

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI I ODDZIAŁU DLA CHORYCH WENERYCZNYCH I SKÓRNYCH D-RA ELSENBERGA W SZP.
STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

I. PRZYPADEK CHŁONIAKA JĘZYKA (*lymphangioma linguae*).

Podał

L. Lubliner,

b. asystent oddziału laryngologicznego w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie.

— 1 —

Cierpienie to, inaczej nazywane *macroglossia*, *macroglossia congenita*, *macroglossa*, *prolapsus linguae*, *hypertrophía linguae*, VIRCHOW pierwszy określił anatomicznie jako naczyńniaka limfatycznego. Trafną nazwę „chłoniak“ wprowadził do terminologii naszej D-r JASIŃSKI ¹⁾ i jednocześnie D-r KRYŃSKI, który opisał niedawno 10 przypadków tego nowotworu, a z tych dwa przypadki chłoniaków języka. Obszerna praca D-ra KRYŃSKIEGO ukazała się w książce zbiorowej, wydanej dla uczczenia 70-cio-letniej rocznicy urodzin profesora BRODOWSKIEGO przez uczniów jego. Czytelnika, chcącego poznać bliżej kwestyę chłoniaków odsyłam do tej wybornej pracy kolegi KRYŃSKIEGO.

Ze względu na rzadkość omawianego cierpienia podaję tu opis kliniczny przypadku, który niedawno miałem sposobność spostrzegać oraz reprodukcję cynkograficzną nowotworu i wynik badania drobnowidzowego.

M. S., dziesięcio letni chłopiec, zapisany został na oddział D-ra ELSENBERGA dnia 4 maja r. b.. Pochodzi on z rodziny zupełnie zdrowej, cierpienie języka u niego zauważono przed dwoma laty. Do tego czasu chłopiec prawidłowo się rozwijał i żadnych chorób nie przebywał. Pacjent skarży się na ból języka, zwłaszcza wzdłuż brzegów jego, przy żuciu pokarmów twardych. Przy mowie, picciu i przy wysuwaniu języka bólu nie doznaje.

Gruczoły chłonne podszczękowe z lewej strony nieznacznie powiększone, w innych okolicach wyczuć ich nie można. W płucach, sercu i narządach trawienia nie wykrywamy żadnych zmian.

¹⁾ Dyagnostyka chirurgiczna. 1894, str. 229. JASIŃSKI widział chłoniaka języka na brzegu tegoż blisko jego podstawy. Badanie drobnowidzowe w tym przypadku, dokonane przez prof. PRZEWSKIEGO, wykazało, że był to *lymphangioma cysticum*, którą to postać rzadziej się napotyka.

Język mocno przylega do zębów, wskutek czego widać na nim odcisnięcia wewnętrznej powierzchni zębów. Po wysunięciu języka z jamy ustnej widzimy, że jest on znacznie powiększony w swej przedniej części. Na powierzchniach jego: górnej, bocznych i dolnej spostrzegamy mnóstwo wyniosłych brodawkowych guziczków; niektóre z nich przeświecają i robią wrażenie pęcherzyków drobnych, dochodzących do wielkości ziarnka konopi, i napelnionych przezrzystym płynem. Powierzchnia w ten sposób zmienionego języka wynosi od końca ku tyłowi ze strony prawej 5 ctm., ze strony lewej 4 ctm., wymiar poprzeczny 4 ctm.. Na dolnej części języka zmiany błony śluzowej dochodzą do wędzidelka, które jednak zmianom samo nie uległo. Na prawym brzegu języka widać głęboką na 1 ctm. bródzę, dzielącą boczną część na dwie połówki. Bródza ta jest owrzodzona i pokryta szarawą wydzieliną.

Wysokość brodawkowych wyrosli wynosi 3 — 4 milimetrów. Dotykanie tej powierzchni brodawkowej za pomocą zgłębnika przekonywa nas, że jest ona dość miękka i nie krwawi. Po przekłuciu igłą pęcherzyków sączy się z nich przez krótką chwilę przezrzysty płyn.



Język wysunięty zwiesza się poniżej podbródka. Ruchy języka we wszystkich kierunkach są prawidłowe; mowa niezmienną. W gardzieli—przerost migdałków.

Operacji wycięcia nowotworu dokonał D-r JAWDYŃSKI.

Po uprzednim zachloroformowaniu chorego, bez podwiązania tętnic językowych, założył D-r JAWDYŃSKI pętlicę jedwabną przez całą grubość języka po środku poza linią nowotworu. Po umocowaniu w ten sposób języka, za pomocą nożyczek wycięta została cała część przednia, zajęta przez nowotwór, w posta-

ci klina. Cięcia prowadzone były w postaci odwróconej litery V. Brzegi rany gwoli uniknięcia krwotoku ujęte zostały w kleszcze, a następnie podwiązano kilka tętniczek w ranie. Zszycie brzegów rany odbyło się w ten sposób, że błonę śluzową dolnej powierzchni prawej połowy zbliżono do błony śluzowej lewej połowy; również to samo miało miejsce na górnej powierzchni języka. Zszytą ranę przysypano jodoformem. Gojenie się szło *per primam intentionem*.

Już na trzeci dzień po operacji pacjent mógł dość swobodnie polykać. Dnia 6-go po operacji szwy zostały usunięte, chłopiec nie skarżał się na żadne dolegliwości, mówił swobodnie, nieco tylko sepleniąc, dobrze poruszał językiem, przy jedzeniu i picu bólów żadnych nie doznawał.

Nazajutrz po zdjęciu szwów chory został wypisany ze szpitala.

Ze świeżo usuniętego nowotworu wyciąłem z brzeżnych części dwa kawałki tkanki do badania drobnowidzowego, z których jeden był stwardniony

w stężonym roztworze sublimatu, drugi zaś w alkoholu absolutnym. Preparaty, zatopione w parafinie, krajałem na mikrotomie MINOT'a.

Obraz mikroskopowy przedstawia się w następujący sposób.

Brodawki językowe są mocno przerosłe. Pokrywająca je warstwa nabłonka miejscami znacznie zgrubiała, w innych zaś miejscach, przeciwnie, jest cieńszą, aniżeli normalnie. Ich tkanka łączna zaś, przez pęcherzyki uciśnięta i odepchnięta ku obwodowi, przedstawia się jako delikatne pasemko włóknistej tkanki. Tuż pod tą warstwą widzimy nader liczne przestrzenie postaci owalnej lub okrągłej, wypełnione skrzeplą limfą—są to pęcherzyki, widoczne gołym okiem. Pęcherzyki te wysłane są śródbłonkiem i w wielu miejscach łączą się z przestrzeniami limfatycznymi głębszemi za pomocą dość szerokich kanałów, które gdzieniegdzie dosięgają warstwy mięsnej. Wiele z tych pęcherzyków ma budowę jamistą, jakby powstały ze zlania się kilku drobniejszych torebkowatych tworów. Przestrzenie te są wysłane śródbłonkiem. Warstwa podśluzowa jest nacieczona w nieznacznym stopniu. Warstwa mięsna jest również zmieniona: włókna mięsne pooddzielane są w wielu miejscach od siebie przez rozszerzone przestrzenie limfatyczne, a w innych ulegają zanikowi, przy czem tkanka łączna śródmięśniowa jest silnie rozrośniętą. Przestrzenie pomiędzy włóknami mięsnymi po części wypełnione są skrzeplą limfą, a w niektórych miejscach tworzą jamy połączone. Naczynia krwionośne są dość skąpe i niezmienione.

Z preparatów naszych widzimy, że mamy do czynienia z chłoniakiem błony śluzowej. Obok rozszerzenia naczyń limfatycznych (*lymphangioma simplex*) znajdujemy nader liczne przestrzenie jamiste, zawierające limfę i wysłane śródbłonkiem (*lymphangioma cavernosum*). Nowotwory podobne zdarzają się najczęściej w bardzo w młodym wieku. W przypadkach KRYŃSKIEGO, REVERDIN'a, BUSCARLET'a, WREDEN'a, MAAS'a, LEAH'a, WEGNER'a, SAMTER'a, JESSOP'a i wielu innych, nowotwór powstał między pierwszym a dziewiątym rokiem życia. To też większość badaczy jest zdania, iż nowotwór ten jest wrodzonym. BUTLIN w podręczniku swym o chorobach języka wspomina o chłoniakach dość pobieżnie, nazywając je „*Zungennaevi*“. Już nazwa ta wskazuje, że jest to nowotwór wrodzony. Wspomina on nadto o zwyrodnieniu brodawkowym tego nowotworu (*papilläre Degeneration*). Według BRYANT'a, który spostrzegł to rzadko zdarzające się zwyrodnienie, chore części języka tracą swoją miękkość, powierzchnia jego ma wtedy wygląd, jakby była usiana drobnymi pęcherzykami, zawierającymi przejrzysty lub krwawo zabarwiony płyn. Sądząc z opisu tego przypadku [w podręczniku BUTLIN'a] i z tablicy kolorowanej, jest to przypadek zupełnie identyczny z naszym, z tą tylko różnicą, że w naszym przypadku nowotwór usadowiony był na całej powierzchni języka, a w przypadku BRYANT'a tylko prawa połowa języka dotknięta była cierpieniem. Nie przypuszczam, żebyśmy i w naszym przypadku mieli do czynienia ze specjalnem zwyrodnieniem brodawkowym. Wygląd zaś brodawkowy całej powierzchni nowotworu, zdaniem mojem, zależy od szczególnego ugrupowania pęcherzyków i rozszerzonych naczyń chłonnych, mieszczących się w odpowiednio powiększonych brodawkach, jakieśmy to powyżej zaznaczyli; dodajmy do

tego bardzo znaczne zgrubienie warstwy nabłonkowej, zwłaszcza na pęcherzykach małych rozmiarów, a wygląd brodawkowy na pozór zupełnie usprawiedliwionym będzie. Z tego też powodu klinicznie możnaby rozpoznać taki nowotwór jako rozlany brodawczak języka (*papilloma diffusum linguae*), a dopiero badanie drobnowidzowe wykazuje, z czem mamy do czynienia.

Winieniem jeszcze wspomnieć tu o poglądzie WEGNER'a na patogenezę tego cierpienia. Autor ten przypuszcza, że chłoniaki powstawać mogą wskutek zastój limfy w większych naczyniach limfatycznych; RYDYGIER w swoim podręczniku chirurgii szczegółowej, trzymając się poglądu WEGNER'a, uważa to cierpienie, przeważnie wrodzone, za skutek upośledzonego obiegu limfy i następczego wybijania naczyń limfatycznych. Doświadczalnie nie udało się jednak potwierdzić tego poglądu [doświadczenia COHNHEIM'a i SCHMIDT'a z podwiązaniem *ductus thoracici* i LESSER'a na psach]. Spostrzeżenia kliniczne KRYŃSKIEGO i LANGHANS'a również dowodzą niemożności powstawania tej sprawy wskutek zastój limfy.

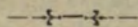
Powstawanie chłoniaków języka przeważnie w wieku dziecięcym przemawia za pochodzeniem zarodkowym tych nowotworów.

II. O ZATRUCIU KWASEM KARBOŁOWYM W NASTĘPSTWIE PRZESTRZYKIWAŃ POCHWY.

[Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu sekcji ginekologicznej VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie].

Podał

D-r Władysław Sękowski [Wilno].



Przypadki, o jakich w nadglówku mowa, zaliczane są do niezwykłych ze względu na drogę, przez którą kwas karbołowy, dostawszy się do organizmu, wywołał objawy zatrucia; mój zaś, tu przedstawiony, posiada prócz tego pewne cechy, wyróżniające go z pomiędzy dotąd opisanych.

Dnia 12-o czerwca r. b. zgłosiła się do mnie chora o wyglądzie anemicznym, wyniszczona, uskarżając się na obfite, od pół roku, t. j. od czasu poronienia datujące się upławy, żółto lub krwią zabarwione, na ogólne osłabienie, zawroty głowy, brak łaknienia, na obfite, długotrwałe i bolesne miesiączkowanie. Chora trzykrotnie odbyła szczęśliwie porody.

Po zbadaniu rozpoznałem przewlekłe zapalenie błony śluzowej macicy o wydzielinie ropnej z obszernem nadżarciem obu warg części pochwowej. Zaproponowałem chorej wyłyżeczkanie macicy, na co chętnie zgodziła się. W ciągu 2-ech dni wykonywano jej dwa razy dziennie przygotowawcze przestrzykiwania pochwy roztworem sublimatu 1:3000.

Dnia 14-o czerwca z rana zająłem się przygotowaniem do operacji, a tymczasem asystujący mi kol. ZAWISTOWICZ obmył należycie części płciowe zewnętrzne i przepłukał obficie pochwę roztworem sublimatu 1:2000. W kilka mi-

nut potem chora objawiła chęć wyjścia na stolec, a powróciwszy, oznajmiła, że w ciągu 2-ch dni od czasu rozpoczęcia szprycowań po każdym ma rozwolnienie, oddając 3 do 4 stołców dziennie. A ponieważ byłem zmuszonym z powodu mych zajęć wykonać tego samego dnia operację, zaleciłem więc chorej nalewkę makowca do wewnątrz i o godzinie 4-ej po południu mogłem już być przystąpić do wyłżeczki. Tym razem odkażenie wykonałem sam 3% roztworem kwasu karbolowego, a po należytem wyszorowaniu ścian pochwy palcami i przepłukaniu jej zauważyłem, że znaczna część przestrzykiwanego płynu pozostała w pochwie; nacisnąłem przeto silnie palcem na niepodatne kroczce od strony pochwy i zaraz też z ogromnym pędem wypłynął użyty do przestrzykiwania roztwór w przybliżeniu około szklanki. Podczas wykonywania operacji [uśpienia i kilkakrotnego przestrzykiwania jamy macicy 2% roztworem kwasu karbolowego] chora, nie uskarżając się na ból, kilka razy bladła, słabła, zdawała się być blizką zemdlenia, tętno malało, tak, że byłem zmuszonym poddawać jej wino i środki trzeźwiące. Z powodu dość żywego krwawienia wytamponowałem jamę macicy gazą jodoformową. Następnego dnia po południu wyjąłem ją i przepłukałem pochwę 2% roztworem kwasu karbolowego i znowu byłem zmuszonym wypuścić z pochwy pozostały tam po przestrzyknięciu płyn; przekonałem się wtedy, że przy mięsistem i mocno rozwiniętym kroczu ściany pochwy są zwiotczałe, zaś tylna zwiesza się w formie worka na odbytnicę. Stan chorej, oprócz wyraźnego osłabienia, był zadawalającym w dniu tym, jak również i w następnym.

Dnia 15-go czerwca oboło godziny 10 wieczorem stały i wypróbowany mój felczer szpitalny stosownie do danego mu przezemnie polecenia przestrzyknął pochwę stale przygotowanym 2% roztworem kwasu karbolowego. W 15 do 20 minut potem wołają na niego, że chora zemdląca. W jednej chwili stała się ona nieprzytomną, bladą, bezwładną; oddech ciężki, w nogach i rękach wystąpiły drgania. W 20 mniej więcej minut od początku krtastrofy zastaje chorą w stanie całkowitego zapadu. Leży ona na wznak, z odrzuconą wtył głową, blada z posiniałemi wargami, nieprzytomna, bezwładna; oddech powierzchowny, częsty, trudny, charczący; szczękocisk; z ust wycieka obficie ślina, powieki zwarte, słabo reagują na bodźce zewnętrzne; źrenice zwężone, nie oddziałują na światło, białkówki lekko nastrzyknięte, na czole pot. Na całym obszarze klatki piersiowej liczne rżenia; uderzenia serca słabe, nieregularne; tętno nitkowate, nierówne, często niknące. W kończynach występują od czasu do czasu kurcze kloniczne, najczęściej w przegubie łokciowym i palcach. W pojedynczych włóknach mięsnych drgania kurczowe.

Dowiedziawszy się, że chora, zupełnie dobrze mająca się, nagle straciła przytomność i zasłabła bezpośrednio po przesprycowaniu pochwy kwasem karbolowym, wpadłem na myśl zatrucia. W pochwie znalazłem znaczną ilość [około 100 gram.] wstrzykniętego płynu, który zaraz wydałem. Mocz, wypuszczony przez nadbiegłego kol. ZAWISTOWICZA, był ciemno oliwkowo-zielonym. Zatrucie przeto kwasem karbolowym nie ulegało wątpliwości. Przedewszystkiem wstrzyknąłem pod skórę dwie szpryki PRAVAZ'a kamfory w eterze. O podaniu chorej do wewnątrz *natrii sulfurici* mowy być nie może, szczękocisk staje temu na

przeszkodzie; w ławatywie więc zadalem 1,50 grm., a ponieważ wkrótce prawie całkowicie roztwór ten został wydalony, powtórzyłem takąż ławatywę z 1,0 na 50,0 wody. Chora oddecha coraz powierzchowniej i z wzrastającą trudnością, rżenia duszą ją prawie. Znowu eter z kamforą podskórnie, a niedługo potem *coffeinum natrio-benzoicum*. Wstrzykiwania te jednak nie okazywały wyraźnego wpływu na czynność serca. Ponieważ przepełnienie oskrzeli wydzieliną było tak wielkie, że prawie dusiło chorą, ułożyłem ją przeto na boku ze zwieszoną głową po za krawędź łóżka; zaraz też zaczął wylewać się z ust w ogromnej ilości ciągnący się, śluzowy płyn. Wkrótce udało mi się z wielkim trudem rozsunąć szczęki i wygarnąć palcem z po za języka całą masę tegoż płynu. Chorą pozostawiłem z tak zwieszoną głową całe pół godziny, podczas czego płyn sączył się z ust bez przerwy i jednocześnie, choć z wielkim trudem, zastosowałem rytmiczne pociąganie języka. Chora zaczęła spokojnie oddechać, rżenia znacznie osłabły, tak, że chorą położyć już mogłem na wznak. Rytmiczne pociąganie języka stosuję dalej. Tętno jednak staje się zaledwie namacalne. Wstrzyknąłem pod skórę nalewkę strofantu, a mianowicie 5 kropeł w rozcieńczeniu spirytusowem. Kurcze w kończynach występują częściej i dłużej trwają, tak, że prawie toniczny przybierają charakter. Ostatni ten objaw, wraz ze szczękociściskiem i po większej części znajdowanem na stole sekcyjnym przekrwieniem narządów czaszki przy zatruciach kwasem karbolowym podsunęły mi myśl postawienia pijawek za uszami, co też w ilości 10 sztuk uskuteczniłem; jednocześnie powtórnie wstrzyknięto nalewkę strofantu. Było to o godzinie 1-iej w nocy. W kilka minut po odpadnięciu pijawek, chora zaczęła oddechać spokojniej, głębiej i wolniej, szczękociścisk ustąpił; kurcze w natężeniu osłabły, podałem *natrium sulfuricum* do wewnątrz co godzina łyżkę z 5% roztworu. O wpół do 3-iej chora oddecha zupełnie spokojnie, tętno pełniejsze, stale wynamacalne, regularne, 120 uderzeń na minutę, powieki jeszcze zwarte, źrenice zwolna poczęły oddziaływać na światło, kurcze ustąpiły całkowicie. Chorą, dobrze nakrywszy, ogrzałem i pozostawiłem w spokoju. Około godziny 5-iej z rana odzyskała przytomność, mówiąc, „jak mi zimno“. Chora odtąd zaczęła się dowolnie poruszać. ☐

O godzinie 9-iej z rana zastałem ją leżącą spokojnie, bladą, mocno osłabioną, uskarżającą się na zawrót głowy. O całym zajściu nie ma najmniejszej świadomości, a pamięta tylko, że po wyszprycowaniu zakręciło się jej w głowie i zrobiło ciemno w oczach.

Zbadany mocz był wyraźnie karbolowym. Reakcyę dawał bardzo czułą; barwa oliwkowo-zielona przy gotowaniu z kwasem solnym i siarczanym szybko ciemniała, a z półtorachlorkiem żelaza przybierała odcień niebieskawy. Mocz, pierwszy raz wypuszczony i pozostawiony w spokoju, po 12 godzinach przybrał barwę smolisto-zieloną; białka nie zawierał. Analizę łaskawie wykonał kol. ZAWISTOWICZ.

Następnego dnia mocz posiadał też samą oliwkowo-zieloną barwę, wieczorem żółtawo-oliwkową. Chora bierze dalej 5% roztwór *natrii sulfurici* co 2 godziny łyżkę. Miała kilka wodnistych wypróżnień, jest znacznie osłabioną. Tętno 108. W dalszym ciągu mocz stopniowo przybierał właściwą sobie barwę, choć jeszcze

5-go dnia z kwasem solnym dawał reakcyę [na kwas siarczany był już obojętnym]. Pomimo wzmacniającej diety siły chorej wracały bardzo powoli.

Jak to już zaznaczyłem wyżej, niezwykłą jest droga, przez którą kwas karbolowy wkroczył do organizmu i zatrul go — a jest nią pochwa. Jeżeli częściej spotykamy zatrucia sublimatem, to daleko więcej rozpowszechnione nadużycie kwasu karbolowego uchodzi widocznie bezkarnie, skoro w literaturze za ostatnie lat 10 udało mi się wyszukać zaledwie 2 przypadki zatrucia, jako następstwo przepłukiwania pochwy roztworem kwasu karbolowego.

A. BRIGGS (1) ogłosił jeden przypadek: po przestrzyknięciu pochwy w 3 dniu połogu 1% roztworem kwasu karbolowego: wystąpiły silne, ostre, objawy zatrucia; chora wyzdrowiała. O drugim wspomina w swoim podręczniku ginekologicznym prof. Pozzi (2). Objawy zatrucia w jego przypadku były lekkie. Postaram się też w krótkości usprawiedliwić to moje twierdzenie, że wessanie kwasu karbolowego nastąpiło wprost z pochwy. Po za tem istniałyby w danym przypadku dwie drogi zatrucia: 1-o wessanie z jamy macicy, 2-o przedostanie się płynu przez jajowody do jamy otrzewnej.

Co się tyczy pierwszego punktu, to przedewszystkiem sędzę, że na 4 dzień po wyskrobaniu ujście domaciczne kanału szyi jest na tyle zwartem, że płyn, zapuszczany do pochwy z wysokości 1 metra, a nawet i więcej, przedostać się do jamy macicy nie może. Gdyby jednak ktoś chciał twierdzić inaczej, wtedy zapytam: dla czego nie miało to miejsca w 24 godzin po operacyi, po wyjęciu gazy z macicy, kiedy osobiście przestrzykiwałem pochwę przy znacznie więcej rozwartym kanale szyi macicznej? Więcej niż wątpliwem jest takie przypuszczenie; muszę tu jeszcze przypomnieć, że opisy zatrucia kwasem karbolowym na skutek przestrzykiwań jamy macicy, jak np. z GLOECKNER'a z Halli (3), LARITZEN'a z Kopenhagi (4), KRUKENBERG'a (5) i innych, miały miejsce bezpośrednio po porodach lub późnych poronieniach, a to w następstwie wessania płynu przez naczynia krwionośne, szeroko rozwarłe w tych warunkach. Na 4 dzień po wylężczkowaniu tych warunków być nie mogło, a jama macicy tak mało płynu pomieścić wtedy może, iż nawet całkowicie wessany tak groźnego obrazu zatrucia sprowadzić by nie mógł; mała bowiem ilość kwasu karbolowego szybko przez nerki wydaloną bywa. Całkiem inaczej rzecz przedstawi się, jeżeliby płyn z pochwy przez macicę i jajowody przedostał się do jamy otrzewnej: zatrucie wtedy mogłoby nastąpić.

Co się tyczy w ogóle tej kwestyi, to, o ile mi wiadomo, większość autorów, opisując przestrzykiwania lub zapuszczania płynów do jamy macicy, radzi zapewnić swobodny odpływ; w przeciwnym bowiem razie, wedle ich mniemania, płyn przez jajowody dostaje się do jamy otrzewnej, wywołując groźne następstwa. Sędzę, że pogląd ten, jeżeli nie jest całkowicie mylnym, to, co najmniej, dziwnym.

Już SPIEGELBERG, SCHWARTZ byli odmiennego zdania, u nas JERZYKOWSKI (6) już w r. 1883 wypowiedział pogląd o niemożności przedostania się płynu tą drogą do jamy otrzewnej. JASIŃSKI (7) z Paryża, opierając się na licznych spostrzeżeniach, bezwzględnie staje po stronie JERZYKOWSKIEGO, a ścisłe i piękne doświadczenia GLOECKNER'a (*loco citato*) ostatecznie i stanowczo obaliły starą hipotezę, która pomimo to błąka się jeszcze, nawet po pierwszorzędnym ogni-

skach wiedzy niemieckiej. Co się mnie tyczy, to z małemi uzupełnieniami przyłączam się do zdania GLOECKNER'a. Przedewszystkiem zaznaczę, że ujście domaciczne jajowodów jest tak ciasnem, iż zaledwie koniec najcieńszego zgiębnika przepuszcza, a otacza je pokład mięśni, kurczący się energicznie, szczególnie w czasie podrażnienia macicy, wywołanego zapuszczonym płynem. Wreszcie jajowód łączy się z macicą pod dostatecznie ostrym kątem, aby utrudnić przedostanie się płynu do trąbek. Podczas wykonywania rękoczynu, t. j. przestrzykiwania jamy macicy, niema racyi, aby płyn obierał sobie drogę trudniejszą odpływu przez ujście jajowodów, mając daleko łatwiejszą z powrotem do pochwy; gdyby zaś pewna ilość pozostała w macicy, i na skutek jej skurczów przewyciężyła opór ujścia domacicznego jajowodów, to daleko łatwiej uległoby naporowi ujście wewnętrzne kanału szyi, na które zapuszczony płyn wywiera główny nacisk, a to zgodnie z kierunkiem skurczu włókien mięsnych macicy, przebiegającego perystaltycznie od dna ku szyi.

Sądę, że to, co tu wypowiedziałem, w zupełności usprawiedliwia mój pogląd na opisany przypadek, t. j. daje mi prawo uważać go jako zatrucie organizmu kwasem karbolowym wskutek wessania tego ostatniego z roztworu, wprowadzonego do pochwy i tam pozostawionego. W końcu nadmienić muszę o przyznaniu się felczera do winy, iż zapomniał wypuścić z pochwy pozostały płyn po przestrzyknięciu, a to pomimo mojej przestrogi, która zresztą, przechodząc obecnie do literatury, nie będzie wyłącznie moją zasługą; wypowiedział już ją bowiem przedemną prof. Pozzi (*loco citato*). Płyn więc pozostał w pochwie; wessana jego ilość była widocznie wystarczającą, aby w organizmie osłabionym i wycieńczonym wywołać zatrucie i to w organizmie, obdarzonym idyosynkrazją do kwasu karbolowego. Lekki zapad, jakiemu chora uległa podczas wykonywania operacji, świadczyć może o tem. EDGAR KURZ (8) z Florencyi przytacza liczne tego przykłady: w wielu np. przypadkach sam zapach kwasu karbolowego wywoływał alarmujące objawy, jak: mroczone przed oczami, bledź twarży, uczucie mającego nastąpić zemdlenia i t. p.

Na karb więc idyosynkrazyi, niedokrwistości, wyniszczenia organizmu, złożyć należy całą winę mego i przeważnej liczby znanych zatruc wskutek przestrzykiwań macicy lub pochwy. W podobnych warunkach należy być bardzo ostrożnym w używaniu kwasu karbolowego do tych zabiegów. Podczas wykonywania ich trzeba pilnie śledzić tętno, oddechanie, źrenice, nawet mocz, a w razie niepożądaney zmiany przerwać je. Stanowczo zaś należy zarzucić ten środek w ostrej niedokrwistości, jaką tak często po krwotokach porodowych widzujemy; *kalium hypermanganicum*, kwas salicylowy, borny, a nawet wyjałowiony fizyologiczny roztwór soli kuchennej odpowiedniejszymi tu będą. Zdaniem mojem, tak ginekologia, jak i położnictwo, na równi z chirurgią, powinny szerokiemi wroty wkra-
czać w dziedzinę aseptyki.

Pozostaje mi jeszcze kilka słów wypowiedzieć w kwestyi objawów otrucia. Wbrew twierdzeniu większości autorów i doświadczeń farmakologicznych, że u ludzi nie występują drgawki kloniczne przy zatruciu kwasem karbolowym, w moim przypadku były one wybitnym objawem od samego początku, a czas ustąpienia ich był zarazem chwilą poprawy ogólnego stanu chorej. Zresztą mój

przypadek w tym względzie nie jest jedynym: przypadki WINSLOW'a, OBERST'a, OLSHAUSEN'a, MATLAKOWSKIEGO, LARITZEN'a, ARNSTEIN'a zgodne są z moim.

Co się tyczy sposobu dawania pomocy choremu — to, oprócz właściwej odtrutki; *natrium sulfuricum*, należy używać środków wzmacniających działalność serca: wstrzykiwania podskórne kamfory z eterem, nalewki strofantu, *caffeini natrio-benzoici*, zastosowywać sztuczne oddechanie, oswobodzić oskrzela i gardziel od nagromadzonej tam wydzieliny, a to uskutecznić przez zwieszenie po za krąg łóżka głowy i całej górnej połowy ciała. Czy zastosowane przezemnie postawienie pijawek za uszami miało dodatni wpływ na osłabienie groźących objawów, co uwydatniło się w moim przypadku ustąpieniem natychmiastowem kureczów w kończynach, nie śmiem twierdzić. Spotykane zwykle na stole sekcyjnym przekrwienie narządów jamy czaszki przemawiałoby za skutecznością tego środka, a nie sądzę, aby kilka pijawek, odciągając miejscowo nieznaczną ilość krwi, mogło osłabiająco wpłynąć na organizm i siłę serca.

L I T E R A T U R A.

1) A. BRIGGS, refer. Centralblatt für Gynaekologie. 1888. — 2) S. POZZI, Traité de Gynécologie. 1890. — 3) GLÖCKNER, Inaug. Dissert. Halle. 1886.—Centralblatt für Gynaek. 1887.— 4) LARITZEN, Centralblt. f. Gynaekol. 1888.—5) KRUKENBERG, Centrblt. f. Gynaek. 1891. 47.— 6) JERZYKOWSKI, Gaz. heb. 1883. — 7) JASIŃSKI, Des injections intrauterines dans les infections puerperales Paris. 1889. — 8) EDGAR KURZ, Wiener Klinik. 1888. 12. XII. — 9) LEON WACHHOLTZ, Przegląd Lekarski. 1894. Nr. 21

NOTATKI LEKARSKIE.

16. Błękit metylenu, jako odczynnik na żółć.

[Komunikowane na posiedzeniu Tow. Lek. Płockiego d. 30 Maja 1894 r.]

Dla lekarza-praktyka, przywykłego, a tem więcej zmuszonego samemu dokonywać rozbiórów moczu w celach rozpoznawczych, nie małej wagi rzeczą jest mieć pod ręką sposoby, dające odczyny bez dłuższych manipulacji.

Tą myślą powodując się, pozwałam sobie niniejszem podać nowy odczynnik na barwniki żółciowe w moczu. Może się i mylę, nazywając niżej podaną reakcyę nową; nie zdarzyło mi się wszakże spotkać o niej wzmianki, a otrzymałem ją przypadkowo przy swych poszukiwaniach bakteryologicznych moczu. Odczyn ten jest następujący: Jeżeli do próbówki, zawierającej mocz [lepiej filtrowany], wpuścimy kilka kropel wodnego, dość stężonego, roztworu błękitu metylenowego (*Metylenblau*), to mocz, nie zawierający barwników żółciowych, pozostanie niebieskim, koloru błękitu metylenowego; natomiast mocz zawierający barwniki żółciowe zabarwi się na kolor zielony, piękny, przypominający zielone likiery francuzkie. Rozumie się, czem dany mocz zawiera więcej barwników, tem i odczyn wypadnie jaskrawszy. Wszakże i w moczu, wcale na pozór nie zdradzającym ich obecności, reakcyja ta jest bardzo wyraźna. Jak wspomniałem,

próba ta nader łatwa i dogodna tam, gdzie nie ma pod ręką kwasów, lub gdzie brak czasu na wymagającą już pewnej wprawy próbę BRUECKE'go lub HELLER'a.

Nie wdaję się tu zupełnie w chemiczne tłumaczenie tej reakcyi, pozostawiając to fachowcom; nadmienię tylko, że próba ta nie zawodziła mi i okazała się czulszą, a co ważniejszą, łatwiejszą od znanych prób z kwasami.

Zygmunt Perkahl.

lekarz szpitala żydowskiego w Płocku.

17. Przypadek wypadnięcia kiszki prostej, sztucznie wywołanego w ostatnim okresie porodu.

W dniu 15 sierpnia 1893 roku byłem wezwany do 27-letniej wielorodki, żony wyrobnika Z..., u której po urodzeniu się płodu, łożysko kilka godzin nie odchodziło i z tego powodu przyjaciółki radziły, by dmuchała w butelkę. Gdy to nie pomogło, obwinęły brzuch rodzącej złożonem wzdłuż prześcieradłem, kazały jej przykucnąć na ziemi i nadymać się, a we dwie, stanąwszy po obu bokach pacjentki, ciągnęły końce prześcieradła, każda w przeciwną stronę. Oczekiwany skutek rzeczywiście nastąpił, lecz jednocześnie z rodzącem się łożyskiem wypadło z hałasem i „coś więcej“. Położnicę, czującą się nieźle i skarżącą się na parcie na dół, znalazłem leżącą z rozstawionymi nogami; części rodne zakrywał guz czerwony, niekrwawiący, nieco większy, niż głowa człowieka, przy dotykaniu miękki; szypuła jego prawie bezpośrednio łączyła się ze skórą otaczającą rzyć. Zamiast więc wycisowania macicy, jak to *a priori* wnosić można było, guz ten był wypadniętą kiszką prostą, która po odprowadzeniu zawartości do jamy brzusznej przez naciskanie obiema rękami na cały guz z łatwością dała się sama na miejsce odprowadzić. Przepisano makowiec. Położnica na 8 dzień wstała do zajęć.

J. W. Sawicki [Grajewo].

18. Przypadek pęknięcia szyjki macicznej i tylnego sklepienia pochwy podczas porodu. Wydobycie płodu z jamy otrzewnej przez pochwę za pomocą pociągania płodu za nóżki. Wyleczenie.

Żona mieszczanina rolnika, Sz..., w 40-tym roku życia, dwunasty raz rodząca, pomimo znakomitej budowy kośćca, z powodu obwisłego brzucha przy czterech ostatnich porodach zawsze miewała poprzeczne położenie płodu. Przy tych porodach [przy pierwszym ja dokonałem obrotu] po odejściu wód bóle uspokajały się i rodząca spokojnie czekała na pomoc lekarską. Przy obecnym porodzie [1 marca 1894] silne kurczowe bóle na chwilę nie opuszczały rodzącej; w tych warunkach wezwany lekarz próbował bezskutecznie kilka razy dokonać obrotu.

W cztery godziny po odejściu wód i wypadnięciu rączki, powiedziała mi, że jej teraz dobrze i że bólów już nie ma. Twarz jej była zmieniona, kończyny chłodne, tętno drobne, 150 na minutę. Brzuch ogromny, pełny, lecz płaski, zwieszający się po obu bokach, na środku jego poniżej pępka widać wyraźnie odgraniczone wyniesienie, dające się objąć jedną ręką. Położenia płodu, z powodu bolesności i wielkości brzucha, oraz grubości powłók jego, określić nie można. Z pochwy bardzo nieznaczne krwawienie.

Przystąpiłem niezwłocznie do badania wewnętrznego, a ewentualnie do wydobycia płodu. U wejścia do pochwy znajdował się sznurek, którym przewiązana była wypadnięta rączka. Pozostawiając sznurek ten, skierowany w pochwie ku lewej stronie wchodu miednicy, w spokoju, posunąłem rękę po osi miednicy małej i wszedłem od razu do ślepego, głębokiego około 12 cm., worka, który obcisnął się w około palców mojej ręki. Była to zupełnie opróżniona, kurcząca się macica, która tworzyła wspomniane wzniesienie i którą należało ustalić, czego też dokonał obecny kolega, obejmując ręką guz przez powłoki brzuszne. Poszukując miejsca, przez które płód wydalil się z macicy do jamy brzusznej, natrafiłem na otwór w tylnej ścianie szyi macicznej. Otwór ten był w danej chwili na wysokości wzgóрка krzyżowego, przedłużał się na tylne sklepienie pochwy i był zasłonięty przez znajdujące się na zewnątrz macicy łożysko, wraz z pępowiną. Tuż za łożyskiem, nieco na prawo, nad samym brzegiem dołu biodrowego wewnętrznego prawego leżała lewa, a za nią niedaleko i prawa nóżka płodu; innych części płodu w bliskości nie było. Ponieważ wypadnięcia trzew nie było, a rozmiary pęknięcia w macicy i pochwie były dość rozległe, postanowiłem więc uwolnić jamę otrzewną od obecności martwego płodu tąż samą drogą, jaką się tam dostał. Ująłem więc natychmiast płód za obie nóżki i prawie bez bólu z wielką łatwością w ciągu niespełna kilku minut wydestałem nieżywego, donoszonego chłopca wraz z łożyskiem. Dodać należy, że sznurek przywiązany do rączki był puszczonej wolno z obawy utworzenia się z niego i ciała płodu pętlicy, z którą mogłyby się wydestać do pochwy trzewa matki.

Po wydobyciu płodu, części rodne zewnętrzne obmyto roztworem kwasu karbolowego, a pochwy nie przestrzykiwano. Chora po tych zabiegach przy małym krwawieniu była [godz. 6 rano] w stanie kolaptycznym, z nitkowatym, niedającym się policzyć tętnem. Zaleciłem duże dawki wina, *infus. Secal. cornuti* *ex* 8,0 *pti* 180,0 co 2 godziny łyżkę, a w razie pojawienia się bólów lód na brzuch i makowiec po 0,03 co 2 godziny do wewnątrz.

Tegoż dnia o godzinie 6-ej po południu położnica miała się znacznie lepiej; ciepłota ciała 38°, tętno 105. Z powodu bólów dawano makowiec, lecz działał on niedostatecznie, wskutek czego powiększyłem dawkę do 0,06 co 2 godziny aż do skutku, t. j. do ustąpienia bólów.

Nie będę tu mówił o dalszym przebiegu i leczeniu szczegółowo, gdyż jedno i drugie były jednostajne. W początku drugiego tygodnia przy częstych wymiotach, zapaleniu oskrzeli z ciężkim kaszlem i gorączce przepuszczającej, dosięgającej wieczorem do 39,5° C., utworzył się [kolosalny wysięk prawostronny, podłużnego kształtu, sięgający [w wymiarze podłużnym] od prawego podżebrza przez prawy dół biodrowy do połowy lewego więzu Pouparr'a, widoczny nawet bez dotykania, gdyż wystawał ponad powierzchnię obwisłego brzucha. Chora nieustannie brała makowiec, z początku po 10 proszków [po 0,06], potem coraz mniej dziennie, stosownie do natężenia bólów. Przemycanie pochwy ani wogóle dezynfekcy jej nie robiono ani razu. Odchody były nieobfite, wypróżnienie pierwsze przyszło 9-tego dnia choroby, potem przychodziło co 4 lub 5 dni, bez użycia żadnych środków przeczyszczających. Lodu nie

znosiła, kładła tylko i to nieregularnie zimne okłady. Do dnia 20 marca wybrała 6,12 gramów makowca; gorączkując ciągle. Z powodu mojego wyjazdu nie widziałem chorej około miesiąca, przez ten czas wybrała jeszcze około 2,0 grm. makowca.

Dnia 19 kwietnia znalazłem u rekonwalescentki przy stanie bezgorączkowym wysięk wielkości główki noworodka; przed kilkoma dniami pojawiła się miesiączka. Zaleciłem kąpiele słone.

Następnie widziałem pacjentkę 29 lipca, chodziła już, po 12 tygodniach leżenia; wzięła tylko 5 kąpeli, przebyła jeszcze 2 miesiączki, z których ostatnia była przed 6 tygodniami. Przy badaniu znalazłem zagojone, lecz niezrośnięte pęknięcie szyjki macicznej, sięgające aż ponad część pochwową, jako ślepy worek. Wysięk znikł w zupełności. Pochwa zablizniła się prawidłowo. Ciało macicy powiększone.

J. W. Sawicki [Grajewo].

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

— 3 —

Posiedzenie kliniczne z d. 25. IX. 1894.

STANKIEWICZ przedstawia przypadek rudymyentarnego rozwoju prącia, w którym operację plastyczną uważa za bezcelową.

KRYSIŃSKI mówił o HELMHOLZ'u, jako matematyku i fizyku i szczegółowo rozebrał doniosłość prawa o zachowaniu energii.

ZYG. KRAMSZTYK przedstawił następnie zasługi HELMHOLZ'a na polu fizjologii i okulistyki. Odczyt ten w skróceniu umieszczonym był w № 37 Gazety Lekarskiej z r. b.

Posiedzenie kliniczne z d. 2. X. 1894.

KIJEWSKI przedstawia chorą, która przybyła do kliniki chirurgicznej prof. KOSIŃSKIEGO z objawami inkarceracji po 12 dniach od początku choroby. Przeszkodę stanowił guz wraz z kawałkiem kiszki ponad przeszkodą.

Następnie KIJEWSKI przedstawia chłopca 11-letniego, u którego wykonał *sectio alta* w celu wydobycia kamienia. Kamień ten z powodu swej wielkości, [miał bowiem 6½ ctm. średnicy i ważył 100 grm.] przed wydobyciem musiał być skruszonym.

Prof. Kosiński demonstruje guz gruzliczy, umiejscowiony przy przejściu od kiszki cienkiej do ślepej i wydobyty przy laparatomii. Chora, na której dokonano tej operacji, była to mężatka, lat 36, matka czworga dzieci. Od lat 9 skłonną była do rozwolnień i miała dwa napady ostrej okluzji z wzdęciem brzucha i wymiotami kałowemi; przed 4 miesiącami urodziła bliźnięta i od czasu tego zaczęła się skarżyć na bóle w boku prawym. Od 4 tygodni lekarze ordynujący stwierdzili obecność guza *in reg. ileo-coecali*, który można było uważać za rak lub za sprawę gruzliczą. Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawiało: zagęszczenie szczytów płuc, obecność laseczników gruzliczych w płwo-

cinie obok objawów podmiotowych [kaszel, krwioplucie]. Laparatomia dokonana została przed tygodniem; pomimo zmian w płucach przebieg pooperacyjny pomyślny, obecnie stan bezgorączkowy.

BORSUK przedstawił chorą, dotkniętą lordozą spastyczną. Chora, lat 36, poprzednio zupełnie zdrowa, przed 8 tygodniami przebyła ciężki poród, po którym pozostała przetoka moczowa. Okres połogowy trwał 5 tygodni, poczem chora czuła się zupełnie dobrze. Po 4-ch tygodniach, z powodu nagle powstałego bólu w krzyżu i kończynach, chora zmuszoną była położyć się do łóżka i nie opuszczać go aż do przybycia do kliniki uniwersyteckiej. Tutaj stwierdzono przetokę pachwowo-pachwinową znacznych rozmiarów i znaczne wygięcie kręgosłupa ku przodowi w dolnej jego części. Równowaga chorej zachwiana: przy usiłowaniu przybrania stojącego położenia chora pada w tył. Skóra oraz mięśnie pośladków i kończyn dolnych na ucisk bolesne. Po zachloroformowaniu chorej zauważono, że wygięcie ku przodowi zmniejsza się, lecz całkiem nie ustępuje. Ruchy w stawach oraz czynność mięśni zmian nie przedstawiają. Czuć mięśni kończyn dolnych oraz odruchy ścięgniste prawidłowe. Zmian w kręgosłupie nie stwierdzono. Po zastosowaniu bromu w dużych dawkach, przyżegania kręgosłupa przyrządem PAQUELIN'a i kąpeli ciepłych, wygięcie ku przodowi zmniejszyło się, a chora może stać i chodzić prawidłowo.

BORSOWICZ przedstawił dwa okazy mięśniaków mięszowych, wyluszczonejnych z macicy w zakładzie ginekologicznym.

Pierwszy mięśniak [12 ctm. długości, 7 ctm. szerokości i 5 ctm. grubości] wyluszczonej został z mięszu wargi przedniej i z przedniej ściany macicy u kobiety 32-letniej, która rodziła po raz drugi przed 4-a laty. Do chorej tej B. wezwany został z powodu obfitego krwotoku macicznego po dwumiesięcznym wstrzymaniu się miesiączkowania. Przy badaniu stwierdzono: ujście zewnętrzne macicy z trudnością da się wymacać z powodu nadmiernie rozrosłej wargi przedniej macicy, wypełniającej pochwę; miało ono kształt długiej szpary i znajdowało się wysoko na tylnej powierzchni wargi przedniej, na której rozciągniętą była scieżczona wargą tylną. Guz zajmował nie tylko wargę przednią, lecz przechodził na ścianę przednią szyi i ciała macicy. Rozpoznawszy poronienie w drugim miesiącu ciąży, B. usunął błony jaja płodowego za pomocą łyżeczki, poczem krwotok ustał. Gdy po dwóch tygodniach chora nieco się wzmocniła i odchody ustały, B. wyluszczył mięśniak po przecięciu poprzecznem wargi przedniej na jej przedniej powierzchni. Pozostała jama mięszu wargi przedniej ściany macicy zaszytą została za pomocą dwupiętrowego szwu katgutowego; brzegi jej również zaszyto. Zrost był dorazny. Obecnie po upływie dwóch miesięcy od operacji część pochwojowa przedstawia się zupełnie prawidłową o owalnym ujściu zewnętrznem macicy. Wargę tylną stała się grubszą, przednią zaś o tyle zmniejszyła się, że jest tylko nieco dłuższą od tylnej.

Drugi mięśniak wielkości główki noworodka wyluszczonej został z mięszu dna i tylnej ściany macicy u dziewczicy 19-letniej przed 4 tygodniami. Po raz pierwszy zauważono obecność guza w lipcu r. b., gdy chora zapadła na szkarlatynę. Od 14 r. życia chora miała miesiączkę prawidłową; w ostatnich tylko kilku miesiącach

zaczęły się pokazywać plamy różowe w okresach międzymiesiączkowych. Guz, zajmujący dolną część brzucha, sięgał ku górze na 2 palce ponad pępek. Przy badaniu *per rectum* [*hymen* nie przepuszczał palca] na dolnej powierzchni guza wyczuć było można szyjkę maciczną, której koniec górny spłaszczał się i zlewał się z guzem. Guz ten był przeto powiększonym ciałem macicy. Cięża z powodu wszelkich jej właściwych objawów była wykluczona, a prawidłowe miesiączkowanie stanowiło wskazówkę, że mięśniak rozwinął się raczej w mięszu macicy bliżej błony surowiczej, aniżeli błony śluzowej. Po przecięciu powłok brzusznych w smudze białej i po wydobyciu guza, okazało się, że guz rozwinął się w mięszu tylnej powierzchni i dna macicy. Konsystencja guza była twardą podczas badania chorej przed operacją, po wydobyciu zaś guza z rany wydawała się miękką; ze względu na zabarwienie i ukrwienie guz ten przypominał macicę ciężarną. Tylko przydatki maciczne, które przy ciąży przyczepiają się zawsze do rogów macicy, znajdowały się tutaj pod guzem. Po założeniu elastycznej podwiązki na dolną część guza ponad przydatkami, B. poprowadził cięcie po tylnej i górnej powierzchni macicy, a po przecięciu kapsuły guza w głębokości $\frac{1}{2}$ —1 cm., guz z łatwością dał się wyłuszczyć bez uszkodzenia błony śluzowej macicy, której jama znajdowała się na powierzchni przedniej. Jamę B. zaszył trzypiętrowym szwem katgutowym, brzegi rany połączył szwem jedwabnym węzełkowym, a że po zdjęciu podwiązki elastycznej było krwawienie z miejsc ułknięcia igłą, obszył ranę macicy otrzewną ścienną, którą zaszył całkowicie ze strony rany brzusznej. Stan chorej dotąd jest zadawalniający.

(Autoreferat).

NEUGEBAUER demonstrował preparat macicy, wydobytej przy seceji chorej, przedstawionej przed 2 tygodniami na posiedzeniu Towarzystwa [p. Gazeta Lekarska № 38] z powodu pocholerycznego zwięzienia pochwy. Chora ta zmarła przy objawach *peritonitidis ichorosae*. Przypadek ten opisany będzie w Gazecie Lekarskiej.

OLTUSZEWSKI miał odczyt p. t. „Drugi przyczynek do nauki o zбочeniach mowy“, w którym przedstawił ruch chorych w zakładzie za rok ostatni [od lipca 1893 do lipca 1894 r.], poświęcając przytem każdemu z działów zбочeń mowy uwagi ogólne, oparte na własnych spostrzeżeniach. Ze sprawozdania tego okazuje się, że w ciągu pomienionego czasu O. miał 161 przypadków zбочeń mowy. W niniejszym przyczynku prelegent głównie zastanawiał się nad afazyą. Przedstawiając obecny stan zapatrywań się na niemotę w ogólnym zarysie, postawił sobie jednak obok tego O. za zadanie główne, przy pomocy najnowszych prac nad afazyą, opartych na badaniach psychologicznych, wyjaśnić najwięcej go tu obchodzące dwa zбочenia, mianowicie niemotę funkcyjonalną u dzieci i belkotanie ośrodkowe funkcyjnalne. Przypominając w krótkości zasługi BROK'a, WERNICKE'go, LICHTHEIM'a i CHARCOT'a, mniej lub więcej gorliwych stronników teorii lokalizacyjnej, głoszącej, że pewnym miejscem w mózgu, t. zw. ośrodkom mowy lub ich połączeniem [afazyze przewodnictwa], odpowiadają pewne formy kliniczne niemoty, zastanowił się najprzód nad pracą GRASHEV'a. Badacz ten, opierając się na tem, że każdy wymawiany wyraz potrzebuje dla wytworzenia się w ośrodku słuchowym pewnego czasu, pierwszy uwydatnił tak zw.

afazy e amnestyczne, zależne od zaburzeń pamięci bez zmian organicznych. Afazy tego rodzaju, mające towarzyszyć wstrząśnieniom mózgu, chorobom gorączkowym, histeryi i t. d., polegają na tem, że chory z powodu osłabienia pamięci nie może nazywać przedmiotów, gdyż pojęcie konkretne znika mu wcześniej, aniżeli zdąży sformować się słowo. Dalej O. uwzględnił pracę krytyczną FREUD'a. Główna zasługa FREUD'a polega na tem, że na zasadzie dowodów, w szczególności których wchodzi tu niepodobna, doszedł do wniosku, iż asocjacje w sprawie mowy odbywają się nie za pośrednictwem włókien substancji szarej, lecz w korze, okolica zaś mowy nie przedstawia osobnych ośrodków w znaczeniu funkcyj, lecz zajmuje całą część kory lewej półkuli, zawartą między tymi ośrodkami, gdzie właśnie powstają afazy jedynie wskutek zakłóceń w tychże asocjacjach. Na te same zasady odrzuca FREUD afazy przewodnictwa WERNICKE'go i LICHTHEIM'a i redukuje zawikłany dotychczasowy podział niemot prawie do dwóch postaci, to jest: do czuciowej i ruchowej. Odrzuca on również afazy GRASHEV'a, gdyż wedle jego mniemania, zależą one także od pewnych zmian funkcyjnych w ośrodkach.

Wspomniawszy kilka słów o mniej ważnej pracy MOELE'go, zatrzymał O. się nieco dłużej nad pracą GOLSCHEIDER'a. Autor ten rozszerzył znakomicie poglądy FREUD'a, uwydatniając znaczenie pamięci i asocjacji dla mowy objaśnieniami szczegółowymi na przykładach, z których wynika, że zarówno jak dla przejawu najelementarniejszej inteligencji, spostrzeżenia, potrzebna jest pamięć i kojarzenie pojedynczych odczuwań optycznych z wspomnieniami odczuwanego ruchu mięśni oka, tak również przy rozumieniu wyrazów, czytaniu, wymawianiu i pisaniu też same czynniki, t. j. pamięć i kojarzenie, odgrywają ważną rolę. Następnie w bardzo szczegółowym szematcie GOLSCHEIDER pazedstawił różne afazy, wywołane jakąkolwiek przerwą w asocjacjach, wreszcie zaznaczone przez jego poprzedników afazy amnestyczne uwydatnił i zgrupował w czterech postaciach.

Zebrane dotychczasowo dane z prac nad afazją, szczególnie dotyczące psychogenezy mowy, rzucają dostateczne światło na niemotę funkcyjną u dzieci oraz belkotanie funkcyjne ośrodkowego pochodzenia, [układanie dźwięków oddzielnie prawidłowo wymawianych w niezrozumiałe wyrazy]. Dziecko daleko wcześniej rozumie mowę, aniżeli powtarza lub samodzielnie mówi, gdyż mowa samodzielna wymaga najwięcej pamięci. Ponieważ przy mowie samodzielnej wyobrażenie słuchowe musi trwać tak długo, dopóki ostatnia zgłoska nie uwydatni się w ruchu, przeto dzieci wskutek osłabionej pamięci, pochodzącej z jakiegokolwiek bądź powodu, nie mogą inerwować całych wyrazów słownych, nie mogą więc nazywać przedmiotów. Niemota ta może również zależeć od wrodzonego lenistwa do ruchów ciała, a więc i do mowy, to jest od braku bodźca. Ponieważ nie odzwierciadlamy w ośrodku słuchowym całych obrazów, lecz oddzielne ich głoski, które się następnie łączą, a do tego składania w prawidłowym porządku potrzebna jest pamięć i uwaga, przeto u niektórych dzieci wskutek upośledzenia pamięci przy mowie samodzielnej układają się one w ten sposób, że powstają wyrazy najzupełniej zniepodobnione [belkotanie funkcyjne ośrodkowe].

Przechodząc do leczenia niemot, O. zaznaczył, że uwzględnione prace nad afazją mogą jedynie potwierdzić mniemanie jego co do wyleczalności tak organicznych niemot, jako też i funkcyjnych, z czem zgadzają się fakty, zarówno otrzymane przez prelegenta, jako też i przez GUTZMANN'a, który w bieżącym roku w Berlinie demonstrował trzy przypadki wyleczonej niemoty organicznego pochodzenia.

O. spostrzegł 26 przypadków afazji, z których 23 było u dzieci, a 3 u dorosłych. Z 23 przypadków u dzieci, 11 należało do afazji funkcyjnej, 6 do mowy opóźnionej, w 5 dała się wykazać organiczna przyczyna, wreszcie 1 u idyoty. Wszystkie 3 przypadki u dorosłych zależały od przyczyny organicznej. Zabiegi lecznicze miał sposobność sprawdzić tylko w jednym przypadku u dorosłego przy niemocie ruchowej organicznego pochodzenia, dobrze zapowiadające się, jednak leczenie z powodów od niego niezależnych nie mogło być ukończone.

Innym działom zбочzeń mowy O. poświęcił mniej czasu, gdyż były one uwzględnione obszerniej w roku zeszłym. Ograniczył się więc głównie do materiału faktycznego, przytaczając teoretyczne wywody tylko o tyle, o ile uprzednie jego zapatrywanie uległo zmianie pod tym lub owym względem.

Przyznaje w zasadzie zupełną słuszność podziałowi bełkotania na ośrodkowe i obwodowe [zależne od zmian organicznych lub braku wprawy w organach artykulacji], z powodu jednak łączenia się w praktyce obu tych spraw uważa za również dobry podział na ogólne [mowa zupełnie niezrozumiała] i częściowe [wadliwe wymawianie oddzielnych dźwięków]. W etyologii bełkotania ogólnego, oprócz osłabienia pamięci lub woli [bodźca ruchowego do mowy], zwraca jeszcze uwagę na wyrośle adenoidalne, w etyologii zaś bełkotania obwodowego, oprócz organicznych przyczyn, zaznacza: upośledzenie słuchu i ustępującą afazję funkcyjną. Spostrzegł 31 przypadków bełkotania: 28 obwodowego i 3 ośrodkowego; z 28 przypadków obwodowego było 25 funkcyjnych, a 3 organicznych [od nieprawidłowej budowy szczęk]. Na 31 osób leczyło się 8 osób z wynikiem dodatnim.

W etyologii mowy nosowej, oprócz defektów podniebienia, skrócenia przednio-tylnego jego rozmiaru, porażenia podniebienia miękkiego, zwraca jeszcze uwagę na ustępującą afazję. Dla lekarza, zajmującego się zбочzeniami mowy, najważniejsza jest do leczenia *rhinolalia aperta* przy defektach, oraz mowa nosowa funkcyjna bez żadnych dających się wykryć zmian w jamie nosogardzielowej. W pierwszym razie operacja włącznie z gimnastyką podniebienia miękkiego, w drugim sama gimnastyka w zupełności doprowadzają do dobrych wyników. Spostrzegł 13 przypadków mowy nosowej, z tych 12 należało do *rhinolalia aperta*, a 1 do *rhinolalia clausa*. Z 12 przypadków należących do kategorii pierwszej 11 było funkcyjnej przyrody, dwunasty zaś zależał od defektu podniebienia. Opisuje dwa przypadki mowy nosowej funkcyjnej, trwającej lat kilkanaście, w zupełności wyleczonej.

Przechodząc do jąkania, O. podaje 2 tablice. Pierwsza dotyczy przyczyn jąkania, druga zaś wieku, w którym powstała ta wada. Z pierwszej okazuje się, że na 102 przypadki spostrzegane [84 m. 18 k.] dziedziczność odno-

towano 44 razy, uraz 12, przestkach 3, naśladownictwo 3, choroby zakaźne 3, prędką mowę otoczenia 2, przyczyn niewiadomych 34. Druga tablica wyjaśnia nam, że wada ta najczęściej powstaje w wieku tworzenia się mowy [między 2—5 rokiem], oraz że drugie ząbkowanie i dojrzwianie płciowe odgrywają tu także pewną rolę. Cierpień krtani oraz jamy nosogardzielowej na 102 przypadki spostrzegł 10 razy, nie upatruje jednak bliższego związku tych zmian z nerwicą. Na zasadzie zebranych danych, dotyczących etyologii, zgodnie z uprzednim poglądem, za najważniejszą przyczynę jąkania uważa dwa momenty usposabiające, dziedziczność i wiek, przyczynom zaś wywołującym [uraz, przestkach itd.] przypisuje rolę drugorzędą.

Podane w pracy zeszlazocnej typy i formy jąkania zmienia w ten sposób, że do typu oddechowego dołącza jąkanie artykulacyjnej ekspiracji, typ głosowy uporządkowuje jako: a) skurcz ciągły mięśni ścieśniających głośnię, b) skurcz przerywany tychże mięśni, c) kloniczny strun głosowych, d) toniczny, artykulacyjny zaś typ zostawia bez zmiany. Na 102 przypadki spostrzegł form czy-stych jąkania oddechowego 10, głosowego 14, artykulacyjnego 11, z form zaś mieszanych głosowo-artykulacyjnego 18, głosowo-oddechowego 9, artykulacyjno-oddechowego 9, artykulacyjno-oddechowego 15, głosowo-artykulacyjno-oddechowego 20, wreszcie form nie dających się określić u małych dzieci 5. Objawy towarzyszące zaznaczył w 24 przypadkach. Na 22 osób leczących się, 18 wyleczyło się, 4 zaś doznało znacznej poprawy.

OLTUSZEWSKI utrzymuje, że w zasadzie nerwica ta należy stanowczo do uleczalnych, jeżeli leczenie to nie jest utrudnione przez samego chorego lub otoczenie. Do wyleczenia potrzeba jednak dłuższego czasu, aniżeli to było zaznaczone w roku zeszlazym, a mianowicie 2—3 miesiący w formach lżejszych, a pół roku w cięższych. Oprócz tego chory winien poddać się kontroli trwającej około roku. Niewypełnienie tych przepisów powoduje tak zwane powroty, których nie przyznaje, a mianem tem nazywa pogorszenia wskutek niedbalstwa ze strony chorych lub otoczenia, przerwania leczenia i t. d. (Autoreferat).

W dyskusji CIĄGLIŃSKI proponuje zastąpić termin „niemota czuciowa“ (*sensorielle Aphasia*) terminem „niemota zmysłowa“. Afazya przewodnictwa, jako wyrażenie nie odpowiadające duchowi języka, zastąpione być winno terminem „niemota wskutek przewodnictwa spaczonego“.

Prof. BRODOWSKI zaznacza, że mówca niedostatecznie umotywowal zmiany anatomiczne w mózgu przy opisie przypadku afazyi. Wobec wskazanej w anamnezie niedomogi sercowej, możliwe są namuly, należałoby jednak ich umiejscowienie określić dokładniej. Następnie prof. B. powątpiewa, aby niemocie czynnościowej nie towarzyszyły żadne zmiany w mózgu; zmiany te mogą być nawet trudne do stwierdzenia, choć niewątpliwie istnieją.

W odpowiedzi OLTUSZEWSKI zgadza się na termin „niemota zmysłowa“, co się zaś tyczy wyrażenia „afazya przewodnictwa“, to jako termin utraty wolałby go nie zmieniać. Co się zaś tyczy zmian w mózgu w opisywanym przypadku, to być może, że był to zator jednej z odnóg *arteriae fossae Sylvii*, choć bynajmniej O. zdania swego stanowczo w tej kwestyi nie wypowiada. Że mogą istnieć afazye bez zmian anatomicznych, za tem przemawiają, według

zdania mówcy te przypadki niemoty, które polegają na zaburzeniach pamięciowych i ustępują nieraz w bardzo krótkim czasie.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

35. Leczenie dyfterytu surowicą antydyfterytyczną.

Na ostatnim [ósmym] międzynarodowym kongresie higieny i demografii w Buda-Peszcie, między innymi kwestyami, przedstawiono z kilku stron [Francya, Niemcy] niezmiernie ważne prace, tyczące się uleczalności dyfterytu za pomocą surowicy antydyfterytycznej.

Pierwszy głos zabrał Roux (*Semaine médicale*, 1894. 51. *Bulletin médical*, 5 Septembre). Ze względu na niesłychaną doniosłość kwestyi, podajemy z pracy Roux'a wyczerpujące, obszerniejsze sprawozdanie, pomijając tylko drobne szczegóły techniczne, konieczne jedynie dla specjalisty-bakterjologa.

Prace BEHRING'a i KITASATO pobudziły do tego, że w pewnych chorobach zakaźnych zaczęto w celu leczniczym stosować surowicę krwi, pochodzącą od takich zwierząt, które przedtem odpowiednio uodporniono. Pierwsze próby tyczyły się leczenia tężca. Niestety, dotąd próby te nie odpowiedziały w całej rozciągłości oczekiwaniu, ale zapewne tylko dlatego, iż w tężcu wystąpienie pierwszych objawów jest oznaką, że choroba znajduje się już w pełnym rozwoju i że na leczenie już po większej części jest za późno.

W dyfterycie za to chorobę zwykle możemy obserwować od samego początku; dyfteryt więc przedstawiać powinien wdzięczniejsze pole do prób terapeutycznych: to-też Roux [wraz z MARTIN'em] już od r. 1891 zajmuje się kwestyą swoistego leczenia wzmiankowanej choroby.

Do takiego leczenia swoistą, antydyfterytyczną surowicą trzeba, jak wiadomo: 1) przedewszystkiem otrzymać toksynę antydyfterytyczną, 2) następnie tą toksyną immunizować jakieś zwierzę, 3) zebrać surowicę krwi od owego zwierzęcia już uodpornionego i nareszcie 4) oznaczyć siłę immunizacyjną owej surowicy, pochodzącej od zwierzęcia uodpornionego. Dopiero wówczas taką surowicę można stosować do celów leczniczych.

Toksynę dyfterytyczną otrzymuje się, hodując laseczniki dyfterytyczne w bulionie w przystępie powietrza. W warunkach zwykłych trzeba hodowle utrzymywać przez kilka miesięcy w ciepłocie 37° C. dla nagromadzenia dostatecznej ilości toksyny. Roux i YERSIN uniknęli tej niedogodności i wynaleźli szybszy sposób otrzymywania wzmiankowanej toksyny, wystawiając hodowle na wpływ przeciągu wilgotnego powietrza: w trzy tygodnie, a najdalej w miesiąc hodowla już tyle zawiera toksyny, że może służyć do użytku. Wówczas hodowlę filtruje się przez filtr CHAMBERLAND'a, a przecedzony płyn, jasny, przezroczysty, przechowuje się w naczyniach szczelnie zamkniętych w miejscu ciemnym i przy temperaturze zwykłej, pokojowej. Część $\frac{1}{10}$ centymetra sześciennego takiego płynu zabija świnkę morską,

wagi 500 gramów, w ciągu 48 lub 60 godzin. W miarę długiego stania jadowitość płynu zmniejsza się, ale bardzo powoli.

Otrzymawszy toksynę, trzeba przystąpić do immunizowania zwierząt, których surowica krwi ma następnie służyć do celów leczniczych. Przedewszystkiem trzeba siłę jadowitości otrzymanego płynu, t. j. toksyny dyfterytycznej, osłabić do pewnego stopnia, gdyż w przeciwnym razie, zamiast immunizacji, nastąpiłaby śmierć zwierzęcia. Doświadczenie, przeprowadzone jeszcze dawniej wraz z VAILLARD'em nad płynem toksycznym, otrzymanym z hodowli laseczników tężcowych, wykazało, że przez dodanie jodu można zmniejszyć stopień jadowitości wzmiankowanego płynu. Toż samo zupełnie tyczy się i toksyny dyfterytycznej: dodatek jodu czyni ją mniej niebezpieczną od czystej. Otóż, przed wstrzyknięciem trzeba do toksyny dyfterytycznej dodać płyn GRAM'a, właściwie LUGOL'a (*Jodi 1, Kali jodati 3, Aqu. dest. 300*), a mianowicie $\frac{1}{3}$ część objętości, a dopiero taką mieszaninę po kilku chwilach wstrzyknąć pod skórę zwierzęciu.

Królik, średniej wielkości, znosi na raz $\frac{1}{2}$ centymetra sześciennego takiej mieszaniny. Co kilka dni przez kilka tygodni trzeba zwierzęciu wstrzykiwać taką samą ilość wzmiankowanej mieszaniny, a dopiero wówczas można albo stopniowo zwiększać dawkę owej mieszaniny wstrzykiwanej, albo zmniejszać dodatek jodu; w końcu zaś należy wstrzykiwać już tylko czysty płyn toksyczny bez dodatku jodu.

Podczas wzmiankowanych wstrzykiwań trzeba często zwierzę ważyć, a przestać wstrzykiwać, skoro tylko się zauważy, że zwierzę zaczyna tracić na wadze; w przeciwnym bowiem razie zwierzę wpada w stan charłactwa i ginie.

Psy w ten sposób immunizowane dają bardzo dobrą surowicę antydyfterytyczną. Barany i kozy są niezmiernie wrażliwe na jad dyfterytyczny i z tego powodu immunizowanie ich wymaga wielkich ostrożności. Toż samo wprawdzie tyczy się i krów, jednakże immunizowanie warte tu zachodu, gdyż mleko krów uodpornionych może być ważnem źródłem antytoksyny dyfterytycznej.

Ze wszystkich zwierząt, mogących dostarczać surowicy antydyfterytycznej w wielkiej ilości, najodpowiedniejszym jest koń: najłatwiej bowiem daje się immunizować, znosząc toksynę dyfterytyczną daleko lepiej, aniżeli inne zwierzęta; u niektórych koni po wstrzyknięciu od razu 2—5 centymetrów sześciennych toksyny dyfterytycznej pod skórę powstaje tylko lekka gorączka i nie wielki obrzęk miejscowy, a po krótkim czasie i te objawy znikają.

Wprawdzie BEHRING na mocy doświadczenia utrzymuje, że im zwierzę jest bardziej wrażliwe na toksynę, tem silniejszymi własnościami antytoksycznymi odznacza się jego surowica po uodpornieniu, to jednakże Roux pomimo to do doświadczeń nad leczeniem dyfterytu używał przeważnie surowicy końskiej i taką dalej stosuje oraz zaleca do celów leczniczych, a to dla następujących powodów.

Popierwsze. Dawniejsze doświadczenia, przeprowadzone wspólnie z VAILLARD'em, przekonały, że zwyczajna, czysta surowica końska nawet w wielkich dawkach nie jest szkodliwą ani dla ludzi, ani dla zwierząt: wstrzyknięta pod skórę ulega bardzo szybko wessaniu bez wywołania reakcyi miejscowej:

Powtórę. Z żyły szyjowej u konia można niezmiernie łatwo, ile razy tylko się zechce, otrzymywać w dużej ilości zupełnie czystą krew, od której oddziela się bardzo przezroczyista surowica. U niektórych koni wypuszczano krew za pomocą grubego trójgrańca przeszło 20 razy, a pomimo to żyła szyjowa zachowywała nadal swoją poprzednią sprężystość i drożność.

Potrzenie. Co się tyczy stopnia skuteczności surowicy antydyfteryycznej końskiej, to Roux dotąd doprowadził ową surowicę do siły immunizacyjnej, równającej się prawie 100,000, a sądzi, że można będzie u koni otrzymywać i surowicę antydyfteryyczną jeszcze wyższej siły immunizacyjnej.

Poczwarte. Używając koni do immunizacji, zyskuje się dużo na czasie: w ciągu 2 miesięcy i 20 dni można mieć już skuteczną surowicę antydyfteryyczną. Rozpoczyna się wstrzykiwać od $\frac{1}{4}$ części centymetra sześciennego toksyny dyfteryycznej, zmieszanej z $\frac{1}{10}$ objętości płynu GRAM'a i stopniowo dochodzi się do dawek 250 centymetrów sześciennych czystego płynu toksycznego. Dawki te wówczas nie wywołują ani znaczniejszej gorączki, ani zbyt wydatnej reakcyi miejscowej.

Do immunizacji używa Roux koni powozowych, mających 6—9 lat życia, dobrze odżywionych i zupełnie zdrowych [trzeba koniecznie badać mocz koni], a niezdatnych do użytku zwykłego tylko z powodu jakiejś wady w nogach. Oprócz tego trzeba bezwarunkowo się przekonać, czy dany koń nie jest chory na nosaciznę, a w tym celu wstrzyknąć mu należy podskórnie malleinę.

Surowica antydyfteryyczna, otrzymana — rozumie się, z wszelkimi środkami ostrożności — od koni immunizowanych, daje się przechowywać bardzo długo bez zmiany. Przechowywać wszakże ją trzeba w ciemnym miejscu, w naczyniach wyjałowionych, w całości napełnionych i szczelnie zamkniętych, a dodaje się do niej tylko kawałek kamfory.

Surowicę antydyfteryyczną, wysuszoną w przestrzeni pozbawionej powietrza, można doskonale przesyłać w dalekie kraje. Chcąc jej w takim razie użyć, trzeba ją rozpuścić w 8 lub 10 objętościach wody wyjałowionej. Roztwór taki posiada wszystkie własności pierwotnej surowicy antydyfteryycznej, z tą tylko różnicą, że wywołuje chwilowe obrzmienie miejscowe, którego pierwotna, niewysuszona surowica antydyfteryyczna nie daje.

Co do własności surowicy antydyfteryycznej, t. j. jej wpływu na organizm, to przeprowadzone doświadczenia fizyologiczne na zwierzętach dały następujące wyniki.

Wiadomo nam już z tego, co wyżej powiedziano, że $\frac{1}{10}$ część ctm. sześć. płynu toksycznego, wstrzykniętego pod skórę zwierzęciu — np. śwince morskiej — zabija je w ciągu pewnego czasu: 48 do 60 godzin.

Jeżeli zaś do płynu toksycznego dyfteryycznego dodamy surowicę antydyfteryyczną, to płyn toksyczny przestaje być szkodliwym: mieszanina taka, wstrzyknięta zwierzęciu, nie wywołuje żadnego zaburzenia, nawet żadnej reakcyi miejscowej.

Ten wpływ zobojętniający, znoszący działanie jadu dyfteryycznego wywiera surowica antydyfteryyczna nie tylko w próbówce, ale i w organizmie

zwierzęcia, o czym bardzo łatwo można się przekonać z następujących doświadczeń.

Jeśli świnie morskiej wstrzykniemy najprzód odpowiednią dawkę surowicy antytoksyycznej, to następnie zwierzę to zniesie bez szkody płynu toksycznego, dyfterytycznego, taką ilość, jaka w zwykłych warunkach, albo u innych świńek morskich na pewno śmierć wywołuje.

Można postąpić i odwrotnie: najprzód wstrzyknąć płyn toksyczny, a w kilka godzin potem surowicę antydyfterytyczną. Zwierzę i w tym razie nie ginie. Rozumie się, że ilość surowicy antydyfterytycznej, potrzebnej do ocalenia zwierzęcia, zależy od wielu warunków, a mianowicie: od wagi zwierzęcia, od dawki wstrzykniętego przedtem płynu toksycznego i wreszcie od czasu ubiegłego od wstrzyknięcia toksyny do wstrzyknięcia surowicy leczniczej, o czym zresztą poniżej będzie jeszcze mowa.

Już z tych ogólnych doświadczeń widać, że surowica antydyfterytyczna posiada własności zapobiegawcze i lecznicze.

Dodać tu wreszcie trzeba i tę ważną okoliczność, stwierdzoną również doświadczeniem na zwierzętach, że działaniem tem surowica się odznacza nie tylko względem samej toksyny dyfterytycznej, ale i względem żywych laseczników dyfterytycznych.

Własności te surowicy leczniczej, odkryte przez BEHRING'a, są podstawą leczenia dyfterytu i zależą od substancji swoistej, którą się nazywa „antytoksyną“.

Nawiasowo zaznaczyć tu wszelako trzeba, że dotąd nie znamy dokładnie ani samej „toksyny dyfterytycznej“, ani „antytoksyny dyfterytycznej“.

Zwierzęta, otrzymawszy podskórnie antytoksynę dyfterytyczną, stają się od razu odpornymi, niewrażliwymi na dyfteryt; ale owa odporność, wywołana nie toksyną, lecz antytoksyną, nie jest trwałą, gdyż znika już po kilku tygodniach, stosownie do ilości wstrzykniętej surowicy. Tą właśnie nietrwałością różni się odporność, wywołana surowicą antytoksyyczną, od owej trwałej odporności, jaką wytwarzamy w zwierzęciu, wstrzykując mu przez czas dłuższy płyn toksyczny, dyfterytyczny.

Nim przejdziemy do dalszego ciągu doświadczeń, trzeba koniecznie porozumieć się co do sposobu dawkowania surowicy leczniczej.

Dla określenia w surowicy stopnia działalności immunizacyjnej pierwszy BEHRING podał sposób następujący: siłę immunizacyjną surowicy ocenia się tą ilością surowicy, jaka jest konieczną do uodpornienia jednego grama zwierzęcia względem pewnej objętości płynu toksycznego, wstrzykniętego w dwanaście godzin po zastosowaniu surowicy antytoksyycznej i działającego w zwykłych warunkach, t. j. u zwierzęcia nieuodpornionego, na pewno zabójczo. Gdy więc powiada się, że surowica ma siłę, równającą się np. 1000 jednostkom, albo krócej jest $\frac{1}{1000}$, to znaczy, że 1 gram tej surowicy immunizuje 1000 gramów, czyli kilogram, świnki morskiej przeciw pewnej określonej ilości toksyny, zdolnej do zabicia zwierzęcia w określonym terminie czasu.

Od niedawna niektórzy używają dla surowicy innego sposobu określania siły immunizacyjnej. Według EHRLICH'a, jednostkę immunizacyjną stanowi

$\frac{1}{10}$ część centymetra sześciennego surowicy, która zmieszana z $\frac{9}{10}$ częściami toksyny normalnej, neutralizuje tę ostatnią do tego stopnia, że wstrzyknięcie owej mieszaniny pod skórę świnki morskiej nie wywołuje żadnego obrzęku.

Otóż, surowica antydyfterytyczna, którą Roux się posługuje, odznacza się względnie dużą siłą działania, o czym łatwo się przekonać z szeregu następujących doświadczeń.

Przedewszystkiem, jak wiadomo, stwierdzono, że $\frac{1}{10}$ część centymetra sześciennego płynu toksycznego, dyfterytycznego, używanego przez tego badacza do doświadczeń i do immunizowania zwierząt, zabija świnkę morską, wagi 500 gramów, w ciągu 48 godzin. Jeżeli $\frac{1}{10}$ część centymetra sześciennego surowicy antydyfterytycznej zmieszamy z $\frac{9}{10}$ częściami centymetra sześciennego wyżej wzmiankowanego płynu toksycznego i mieszaninę tę wstrzykniemy śwince morskiej, to przekonamy się, że owe wstrzyknięcie nie wywołuje żadnego obrzęku. Nie dość na tem: nawet mieszanina, w której znajduje się tylko $\frac{1}{30}$ część ctm. sześciennego surowicy, również obrzęku nie wywołuje. Jeżeli zaś mieszanina zawierać będzie tylko $\frac{1}{50}$ część centymetra sześciennego surowicy, to powstaje lekki obrzęk miejscowy, ale świnka morska i tym razem pozostaje nadal zdrową.

Jeżeli zwierzęciu wstrzykniemy wprost surowicę antydyfterytyczną, to, jak już wiemy, zwierzę staje się odpornem na jad dyfterytyczny, tak, że bez szkody można mu następnie wstrzyknąć odpowiednią ilość płynu toksycznego. Zobaczymy też, jak wielką jest owa siła zapobiegawcza surowicy antydyfterytycznej, otrzymywanej przez Roux'a.

Jeżeli śwince morskiej na 12 godzin przed wstrzyknięciem płynu toksycznego wstrzykniemy surowicę antydyfterytyczną w ilości, odpowiadającej $\frac{1}{100000}$ części wagi danego zwierzęcia, to bez szkody można mu wstrzyknąć taką ilość toksyny, jaka inne świnki morskie, służące do kontroli doświadczenia, zabija w ciągu pięciu dni. Jeżeli zaś śwince morskiej wstrzykniemy większą dawkę surowicy, np. $\frac{1}{50000}$ część wagi danego zwierzęcia, to dana świnka morska zniesie następnie bezkarnie takie wstrzyknięcie hodowli dyfterytycznej, od którego inne świnki morskie giną w ciągu 48 godzin.

Z tego widać, że siła immunizacyjna surowicy antydyfterytycznej, wyrażająca się wielkością $\frac{1}{100000}$, jest wprawdzie mniejszą od siły immunizacyjnej surowicy antytetanicznej, która jest zapobiegawczą w $\frac{1}{100000000}$; jednakże pomimo to, jak się przekonamy, wyniki lecznicze daje surowica antydyfterytyczna daleko lepsze, aniżeli surowica antytetaniczna.

Wyżej już przytoczono doświadczenie na zwierzętach, łatwo przekonywające, że surowica odznacza się i własnościami leczniczymi: zwierzę, któremu najprzód wstrzyknięto toksynę dyfterytyczną, można następnie ocalić od niechybnej śmierci, zastrzykawszy mu odpowiednią ilość surowicy antydyfterytycznej. Im później w tym razie przystępuje się do interwencji leczniczej, tem większej potrzeba dawki surowicy antytoksycznej dla ocalenia zwierzęcia. W sześć godzin po wstrzyknięciu toksyny — $\frac{1}{1000}$ część surowicy, względnie do wagi zwierzęcia, daje pomyślny skutek, ale w 12 godzin — już ta ilość surowicy wpływu zbawczego nie wywiera. Wszelako, jeśli, zamiast wstrzyknięcia

toksyny, zaszczipimy zwierzęciu pod skórę żywe laseczniki dyfterytyczne, to wyżej wzmiankowana ilość surowicy skuteczne działanie wywrze nawet w 12 i 48 godzin po zarażeniu zwierzęcia. Nawiasowo dodać tu należy, że fakt ten ostatni dowodzi, iż nie same tylko laseczniki działają zabójczo na organizm, ale głównie toksyny przez nie wytwarzane i że do wytworzenia odpowiedniej, zabójczej ilości toksyny laseczniki potrzebują pewnego określonego czasu.

Jakkolwiek dotąd przytoczone doświadczenia są dość przekonujące co do własności zapobiegawczych i leczniczych surowicy antytoksycznej, to jednakże na pozór nie są zupełnie wolne od zarzutu. Doświadczeniom tym możnaby mianowicie zarzucić to, że w nich widzimy nie klasyczny obraz dyfterytu, jaki najczęściej u ludzi spostrzegamy, ale jakiś obraz chorobowy, zależny od zatrucia organizmu zwierząt wskutek podskórnych wstrzykiwań pewnego jadu. Dla medycyny praktycznej, rozumie się, jeszcze bardziej przekonującymi byłyby takie doświadczenia, któreby się odbywały na zwierzętach, dotkniętych wyraźnym, klasycznym dyfterytem błon śluzowych i skóry.

Otóż, Roux i tę stronę danej kwestyi szczegółowo uwzględnił. Z dawniejszych badań BEHRING'a wiadomo, że u świnki morskiej można bardzo łatwo sztucznie wywołać dyfteryt sromu, pochwy, gardzieli, krtani i t. d., a u królika np. — dyfteryt na wewnętrznej powierzchni ucha. W tym celu rozgrzaną paleczką szklaną przyżega się zlekka część sromu i pochwy, a następnie na to miejsce oparzone przenosi się laseczniki dyfterytyczne; po pewnym czasie możemy spostrzegać klasyczny obraz dyfterytu miejscowego obok zakażenia ogólnego.

U świnek morskich, a jeszcze lepiej u królików wywołuje się sztucznie dyfteryt krtani i tchawicy w ten sposób, że przez sztucznie zrobioną małą ranę w tchawicy [tracheotomia] wprowadza się ostry drut platynowy i tym rozdrapuje błonę śluzową; następnie na to miejsce przenosi się innym drucikiem platynowym hodowlę laseczników dyfterytycznych. Po tem wszystkiem ranę się zesztywnia. Na drugi dzień u zwierząt zarażonych pojawia się gorączka; w 48 godzin oddechanie staje się utrudnionem, a w miarę tego, jak błony dyfterytyczne coraz bardziej się rozwijają, oddechanie staje się jeszcze głośniejszem i mozolniejszym. Świnki morskie zwykle zdechają w ciągu trzech dni, a króliki — w ciągu 3—5 dni.

Dla wywołania dyfterytu na skórze, np. na wewnętrznej powierzchni ucha, nakłada się królikowi na podstawę ucha obrączkę kauczukową, przez co powstaje nieznaczny obrzęk; następnie zlekka przyżega się skórę, a w końcu na to miejsce przenosi się laseczniki dyfterytyczne.

W każdym razie błona dyfterytyczna, wywołana jednym ze sposobów wyżej przytoczonych, przedstawia budowę zupełnie tę samą, jak przy dyfterycie u ludzi, i zawiera w sobie laseczniki dyfterytyczne oraz inne mikroby.

Sztucznie wytworzony dyfteryt przedstawia tę niezmiernie dogodną i pouczającą stronę, że pozwala doskonale krok w krok śledzić i sam przebieg cierpienia i wpływ leczniczy surowicy na sprawę chorobową.

Po tem, co powiedziano, można już przyjrzeć się i samym doświadczeniom, przedstawiającym działanie surowicy leczniczej na tak zwaną klasyczną sprawę dyfterytyczną.

Jeśli świnie morskiej najprzód wstrzykniemy pod skórę dostateczną ilość surowicy antytoksycznej, to szczepienie dyfterytu na sromie nie przyjmie się wcale. Jeśli zaś prewencyjna dawka surowicy leczniczej była nieco mniejszą, to szczepienie na sromie i pochwie wywoła wprawdzie miejscową sprawę chorobową, jednakże już drugiego dnia zmiany te miejscowe zaczynają się zmniejszać i błony fałszywe oddzielać. U innych świnek morskich, które służą do kontrolowania danego doświadczenia, stan ogólny owego drugiego dnia jest bardzo ciężkim, gorączka znaczną, a błona śluzowa mocno czerwona, obrzęknięta i dyfterytem pokryta.

Świnki morskie, u których sztucznie wywołano dyfteryt sromu i pochwy i których zostawiano bez żadnej interwencji leczniczej, zdechały najdalej 6-go dnia po dokonaniem zaszczepieniu. Te zaś świnki morskie, którym w 12 godzin po zaszczepieniu dyfterytu, t. j. wówczas, gdy zmiany miejscowe są już bardzo wydatne, wstrzyknięto surowicę leczniczą w ilości $\frac{1}{10000}$ — $\frac{1}{1000}$ [względnie do wagi zwierzęcia], zupełnie wyzdrowiały i to mniej lub więcej szybko, stosownie do ilości wstrzykniętej surowicy: w każdym razie już na drugi dzień po wstrzyknięciu surowicy leczniczej błony dyfterytyczne zaczynają się oddzielać i laseczniki wyraźnie znikać.

Świnki morskie i króliki ze sztucznym dyfterytem krtani i tchawicy, jak już wyżej wzmiankowano, niechybnie zdechają: pierwsze w ciągu trzech dni, drugie najpóźniej w 5 dni. Jeśli zaś przed wywołaniem sztucznego dyfterytu tchawicy wstrzykniemy zwierzęciu odpowiednią dawkę surowicy antytoksycznej, to szczepienia nie wywołują następstw chorobowych; przynajmniej te ostatnie nie uwydatniają się żadnymi objawami widocznymi. Jeśli teraz postąpimy odwrotnie, t. j. najprzód u zwierzęcia wywołamy dyfteryt tchawicy, a następnie wstrzykniemy podskórnie surowicę leczniczą, to zauważymy, że sprawa chorobowa, będąca już w pełnym rozwoju, nagle zatrzymuje się w swym biegu i zwierzę zdrowieje. Rozumie się, że wówczas koniecznym jest warunek, aby interwencja nie nastąpiła zbyt późno i aby ilość surowicy zastrzykniętej była odpowiednią. W tych razach, w których wstrzykiwano za małą ilość surowicy, choroba wprawdzie zatrzymywała swój bieg na pewien czas, następowała poprawa, ale następnie cierpienie dalej się rozwijało i zwierzęta ginęły.

Wiadomo powszechnie, że do najcięższych należą te formy dyfterytu, w których, oprócz laseczników KLEBS-LOEFFLER'a, znajdują się i inne bakterie, a szczególnie streptokokki. Tyczy się to i ludzi i zwierząt. Na zwierzętach w sposób bardzo przekonujący przeprowadzili odnośne doświadczenia, między innymi badaczami, także ROUX i YERSIN. Badacze ci przekonali się, że w tych razach, w których dana hodowla laseczników dyfterytycznych za mało posiada własności chorobotwórczych, by zabić świnkę morską lub królika, trzeba tylko jednocześnie z lasecznikiem dyfterytycznym zaszczepić i hodowlę streptokokków, a zwierzę niechybnie zginąć musi.

Otóż, w takich mieszanych postaciach dyfterytu tchawicy leczenie surowicą antydyfterytyczną dawało daleko gorsze wyniki, aniżeli w postaciach zakażenia czystego, nie mieszanego.

Królikom w sposób wyżej wzmiankowany szczepiono w tchawicy hodowlę laseczników dyfterytycznych wraz z hodowlą streptokokków i przez to wywoływano ciężką, mieszaną formę dyfterytu. Wszystkie te króliki, u których dopiero w 12 godzin po zarażeniu przystąpiono do leczenia wstrzykiwaniami surowicy antytoksyecznej, ginęły, pomimo to, że owe wstrzykiwania lecznicze u niektórych powtarzano wielokrotnie; ocalono zaś od śmierci dość dużą część tych królików, u których zastrzykiwać surowicę leczniczą rozpoczęto w 6, a najdalej w 8 godzin po zarażeniu. Ale nawet i w tych szczęśliwych przypadkach trzeba było owe wstrzykiwania lecznicze niejednokrotnie powtarzać, aby nareszcie wynik otrzymać pomyślny.

Po przeprowadzeniu doświadczeń na zwierzętach nad wpływem surowicy antydyfterytycznej, przystąpiono do stosowania owej surowicy leczniczej u ludzi, dotkniętych dyfterytem.

Badania kliniczne przeprowadzono w szpitalu dla dzieci (*l'Hôpital des Enfants-Malades*), począwszy od 1-go lutego 1894 r. do 24 lipca r. b. Przez ten czas poddano leczeniu surowicą antytoksyeczną wszystkie dzieci, przybyłe na oddział dyfterytyczny, bez wyboru, a mianowicie 448. Z tych zmarło 109, a więc odsetka śmiertelności wynosi 24,33%.

Porównawszy dane statystyczne, zebrane w tymże oddziale za 4 lata poprzednie, a mianowicie za r. 1890, 1891, 1892 i 1893, przekonać się można od razu, jak wielka zachodzi różnica pomiędzy śmiertelnością w latach ubiegłych a śmiertelnością tegoroczną — i do dzięki stosowanemu leczeniu. Podczas gdy w latach poprzednich najniższa śmiertelność wynosiła 47,64% [r. 1892] i dosięgała cyfry 55,88% [1890 r.], czyli średnio wynosiła przeszło 51%, to w tym roku przy leczeniu surowicą antytoksyeczną odsetka śmiertelności spadła do cyfry dotąd niebywalejszej, a mianowicie do 24,3%.

Możnaby temu wywodowi statystycznemu zrobić ważny zarzut, że nie względnie charakteru epidemii, t. j. że dla tego wynik leczenia wypadł tak pomyślnie, bo i charakter epidemii tegorocznej mógł być łagodniejszym, niż dawniej. Otóż, na odparcie tego zarzutu dostarczyć może ważnego dowodu inny szpital paryski, *l'Hôpital Trousseau*, gdzie w tymże samym okresie czasu było na oddziale dyfterytycznym chorych dzieci 520, których nie leczono surowicą antytoksyeczną, a z których zmarło 316, t. j. przeszło 60%.

Rozpatrzywszy oddzielnie przypadki dyfterytycznego zapalenia gardła i oddzielnie przypadki krupu z tracheotomią i porównawszy odsetki śmiertelności, otrzymamy cyfry również nadzwyczaj pochlebne dla nowej metody leczniczej.

W r. 1890, 1891, 1892 i 1893 z dyfterytycznego zapalenia gardła zmarło w szpitalu dla dzieci przeszło 33%. W szpitalu *Trousseau* na dyfterytyczne zapalenie gardła w 7 miesiącach, t. j. od lutego do 24 lipca b. r., zmarło 32%. W tychże samych zaś miesiącach w szpitalu dla dzieci przy stosowaniu surowicy leczniczej zmarło tylko 12%.

Co się tyczy krupu z tracheotomią, to do roku zeszłego w szpitalu dla dzieci średnia śmiertelność wynosiła zawsze przeszło 73%; w szpitalu *Trousseau* od lutego do końca lipca r. b. śmiertelność dosięgała aż cyfry 86%; przy leczeniu zaś

surowicą antytoksyyczną w tymże roku w tychże samych miesiącach w szpitalu dla dzieci śmiertelność wynosiła tylko 49%.

Tak przedstawia się statystyka w grubych zarysach. Jeśli teraz zwrócimy uwagę, że na owych 448 chorych, którzy przybyli na oddział dyfterytyczny szpitala dla dzieci, badanie bakteryologiczne w 128 przypadkach nie wykryło laszczników KLEBS-LOEFFLER'a i że prócz tego 20 było takich chorych, którzy zmarli zaraz po wstąpieniu do szpitala, jeszcze przed zastosowaniem leczenia surowicą, to cyfra niewątpliwego dyfterytu, leczonego surowicą antytoksyyczną, wyniesie tylko 300. Z owych to 300 chorych dyfterytycznych zmarło 78, a więc 26%.

Wynik ten można również nazwać nadzwyczaj pomyślnym, gdyż poprzednie prace ROUX i YERSIN'a, MARTIN'a i CHAILLOU przekonały, że w tymże samym szpitalu tak samo obliczona statystyka dawała 50% śmiertelności.

Zresztą trzeba w tem miejscu jeszcze na jedną bardzo ważną okoliczność zwrócić uwagę. Na oddział dyfterytyczny przybywa zawsze dużo chorych z zajęciem gardła charakteru niedyfterytycznego. Dawniej często się zdarzało, że takie dzieci zarażały się dopiero na oddziale i zapadały następnie na prawdziwy, nieraz bardzo ciężki dyfteryt. Ponieważ tego roku, nie czekając na rezultat badania bakteryologicznego, każdemu dziecku wstrzykiwano surowicę antytoksyyczną, przeto i owym 128 dzieciom, dotkniętym, jak następnie ściśle badanie wykazało, tylko pseudo-dyfterytem, również wstrzyknięto surowicę andyfterytyczną. Otóż, rezultat otrzymano taki, że pomimo przebywania przez kilka dni na oddziale dyfterytycznym ani jedno z tych dzieci nie zaraziło się dyfterytem.

Co się tyczy sposobu stosowania i działania surowicy leczniczej u chorych, to powiedzieć można, co następuje. Surowica antytoksyyczna, którą stosowano do leczenia dyfterytu, pochodziła, jak nam już wiadomo, od koni uodpornionych i posiadała siłę immunizacyjną, wynoszącą od 50,000 do 100,000.

Każdemu choremu dziecku, przybyłemu do oddziału, zastrzykiwano od razu pod skórę boku 20 cent. sześciennych owej surowicy leczniczej. Jeśli badanie bakteryologiczne wykazało, że w danym przypadku nie mamy do czynienia z prawdziwym dyfterytem, to zastrzykiwań więcej nie powtarzano. O ile nam już wiadomo, takich dzieci z zapaleniem gardła charakteru niedyfterytycznego było 128. U żadnego z tych 128 dzieci owo wstrzyknięcie surowicy nie wywołało niepożądanych objawów. Przeciwnie, zdaje się, że i w tych razach choroba przebiegała szybciej i pomyślniej, aniżeli zwykle, a zresztą, co jest najważniejsze, żadne z tych dzieci nie zaraziło się na oddziale dyfterytem.

Wstrzykiwanie podskórne surowicy leczniczej nie sprawia bólu, a jeśli zrobione jest aseptycznie, to nie wywołuje żadnej reakcji miejscowej: w ciągu kilku minut surowica ulega wessaniu.

W kilku przypadkach, w których mniej ostrożności aseptycznej zachowywano, pojawiała się miejscowe zaczerwienienie, lecz i to najczęściej znikало w ciągu 24—48 godzin. Tylko w trzech przypadkach doszło do utworzenia się ropnia, który następnie trzeba było przeciąć.

W 24 godziny po pierwszym wstrzyknięciu robiono zwykle drugie w ilości 20 lub 10 centymetrów sześciennych. Bardzo często owe dwa wstrzykiwania podskórne wystarczały do uleczenia chorego.

Co do dalszych wstrzykiwań, to kierowano się głównie ciepłotą ciała. Jeśli, pomimo dwóch pierwszych wstrzyknięć podskórnych, ciepłota gorączkowa nadal się utrzymywała, wstrzykiwano jeszcze 20 lub 10 centymetrów sześciennych surowicy leczniczej.

Ponieważ średnio dzieci ważyły 14 kilogramów, przeto wypada, że przy pierwszym wstrzyknięciu dzieci otrzymywały surowicę leczniczą w ilości nieco większej od $\frac{1}{1000}$ części ich wagi; w niektórych wszakże wyjątkowych przypadkach wstrzykiwano surowicę w ilości prawie $\frac{1}{100}$ części wagi dziecka.

Najmniejsza ilość surowicy, użytej do leczenia istotnego dyfterytu, wynosiła 20 centymetrów sześciennych; największa — 125 centymetrów sześciennych. Tylko w jednym wyjątkowym przypadku w ciągu 30 dni wstrzyknięto podskórnie 205 centymetrów sześciennych.

W okresie zdrowienia, w kilka dni po wstrzyknięciu surowicy, występowały nieraz wysypki, albo charakteru nieokreślonego, albo najczęściej w postaci pokrzywki (*urticaria*). Wysypkom tym, powstałym pod wpływem działania surowicy, zwykle nie towarzyszyła gorączka. Zdarzały się wszakże i wysypki z gorączką, ale te już nie zależały od wstrzykniętej surowicy, lecz były wyrazem innej choroby zakaźnej, wikłającej dany przypadek dyfterytu: odra, szkarlatyna, ropnica, posocznica i t. d. Tego rodzaju wysypki z gorączką najczęściej obserwowano w tych przypadkach dyfterytu, w których obok laseczników specyficznych znajdowano i inne mikroby chorobotwórcze.

Choroby następcze po dyfterycie występowały, przy leczeniu surowicą antytoksyczną, niezmiernie rzadko. Jednakże zdarzały się przypadki następczego paraliżu, a mianowicie: kilka przypadków paraliżu podniebienia miękkiego, jeden przypadek paraliżu kończyny dolnej i jeden paraliżu ogólnego. Ten ostatni przypadek tyczył się chłopca 9-letniego, który przybył z dyfterytem 6-go dnia choroby. W trzy tygodnie po wyzdrowieniu wystąpił ogólny paraliż. Dziecko zmarło podczas jedzenia wskutek uduszenia się cząsteczkami pokarmu.

Tak się przedstawia w ogólnym zarysie kwestya własności zapobiegawczych i leczniczych surowicy antydyfterytycznej. W jednym z najbliższych numerów naszego pisma zdamy sprawę z ostatniej części pracy Roux'a, czysto klinicznej; znajdziemy tam szczegółowe dane, dotyczące się zmian, jakie surowica antytoksyczna wywołuje w przebiegu oddzielnych form chorobowych dyfterytu. Następnie uwzględnimy i inne prace, odnoszące się do wzmiankowanej kwestyi.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— BERESTNIEF z kliniki prof. CZERINOWA w Moskwie na podstawie badań nad krwią przy leukocytozie doszedł do wniosku, że krew taka działa fermentacyjnie nie tylko na cukier i krochmal, jak tego dowiodły badania LEPIN'a, SEEGEN'a i innych lecz—i na białko. Krew *in vitro* rozkłada białko pod wpływem fermentu, wydzielającego się z białych ciałek, przy ich rozpadzie. Ferment powyższy podobnym jest w swoich własnościach do trypsyny. Wyżej opisane własności fermentacyjne posiada krew, jeżeli ilość białych ciałek w 1 ctm. sześć. jest nie niższą nad 40,000.

Dotąd tylko w ropie [LEBER] dowiedzoną była własność oddziaływania na białko ciałek białych. (*Arch. de scienc. biolog. de l'inst. exper. à St. Petersb. T. III. Nr. 1*). F. S.

— Prof. POPPERT z Giessen na podstawie własnych obserwacji i danych statystycznych dochodzi do wniosku, że pierwszeństwo eteru przed chloroformem przy narkotyzacji bynajmniej nie jest faktem dowiedzionym, gdyż po eteryzacji nierównie częściej zdarzają się spóźnione przypadki śmierci, zależne li tylko od trujących własności eteru. Przypadki śmierci w kilka lub kilkanaście godzin po obudzeniu się często przez statystykę zostają pomijane. Ostry obrzęk płuc, powodujący śmierć bezpośrednio po uspianiu, a również zapalenia oskrzeli, tak często występujące przy eteryzacji, tylko na karb toksycznych własności eteru złożone być mogą. (*Deutsche med. Woch. Nr. 37*). F. S.

— HECKER obserwował przypadek zatrucia tryonalem u 50-letniej kobiety, która zasięgała jego porady z powodu bezsenności. H., rozpoznawszy melancholię, stosował codziennie na noc po 1,5 tryonalu, poczem chora spała wybornie, lecz zaczęły występować stopniowo objawy zatrucia, które po 36 dawkach, a zatem po 54,0 tryonalu dały obraz, bardzo zbliżony do obrazu bezwładu postępowego, jakoto: chód chorej stał się bardzo niepewny i chwiejny, możność oryentowania się jej i pamięć znacznie ucierpiała, powstały zaburzenia w mowie i zmiany w piśmie. Wtedy tryonal odstawiono, a w przeciągu 3 tygodni zniknęły stopniowo zatrważające objawy, chód jednak pozostał osłabionym. H. przychodzi zatem do wniosku, że tryonal jest środkiem niebezpiecznym, który, podobnie jak sulfonal, wywołuje poważne zaburzenia w sferze czynności mózgowych; nie uważa jednak objawów obserwowanego przez się przypadku za swoiste zatruciu tryonalem, gdyż nie otrzymał charakterystycznego w takim razie zabarwienia moczu — hematofiryną. (*Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie. August. 1894. Str. 401—405*). W. H.

— Prof. RYDYGIER z Krakowa, opracowując do druku chirurgię jamy brzusznej, radby jak najobszerniej uwzględnić literaturę polską. W tym celu uprasza Sz. Kolegów o nadsyłanie mu odbitek z prac, wspomnianego działu dotyczących.

— Na redaktora „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ wybrany został ponownie na lat 3 kol. M. JAKOWSKI.

— Wobec powszechnego zajęcia, jakie budzi leczenie dyfterytu surowicą krwi, zwracamy uwagę kolegów na pracę ARONSON'a: „Podstawy leczenia surowicą krwi“, wydaną w „Odczytach klinicznych“ [Nr. 63], w której wyłożone są jasno zasady tego leczenia i historia jego udoskonalenia. Tam też podaną została cała literatura, odnosząca się do tego przedmiotu.

— Wyszedł z druku zeszyt Nr. 68 i 69 „Odczytów klinicznych“. Zawiera on pracę kol. E. BIERNACKIEGO p. t.: „Afazyja w świetle badań współczesnych“.

— Podczas I kongresu francuskiego dla medycyny wewnętrznej, który odbyć się ma w końcu miesiąca bieżącego w Lyonie, odsłoniętym tamże zostanie pomnik dla CL. BERNARD'a.

— W Bruyères en Vosges odsłonięto pomnik dla VILLEMIX'a, twórcy teorii o zaraźliwości suchot.

Zmarł: w Monachium D-r ROSSBACH, były profesor kliniki lekarskiej w Jenie.

Sprostowanie. W Gazecie Lekarskiej Nr. 37 w artykule D-ra WRÓBLEWSKIEGO na str. 901, wiersz 22-gi od góry, zamiast: „krowim, co tembardziej było prawdopodobnem“, powinno być: „krowim; było więc prawdopodobnem“.

Do dzisiejszego N-r Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“ księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc sierpień i wrzesień 1894.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 7 Октября 1894 г.

[Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29