają prawidłowo? Rzeczywiście, mamy przed sobą X, którego narazie rozwikłać nie można. Mamy zjawisko, do którego nic podobnego dotychczas w przyrodzie nie spotykano. ROENTGEN uznaje całą zagadkowość tego osobliwego objawu i z wszelkiemi zastrzeżeniami wypowiada domniemanie, że może nowe te promienie wywołane są przez podłużne drgania eteru, zagęszczania się i rozrzedzania naprzemian tego ośrodka wszechświatowego, podobne do zagęszczeń i rozrzedzeń ośrodków, które przewodzą fale akustyczne.

Czy fale podobne istnieją tylko w tych warunkach, w jakich zostały otrzymane w doświadczeniach dotychczasowych? Czy istotnie niema ich dokoła nas częściej i nie mamy tylko sposobu rozpoznawania ich obecności? Czy—jeśli wogóle istnieją podłużne faliste drgania eteru — nie objawiają się one jeszcze w postaci innych zjawisk, dla uchwycenia których niedostateczne są nasze zmysły? Mimowoli cisną się do głowy podobne pytania w nieprzebranej różnorodności, a badanie przyrody, której drobną zaledwie cząstkę poznaliśmy, tem mocniej przykuwa myśl naszą.

*D-r M. Flaum.*

---

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

---

18. Prof. MORITZ. **O czynnościach żołądka.** Fiziologia i patologia żołądka była przedmiotem wielu prac w ostatnim lat dziesiątku, przyczem jednakże nacisk kładziono prawie wyłącznie na stronę chemiczną jego czynności. Prawdą jest niezaprzeczoną, że tą drogą zyskaliśmy wiele danych, ważnych pod względem tak rozpoznawczym, jak i leczniczym; z drugiej jednak strony nie ulega wątpliwości, że zawiodły nas nadzieje dojścia w ten sposób do pewnego szematyzmu, któryby nam pozwalał wiązać niezmiennie pewne spostrzegane fakty (zwiększone, zmniejszone lub zniesione wydzielanie kwasu solnego, fermentacja mleczna i t. p.) z określonymi stanami chorobowymi. Rzecz prosta, że takie jednostronne traktowanie przedmiotu musiało wywołać reakcję; zaczęły odzywać się głosy, odmawiające chemizmowi żołądkowemu tej doniosłej roli, jaką mu przypisać chciano; sprowadzono nawet wogóle do *minimum* niezbędność żołądka dla sprawy trawienia i przypom-

niano sobie spostrzeżenie CZERNY'ego i KAISER'a, którzy wycieli psu cały prawie żołądek, z wyjątkiem małej części u wpustu, poczem jednak, mimo to, nie dało się w ciągu lat całych zauważyć jakichkolwiek zaburzeń w odżywianiu zwierzęcia; podniesiono doświadczenia LUDWIG'a i OGAT'y, którzy z zupełnie dobrymi wynikami żywili psy rozbitymi jajami i siekanem mięsem, wprowadzając je przez przetokę wprost do odźwiernika, z zupełnem pominięciem żołądka; powoływano się na spostrzeżenia kliniczne v. NOORDEN'a, w których chorzy odżywiali się bardzo dobrze, mimo zniesionego wydzielania kwasu solnego. Bądźco bądź, ustalili się powoli poglądy, że jednak kiszki daleko ważniejszą, niż przypisywano im dotychczas, w sprawie trawienia odgrywają rolę. Autor przekonał się o tem dowodnie na chorym, który, przy zupełnym braku trawienia żołądkowego w następstwie zaniku narządu gruczołowego, i mimo poważnego powikłania w postaci przewlekłego niezżytu kiszek, zyskał jednakże — przy odpowiednim żywieniu — przybytek na wadze z 49,6 klg. na 56,2 klg. w ciągu 8-u tygodni, przyczem zawartość we krwi hemoglobiny podniosła się z 85% do 105% normy. W tym więc przypadku tak znaczna poprawa odżywiania była wynikiem pracy samych tylko kiszek, bez żadnego współdziałania żołądka.

O zakresie zdolności trawiennej żołądka przekonał autora szereg doświadczeń, robionych na psach. W doświadczeniach tych zbierał on przechodzącą przez odźwiernik do kiszek zawartość żołądka przy pomocy przetoki dwunastniczej i badał stopień jej przetrawienia, przyczem okazało się, że rola żołądka zasadzała się przeważnie na doprowadzeniu pokarmów do stanu płynnej miazgi, w jakim odbywa się przechodzenie ich przez odźwiernik. Stąd wniosek, że można bez szkody dla ustroju obejść się bez trawienia żołądkowego, z tym jednakże warunkiem, aby wprowadzane pokarmy taką miały postać, jaka nadaje się do przejścia ich przez odźwiernik; empirycznie oddawna stosujemy tę zasadę, żywiąc chorych na żołądek pożywieniem płynnem, papkowatem.

Dalsze badania autora doprowadziły go do wniosku, że i zdolność chłonnicy żołądka nierównie jest mniejsza, niż sądzono dotychczas. Porównując doświadczenia swoje nad psami z przetoką dwunastniczą i analogiczne doświadczenia MERING'a, BRANDL'a, TAPPEINER'a i SEGALL'a, przekonał się, że woda, wprowadzona zwierzęciu do żołądka, opuszcza go w ciągu 20—30 minut bez wyraźnej straty ilościowej; czasami nawet ilość jest większa od wprowadzonej, z powodu przyłączenia się wydzieliny żołądka. Podobnie rzecz się ma z mięsem (żołądek wchłania w ciągu 7 godzin zaledwie 5% ilości użytego do doświadczenia białka), z mlekiem (po wprowadzeniu 11,6 grm. białka w postaci mleka, przeszło przez odźwiernik 13,5 grm., przyczem zwiększenie to zależało od przymieszki wydzieliny śluzowej żołądka), z roztworami peptonu (z 150 ctm. szc. 10% roztworu peptonu uległo wessaniu w ciągu dwóch godzin zaledwie 5% ogólnej ilości), z roztworami cukru gronowego i jódki sodu. Jedno tylko ciało ulega niezmiernie szybkiemu wchłanianiu w żołądku, mianowicie alkohol, przyczem dodatek alkoholu do innych płynów zwiększał zdolność chłoniczą żołądka odnośnie do tych ostatnich; tak np. z 10% roztworu peptonu z dodatkiem alkoholu ulegało wessaniu 12% wprowadzonej ilości, bez alkoholu zaś tylko 5%. Widoczne jest przeto, że i zdolność chłonicza żołądka, zarówno jak i jego zdolność trawienne, jest prawie żadna i może być uważana tylko za czynność jego podrzędną, uboczną.

Na czem przeto polega główne zadanie żołądka w ustroju? BUNGE utrzymuje, że na działaniu odkażającym kwasu solnego i na zabezpieczeniu przezeń kiszek od

wtargnięcia drobnoustrojów; jest on zdania, że nie udałoby się CZERNY'emu i KAISER'owi utrzymać owego psa z wyciętym żołądkiem przy życiu, gdyby karmiono go zgniełym mięsem, które psy zdrowe doskonale jednak znoszą; znana jest zresztą dobrze rola prawidłowego chemizmu żołądkowego, jako ochrony przeciwko sprawom zakaźnym w kiszkiach (dur, cholera). Pogląd ten BUNGE'go i zapatrywanie się na żołądek, jako na narząd ochronny dla kiszki, uważa autor za zupełnie słuszny i uzasadniony. Niezależnie jednak od tego, doświadczenia v. MERING'a i BRANDL'a wykazały, że po wprowadzeniu do żołądka rozlicznych roztworów następuje obfite wydzielanie się soku żołądkowego; tak np. w jednym ze spostrzeżeń BRANDL'a wydzielina, po wprowadzeniu do żołądka 150 ctm. szśc. 15% roztworu peptonu, doszła po dwóch godzinach do 400 ctm. szśc.; to samo spostrzegano w doświadczeniach z roztworem cukru i jodku sodu. MERING nadto wykazał, że wydzielina żołądka, zazwyczaj kwaśna, w pewnych warunkach może być obojętna, a nawet alkaliczna. Przez takie rozcieńczanie ciał, często drażniących, na które błona śluzowa żołądka — jak na s codzienne doświadczenie uczy — jest wogóle bardzo odporną, unika się ich szkodliwego działania na delikatną i wrażliwą błonę śluzową kiszki. Jeśli nadto uwzględnimy ten fakt fizyologiczny, że łatwość wchłaniania kiszki, wprost przeciwnie temu, jak to bywa w żołądku, jest w stosunku prostym do stopnia rozcieńczenia (doświadczenia ROEHMANN'a i BRANDL'a), dojdziemy do wniosku, że w ten sposób żołądek ułatwia kiszce wchłanianie. Oprócz tego QUINCKE wykazał jeszcze, że w żołądku odbywa się bardzo szybko ujednostajnianie ciepłoty wprowadzanych doń pokarmów, co także dla błony śluzowej kiszki jest rzeczą wielkiej doniosłości.

Widzimy przeto, że żołądek ma za zadanie zmniejszanie lub usuwanie wszystkich szkodliwie lub drażniąco na kiszki oddziaływać mogących własności pokarmów, zarówno natury mechanicznej (rozpuszczanie i rozdrabnianie), jak i drobnoustrojowej (odkażanie), chemicznej (rozcieńczanie) i termicznej (wyrównywanie ciepłoty).

Jeśli dotąd zajmowaliśmy się własnościami pokarmów, przechodzących z żołądka do kiszki, to teraz musimy się przyjrzeć, w jaki sposób to przechodzenie się odbywa. Robiąc doświadczenia nad psami z przetokami dwunastniczymi, przekonano się (HIRSCH, v. MERING, autor), że przechodzenie zawartości z żołądka do dwunastnicy odbywa się w ten sposób, iż w jednakowych odstępach czasu wylewa się z odźwiernika niewielka ilość płynu, względnie miazgi. Zdawałoby się przeto, że albo następuje rytmiczny skurcz i rozkurcz odźwiernika, przyczem zawartość żołądka pozostaje pod pewnym stałym ciśnieniem, albo też, że odbywają się miarowe skurcze samego żołądka, przepychające pokarmy przez odźwiernik. Manometryczne poszukiwania wykazały wszelako, że ani zawartość żołądka nie znajduje się pod o tyle o ile znacznym ciśnieniem, ani też nie daje się zauważyć miarowego zwiększania się ciśnienia wewnątrzżołądkowego, coby przemawiało za odbywającymi się skurczami rytmicznymi. Okazało się natomiast, po wprowadzeniu od strony przetoki do części odźwiernicznej balonu, wydętego powietrzem i połączonego z manometrem, że co pewien czas, jaki odpowiadał w zupełności przestankom, spostrzegany przy częściowym wylewaniu się zawartości żołądka do dwunastnicy, manometr wskazywał znaczne zwiększenie ciśnienia, zdradzając w ten sposób energiczne, miarowe skurcze części odźwiernicznej. Przekonano się przeto, że pod względem ruchowym żołądek przedstawia dwie zupełnie odrębne części: jedną, trzon żołądka, służącą jako zbiornik, i drugą, część odźwierniczną, będącą właściwym jego przyrządem ruchowym. Przekonano się dalej, że część odźwiernicza odgraniczona jest od pozostałej części żołądka zapomocą mięśnia

obraczkowego, t. zw. *sphincter antri pylori*, który, kurcząc się jednocześnie ze skurczem części odźwierniczej, przecina pokarmom drogę powrotną do żołądka i jednocześnie warunkuje przechodzenie do dwunastnicy takiej tylko ilości miazgi pokarmowej, jaka w danej chwili znajduje się w części odźwierniczej. Tym sposobem osiąga się ten wielkiej doniosłości dla sprawy trawienia kiszki fakt, że pokarmy, wprowadzone w wielkiej masie jednorazowo do żołądka, małemi tylko porcjami przedostają się do dwunastnicy, co, z łatwych do zrozumienia powodów, niezmiernie ułatwia ich strawienie i wessanie. W dalszym ciągu wyjaśnić sobie teraz można, jakim sposobem żołądek przepuszcza do dwunastnicy tylko płynną i papkowatą zawartość, zatrzymując nieprzerobione jeszcze, stałe, większe cząstki; wpływa na to z jednej strony wąskość światła odźwiernika, z drugiej zaś obecność mięśnia obraczkowego i ruch przeciwoobraczkowy, jaki wykonywa część odźwiernicza w razie dostania się do niej ciała stałego. Oprócz tego, ponieważ miazga pokarmowa pozostaje w żołądku pod bardzo małym ciśnieniem, przeto nie zostaje ona wtłaczana, lecz wlewa się swobodnie do części odźwierniczej, przyczem, rzecz prosta, naprzód przedostaje się najpłynniejsza i przeto najruchliwsza jej część, cząstki zaś jeszcze stałe, zatem gatunkowo cięższe, spoczywają do czasu ich zupełnej przeróbki na krzywiźnie wielkiej, której poziom znajduje się poniżej części odźwierniczej. Widzimy przeto, że żołądek spełnia, oprócz powyższych, jeszcze zadanie sortowania przechodzących do kiszki pokarmów.

W rozszerzeniu żołądka spostrzegano oddawna zwolnienie w opróżnianiu się żołądka, co objaśnialiśmy dawniej ogólnem osłabieniem muskulatury; dziś rzecz ta przedstawia się nam w innem nieco świetle: mianowicie, w następstwie rozszerzenia, powstaje pewnego rodzaju niedomykalność względna mięśnia obraczkowego, wskutek której część pokarmów, jakie się już znalazły w części odźwierniczej, ulega zwracaniu do żołądka. Łatwo zrozumiałe jest teraz także, że najczęstszem siedliskiem raka i wrzodu bywa właśnie najpracowitsza i najwięcej na różne podrażnienia narażona część odźwiernicza, oraz że zaburzenia w przechodzeniu miazgi pokarmowej mogą powstać na drodze osłabienia sprawności ruchowej części odźwierniczej, zanim jeszcze dojdzie do rzeczywistego jej zwężenia. Zdaje się jednakże, że w tych razach zjawia się rodzaj zastępczej działalności muskulatury samego żołądka.

Co się tyczy warunków powstawania miarowych skurczów części odźwierniczej, to o nich dotychczas nic pewnego powiedzieć nie możemy. Wiemy jednakże, że żołądek opróżnia się tem powolniej, im więcej drażniąco na jego błonę śluzową oddziałują wprowadzone doń pokarmy: tak np. czysta woda opuszcza całkowicie żołądek po upływie  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  godziny; rosół, piwo, mleko, woda gazowa — pozostają w nim znacznie dłużej; jeszcze dłużej pokarmy stałe, przyczem w odpowiednim stosunku wzrasta i ilość wydzielonego kwasu solnego; przyjmowanie stałych pokarmów jednocześnie z płynami, zwalnia znacznie wchłanianie tych ostatnich, co zgadza się np. ze znanym faktem, że alkohol, przyjmowany naczczo, daleko szybciej objawia swe działanie, niż zmieszany z pożywieniem stałym. Zdolność ta żołądka tem donioslejsze ma znaczenie, o ile wraz z pokarmem przyjęte będą ciała trujące i drażniące, które, mając przed sobą zamkniętą drogę dalszą, ulegają stopniowemu rozcieńczeniu i ewentualnie zostają wyrzucone drogą wymiotów. Opróżnianie żołądka zwalnia się także w miarę większego napelnienia dwunastnicy, względnie kiszki cienkiej, co także nie jest bez wpływu na ułatwienie sprawy trawienia kiszki.

Dodać tu jeszcze należy, że elektryzacja żołądka, nawet wewnątrzżołądkowa (GOLDSCHMIDT), nie wywiera żadnego wpływu na szybkość jego opróżniania się.

Streszczając się, raz jeszcze powtórzmy, że żołądek, przy minimalnej zdolności chłonniczej, stanowi przyrząd ochronny dla kiszek, mając za główne zadania: doprowadzanie pokarmów do stanu spistości, najlepiej nadającej się do trawienia kiszkiowego, odkazywanie ich, rozcieńczanie, regulowanie ich ciepłoty i przeprowadzanie małemi porcjami do dwunastnicy.

(*Münch. med. Wochschrft. N. 49 1895*).

*St. Rembieliński.*

19. FLESCH. **Przypadek błonicy skóry.** 2½ letnie dziecko wskutek nieostrożności matki było przez nią oblane wrzątkiem. Oparzenie rozprzestrzeniło się na okolice skroniową prawą powyżej zewnętrznego kąta oka, na prawy policzek, wargę, oko i podbródek, na przednią powierzchnię szyi, prawe ramię i przednią powierzchnię tułowia do pępka. Na miejscach niepokrytych odzieżą tylko gdzieś niedługo powstały pęcherze, zaś na pokrytych (ramię, piersi i brzuch) doszło do utworzenia strupów. Miejsca oparzone zostały posmarowane maścią salicylową (LASSAR) i pokryte watą; opatrunek zmieniano codziennie; gorączka trwała dni kilka. W tydzień po wypadku ranki na twarzy i szyi były zagojone, tak, że opatrunek był nałożony już tylko na piersi i brzuch. Matka, ujrawszy twarz i szyję dziecka wolne od opatrunku, z radością ucałowała dziecko w szyję, pokrytą świeżym i delikatnym naskórkiem.

Nazajutrz matka zaczęła się skarżyć na ból gardła; znaleziono u niej zapalenie z małym nalotem na migdałku lewym; rozpoznano *anginam follicularem*, a dziecko izolowano; wieczorem nalot powiększył się. Na trzeci dzień siostra matki, która dziecko pielęgnowała, i ojciec dziecka również zostali dotknięci zapaleniem gardła. Rozpoznano a następnie stwierdzono u wszystkich błonicę. Gardło dziecka było niezmienione, lecz na szyi, na przestrzeni około 4 ctm. szc., skóra była spuchnięta i zabarwiona na kolor biały; naokoło powstał obrzęk, który przeszedł na twarz. Biała powierzchnia była wzniesiona i okrażona cienkim pasmem czerwonym.

Szczepienia na agarze cząsteczek, wziętych z owej powierzchni, dały hodowle laseczniaka błonicy.

Dziecku wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. Gardło pozostało nie-dotknięte błonicą.

Na szósty dzień od ukazania się zmian na szyi, biała plama znikła, a na jej miejscu pozostał brak naskórka, który pokrył się ziarniną, a następnie rana się zabiłżniła.

Niewątpliwie matka, w chwili, kiedy całowała dziecko, była już dotknięta błonicą i zarówno dziecko, jak i inne osoby w domu, były przez nią zarażone.

(*Berl. klin. Woch. N. 43 1895*).

*J. Weisblat.*



## ODCINEK.

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

(Dokończenie.—Zob. N. 5).

**IX. Inne sposoby kontrolowania i uzdrowotnienia prostytutek tajnych—Równouprawnienie chorych wenerycznych wobec stowarzyszeń bratniej pomocy i szpitali—Specyalne oddziały dla chorób wenerycznych i skórnych—Kartki z informacją.**

Zastanówmy się jeszcze: czy niema innych dróg—prostszych, sprawiedliwszych i lepszych, niż masowe rewizye, a któreby do kontrolowania i uzdrowotnienia prostytutek tajnych prowadziły?

Równouprawnienie chorych wenerycznych, a w szczególności wobec kas bratniej pomocy w razie choroby (Krankenkasy), i wobec leczenia szpitalnego, czego od wielu lat domagają się lekarze i co tak jest słusznem i sprawiedliwym, że nie może ulegać żadnej dyskusyi,—powinno być w drodze prawodawczej jak najprędzej postanowione. W myśl tego należałoby utworzyć przy wszystkich—a może na początek przy niektórych szpitalach warszawskich—jak przy szpitalu Dzieciątka Jezus, Praskim, Zapasowym lub Wolskim—specyalne oddziały dla chorób skórnych i wenerycznych, na wzór szpitala dla Starozakonnych, i przy każdym z tych oddziałów zaprowadzić przyjmowanie chorych przychodnich (ambulatorya).

Szpitale mogą i powinny odegrać ważną—o wiele ważniejszą niż dotąd—rolę w profilaktyce chorób wenerycznych. Powyższe twierdzenie motywuję w sposób następujący: Jeżeli obecnie do szpitala Ś-go Łazarza przybywa dobrowolnie więcej niż połowa kobiet niezapisanych do kontroli policyjnej<sup>16)</sup>, to jakiego napływu chorych prostytutek możnaby się spodziewać w specyalnych oddziałach szpitali, nie mających cech policyjnych i nie kompromitujących tych, co się w nich leczą, zwłaszcza, jeżeli przytem byłoby dozwolonem zachowanie inkognita, co również słusnie się należy.

Wypisane ze szpitala prostytutki mogłyby nadal pozostawać pod obserwacją i kontrolą lekarza szpitalnego i leczyć się ambulatoryjnie, przez co dałaby się z łatwością przeprowadzić najracjonalniejsza metoda leczenia przymiotu t. j. metoda przestankowego długotrwałego leczenia (FOURNIER-NEISSER), której właściwości stosowania u prostytutek nawet jej przeciwnicy nie zaprzeczają.

Że podobne otworzenie oddziałów specyalnych przy ogólnych szpitalach warszawskich—jak to w wielu naszych szpitalach prowincjonalnych ma miejsce—uczyniłoby zadość oddawna stawianym wymogom ułatwienia i uprzystępnienia porządnego leczenia przymiotu—wymogom trafnie wyrażonym w 2 słowach „hospitaliser la syphilis”—to chyba nie potrzebuje dowodzenia!

Nieco wyżej staraliśmy się wykazać trudności, a raczej niemożebność zaprowadzenia kontroli i rewizyi wszystkich prostytutek pokątnych. Tajne nie-

<sup>16)</sup> GIEDROYĆ L. c. str. 46 i 48.

zawodowe prostytutki są zarazem prawie zawsze pracownicami różnych—w ogóle niepopłatnych—gałęzi pracy kobiecej; nie zeszyły więc one jeszcze zupełnie z drogi pracy i moralności. Do społeczeństwa należy wydzwignąć, a co najmniej, utrzymać je na tym poziomie, a nie strącać w bezpowrotną otchłań nierządu zawodowego, skąd już niema wybawienia! Z drugiej strony powołuję się na fakta, że wiele z tych kobiet zwraca się do Komitetu z prośbą, aby zostały przyjęte na listę ulgowych (dawniej sekretnych) i dobrowolnie poddają się kontroli i rewizji. Muszą więc one bardzo dbać o własne bezpieczeństwo i zdrowie—i na tem można polegać. Czyby więc—jak ułatwił imy leczenie w szpitalach ogólnych—nie możnaby im ułatwić i rewizji w ambulatoriach tych szpitali? Można mieć przecież nadzieję, że prędzej czy później nowa ustawa szpitalna wejdzie w wykonanie; a wtedy w każdym oddziale chorób skórnych i wenerycznych, oprócz ordynatora etatowego, będzie i nadetatowy, a może jeszcze i lub 2 asystentów. Czyby zatem nie było praktyczniej, gdyby skarb państwa, zamiast powiększać skład i etat Komitetu służby policyjno-lekarskiej, wyznaczył pewne fundusze dla specjalnych oddziałów szpitalnych na urządzenie ambulatoryów i wynagrodzenie lekarzy za rewizje prostytutek tajnych, któreby się tam odbywały? Że zawsze dbała o swoje zdrowie tajna prostytutka chętniej przyjdzie do szpitala, niż do Komitetu, na to chyba z pewnością liczyćby można.

Jeszcze jedna propozycja. Przy udzielaniu porady lekarskiej tak w ambulatoriach szpitalnych, jakoteż i lecznicach, a także w praktyce prywatnej, możnaby rozdawać drukowane kartki z następującą informacją  
„Przymiot (syfilis) jest chorobą zaraźliwą przez zetknięcie, przytem długotrwałą i powracającą się, a więc wymaga długiego (2—3 lat) leczenia.

§ 854 kodeksu karnego mówi: Jeżeli kto, będąc dotkniętym chorobą zaraźliwą, umyślnie popełni cośkolwiek, przez co może udzielić tej choroby drugiemu, ten zostaje skazanym na karę zamknięcia w domu poprawczym od 2—4 miesięcy i na wynagrodzenie strat i kosztów kuracji“.

## X. Wnioski ogólne.

Z tego, co się dotąd powiedziało, dadzą się wyprowadzić następujące wnioski:

1) Wszystkie przepisy i prawa, zmierzające do uregulowania prostytucji i zapobiegania szerzeniu się chorób wenerycznych, powinny być jedne i te same dla całego państwa i powinny być wydane w drodze prawodawczej.

2) W Warszawie i wogóle w wielkich miastach na czele kontroli nierządu publicznego i asenizacji prostitutek stać powinien Komitet służby policyjno-lekarskiej, działający samodzielnie. Jego zarządzającym powinien być lekarz syfilidolog, a rzeczywistymi członkami lekarze służby policyjno-lekarskiej (nie w charakterze biegłych, jak obecnie). Komitet decyduje ważne sprawy kolegialnie.

3) Zrównanie chorych wenerycznych wobec praw obowiązujących i praw zwyczajowych—a w szczególności: w stowarzyszeniach bratniej pomocy przy fabrykach, jako zupełnie słuszne i sprawiedliwe—jest sprawą pilną i niecierpiącą zwłoki.

4) Byłoby także bardzo pożądanem, aby w niedalekiej przyszłości zostało ułatwione bezpłatne leczenie w oddziałach i ambulatoriach dla chorób skórnych i wenerycznych, przy szpitalach ogólnych urządzać się mających, z uwzględnieniem zachowania sekretu, a także, aby w tychże ambulatoriach ułatwiono i uprzyjętniono kobietom w Komitecie niezarejestrowanym, a oddającym się tajnemu nierządowi, bezpłatne rewizje lekarskie.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= M. LAASER opisuje przypadek otrucia kokainą, dotyczący chorego, cierpiącego od kilku lat na bóle i ropienie z ucha. L. wpuścił choremu 5 kropeł 10% roztworu kokainy do przewodu słuchowego i zatkał ucho watą. Bóle natychmiast ustąpiły. Po upływie pół godziny, nagle wezwano L. do tego chorego. Chory leży prawie bez życia, źrenice *ad maximum* rozszerzone, nie oddziałują na światło, twarz blada, kończyny obwisłe, skóra znieczulona; czasowa utrata przytomności, mowa i oddech utrudnione, polykać chory prawie zupełnie nie może. Przy ułożeniu chorego na lewym boku, występują natychmiast wymioty. Zastrzyknięto kilkakrotnie eter z kamforą i podawano duże ilości mleka, poczem wystąpiły silne wymioty. Po upływie czterech godzin chory powoli odzyskał władzę w kończynach i źrenice zaczęły się zwężać. Nastąpiło ogromne osłabienie i sen, trwający trzy godziny. Po przebudzeniu chory czuł się zupełnie dobrze, bóle ucha znikły. Pięć kropeł 10% roztworu odpowiadają 0,04 kokainy, w przypadku więc powyższym nie zastosowano najwyższej dawki, dozwolonej przy użyciu wewnętrznym leku. Przypadek opisany dowodzi: 1) że u chorego istniała prawdopodobnie idyosynkrazia do kokainy i 2) że błona słuzowa ucha średniego bardzo szybko wchłania leki do ucha wkraplane. Powinniśmy zatem bardzo ostrożnie stosować kokainę w chorobach ucha średniego. (Allg. med. Cent. Ztg. N. 91. 1895). G.

= HENSSEN badał wpływ wyciągu z nerek na wzrost niektórych drobnoustrojów, mianowicie błonicy, nosaczyny, wąglika, cholery, tyfusu i las. okrężnicy. Okazało się, że wyciąg z nerek zwierząt zdrowych czy to mięso- czy też roślinolub wszystkożernych, hamuje bardzo wyraźnie rozwój drobnoustrojów powyższych, zwłaszcza błonicy, cholery i tyfusu, co tembardziej zasługuje na uwagę, że w przebiegu tych chorób często występują powikłania ze strony nerek. Lasecznik okrężnicy rośnie bezporównania lepiej od lasecznika tyfusu: mogłoby to posłużyć przy rozpoznawaniu ich różniczkowym. Hamujący wpływ wyciągu ginie zupełnie po zagotowaniu; co więcej, wyciąg staje się wtedy poży-

wką lepszą od pospolicie używanych. Na uwagę wreszcie zasługuje zjawisko, że wyciąg z nerek świni hamuje zupełnie rozwój lasecznika wąglika. Z powyższego wypada, że jeśli wyciąg z nerek posiada takie własności, to sam narząd musi posiadać za życia pewne cechy bakteryobójcze i przyjmuje zapewne udział w walce całego ustroju z napastnikami. (Centr. f. Bakt. XVII. N. 12) Z.

= BARBER stosował w padaczce *Solanum carolinense* w postaci 20% *tincturae* albo *extractum fluidum*. W wielu przypadkach spostrzegał przerywanie napadów albo też osłabienie ich, a nadto poprawę w stanie ogólnym. Długotrwałego jednak działania środek ten nie wywierał. *Solanum carolinense* nie może zastąpić dotychczasowych środków, używanych w padaczce. Jest to jednakże daleko lepszy środek dodatkowy przetworów bromu, niż boraks. W tym charakterze może być używany przez czas dłuższy. Żadnego toksycznego działania nie wywiera. (Therapeut. Woch. 1895 N. 30). W. M.

= LEVY przekonał się w odpowiednich badaniach, że pojawienie się t. zw. sepsyny w drożdżach gnijących zależy od rozwoju *proteus Hauseri*. Obraz zakażenia zwierząt tym lasecznikiem jest jednakowy z obrazem otrucia sepsyną. Chociaż zwierzęta zakażone ginęły bezwarunkowo, ani razu jednak nie udało się z narządów, uległych silnemu nacieczeniu krwawemu (przewód pokarmowy, śledziona, gruczoły chłonne krezkowe), wyhodować znowu laseczników. To naprowadziło na domysł, że zakażenie powyższe jest właściwie otruciem; sprawdziło się to w próbach zakażenia zwierząt hodowlami wyjąłowionemi: obraz zmian patologicznych był taki sam, jak przy zakażeniu hodowlą żywą. Przypadek wreszcie pozwolił spostrzegać podobne otrucie zbiorowe u ludzi wskutek spożycia mięsa, na którym obficie rozwijał się pasorzyt powyższy. W jednym przypadku o przebiegu piorunującym wykryto lasecznika w wymiocinach i kale, krew natomiast była jałowa. Zestawiając znane opisy otrucia mięsem nieświeżem z przypadkiem opisanym i swymi badaniami, dochodzi L. do wniosku,

że były to prawdopodobnie zawsze otrucia sepsyną, a właściwie wytworami lasecznika HAUSER'a. (Arch. f. exp. Pathol. und Pharm. XIV). Ż.

— BERNABEI opisał lasecznika, którego wykrył w kilkunastu przypadkach *bronchitidis foetidae*. Pasożyt ten wywołuje u zwierząt ropienie, zapalenie tchawicy, oskrzeli i zapalenie płuc zrazikowe, poczem zwierzęta szybko giną. Chociaż B. nie zdołał zauważyć u nich wydzielania cuchnącej płwociny, to jednak stale mógł wyhodować z niej omawianego lasecznika. Hodowle jego wydzielają charakterystyczny zapach, podobny do zapachu gnijących kości, ale dopiero po pewnym czasie. B. uważa lasecznika tego za swoistą przyczynę pierwotnego cuchnącego zapalenia oskrzeli i twierdzi, że oprócz przypadków pochodzenia wtórnego, polegających na późniejszym przyłączeniu się drobnoustrojów gnilnych, istnieje postacie pierwotne, wywoływane właśnie przez powyższego lasecznika (*b. putridus spleniens*). I w tych przypadkach jest z początku tylko suchy kaszel z nieznanym krwawieniem, a dopiero po 8—10 tygodniach płwocina staje się cuchnącą, lasecznika jednak można wykryć od sa-

mego początku choroby. (Centr. f. Bakt. XVII. № 13. 14). Ż.

— POULET spostrzegł epidemię grypy, po której występowało bardzo często zapalenie płuc nieżytowe lub włóknikowe. Ponieważ naparstnica i inne środki zawodziły, P. uciekł się do pilokarpiny i stosował u dorosłych po 0,05 dziennie. Odtąd stale otrzymywał doskonałe wyniki, nawet u ludzi przeszło 70-letnich, tak, że z liczby 108 chorych umarło 4. Pod wpływem obfitego wydzielania się śliny i potu znikaly objawy choroby tak szybko, że wystarczyło używać środka tego przez 2 dni, później zaś wracano do zwykłych środków. JASIEWICZ i FERRAND potwierdzają spostrzeżenia P.; FERRAND nadto sądzi, że tenże wynik można otrzymać zapomocą podskórnych zastrzykiwań pilokarpiny w ilości 0,01. (Münch. med. Wochenschr. 12. XI. 95). W. M.

— VICQUERAT znalazł w ropniu podskórnym czystą hodowlę *m. tetragenus*. Dowodzi to, że ten dawno znany pasożyt jest chorobotwórczy i dla człowieka. Wprowadzo ry pol skórę, wywołuje pojawienie się bezbolesnego ropnia, który po dwóch tygodniach znika samostnie. (Zeit. f. Hyg. XVIII). Ż.

## Wiadomości bieżące.

— D-r Wł. PALMIRSKI otrzymał pozwolenie Departamentu Medycznego na wyrób surowicy przeciwbłoniczej. Surowica przeciwbłonicza Warszawska jest tak rozlewana, że zawartość każdej flaszki, bez względu na ilość surowicy, zawiera 1,000 jednostek uodparniających według nomenklatury EHRlich'a - BEHRING'a. W celu zabezpieczenia jej od psucia się, dodaje się niewielką ilość chloroformu (w stosunku 1: 1000). Ilość koni została powiększona do 5. Cena jednej flaszeczki (1000 jednostek) wynosi rs. 1. Główny skład—Apteka p. WENDY Krakowskie Przedmieście № 45 w Warszawie.

— Śmiertelność z błonicy w szpitalu dzieciennym Cesarza Fryderyka i Cesa-

rzowej Fryderykowej w Berlinie, wynosząca dawniej 43%, zeszła w miesiącach od kwietnia do listopada 1895 r., po użyciu surowicy przeciwbłoniczej, do 9½%.

— XIV Zjazd niemiecki dla medycyny wewnętrznej odbędzie się w roku bieżącym w Wisbaden od 8 do 11 kwietnia.

— Zmarli. W dniu 21 stycznia r. b. w Warszawie d-r Józef RAŻNIEWSKI, lekarz powiatu sieradzkiego, w 48 roku życia. Pogrzeb zmarłego był wymownym dowodem sympaty i uznania, jakie sobie s. p. R. zjednał.