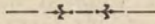


GAZETA LEKARSKA.

I. O WPLYWIE CHORÓB DRÓG ŻÓŁCIOWYCH NA CZYNNOŚĆ RUCHOWĄ ŻOŁĄDKA.

Przez

Mikołaja Rejchmana.



Z faktem wpływu zmian chorobowych, powstałych w jednym narządzie na stan innych narządów, spotykamy się u każdego niemal chorego. Taki stosunek szczególnie często napotykamy pomiędzy wątrobą i żołądkiem. Sąsiedztwo anatomiczne, bezpośrednie połączenia naczyń krwionośnych i nerwów, stosunkowo częste choroby obu tych narządów i t. p. sprawiają, iż związek pomiędzy chorobami wątroby i żołądka bardzo często spostrzegać się daje.

Nie mam zamiaru kwestyi tej szczegółowo tutaj rozbiierać. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na jeden jej dział, mianowicie na wpływ chorób dróg żółciowych, a szczególnie jednej tylko choroby, t. j. kamicy żółciowej [i jej następstw], na czynność ruchową żołądka.

Kamica żółciowa w dwojaki sposób oddziałuje na czynność ruchową żołądka. Najpierw podczas napadu t. zw. kolki wątrobowej i powtórnie, po napadzie, t. j. w przestankach wolnych od napadów. W pierwszym razie wpływ ten do skutku przechodzi prawdopodobnie drogą nerwową; w drugim zaś razie dzieje się tak samo, albo też sprawa jest tutaj bardziej skomplikowaną, wytwarzają się mianowicie zmiany anatomiczne w przewodach żółciowych i w częściach sąsiednich, które to zmiany spowodzają poważne zaburzenia w mechanizmie żołądka.

Podczas każdego silniejszego napadu kolki wątrobowej spostrzegamy zazwyczaj dwa objawy ze strony żołądka, jako wyraz zaburzeń w czynności ruchowej tego narządu: wzdęcie żołądka, albo wymioty, albo też i jeden i drugi objaw jednocześnie. Wzdęcie żołądka podczas napadu kolki wątrobowej, które łatwo rozpoznać i wzrokiem i opukiwaniem, stanowi objaw bardzo dolegliwy dla chorego, sprawiając mu zawsze przykrą, a czasem i straszną opresję. Wymioty podczas napadu kolki wątrobowej bywają często bardzo gwałtowne i męczą nadzwyczaj chorego. Z początku napadu są one pokarmowe, a następnie żółciowe.

Nie będę się silił na poszukiwanie najodpowiedniejszego tłumaczenia sposobu powstawania tych objawów. Widocznie powstają one drogą nerwo-

wą, a czy tu rolę odgrywa wzmożenie, czy osłabienie czynności ruchowej całego żołądka, albo też tej lub owej jego części, czy w powstawaniu tych objawów udział przyjmuje wyłącznie żołądek, czy też i inne narządy, to nie może nas tutaj specjalnie zajmować. Po przejściu napadu pozostaje bardzo często, jako następstwo tych zaburzeń w czynności ruchowej żołądka, mniej lub więcej długotrwałe osłabienie błony jego mięśniowej, które się objawia odbijaniem, uczuciem ciężkości i gniecienia w dołku po jedzeniu, wzdęciem okolicy żołądkowej i t. p. Te objawy żołądkowe występują często, po napadzie kolki wątrobowej, na pierwszy plan obrazu chorobowego i maskują właściwą chorobę. Lekarz powinien umieć rozpoznać to powikłanie zasadniczej choroby, a rozpoznawszy je, będzie mógł zastosować odpowiednie leczenie, skierowane przedewszystkiem ku usunięciu tej atonii żołądka.

Na te następcze zaburzenia w czynności ruchowej żołądka, przez napad kolki wątrobowej wywołane, i na konieczność stosownego ich leczenia, kładę tutaj szczególny nacisk, ponieważ codziennie niemal widuję chorych, którzy po szczęśliwie przebytych już napadzie kolki wątrobowej nie mogą, na razie przynajmniej, przyjść do zdrowia, z powodu niezachowywania odpowiedniej diety i przepełniania atonicznego żołądka zbyt dużą ilością naturalnych, a co jeszcze gorsza, sztucznych, zawierających dużo gazu, wód mineralnych.

W przestankach pomiędzy napadami kolki wątrobowej spostrzegać się najczęściej dają, występujące również pod postacią napadów, gwałtowne bóle, ograniczone do okolicy żołądkowej, czyli t. zw. gastralgia. Jakkolwiek bóle te zwykle „kurczami żołądka“ są nazywane, to jednakże niema na to pewnych dowodów, żeby one rzeczywiście powstawały wskutek kurczenia się błony mięśniowej żołądka. Być rzeczywiście może, że one w ten sposób powstają, ale z drugiej strony mogą to być napady czystego nerwobólu żołądka [splotu słońcowego]. Jeżeli bowiem u niektórych osób może powstać ból głowy wskutek wprowadzenia pokarmu do żołądka; jeżeli u innych zjawia się nerwoból nerwu trójdzielnego wskutek zaparcia stolca: to dla czegożby obecność kamieni w przewodach żółciowych nie mogła być przyczyną nerwobólu żołądka. Daleko łatwiej jednakże trafia do przekonania pogląd, że te bóle powstają wskutek odruchowych, gwałtownych skurczów błony mięśniowej całego żołądka, lub części odzwierniczej, albo wpustowej. Za tem przemawiać się zdaje uczucie skręcenia, kurczenia się, ściągania, przez chorych podczas napadu doznawane, jakoteż zapadanie się okolicy żołądkowej. Bóle te rozpoczynają się zazwyczaj w dołku podsercowym, rozprzestrzeniają się albo na oba podżebrza, przeważnie zaś na lewe, albo, co częściej się zdarza, ku górze, na przełyk i ku grzbietowi.

Te napady gastralgii przy kamicy żółciowej bardzo często się wydarzają, a ponieważ jest to choroba bardzo rozpowszechniona, przeto rzecz można, iż najczęstszą przyczyną gastralgii jest kamica żółciowa ¹⁾.

W okresach międzynaapadowych kamicy, prócz powyższego krótkotrwałego

¹⁾ Patrz moją pracę: Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej. Odczyty kliniczne 1891 r..

i przemijającego zaburzenia, powstają zmiany w mechanizmie żołądka, daleko cięższe i stałsze, które rozwijają się wskutek zmian anatomicznych, wywołanych obecnością kamieni w przewodach żółciowych. Te zmiany w mechanizmie żołądka powstają mianowicie skutkiem zwężeń odźwiernika lub dwunastnicy, które w rozmaity sposób rozwijać się mogą. Najczęściej wskutek spraw zapalnych, których punktem wyjścia bywa błona śluzowa pęcherzyka i przewodów żółciowych, powstają zrosty pomiędzy odźwiernikiem lub dwunastnicą z jednej strony, a pęcherzykiem żółciowym lub przewodem żółciowym wspólnym z drugiej strony. Takie zrosty nie tylko ograniczają ruchy, ale w mniejszym lub większym stopniu zwężają odźwiernik lub dwunastnicę. Podobny skutek spowodują przetoki pomiędzy pęcherzykiem i przewodem żółciowym wspólnym a dwunastnicą i żołądkiem. W tych razach na spowodowanie zwężenia składają się: zrosty, zgrubienia zapalne łączno-tkankowe naokoło uległych zwężeniu przewodów, zgruboienia zapalne i przeobrażenia łączno-tkankowe błon, w skład ścian odźwiernika i dwunastnicy wchodzących, kurczenie się zrostów i zgrubiałej tkanki łącznej, przyrośnięcie odźwiernika do części sąsiednich [skutkiem czego powstają nieprawidłowe przegięcia] i t. p.

BOUVERET ¹⁾ opisał przypadek, w którym duży żółciowy kamień uwiązał w przetoce pęcherzykowo-dwunastniczej i tak silnie ucisnął znajdujący się tuż obok odźwiernik, iż powstało stałe bardzo znaczne rozszerzenie żołądka. Zwężenie, a nawet zupełne zamknięcie światła dwunastnicy może być wywołane przez dostanie się do tej części przewodu kiszkowego dużego kamienia żółciowego. Rozumie się, iż takie duże kamienie, któreby dwunastnicę zatkać mogły, dostają się do niej nie zwykłą drogą, ale przez przetoki, które czasami zupełnie skrycie się rozwijają, nie wywołując podczas powstawania żadnych specjalnych objawów. Zwężenia dwunastnicy i odźwiernika wywołują ciężkie zaburzenia w czynności ruchowej żołądka. Z początku dla pokonania przeszkody ruch robaczkowy się wzmaga, błona mięśniowa przerasta, następnie zaś powstaje rozszerzenie żołądka, które w tych razach do kolosalnych dochodzi stopni. Z początku chorzy skarżą się na bóle w dołku, szczególnie po jedzeniu, na nieprzyjemne uczucie, jakie spowodują nadmierne ruchy żołądkowe [niepokój robaczkowy] i na wymioty pokarmowe, zrazu mniej obfite i częstsze, a potem w miarę rozwijania się rozszerzenia żołądka, mniej częste i bardziej obfite. Przy bardzo dużych stopniach rozszerzenia żołądka, zależnych zarówno od tych, jak i od innych przyczyn, wymioty zupełnie ustają.

Skoro zwężeniu ulegnie górna część dwunastnicy, to objawy niczem się nie różnią od objawów zwężenia odźwiernika. Przy zwężeniach dolnej części dwunastnicy, prócz zwykłych objawów rozszerzenia żołądka, spostrzegamy obfite, żółciowe, bardzo często powtarzające się wymioty. Jest to cecha charakterystyczna dla zwężeń dwunastnicy, umiejscowionych poniżej otworu przewodu żółciowego. Przy zwężeniach odźwiernika, lub górnej części dwunastnicy, płyn wymiotowany żółci nie zawiera; bywają jednakże przypadki, w któ-

¹⁾ Revue de médecine, 1896 Nr. 1.

rych pomimo zwężenia odźwiernika lub górnej części dwunastnicy chorzy wymiotują znaczną ilość żółci. Dzieje się to mianowicie przy jednoczesnem istnieniu przetoki pomiędzy żołądkiem, *resp.* dwunastnicą i pęcherzykiem, *resp.* przewodem żółciowym. W tym ostatnim razie płyn przez chorego wymiotowany zawiera niekiedy, prócz żółci, znaczną ilość ropy, jakto mnie przekażał przypadek, którego rozpoznanie stwierdzonem zostało podczas operacyi, do pomocy której, dla ratowania chorego, uciec się należało. Płyn zaś wymiotowany przez chorego, dotkniętego zwężeniem dolnej części dwunastnicy, prócz żółci, zawiera sok trzustkowy, który wykryć się niekiedy daje, mianowicie wówczas, gdy płyn ten niezbyt długo w żołądku pozostawał, lub gdy wydzielanie soku żołądkowego jest w danym przypadku upośledzone. W przeciwnym razie części składowe soku trzustkowego ulegają niszczącemu działaniu pepsyny.

Bardzo rzadko wydarza się zupełne zatkanie dolnej części dwunastnicy dużym kamieniem żółciowym. Najważniejszym wówczas objawem są nadzwyczaj uporeczywe, często się powtarzające, zazwyczaj śmiercią się kończące wymioty żółciowe.

Powyżej opisane rodzaje zwężenia odźwiernika, wskutek chorób dróg żółciowych, przedstawiają stałe zmiany, prowadzące powoli do rozszerzenia żołądka ze wszystkimi groźnemi tego stanu następstwami. Prócz tych jednakże, spostrzegać się dają, wskutek chorób dróg żółciowych, zwężenia odźwiernika czasowe, przemijające, na które tutaj szczególną chciałbym zwrócić uwagę, bo, o ile mi wiadomo, nigdzie dotychczas nie były opisane. Te krótkotrwałe zwężenia odźwiernika powstają zwykle wkrótce po silnym napadzie kolki wątrobowej. Objawiają się bardzo energicznem wzmożeniem ruchów robaczkowych żołądka, które to ruchy widocznymi się stają przez powłoki brzuszne, przyczem dość często bywają wymioty pokarmowe bez domieszki żółci, czem się one różnią od wymiotów, towarzyszących napadom kolki wątrobowej, przy których chorzy wymiotują zazwyczaj płyn, żółcią zabarwiony. Stan taki trwa przez kilka do kilkunastu dni, poczem przy odpowiednim leczeniu bez śladów przechodzi.

Nie mogę nic pewnego powiedzieć o przyczynie tych krótkotrwałych zwężeń odźwiernika. Można w tym względzie różne robić przypuszczenia. Najprawdopodobniwszem wydaje mi się, że w tych razach odźwiernik, lub górna część dwunastnicy, ulega czasowemu uciskowi przez obrzmiały i wypełniony kamieniami pęcherzyk żółciowy. W tych przypadkach, które ja spostrzegałem, pęcherzyk żółciowy z powodu obrzmienia i stwardnienia z łatwością wymacywać się dawał.

Bardzo ważną jest rzeczą właściwe rozpoznanie tego powikłania kamicy żółciowej, a szczególnie odróżnienie od rzeczywistej kolki wątrobowej, do której, z powodu bólów i wymiotów ma wielkie podobieństwo; od właściwego bowiem rozpoznania zależy stosowne leczenie i możność uniknięcia złych tego stanu następstw.

II. BRODAWKOWCE KRTANI I ICH LECZENIE

FENOLEM SULFORYCYNOWYM.

Przez

T. Herynga.

— † — † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 15].

Przyczyny powstawania brodawkowców są dość ciemne i wiele pytań, związanych z tą kwestyą, domaga się wyjaśnienia.

Większość autorów zgadza się na pogląd, że główną przyczyną powstawania brodawkowców jest przewlekły nieżyt krtani i wywołane przez niego podrażnienie błony śluzowej.

Pogląd ten nie wytrzymuje jednak krytyki. Wszak w tysiącach przypadków kataru nie przychodzi do rozwoju brodawkowców. Włókniaki częściej już rozwijają się w następstwie przewlekłych nieżytów krtani, brodawczaki prawie nigdy.

Co do mnie, na wielką ilość papilomatów krtani, spostrzeganych w ciągu 25-letniej mojej praktyki, nie przypominam sobie ani jednego przypadku, w którymby krtan zdradzała wybitne cechy nieżyłowego zapalenia, a więc: obrzmienia, czerwonoci, wzmożonej wydzieliny. Przeciwnie, uderzała mnie zawsze szczególna błałość tych części błony śluzowej, z której wyrastały brodawkowce. Jeżeli znalazłem objawy zapalenia lub silniejszej kongestyi, to tylko u chorych, którym w celach leczniczych stosowano bądź pędzlowania, bądź przypalania nowotworu środkami żrącymi.

Niemniej MASSEI w pracy swojej o brodawkowcach ¹⁾ utrzymuje, że w przebiegu tego cierpienia występują stany zapalne, a w ich następstwie niekiedy obumarcie części nowotworu i samowolne wydalenie jego kawałków na zewnątrz.

Fakty takie obserwował u dzieci i u dorosłych. Podobne spostrzeżenia ogłaszali prof.: GAREL, THOST, CAUSIT, STOERK.

Przypadek analogiczny spostrzegłem u kobiety, dotkniętej brodawkowcem dość znacznej wielkości prawej struny głosowej. Był on ruchomy i przy fonacji prąd powietrza wciskał go pomiędzy struny głosowe. Pewnego dnia pacjentka zgłosiła się do mnie i okazała kawałeczek nowotworu, który wyrzuciła przy kaszlu. Było to gronko miękkie, blade, złożone z drobnych guziczków, luźno z sobą spojonych.

Lusterko krtaniowe nie wykazało u tej pacjentki ani zapalenia, ani czerwonoci, ani też śladu rozpadu (*necrosis*) nowotworu. Przypuszczam, że skutkiem ucisku i tarcia, prąd powietrza wypychał przy kaszlu nowotwór, na skutek czego naczynia krwionośne, wyciągane nadmiernie ścięniały lub może

¹⁾ F. MASSEI. Atti d. I Congr. della Societe Ital. di laryngol. etc. 1892.

częściowo zanikły. Z powodu upośledzonego odżywiania tkanki nowotworowej, przy kaszlu mogło nastąpić oderwanie cząsteczek guza. Wprawdzie nie badałem pod drobnowidzem wykrztuszonych kawałków nowotworu, ale makroskopijne badanie nie wykryło w nich nic anormalnego.

Ponieważ obserwacya kliniczna nie potwierdza przypuszczenia o wpływie nieżyłtów na brodawkowce, starano się wyjaśnić ich powstawanie, przyjmując szczególne usposobienie, czyli dyskrazyę, bądź skrofaliczną, bądź żółzową, bądź gruźliczą. Jednakże niepodobna zaprzeczyć słuszności poglądom GOTTSTEIN'a ¹⁾ i JURASZ'a ²⁾ którzy zwrócili uwagę na częstość pojawiania się tych nowotworów u mężczyzn, między 30—60 rokiem, a więc w takim okresie, w którym organizm pozbył się już usposobienia skrofalicznego. Co się zaś tyczy gruźlicy i syfilisu, na wstępie zwróciłem już uwagę, że wytwory brodawkowe, właściwe tym dwóm cierpieniom, zaliczyć nam wypada do form wtórnych, nie zaś do formy pierwotnych brodawczaków, o które głównie tu chodzi.

Francuscy autorowie, szczególnie zaś POYET i FAUVEL ³⁾ zauważyli, że obok brodawkowców krtani występują nieraz i brodawki na skórze (*verrucae*). W każdym razie należy to do wydarzeń bardzo rzadkich, w których moment przypadkowości wyłączonym być nie może.

Przypuszczać dyskrazyę brodawkową [niech nam czytelnik wybaczy to wyrażenie] nie mamy żadnej racyi.

VIRCHOW występuje słusznie przeciwko takim poglądom, nawet w przypadkach, w których skóra rąk zasiana jest niemal brodawkami, najrozmaitszej wielkości i formy.

Co do leczenia brodawek skórnych, przekonałem się, badając działanie preparatów grupy fenolu, że kwas sulfo-fenyłowy niszczy je nader szybko i doszczętnie, nie wywołując ani objawów zapalnych, ani bólów i nie pozostawiając szpetnej blizny. Widziałem brodawki, istniejące kilkanaście lat na skórze rąk, które po 2 do 3 tygodniach stosowania tego środka ginęły bez śladu. Brodawkę, otoczoną pasemkiem waty hygroskopijnej należy zwilżać raz na dzień kroplą stężonego kwasu, puszczaną z bagietki szklanej.

O ile słusznym jest pogląd GERHARDT'a, że rozmieszczenie w tych razach brodawek jest w pewnym związku z przebiegiem nerwów i naczyń, nie ośmielię się rozstrzygać [GERHARDT: *papilloma neuropaticum*].

Ponętą bardzo teorię dla wytłómaczenia tego rodzaju stanów podał THOST ⁴⁾. Przypuszcza on, że podrażnienie, wywołujące bądź brodawkowce, bądź brodawki skórne, tkwi w samej błonie śluzowej lub w skórze. Ma on na myśli ów szczególny bodziec, działający w okresie fizyologicznego wzrostu lub fizyologicznej ewolucyi, i zaniku starczego w samych tkankach, dotkniętych cierpieniem. Wiadomą jest zależność rozwoju krtani od rozwoju płciowego, w czasie dojrzewania.

1) GOTTSTEIN. Die Krankheiten des Kehlkopfes. 1890.

2) JURASZ. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg. 1892.

3) FAUVEL. Maladies du larynx. 1876.

4) A. THOST. Ueber Papillome in den oberen Luftwegen. Deutsch. med. Wochenschrift. 1890 r.

Rozrastają się wtedy i rozwijają nie tylko całe organa ale i każda tkanka ustroju, każda komórka.

Względna złośliwość brodawkowców jest przedewszystkiem uzasadnioną łatwością i częstotnością recydywy nawet po operacjach pozornie zupełnie udanych, nawet po bardzo energicznych przyżeganiach podstawy. Wobec tego słuszną jest uwaga GERHARDT'a, że rozprzestrzenienie się brodawkowców, wygląda niemal na miejscowe zakażenie. Moje własne spostrzeżenia [patrz 1 i 2] nasunęły mi te same uwagi. W obu przypadkach wystąpiły symetrycznie, raz w pobliżu tylnej ściany, drugi raz nad wyrostkami głosowymi, zupełnie podobne do siebie brodawkowe wytwory.

Jeżeli po operacji brodawkowiec wyrasta na tem samym miejscu, w którym był już operowany, mamy prawo mówić o recydywie. Daleko częstszymi są jednak przypadki, w których nowotwór od razu pojawia się w kilku miejscach krtani.

Do tej kategorii należą też przypadki, w których powrót choroby występuje w pobliżu pierwotnego siedliska, w miejscach pozornie zdrowych.

Listwowaty układ brodawek i przebieg naczyń od przodu ku tyłowi sprzyjają rozszerzeniu się brodawkowców na strunach głosowych.

Tak często stosowane przyżeganie galwanokauterem jest może jedną z przyczyn, warunkujących powrót choroby. Pomyślnie wyniki tej metody leczenia bywają nieraz tylko czasowymi. Zapewne, zgodzę się, że galwanokauterem najłatwiej dotrzeć do dolnej powierzchni strun głosowych i zniszczyć resztki ukrywających się tam wyrosły. Niemniej, wobec częstego zlewania się nowotworu z błoną śluzową strun, bardzo łatwo o zbyt głębokie wypalenie. Nawet w rękach wprawnych i ostrożnych lekarzy zdarzyć się mogą uszkodzenia brzegu struny, że już nie wspomnę o częstem uszkodzeniu struny przeciwległej, zdrowej, że nie wspomnę o szkodliwym wpływie promieniejącego ciepła na mięśnie struny głosowej.

Ze wszystkich metod operacyjnych, stosowanych przy nowotworach krtani, uważam galwanokauter, może wbrew zdaniu wielu kolegów, za narzędzie najniebezpieczniejsze dla czynności tego tak delikatnego narządu, a wprost zabójcze dla krtani śpiewaków.

Nadużycia w tym względzie tak są rażące, szczególnie przy leczeniu guziczków na strunach t. zw. „*Sängerknötchen*“, że poczytuję sobie wprost za obowiązek zaznaczyć szkodliwość tej metody.

Ze stanowiska klinicznego na uwagę zasługują spostrzeżenia, dowodzące pozornego przejścia brodawkowców w nowotwory złośliwe.

Wielką zasługą SEMON'a ¹⁾ jest wyjaśnienie tej kwestyi, wyjaśnienie oparte na znacznej ilości spostrzeżeń, zebranych skrzętnie, zarówno z materiału ogłoszonego dotąd drukiem, jako też z obserwacyi dostarczonych mu przez wielu kolegów, biorących udział w tej zbiorowej pracy.

¹⁾ F. SEMON. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige, 1839 r.

Krytyczny rozbiór zebranego materiału, bardzo bystre zestawienie wniosków, wielka w tej kwestyi bezstronność sądu: oto zalety i cechy tej klasycznej pracy.

Kwestyę przechodzenia brodawkowców w nowotwory złośliwe poruszył w r. 1875 LENOEX BROWN. Twierdził on wogóle, że nowotwory łagodne nie tylko mogą przejść w złośliwe, ale nawet uleść zwyrodnieniu rakowemu i że operacyjne zabiegi, często powtarzane, przyspieszają niejako to przejście.

W podobnym duchu przemawiał również w r. 1879 SOLIS COHEN. Dziwna jednak rzecz, że w całej tej sprawie o nim zamilczano, wystawiając LENOEX BROWN'a jako jedyne niemal winowajcę i poplecznika tego poglądu. Tymczasem SOLIS COHEN powiada: Zdarza się nieraz, że brodawkowce przechodzą w rakowce, niekiedy na skutek miejscowego podrażnienia przez ucisk lub kaszel, innym znów razem na skutek wielokrotnych, nieudatnych usiłowań operacyjnych, mających na celu usunięcie nowotworu.

SEMON w pracy swojej na podstawie rozbioru 10,500 spostrzeżeń, dostarczonych mu przez 100 kolegów, dochodzi do wniosków: że twierdzenie LENOEX BROWN'a nie wytrzymuje krytyki, że przejście nowotworów łagodnych w złośliwe należy do największych rzadkości i że na 8216 operowanych przypadków, tylko w 5-ciu na pewno, lub z wielkiem prawdopodobieństwem, fakt ten mógł być potwierdzonym.

Co się tyczy powikłań, to na uwagę zasługują 2 spostrzeżenia MASSEI'ego, w których przyłączyło się do sprawy nowotworowej zapalenie ochrzęstnej (*perichondritis*)¹⁾.

JURASZ widział u 7-10-letniego chłopca, dotkniętego licznymi brodawkowcami krtani, kilkakrotnie operowanymi, ich zanik po przebyciu tyfusu brzuszego. Nie upoważnia nas to jednak do przyjmowania swoistego wpływu tyfusu na brodawkowce krtani. Prędzej można przyjąć wpływ gorączki, dłuższy czas trwającej. Wszakże i przy różycy zdarzają się zaniki licznych włókniaków skóry (*fibroma multiplicata*).

Ja sam widziałem w 2 przypadkach zanik wytworów syfilitycznych brodawkowych na języku, po przebytej różycy głowy.

Wracając do zmian regresywnych, którym podlegają brodawkowce krtani, na uwagę zasługuje sprawa rogowacenia nabłonków, szczegółowo w pracy JURASZ'a opisana²⁾. WERNER opisał szczegółowo dalszy przebieg owego ciekawego przypadku, podał wyniki sekcji i badania drobnowidzowego, ilustrował je odpowiednimi rysunkami.

Chory, o którym tu wspominamy, był przez JURASZA przedstawionym na zebraniu przyrodników w Heidelbergu, w r. 1889.

Widziało go wtedy wielu laryngologów; niektórym z nich przypadek ten wydawał się podejrzanym, wyglądał trochę na raka. Tymczasem badanie WERNER'a zbiło najzupełniej to przypuszczenie.

1) MASSEI. Considerazioni pratiche so una talune curiosi fasi di certi neoplasmii laryngei. A. 1884. Bollet. di Malat. dell'vrecchio. Anno II. Nr. 2.

2) Ein verhorntes Papillom des Kehlkopfes. Berl. klin. Wochenschrift. 1886.

Co do samowolnego zaniku brodawkowców po tracheotomii, na uwagę zasługuje praca GAREL'a ¹⁾.

Spostrzeżenia analogiczne zebrał i ogłosił A. ROSENBERG ²⁾ w nader gruntownej i sumiennej pracy. Znajdujemy tu zebrane spostrzeżenia: MAJOR'a, H. MACKENZIE'go, BROVN'a, CONGILLE'a, ELIASBERG'a, LORMANN'a, WHITE'a.

HODGKINSON widział podobny przypadek u kobiety 40-to letniej, OERTEL u 7-io-letniego chłopca.

Leczenie brodawkowców wkracza w dziedzinę chirurgii. Dzieli się ono na leczenie palitywne i radykalne. To ostatnie znów rozpada się na dwa działy: 1) leczenie wewnątrz-krtaniowe; 2) leczenie zewnątrz-krtaniowe. Każde z nich z osobna uwzględnionem tu zostanie.

Do metody palitywnej zaliczamy tracheotomię. Zapobiega ona jednemu z najcięższych powikłań brodawkowców, t. j. ostremu lub przewlekłemu zwężeniu krtani.

Wpływ tej operacji miał być podwójnym: 1) usuwała ona grożące choremu zaduszenie i 2) ochraniała krtąń od podrażnienia wywołanego utrudnionem oddechaniem i mową. Krtąń pozostawała po tracheotomii w zupełnym spoczynku. MASSER uważa tracheotomię nie tylko jako środek palitywny, lecz i dla podanych powyżej powodów wprost leczniczy. W cytowanej już pracy o brodawkowcach wyraża on zdanie, że nowotwory te, jako natury zapalnej, muszą być zdolnymi do zmian wstecznych, z których przy leczeniu powinniśmy umieć wyciągnąć odpowiednie dla pacyenta korzyści.

Ma on tu na myśli fakt, że u dzieci brodawkowce po operacjach, mniej lub więcej udatnych, ulegają recydywie tylko do pewnego czasu. Gdy okres ten minie, recydywy więcej nie występują. Tracheotomia zatem, jego zdaniem, ułatwia nam wyczekiwanie chwili, w której samowolny zanik przychodzi do skutku.

Własne moje spostrzeżenia, co do wpływu leczniczego tracheotomii, niezupełnie zgadzają się z poglądami MASSER'ego. [C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

4. Niezwykłe uszkodzenie moszny i jelita oraz samoistne zagojenie się rozdartej kiszki.

D. 20 listopada 1895 r. przywieziono do mnie 13-letniego ciężko chorego chłopca, który tegoż dnia, chodząc po płocie, nadział się na ostro zakończoną sztachetę i spadł na ziemię. Przy badaniu znalazłem lewą połowę moszny szeroko rozdartą w kształcie gwiazdy, na dnie głębokiej rany widać obnażone lewe jądro, oraz nieuszkodzony sznurek nasienny; istnieje wreszcie niezmierna bolesność przy dotykaniu lewej okolicy pachwinowej. Nazajutrz w szpitalu,

¹⁾ GAREL. Papillome du larynx chez l'enfant. Disparition spontanée après tracheotomie. Annales des maladies de l'oreille. 1891. p. 386.

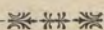
²⁾ A. ROSENBERG. Die Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern.

oprócz powyższego, spostrzegłem czerwoną pręgę długości 15 ctm. i szerokości 1 ctm., poczynając się w górnym kącie rany na mosznie i przebiegającą ku górze prawie równoległe do smugi białej.

Za pomocą zgłębnika można było wykryć w kierunku owej pręgi ślepy kanał wśród powłok brzusznych. Tegoż dnia wieczorem ciepłota 38,9° C., tętno 120. W ciągu 4 następnych dni stan gorączkowy, wypuklanie się pręgi coraz wyraźniejsze, wreszcie w tydzień po uszkodzeniu, skoro wyczuwałem wyraźne na niej chębotanie, otworzyłem ropień na całej jego długości. Z rany zaczęła płynąć ropa, zmieszana z kałem. Wobec takiej niespodzianki na razie nie zdecydowałem się szukać uszkodzonego jelita, mając szczególnie na względzie dość ciężki stan chorego, oraz możliwość zakażenia ropnego jamy otrzewnowej. Już w kilka dni po operacji ogólny stan chorego zaczął poprawiać się, pomimo że ropienie było bardzo obfite, a wraz z niem i wydzielanie się kału; skoro jednak wydobyłem z dna rany kawałek sukna, pochodzący niewątpliwie ze spodni chorego, ropienie zmniejszyło się znacznie, a kał przestał płynąć zupełnie. W niedługim czasie rana zagoiła się całkowicie i chłopiec opuścił szpital w pożądanym stanie zdrowia.

Przypadek powyższy ośmieliłem się ogłosić już dlatego, że wydaje mi się on niezwykle tak z uwagi na samoistne zagojenie się rozdartej kiszki, jak również z uwagi na sam mechanizm uszkodzenia, które, przebiegając pod więzmem POUPART'a, oszczędziło sznurek nasienny, a dosięgło natomiast kłórejś pętlicy jelita.

M. Żołędziowski.

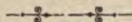


ODCINEK.

CHIRURGIA PAUPERUM.

Napisał

S. Centnerszwer.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 15].

Przejdźmy do plastrów.

Jest to druga ulubiona forma ludowego leku, której by się skasować nie dało, a i zresztą może ona być bardzo użyteczną, jako środek ochraniający, albo jako zastępujący opatrunek, szczególnie pod koniec gojenia się ran.

Z 2-ch form, w jakich plaster jest używany: w formie laseczek (*magdalia*) i w formie plastrów gotowych (*empl. extensa*), nie oddałbym pierwszeństwa żadnej. Nie zgadza się to na pozór z zasadą, którą staram się przeprowadzić, z zasadą czystości, ale: 1) plastry gotowe są za drogie, 2) tak zwane muślinowe (*Mullplaster*) nie nadają się do ludowego użytku, a 3) nawet smarowane na płótnie są często zaciemnie i zamało lepkie, aby mogły z korzyścią działać rozgrzewająco, zastępując kataplazm, a takie jest po większej części działanie plastru w naszych przypadkach. Na rany, skaleczenia, zawsze odpowiedniejszym będzie plaster gotowy; przy zapalnych infiltratach, ropniach, kiedy lud najchętniej ucieka się do plastrów, lepiej stosować laseczki.

Plastry z środkami antyseptycznymi mogłyby się nadawać do sprzedaży odręcznej następujące:

- 1) *Empl. saponato-boraxatum.*
- " " *salicylatum.*
- " " *carbolisatum,* dalej:

- 2) *Empl. adhaesivum* [tylko gotowy]
 „ *hydrarg. (de Vigo)*
 „ *plumbi (Diachylon)*
 „ *saponatum*
 „ *terebinthinatum*
 „ *vesicans ordin* [tylko gotowy]
 „ *vesicans perp.* „ „
 „ *zinci oxydati* „ „

Plastry, służące jedynie dla celów dermatologicznych, pomijam.

Jako środek ochraniający, chociaż nie plaster, dałoby się tu zaliczyć *colloidium elasticum*.

- 3) Tłuszcze, oleje, żywice do odręcznej sprzedaży w aptekach:

<i>Butyrum cacao,</i>	<i>Ol. hyoscyami coct.</i>
<i>Glycerinum,</i>	„ <i>lini,</i>
<i>Vaselinum,</i>	„ <i>ricini,</i>
<i>Ol. amygdalar.,</i>	„ <i>terebinthinae rect.,</i>
„ <i>camphoratum,</i>	<i>Balsamum peruvianum.</i>

- 4) Spirytusy, Linimenty:

<i>Spir. aromaticus,</i>	<i>Spir. sinapeos.</i>
„ <i>camphoratus,</i>	<i>Liniment: ammoniato-camphor.,</i>
„ <i>saponatus,</i>	„ <i>saponato-camph. (opodeldoc),</i>
„ <i>saponato-kalinus,</i>	„ <i>calcarium.</i>

- 5) Przysypki.

<i>Amylum tritici pulv.,</i>	<i>Tanninum,</i>
<i>Magist. Bismuthi,</i>	<i>Zincum oxyd.</i>
<i>Talcum,</i>	

a z nowszych: *Dermatol* [25 grm. koszt. 50 kop.].

- 6) Nalewki.

<i>T-ra Gallarum,</i>
„ <i>Jodi,</i>
„ <i>Myrrhae.</i>

- 7) Środki odkażające i przeciwzapalne.

- a) Stałe:

<i>Alumen pulv.</i>	<i>Borax,</i>
„ <i>boricum.</i>	<i>Kali chloricum.</i>
	<i>Kali hypermanganicum cryst.</i>

- b) Płyny:

<i>Aqua calcis,</i>	<i>Aqua carbolica 2%</i>
	<i>Aqua Goulardi 1).</i>

Co się tyczy kwasu karbolowego, to należy unikać, o ile się da, zostawiania go chorem do rozcieńczenia; zwykle bowiem zapominają rozmieszać płyn przed użyciem. Przypadki zgorzeli karbolowej są u nas, niestety, tak częste, nawet u robotników, którym pierwszą pomoc podają w fabryce przed przybyciem felczera lub lekarza, że zniewalają do takiej ostrożności.

Jako środek, ze wszech miar zasługujący na rozpowszechnienie przy stłuczeniach i obrażeniach skóry, jakoteż przy sprawach zapalnych, jest *liq. Bu-*

1) Podam tu kilka przykładów skombinowanych leków dla biednych.

<i>T-ra Jodii,</i>	<i>T-ra Jodii</i>	<i>Spir. aromat.</i>
<i>T-ra Gallarum,</i>	<i>Ol. camphor.</i>	<i>Spir. camphor.</i>
<i>Glycerinum ana,</i>	po 5 kop.	<i>Ol. Hyoscyami,</i>
za 15 kop.		po 5 kop. i t. d..

rowii. Środek stary jak świat, a mimo to najlepszy z podobnych mu. W epoce różnych *aq. vulnerariae*, gdy recepta składać się musiała przynajmniej z kilkunastu ingrediencji, główna siła działania wielu takich płynów polegała na occie i alunie. Jako prawdziwy środek ludowy, powinien znaleźć ogólne zastosowanie, mając tę wyższość nad pokrewną mu i powszechnie używaną *Aq. Goulardi*, że 1) jest doskonałym antyseptykiem [prof. NUSSBAUM'a: „*Leitfaden zur antisept. Wundbeh.*], 2) nie zanieczyszcza obrażeń białym osadem, 3) jest nietrujący i czystszy chemicznie niż *aq. Goul.*, 4) nie maceruje naskórka, stąd jego wzięcie u dermatologów przy zapalnych cierpieniach skóry. Postać farmaceutyczną ma następującą:

Rp. *Aluminis sulfurici* 30
Ac. acetici 30% 36
Calcis carbonici praecip. 13
Aq. destill. 100.
 Zawiera 7,5—8% *alum. acet. bas.*

IV wydanie Farmakopei.

Rp. *Plumbi acet. depur.* 100
Aq. destill. 300
Aluminis 66
Natri sulfur. dep. 12
Aq. destillat. 500.

III wydanie Farmakopei.

Liq. Buronii per se, zawierający 8% *alum. acet.*, wymaga do chirurgicznego użytku rozcieńczenia do 2%, nawet więcej. Taki płyn 1zmógłby pod nazwą *Aq. Buronii, aq. aluminata* [woda alunowa] być wprowadzony do odrębnej sprzedaży. *Liq. alum. acet. Ph. R. IV* podany w katalogu SPIESSA na 30 kop. funt, z czego możnaby zrobić 8 funtów 1% roztworu po 3,75 kopiejki kosztu, a sprzedawać odrębnie po 10 kopiejek z naczyniem. Prof. NUSSBAUM podaje prosty przepis *alum. acet. solut. in aq. destill.* w odpowiednim stosunku; w takim razie *sol. alum. acet. 3:300 (aq. destill.)* kosztowałyby 1,2 kop. ¹⁾, jeszcze mniej niż poprzednia.

Woda Buron'a nadaje się też doskonale do okładów przy sprawach zapalnych. Może być używaną sama lub też z domieszką spirytusu [łyżka na 9 łyżek wody]. Jako materiał do okładów powinna być używaną jedynie wata hygroskopijna, na nienaruszonej skórze bezpośrednio, na obrażonej poprzedzona gazą opatrunkową. Zbyt to tani materiał wata oczyszczona, aby go nie można było polecić nawet biedakowi. Trzeba go tylko nauczyć, aby okład po wyżęciu pozostał przynajmniej na palec grubości, aby był doskonale wyżęty i tak pokryty papierem kauczukowym [najtańszy i najodpowiedniejszy materiał ze wszystkich cerat], by waty z pod niego wcale widać nie było; na wierzch naturalnie bandaż. Są to wszystko drobnostki, lecz codzienne doświadczenie uczy, że ani kataplazm HAMILTON'a, tak szczęśliwie zastępujący kuchenne poduszki z siemieniem, ani okład pod ceratką, składający się z podwójnie złożonej gazy BRUNS'a, nie dopną celu, jeżeli pacyenta biednego i nieoświeconego nie nauczyć, jak się ma z tem obejść.

Dotychczas mowa była o leczeniu aptecznem chorób chirurgicznych u ubogiej ludności; jeszcze większe ma znaczenie, szczególnie dla robotniczej kla-

¹⁾ Cena *alum. acet.* w katalogu Spiessa wynosi 12 kop. za uncję.

sy, leczenie i opatrywanie ran. Przy zapalnej sprawie rzecz się rozchodzi tylko o mniej lub więcej odpowiednie leczenie, przy ranach zapobiegające zakażeniu traktowanie ma daleko większą doniosłość. Tu wchodzi w grę wymagania higieny i rozwiązują kwestye od razu. Rana uchroniona od zakażenia ropnego tyleż warta, co ochrona robotnika od dłuższej choroby, a rana uchroniona, przypuśćmy, od zakażenia różą, wkracza z zakresu higieny osobnika na pole higieny masowej: tu już z chorobą zaraźliwą ma się do czynienia.

Więc w chirurgii *pauperum* powinno znaleźć uwzględnienie opatrywanie ran łatwe, dostępne, tanie i cel swój osiągające. Na pierwszym miejscu stoi tu czystość, tak ważna wogóle dla utrzymania w zdrowiu całego ustroju, a już niezbędnie konieczna przy obecności rany. Dla oczyszczenia skóry w ludowej robotniczej praktyce najlepiej nadaje się terpentyna; wybornie czyści skórę z brudu i tłuszczu, będąc przytem sama środkiem wysoce antyseptycznym i hemostatycznym. Prof. NUSSBAUM był takim zwolennikiem terpentyny, że ją nawet do opatrywania ran zaleca. Jako docent, praktykując przeważnie wśród ubogiej ludności, wprowadził maść terpentynową, która jako środek antyseptyczny, domowy, szerokim cieszyła się rozgłosem [Prof. NUSSBAUM. *Antiseptik*, str. 127).

Benzyna i eter, jako materiały wybuchowe, nie powinny być dla oczyszczenia skóry nieogłędnie używane przez nie-lekarzy. Ostatecznie terpentynę dla obmycia w ludowej praktyce zastąpić może nafta. Polecam jedno, a drugie za nieodpowiednie uważam, mając to na myśli, aby wpływać na ubogą klasę, przyuczając je same do używania pewnych środków dla zachowania czystości przy ranach.

Materiały opatrunkowe, używane i kupowane przez ubogich ludzi, nastroczają pole do kilku uwag niemałego znaczenia. Właśnie dlatego, że biedni szukają tanich opatrunków w podrzędnych składach, padają zwykle ofiarą wyzysku, tak co do gatunku materiału, jak i wagi i miary. Obecna fabrykacja przedmiotów opatrunkowych opiera się jedynie na prawach zwykłego handlu. Konkurencja przyczynia się do tego, że fabrykant musi robić tanio, jeżeli chce znaleźć odbiorców, a to odbija się na jakości towaru; konkurencja przyczynia się, że detalista kupuje gorszy towar, by móc zniżyć cenę i więcej sprzedać. I dlatego po większej części znajdujemy u nas materiały opatrunkowe lichego gatunku. Gdyby, mając cel na uwadze, kontrolowano fabrykację opatrunków co do gatunku i czystości przygotowania w fabryce, już by kwestya w połowie była rozstrzygnięta. Zostaje jednak jeszcze kwestya nie bez znaczenia: dobrego opakowania materiału. Opatrunek musi być odpowiednio ułożony i umiejętnie opakowany. Jeżeli ma pójść do sterylizatora, kwestya to bez znaczenia, ale dla używanego zaraz po kupnie rzecz niemałej wagi. Ileż bo razy cienki, bibulasty papier, w który wata jest zawinięta, drze się przy rozpakowaniu, zbyt jest go mało do powtórnego użycia, albo z powodu zalepionych brzegów w paczce musi być rozcięty lub rozdarty i rzucony. Sama wata też bywa licha, źle odtłuszczona, żółtawa lub niebieskawa, z brudnymi pasmami, z oddzielnych składająca się kawałków. Albo gaza higroskopijna lichego gatunku, mocno zwinięta w rulon, rozpycha cienkie papierowe pudełko, służące za ledwie do jednorazowego użytku. Gazę jodoformową, którą fałszują w przeróżny sposób, niekiedy wprost szafranem farbują, albo wcale nie jodoformują, niedbale zwinięta pakuje się w kawałek cienkiego, woskowanego papieru i wsuwa w rurkę papierową. Cały taki opatrunek po jednorazowym użyciu i dlatego źle opakowany, włóczy się u biedaków po kątach zakurzonych w towarzystwie resztek jedzenia i utensyliów gospodarskich, a przy nim nieodzowna flaszeczka z kwasem karbolowym bez korka, który pływa pośrodku.

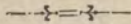
[D. n.]

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

D Ż U M A.

Opisał

Witosław Dąbrowski.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 15].

Nad etyologią dżumy zastanawiano się od najdawniejszych czasów istnienia tej choroby i już w XV wieku, dzięki licznym spostrzeżeniom, do których dała powód epidemia czarnej śmierci, zaczęto mówić o zaraźliwości dżumy, tak, że już wówczas powstała partya kontagionistów. Tym ostatnim nie zbywało na dowodach: niejednokrotnie udawało się dowieść, że epidemia w danej miejscowości wybuchła po przybyciu do niej zadżumionych, a liczne przypadki, które miały miejsce w europejskich kwarantannach, dowiodły możliwości zakażenia się dżumą, przez przebywanie z chorymi przybyłymi ze wschodu. Najbardziej jednak przekonywającymi były doświadczenia, dokonane przez WHITE'go, który zmarł 8-go dnia po zaszczepleniu siebie ropy z bubonu człowieka dotkniętego dżumą, oraz przez CLOT-BEY'a i BULARD'a, którzy z dodatnim rezultatem szczepili dżumę skazanym na śmierć.

Jednakże pomimo tak przekonywających dowodów zaraźliwości dżumy, jeszcze w r. 1843 na kongresie w Paryżu, gdzie przeważnie nad tą tylko kwestyą obradowano, znalazło się bardzo dużo takich, którzy twierdzili, że choroba ta wywiązuje się ze szczególniejszego zepsucia powietrza, albo ze zmian telurycznych lub kosmicznych, a nie udziela się zdrowemu od chorego. Nieliczne stosunkowo, lecz nie ulegające zaprzeczeniu fakty zarażenia się dżumą, antykontagioniści chcieli uważać za rzadkie wyjątki, przeciwstawiając im liczne przypadki, w których pomimo stykania się z chorymi i ich rzeczami zakażenie nie nastąpiło. Między innymi powoływali się także na doświadczenia BULARD'a, który, chcąc przekonać, że pojęcie o nadzwyczajnej zaraźliwości dżumy jest przesadzone, przez kilka dni nosił na sobie koszulę zmarłego na dżumę bez żadnej szkody dla zdrowia, i przypominali jeszcze w r. 1799 wykonane z ujemnym wynikiem doświadczenie DESGENETTES'a, który wkuł sobie samemu lancet przedtem zanurzony w zropiałej dymienicy. Być może, że opozycja była podtrzymywana przesadą, w jaką wpadli kontagioniści, którą tak daleko posuwano, że w czasie epidemii, jaka panowała w r. 1828—1829 w wojsku rosyjskiem, z obawy przed udzielaniem się zarazka zabroniono lekarzom dotykania się chorych w celu badania tętna, główną wszakże przyczyną było to, że nie znano zarazka i jego własności, a przez to fałszywie tłómaczono fakty, które bynajmniej nie przeczą zaraźliwości dżumy.

Dopiero przed dwoma laty w czasie epidemii, która panowała w Hong-Kong, jednocześnie KITASATO i YERSIN wykryli zarazek dżumy pod postacią krótkich, zaokrąglonych na końcach, dobrze barwiących się anilinowymi barwnikami, a niebarwiących się metodą GRAHM'a laseczników (*cocco-bacillus*), które stale w obfitości znajdowali w dymienicach, a w ciężkich przypadkach i we krwi, na sekcyi zaś prócz tego w gruczołach, wątrobie i śledzionie. Prawdopodobnie już w czasie epidemii, która panowała w r. 1879/80 w gub. Astra-chańskiej, KIEMANN i ROSZAHÉGYI widzieli te laseczniki we krwi i opisali je jako drobne ziarenka, po części wolne, a po części poprzyczepiane do ciała krwi; jednakże spostrzeżenie to nie zostało przez nich należycie ocenione, tak, że

wykrycie zarazka dżumy jest wyłącznie zasługą KITASATO i YERSIN'a, który też otrzymał hodowle tych drobnoustrojów na agarze i bulionie, i szczepiąc je, lub karmiąc nimi myszy i szczury, wywoływał u nich typowy obraz dżumy. Prócz tego zdarzało się i tak, że od zakażonych hodowlami zwierząt zarażały się i inne, znajdujące się w tej samej klatce, tak, że w tym przypadku sztucznie, za pomocą czystych hodowli laseczników dżumy została wywołana epidemia, która, jak się wyraził ROUX, tem tylko różniła się od samodzielnie powstających epidemii, że była ograniczona do niewielkiej przestrzeni, mianowicie do jednej tylko klatki.

Tym sposobem dzięki wykryciu swoistych drobnoustrojów i doświadczeniom przerobionym z nimi na zwierzętach, spór, który się toczył od XV wieku, został nareszcie rozstrzygnięty ostatecznie na korzyść kontagionistów, tak, że dziś już nie może być najmniejszej wątpliwości co do tego, że dżuma może się udzielać od człowieka do człowieka, czyli, że jest chorobą *par excellence* kontagijną.

Dowody, jakie przytaczano przeciw twierdzeniu, że zarazek dżumy może być wprost przenoszony z osoby na osobę, w rodzaju tych licznych spostrzeżeń, które miały wykazywać, że właśnie ci, którzy, jak księża i lekarze, mają najwięcej do czynienia z chorymi, rzadko ulegają zakażeniu, bynajmniej nie mogą być uważane za przekonujące, gdyż, jak to już GRIESINGER słusznie zauważył pojęcie o *contagium* bynajmniej nie wymaga, aby przy każdym zetknięciu z chorym następowało zakażenie i w zupełności wystarcza stwierdzenie możliwości takiego udzielania się zarazka. Podobne fakty, pozornie przeczące zaraźliwości dżumy, przytaczają i nowsi autorowie: tak CANTLIE mówi, że w czasie epidemii, która panowała w r. 1894 w Hong-Kong ani jeden z 15 lekarzy europejskich nie uległ zakażeniu, a co szczególniejsze, że nie zachorował żaden ze studentów chińczyków, którzy przez sześć tygodni pełnili obowiązki w szpitalu i znajdowali się w położeniu gorszem, niż europejczycy, gdyż świadomość, że ofiarą epidemii pada wyłącznie prawie miejscowa ludność, musiała wpływać na nich w sposób przygnębiający. CANTLIE wszakże nie przytacza tego faktu na dowód tego, że dżuma nie udziela się od osoby do osoby, lecz jako dowód, że zarażenie jest tem pewniejsze, im dłuższe i ściślej-sze było zetknięcie z chorym, jak to mianowicie ma miejsce z rodziną chorego, która znajduje się ciągle pod jednym z nim dachem, dotyka się jego samego i przedmiotów przez niego używanych, co właśnie nie zdarza się z lekarzami, którzy zbyt krótko pozostają w zetknięciu z chorymi.

W celu zastosowania racjonalnych środków, zapobiegających szerzeniu się zarazy, nie dość jest wiedzieć, że dżuma jest chorobą kontagijną, lecz należy jeszcze prócz tego starać się dociec, co pośredniczy w przenoszeniu się zarazka. Był czas [w końcu zeszłego wieku], gdy ogół kontagionistów sądził, że jedynym źródłem zarazy jest sam chory, że zatem zakażenie może nastąpić tylko przez dotykanie się zadżumionych. Prus w sprawozdaniu z kongresu w Paryżu podaje cały szereg dowodów, przytaczanych na poparcie tego poglądu. Tak np. w 1835 r. podczas epidemii w Kairze, która zabrała 50,000 mieszkańców, rzeczy zmarłych były sprzedawane na rynkach i nie udzieliły nabywcom choroby, a co ciekawsze, że nie uległ zakażeniu żaden z chorych, których zaczęto przyjmować do szpitala wówczas, gdy tam jeszcze znajdowali się tacy, którzy przychodzili do zdrowia, po przebyciu dżumy, i których kładziono w tę samą pościel i przykrywano kołdrami przesyconemi wydzielinami zadżumionych, gdyż nie poddawano ich dezynfekcyi, ani nawet przewietrzeniu. Podobnym faktem jednakże przeciwstawiano całą masę takich, które nie pozwalają wątpić, że pośrednikami w rozprzestrzenianiu się zarazka mogą być rzeczy, bielizna, pościel i wszystkie sprzęty wogóle, których dotykał się chory. Są również fakty, które, wbrew bardzo rozpowszechnionemu przekonaniu dowodzą, że i towary, pochodzące z miast zarażonych, mogą szerzyć

zarazę, a częste przypadki zarażenia się dżumą grabarzy dowodzą, że niesłusznem jest zdanie, wyrażone z taką stanowczością przez JABLONOWSKIEGO, iż świeże zwłoki zmarłych na dżumę nie są pośrednikiem w szerzeniu się zarazy. Tak na przykład, w czasie epidemii, która w r. 1878/9 panowała w gubernii Astrachańskiej we wsi Pryszińskie, zmarło 4 grabarzy, pomimo że zwykle nie wchodzili oni do domów, w których znajdowali się zmarli na dżumę, lecz wyciągali zwłoki za pomocą lin i haków. Podczas bytności w Hong-Kong komisji, wydelegowanej przez rząd japoński, w celu przeprowadzenia badań nad panującą tam przed trzema laty epidemii dżumy, jeden z lekarzy japońskich po sekcji, w wykonaniu której przyjmował czynny udział, dostał obrzmienia gruczołów pod pachą i wkrótce potem umarł.

Zresztą trudno byłoby zrozumieć, dlaczego by miały być pośrednikami w szerzeniu się zarazka tylko rzeczy, których się chory dotykał, a sam on i zwłoki jego nie miały by mieć tej własności, skoro, sądząc przynajmniej z nowych badań bakteriologicznych D-ra WILM'a, który wykrył laseczniki dżumy w stolcach u 15-u chorych, zdolność szerzenia zarazy zależy prawdopodobnie od tego, że wszystkie te pośredniki roznoszą wydzieliny chorego, zawierające laseczniki.

Wręcz przeciwnie zdania wypowiediano także, co do udziału powietrza w roznoszeniu zarazka. Wielu z tych, którzy sami byli świadkami dżumy, jak: CABIADIS, JABLONOWSKI i inni, uważa za rzecz pewną, że zakażenie może nastąpić na nieznacznej odległości przez powietrze, a GRIESINGER nawet uważa ten sposób zakażenia się za najczęstszy. Kto wie, czy do powzięcia takiego przekonania nie przyczyniało się to, że, jak to niejednokrotnie wspominają świadkowie epidemii dżumy, atmosfera, otaczająca chorych, posiada jakiś swoisty przenikliwy odór, bo w każdym razie ani sam YERSIN, ani ci, którzy podawali opis wykrytych przez niego laseczników, nie wspominają wcale o tem, by te ostatnie posiadały zarodniki.

W miejscowościach zarażonych YERSIN podczas epidemii, a nawet po ukończeniu się jej, znajdował w ziemi drobnoustroje całkiem podobne do laseczników dżumy, tylko mniej złośliwe, niż laseczniki, wyhodowane z dynienic; jeżeli więc to odkrycie zostanie potwierdzone i tożsamość tych drobnoustrojów będzie dowiedziona, natenczas będziemy mieli niezbity dowód, że zarazek szerzy się również i za pośrednictwem gruntu, tymczasem zaś i bez tego wiele przemawia za tem, że dżuma jest chorobą kontagijno-miazmatyczną.

Muszą też niewątpliwie przyczyniać się do szerzenia się zarazy i zwierzęta; zdawna bowiem wiadomem jest, że nie sam tylko człowiek pada ofiarą dżumy, lecz że i zwierzęta także ulegają zakażeniu. Historycy przytaczają liczne spostrzeżenia, poczynione jeszcze w czasach, gdy w Europie panowała czarna śmierć i dowodzące, że psy i świnie zdechają wskutek zarażenia się dżumą, co świeżo także stwierdzono w Junnan i podczas epidemii w Hong-Kong, oraz przekonano się, że zakażenie się tych zwierząt ma miejsce wskutek pożerania mięsa z trupów ludzi i zwierząt zmarłych na dżumę.

D-r LUBICZ uważa chorobę, której, zdaniem jego, ulegają stale wielbłądy przed ukazaniem się epidemii dżumy, za identyczną z tą ostatnią, a ROCHE przed 20 laty zrobił spostrzeżenie w Yunnan'ie, że w czasie epidemii zdecha dużo szczurów. W ostatnich latach z okazji dżumy, która panowała w Chinach i obecnie w Indyach, przekonano się rzeczywiście, że szczury giną całemi masami, tak, że np. w Kantonie w 1894 r., jak mówi RENNIE, jeden tylko stróż zebrał 22,000 zdechłych szczurów. Ze epidemia, która tak trapi te zwierzęta, jest dżumą, przekonały badania bakteriologiczne, które stale wykazywały obecność drobnoustrojów dżumy w obrzmiałych gruczołach.

W ostatnich czasach zauważono, że i gołębie również zdechają w wielkiej ilości podczas epidemii dżumy, a także zwrócono uwagę na owady, które już

i dawniej posadzano o bardzo czynny udział w roznoszeniu zarazka. JABLONOWSKI, opisując dżumę w Irak-Arabi, wspomina o pewnym gatunku muchy (*Musca seleucica* Wood), której życie pozostaje jakby w pewnej łączności z ukazaniem się i rozwojem zarazy, tylko bowiem na czas epidemii owady te ukazywały się ku wielkiemu utrapieniu nieszczęśliwych chorych, których ciała gromadami obsiadały. Oczywiście, że ten widok w każdym musiał budzić podejrzenie, że owad ten przyczynia się bardzo do szerzenia zarazka. JABLONOWSKI przypuszcza, że tą drogą szczególnie często ulegają zakażeniu dzieci, ponieważ nie są one w stanie obronić się od napastującego je owadu; i rzeczywiście pierwsze przejawy zakażenia u dzieci miały występować prawie stale w kątach oczodołów, na błonie śluzowej powiek i ust i t. p. Te podejrzenia, co do udziału much w szerzeniu dżumy zostały świeżo uzasadnione doświadczeniami YERSIN'a, który umieszczał muchy w wodzie wyjałowionej i, szepiąc następnie tę ostatnią na odżywkach, otrzymywał hodowle laseczników dżumy.

Co się tyczy dróg, któremi zarazek przenika do ustroju, to należy przypuszczać, że człowiek zaraża się dżumą przez przewód pokarmowy i przez zewnętrzne powłoki ciała. Za pierwszą z tych dróg przemawiają stanowczo badania D-ra WILM'a, który znalazł laseczniki dżumy w nalocie na języku u 2 chorych i w kale u 15 zadżumionych, mających rozwolnienie; za tem zaś, że zarażenie często ma miejsce przez uszkodzone zewnętrzne powłoki ciała, przemawiają niektóre sprostowania naocznych świadków, cytowane przez historyków. Zauważono naprzykład, że u posługaczy szpitalnych, którzy chodzą boso, często zjawiają się wągliki na nogach, a u grabarzy, którzy stąpają bosymi nogami po ziemi, zroszonej wydzielinami zmarłych, zjawiają się najprzód silne bóle w ikrach, a następnie dymienice w pachwinie, gdy tymczasem przeciwnie u dzieci, które jeszcze nie chodzą po ziemi, dymienice najczęściej ukazują się na szyi, a najrzadziej w pachwinach. Toż samo zauważono także i podczas ostatniej epidemii w Chinach, gdzie, jak twierdzi Aoyam'a, chinczy, którzy chodzą boso, najprzód miewali obrzmienie gruczołów w pachwinach, gdy tymczasem u Japończyków, którzy używają obuwia, najprzód obrzmiewały gruczoły pod pachą. CERRYKIN przytacza bardzo ciekawy przypadek, w którym służący z lazaretu włożył do ust monetę, wziętą od jednego z chorych i już zaraz tego samego dnia skarżył się na obrzęk gruczołów podszczękowych, a następnego dnia zmarł.

Wszystko to, co dotąd było mówione o szerzeniu się dżumy, tłumaczy nam tylko zarażanie się pojedynczych jednostek podczas epidemii; zobaczmy teraz, czy nasze wiadomości o dżumie wystarczają do wytłumaczenia sobie, w jaki sposób i w jakich warunkach powstają epidemie i czy wykrycie swoistych drobnoustrojów przyczyniło się w czemkolwiek do wyjaśnienia tych ważnych kwestyi.

Trzeba przyznać, że już przed odkryciem przez YERSIN'a laseczników dżumy, tłumaczono powstawanie epidemii w sposób dość racjonalny, ale też na wiele lat przedtem odgadywano naturę zarazka i dzięki temu oddawna porzucono pojęcie o samorodnem wywiązywaniu się dżumy. Im zaś rzadszemi stawały się epidemie w Europie i im na mniejszej przestrzeni się szerzyły, tem jaśniejszą stawało się rzeczą, że dżuma zawsze w Europie zjawia się wskutek zawleczenia z jednych i tych samych miejscowości, które przeto należy uważać za ojczyznę jej.

Za takie ogniska dżumy, w których ta ostatnia od czasu do czasu wybucha w postaci epidemii i skąd zarazek ulega przeniesieniu do mniej lub więcej oddalonych miejscowości, przez długi czas uważano wyłącznie tylko Egipt i Azyę Mniejszą. Dopiero w drugiej połowie bieżącego stulecia zaczęto podejrzewać, że ognisk tych musi być więcej, skoro dżuma panuje w Azji, pomimo że w Egipcie i Syrii od r. 1844 nie było ani jednego przypadku zachorowania na dżumę. Zwrócenie uwagi w tym kierunku wykazało przedewszystkiem,

że za takie ognisko zarazy należy uważać Indostan, gdyż tu często zdarzają się epidemie, które dotąd wszakże nie były w stanie obudzić czujności władz miejscowych. Udało się zebrać wiadomości, iż w Północnym Indostanie epidemia panowała już w 1815—1821 r., a także w 1836 [w Pali] i że prócz tego na południowych stokach gór Himalaja, w prowincjach Kamaon i Ghurwal stale zdarzają się przypadki dżumy. HECKER jest nawet zdania, że ogniska dżumy w Indyach są odwieczne i że stąd właśnie wyszła i rozeszła się po całym świecie epidemia, zwana czarną śmiercią, a HIRSCH, który najwięcej przyczynił się do rozpowszechnienia tego poglądu, uważa to prawie za pewnik.

Wiadomo nam już także z przedstawionego powyżej wykazu epidemii, które panowały w ostatnich 50-iu latach, że Persya i Mezopotamia także bywają nader często nawiedzane przez dżumę; trudno wszakże powiedzieć, czy oba te kraje są samodzielnymi ogniskami, czy też jeden z nich i który mianowicie, w obu bowiem kontrola lekarsko-policyjna znajduje się w stanie bardzo pierwotnym. CASTALDI, który miał polecone przez główny zarząd służby zdrowia w Stambule zbadanie tej kwestyi, twierdzi, że dżuma pośród plemion Kurdystanu perskiego panuje nagminnie i że ogniska jej w tej prowincyi nigdy nie wygasają od r. 1830. Zdanie to w zupełności podziela JABLONOWSKI, który był świadkiem kilku epidemii w Irak-Arabii, a w celu wyjaśnienia pochodzenia ich jednocześnie zwiadał także podejrzane miejscowości w Persyi i z zapewnien miejscowej ludności oraz z oględzin wielu bardzo mieszkańców, noszących ślady po przebytej dżumie, przyszedł do wniosku, że w perskim Kurdystanie dżuma panuje stale, nawet w latach, które uchodzą za wolne od epidemii. Autor ten twierdzi, że dżuma do Irak-Arabii zawsze była przynoszona z Persyi, dzięki bardzo ożywionym wzajemnym stosunkom. Rzeczywiście atwo sobie wyobrazić, że bardzo muszą sprzyjać szerzeniu się zarazy wędrowni fanatycznej sekty mahometan Szeitów, którzy, uważając pewne miasta w Irak-Arabii, jako to: Nedjef, Kerbele, Lamlum i inne, za święte, do tych miast oraz do licznie rozrzuconych w pustyni tak zwanych „Zayretów“ z najdalszych okolic Persyi przewożą ciała swych nieboszczyków. Z drugiej wszakże strony większość higienistów wschodnich, jak DIKSON, MAHE i inni, uważa dżumę w Irak-Arabii za przyswojoną, a D-r THOLOZAN, który swemi pracami wiele się przyczynił do poznania dziejów dżumy w Persyi, zapewnia, że epidemie, które tam bywają, zawsze mają miejsce wskutek zawleczenia zarazy z Mezopotamii.

Prócz tych głównych ognisk w Azyi jest jeszcze kilka innych miejscowości, uważanych przynajmniej przez pewnych autorów także za takie ogniska, w których epidemie dżumy powstają pierwotnie, a nie z przeniesienia zarazka z innych ognisk. Do takich podejrzanych miejscowości zalicza się wybrzeże północnej Afryki, mianowicie prowincya Benghazi w Tripolis i prowincya Assir w zachodniej Arabii, a to z powodu, że tam ukazywały się epidemie wówczas, gdy nigdzie więcej nie było słyhać o dżumie, lub też gdy ta ostatnia panowała w bardzo odległych miejscowościach, z którymi stosunki były bardzo rzadkie.

Co się tyczy prowincyi chińskiej Yun-nam, to, jak to już wyżej nadmieniliśmy, jedni twierdzą, że tam dżuma została przeniesioną i zaszczerpioną w roku 1871, drudzy zaś przypuszczają, że miejscowość ta od dawien dawna była ogniskiem, w którym zaraza, podobnie jak iskra w popiele, tliła się ciągle, a od czasu do czasu wybuchała większym płomieniem, co wszakże dopiero zostało ujawnione z powodu większej epidemii, jaka tam panowała w r. 1871. W każdym razie prowincyę Yun-nam obecnie należy zaliczać do ognisk bardzo nawet czynnych, gdyż prawdopodobnie tam wzięła początek epidemia, która szerzyła się w Chinach, głównie w miastach portowych, następnie ukazała się w Indyach i stąd grozi Europie.

W tych to więc ogniskach często, niekiedy nawet co rok ukazują się epidemie dżumy, które nie są przyniesione z innych miejscowości, lecz powstają na miejscu, czyli, jak poprzednio mówiono, wywiązują się samorodnie i stąd dopiero szerzą się na sąsiednie kraje, a nieraz bywają przenoszone do bardziej odległych miejscowości. W miarę wszakże udoskonalania się poglądów na etiologię chorób zakaźnych, przyjęcie o samorodnem wywiązaniu się epidemii w ogniskach zarazy musiało ustąpić pojęciu o pewnej ciągłości w istnieniu zarazka i wówczas zaczęto szukać jakiegoś ogniwa, któreby łączyło dwie po sobie kolejno następujące epidemie. Wtedy to przekonano się, że w tych miejscowościach, w których epidemie powstają na pozór samorodnie, nawet w przerwach pomiędzy nimi, zdarzają się pojedyncze przypadki zachorowania na dżumę i w tych to sporadycznych przypadkach, cechujących się łagodnym przebiegiem i małą zaraźliwością, zaczęto upatrywać łącznik, wiążący epidemie pomiędzy sobą.

Ten pogląd, oparty na poszukiwaniach, głównie w Egipcie dokonanych, został zachwiany oświadczeniem GRIESINGER'a, że dżuma nawet w Egipcie panuje tylko epidemicznie, a nie endemicznie, gdyż ani jemu samemu, ani też żadnemu z francuskich lekarzy sanitarnych, którzy rozpoczęli swą działalność po r. 1843, nie udało się widzieć ani jednego przypadku dżumy, a te przypadki, które mu przedstawiono, jako sporadyczne, okazywały się całkiem czem innym, najczęściej zaś dymienicami syfilitycznymi. Obecnie, gdy już z górą 50 lat minęło od ostatniej epidemii w Egipcie, łatwo możemy sobie wytłumaaczyć to, że GRIESINGER nie spotykał tam sporadycznych przypadków dżumy tem, że właśnie od owego czasu Egipt przestał być ogniskiem zarazy, prawdopodobnie wskutek zaniknięcia zarazka tak, jak to się zdarzyło ze sztucznymi hodowlami. W owym wszakże czasie tak stanowczo wyrażone zdanie przez uczonego, który w kwestyach, dotyczących chorób zakaźnych, był pierwszorzędną powagą, zachwiało bardzo powyższy pogląd.

Dopiero w późniejszych czasach, gdy zaczęto więcej uwagi zwracać na inne ogniska dżumy, przekonano się, jak to już po części wspomniałem, że w Persyi, Mezopotamii, Chinach, w czasach, kiedy niema większych epidemii, zdarzają się rzeczywiście przypadki, najczęściej przez miejscowych lekarzy sanitarnych przyjmowane za tyfus lub malaryę, którym towarzyszy obrzmienie gruczołów. Przebieg wszakże tych przypadków jest zwykle łagodny, tak, że najczęściej chorzy nie kładą się do łóżka i chodzą z obrzmiałymi gruczołami lub nawet z ropiejącymi dymienicami; to też mniej bezkrytycznie patrzący na rzeczy lekarze sanitarni uważają takie zachorowania za sporadyczne przypadki dżumy, stanowiące łącznik pomiędzy epidemią, która minęła, i tą, która w przyszłości przy sprzyjających warunkach może wybuchnąć.

Do ostatecznego utrwalenia się tego poglądu przyczynił się bardzo HIRSCH, który, nie znając jeszcze natury zarazka, przypuszczał, że rola takich miejscowości, jak Persya, Mezopotamia i t. p., polega na tem, że tam właśnie zarazek się ciągle odradza i dlatego nawet wówczas, gdy niema epidemii, pojedyncze przypadki dżumy ciągle się tam przytrafiają. PASTEUR już z powodu ukazania się epidemii w r. 1853 w Benghazi wyraził przypuszczenie, że w podobnych miejscowościach zarazek w swej mniej złośliwej formie stale istnieje i przy sprzyjających warunkach przechodzi w drugą bardziej czynną postać.

Nowe badania bakteryologiczne, do których bodziec dało odkrycie laseczników dżumy, zdają się potwierdzać tę hipotezę. W ostatnich czasach, szczególnie z powodu dżumy w Chinach i w Indyach, zwrócono uwagę na to, że na jakiś czas przed epidemią, niekiedy nawet na kilka lat przed wybuchem jej, ukazują się przypadki obrzmienia gruczołów, szczególnie pachwinowych którym często towarzyszy gorączka i które, pomimo podobieństwa do dżumy,

mają charakter dobrotliwy i często nawet bez przejścia w ropienie ulegają wessaniu tak, że chorzy po większej części nie kładą się nawet do łóżka. Takie przypadki spostrzegano już w Astrachaniu w r. 1877, t. j. na rok przed ukazaniem się dżumy w Wietlance. W Kalkucie pośród wojsk angielskich już od r. 1895 do obecnej chwili mają się przytrafiać przypadki obrzmiewania gruczołów pachwinowych, którym towarzyszy gorączka, a pomiędzy rokiem 1892—1896 podobne zachorowania zwracały na siebie uwagę w Hong-Kong, Osten, Singapore, wzdłuż brzegu morskiego aż do Shanghai. Wreszcie i w zeszłym roku na kilka miesięcy przed wybuchem epidemii w Bombay zauważono, że mieszkańcy dzielnicy Mandvi ulegają chorobie bardzo podobnej do dżumy, lecz łagodny przebieg mającej.

Przed 20 laty w czasie epidemii w gubernii Astrachańskiej jeszcze nie oceniano należycie znaczenia podobych przypadków i właściwie natura ich dopiero w ostatnich czasach, dzięki poszukiwaniom bakteryologicznym, została w sposób naukowy wyjaśniona, jednakże już przedtem większość autorów, którzy w ostatnich latach spostrzegali je w Chinach i w Indjach, pomimo łagodnego przebiegu uważała je za dżumę. Wszyscy mianowicie zgadzali się co do tego, że te łagodne formy, którym nadano nazwę „*Pestis minor*“, po dłuższym lub krótszym czasie mogą zamienić się na złośliwą postać dżumy, jaką ta ostatnia przybiera w czasie epidemii, po ustąpieniu której znowu dżuma może się ukazywać wyłącznie tylko w postaci *pestis minor*.

Że wreszcie *pestis minor*, której tożsamość z przypadkami, dawniej już spotrzeganyimi w ogniskach zarazy i przyjmowanymi za sporadyczne przypadki dżumy nie wymaga dowodzenia, jest rzeczywiście łagodną, nie udzielającą się postacią dżumy, tego ostatecznie dowiodły dokonane świeżo w Kalkucie badania bakteryologiczne, które wykazały obecność w tych przypadkach laseczników, mających wszystkie te same cechy, co drobnoustroje dżumy, lecz nie posiadających właściwej tym ostatnim złośliwości.

Pozostawała jeszcze tylko do wyjaśnienia kwestya, co jest przyczyną tego, że dżuma, panująca w pewnych miejscowościach nagminnie, od czasu do czasu przybiera charakter epidemiczny, lecz tu właśnie występuje na jaw niedostateczność naszych wiadomości, które pozwalają nam, co najwyżej, na twórczenie mniej lub więcej prawdopodobnych hipotez.

Poszukując przyczyn, które zaostrzają złośliwość zarazka i czynią go zdolnym do wywołania epidemii, zwrócono przedewszystkiem uwagę na warunki, w jakich znajdują się miejscowości, uważane za ogniska zarazy, szczególnie w czasie ukazania się w nich epidemii; nie wiele wszakże tą drogą uzyskano, gdyż przekonano się, że ani klimatyczne, ani też teluryczne warunki nie odgrywają wybitnej roli w powstawaniu epidemii. Widzieliśmy, że dżuma zarówno często ukazuje się w Kurdystanie, w Jun-nan'ie i górnym Indostanie na wysokości 2000—3000 metrów, jak w dolinie Tygru i Eufratu, że zarówno dobrze się szerzy w miejscowościach wilgotnych, błotnistych, jak i na gruncie suchym, skalistym, lub też piaszczystym. Wiadomo także, że szerzyły się epidemie z wielką gwałtownością, zarówno podczas suszy, jak i w okresie deszczowym, w czasie wielkich upałów i podczas zimowych miesięcy pomimo silnych mrozów, jakkolwiek stale prawie spostrzegane zmniejszanie się natężenia, a nawet ustępowania epidemii z nastaniem gorących, letnich miesięcy, zdaje się przemawiać za tem, że zbyt wysoka ciepota hamuje rozwój zarazy, z czem w zgodzie stoją spostrzeżenia KITASATO i YERSIN'a, którzy się przekonali, że laseczniki dżumy są bardzo czułe na działanie temperatury, gdyż hodowle ich zamierają przy 58° C.

Pomimo wszakże tak wybitnej różnicy w klimatycznych i topograficznych warunkach, w jakich znajdują się miejscowości uprzywilejowane przez dżumę, mają one jednakże pewne wspólne cechy, które, jak wskazują doświadczenia,

odgrywają niewątpliwie ważną rolę w powstawaniu i szerzeniu się zarazy. Tą wspólną wszystkim tym miejscowościom cechą jest oplakany ich stan higieniczny, jako to: zanieczyszczenie gruntu wszelkiego rodzaju odpadkami, wypróżnieniami, a nawet gnijącymi na powierzchni jego zwłokami zmarłych, nędza, w jakiej żyje tam biedniejsza ludność, pozbawiona nieraz najkonieczniejszych potrzeb do życia, karmiąca się byle czem, mieszkająca w brudnych, zapadłych w ziemię lepiankach, wreszcie często przytrafiające się klęski żywiołowe, które pogarszają ten stan. Powszechnie naprzykład znane było bezprzykładne zaniedbanie wszelkich przepisów higieny w Egipcie, co w czasie, gdy kraj ten był uważany za jedyne źródło, z którego dżuma szerzyła się na sąsiednie miejscowości i dostawała się do Europy, wywołało w końcu interwencję państw Europejskich. Dość powiedzieć, że w Egipcie nie było nawet właściwie zwyczaju grzebania zmarłych, których zwłoki tylko po wierzchu przykrywano piaskiem, a w Kairze, gdzie dżuma panowała zwykle ze szczególniejszą srogością, zmarłych chowano w domach, w zagłębieniach zrobionych w ścianach, lub też pod podłogą. Toż samo, z pewnemi tylko odmianami, dzieje się w naszych czasach w Mezopotamii, Persyi, Indjach i Chinach, gdzie przesady religijne i nędza niższych klas ludności stwarzają warunki, nie dające się pogodzić z najelementarniejszymi przepisami higieny i gdzie też dżuma stale gości.

Że wreszcie ten wspólny wszystkim miejscowościom częściej nawiedzanym przez dżumę oplakany stan zaniedbania przepisów higieny odgrywa ważną rolę w powstawaniu i szerzeniu się epidemii, dowodzą sprawozdania z przebiegu ostatnich epidemii w Chinach i Indjach, z których widać, że dżuma zabierała głównie ofiary z pośród niższych klas społeczeństwa, żyjących w bardzo złych higienicznych warunkach. Tak w czasie epidemii w mieście Victoria na wyspie Hong-Kong głównie ucierpiała dzielnica Taiping, zamieszkała przez ubogich Chińczyków, a epidemia w Bombaju najprzód ukazała się w Maudvi, dzielnicy, zamieszkałej przez Indusów, stanowiących najniższą warstwę ludności, która, podobnie jak i uboższa ludność w Chinach, nawet w wielkich miastach, żyje w takiej nędzy i brudzie, o jakich my już dziś w Europie na szczęście, nie mamy nawet wyobrażenia. LANGER przytacza bardzo ciekawe zdarzenie, opowiadane przez naocznych świadków dżumy w Hong-Kong i dowodzące, że właśnie nędzne i zaniedbane siedziby ludzkie przechowują zarazek dżumy i potęgują jego złośliwość: gdy mianowicie epidemia w Hong-Kong zaczęła się tak wzmagać, że sanitarna służba już nie była w stanie podjąć swemu zadaniu, wezwano do pomocy angielskich żołnierzy, którym poruczono oczyszczenie mieszkań najbiedniejszej ludności chińskiej, które według opisu świadków przewyższają najnędzniejsze schroniska ludzkie szczupłością w stosunku do ilości mieszkańców, brakiem najniezbędniejszych potrzeb i ilością nagromadzonego kurzu, brudu, ekskrementów ludzkich i zwierzęcych i t. p. Otóż wielu z żołnierzy, którym poruczono wykonanie tej roboty, padło ofiarą dżumy, gdy tymczasem przedtem pośród nich nie zdarzały się przypadki zachorowań i wogóle w czasie epidemii w Hong-Kong zauważono wyraźną odporność Europejczyków przeciwko zarazie.

Ten przypadek jest jeszcze z tego względu pouczającym, że wskazuje, iż stwierdzona rzeczywistość i w ostatnich czasach większa odporność przeciw dżumie, jaką wykazują Europejczycy w porównaniu z miejscową ludnością, nie zależy, jak to dawniej przypuszczano, od jakichś odrębności rasowych, lecz po prostu jest uwarunkowana tem, że Europejczycy należą przeważnie do zamożniejszej klasy i żyją w lepszych warunkach higienicznych, niż miejscowa ludność, która stanowi najniższą warstwę tamtejszego społeczeństwa.

Tak samo, t. j. pogorszeniem się warunków higienicznych, czy to wskutek zwiększenia się nędzy, czy też, być może, wskutek zanieczyszczenia przytem gruntu, wszyscy obecnie tłómaczą wpływ klęsk żywiołowych na powstawanie

i szerzenie się epidemii dżumy. Takie też, a nie inne z pewnością znaczenie miały wylewy rzek, z którymi dawniej, szczególnie w Egipcie, wiązano ściśle szerzenie się dżumy.

Gdy YERSIN wykrył laseczniki dżumy, wówczas, poddając badaniu ludzi, zwierzęta, grunt i przerabiając doświadczenia ze sztucznie otrzymanymi hodowlami, przekonał się, że drobnoustroje te okazują nie tylko pewną różnorodność w zewnętrznym wyglądzie, lecz także i w biologicznych swych cechach przedstawiają wybitne różnice. Tak, nie tylko w ziemi znalazł on laseczniki zupełnie podobne do laseczników dżumy, lecz nie posiadające właściwych tym ostatnim chorobotwórczych własności, ale również i z mięszu gruczołu od jednego chorego, który właściwie był już rekonwalescentem, otrzymał kilka kolonii nieszkodliwych nawet dla myszy, niejednokrotnie też udawało mu się z krwi lub dymieniec jednego i tego samego chorego wydzielić laseczniki, znacznie różniące się stopniem toksyczności względem zwierząt, co także potwierdzili asystenci KITASATO, LOWSON i TAKAKI. Z drugiej strony przekonał się YERSIN, że długo przechowywane hodowle agarowe tracą swe toksyczne własności i że odwrotnie złośliwość hodowli znacznie się wzmacnia przez odnawianie ich za pomocą przeszczepiań na zwierzęta. Kojarząc te spostrzeżenia, zdobyte drogą doświadczenia, ze znanym już faktem, że szczury całymi masami giną od dżumy, YERSIN wyprowadził stąd wniosek, że dżuma z początku jest chorobą szczurów, które żyją w ziemi i tam się zarażają, a tak odrodzony zarazek wkrótce staje się plagą ludzi. Rzeczywiście lekarze, którzy byli świadkami ostatnich epidemii, opowiadają, że przed epidemią szczury porzucają swe nory i zjawiają się w mieszkaniach ludzkich, zaścielając je swoimi trupami i że znaczenie tego faktu tak dobrze jest znane miejscowej ludności, iż Chińczycy w r. 1895 opuszczali swe domy, gdy w nich ukazały się szczury. W Chinach powszechnie panuje przekonanie, że zaraza gnieździ się w gruncie i że wskutek tego najprzód ulegają zarażeniu te zwierzęta, których narządy oddechania znajdują się najbliżej ziemi, a więc najprzód szczury i myszy, a na ostatku człowiek.

Wszystkie te spostrzeżenia, właściwie mówiąc, dowodzą tylko, że szczury i myszy, a być może i inne zwierzęta, przyjmują żywy udział w szerzeniu zarazy i stanowią zbyt świeży dorobek nauki, by niemi już dziś można było wytłomaczyć sobie wszystko, co się tyczy powstawania i szerzenia się epidemii dżumy.

Mało również wiemy o tem, jakie warunki indywidualne usposabiają do nabycia choroby, a i to, co wiemy, zaczerpnięte jest z dawniejszych źródeł, gdyż nowsi autorowie o tem prawie wcale nie wspominają. Zdaje się, że ani płeć, ani wiek nie odgrywają tu żadnej roli, wszystko zaś, co osłabia ustrój, jako to: wysiłki fizyczne i umysłowe, poprzedzające choroby, nadużycia i t. p., usposabia do nabycia choroby. Wszyscy dawniejsi autorowie twierdzą, że niektóre zajęcia zabezpieczają jakoby od zakażenia się, mianowicie bardzo rzadko podobno chorują wozowodowie, a jeszcze rzadziej ci, którzy wyrabiają lub handlują olejami i na tej zasadzie tych ostatnich dawniej stosowano w celu zapieczętowania się od zarażenia.

Trudno jest także powiedzieć stanowczo, czy przebycie choroby zawsze chroni od ponownego zarażenia się, czy też nie; pod tym bowiem względem pomiędzy autorami niema zupełnej jedności. Za nabyciem odporności przemawiają świadectwa historyków, którzy opowiadają, że do opiekowania się chorymi, często używano takich, co już przed tem sami chorowali i że ci bezkarnie narażali się na obcowanie z chorymi. Za tem wszakże, że ta odporność nie jest zupełną, przemawiałoby to, że, jak wielu autorów wspomina, ci, którzy kiedyś przebyli dżumę, przy ponawianiu się epidemii doznają bólu w pachwinach i wogóle w miejscach, gdzie znajdują się blizny, a niekiedy nawet tworzą się u nich nowe dymienice.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— * — * —

39. Kaloman Szego. Obecny stan nauki o dziedziczeniu gruźlicy.

Obecnie powszechnie przyjętą jest teoria dziedziczenia WEISSMANN'a, według której zarówno nici nasienne, jak i jajo kobiece są to nie komórki, lecz organizmy elementarne, mieszczące w sobie wszystkie cechy rodziców, tak, że w obu tych pierwiastkach mieści się cała osobowość przyszłej istoty, aż do jej najbardziej elementarnych części składowych. Gdy po połączeniu się jaja z nitką nasienną nastąpi zgrupowanie się nowych komórek w pewne rzędy, odpowiadające przyszłym tkankom ciała, wówczas pewna część komórek przyjmuje na siebie niezmienną część wspólnej masy zarodkowej. Jest to odziedziczona pierwotna masa zarodkowa potomstwa, która właśnie przyjmuje udział w płodzeniu. Na tem polega ciągłość masy zarodkowej, która ciągnie się przez szereg pokoleń.

Poszukiwaniom nad dziedzicznością nadały nowy kierunek szczepienia ochronne. Pierwszym, który się zajął kwestyą dziedziczenia odporności, był HÖGYES [1889], badając wpływ szczepień ochronnych wścieklizny na potomstwo. Z 4-ch psów jeden oparł się zarazie, 3-y uległy jej. U dwóch psów okres wyługania trwał nader długo. Doświadczenia te dały wyniki niepewne, bo autor źle wybrał czas na próbowanie odporności. Dzisiaj wiemy, że ta ostatnia w najwyższym stopniu wykazuje się zaraz po urodzeniu, a potem słabnie. HÖGYES zaś szczepił zarazek wścieklizny psom, gdy miały po 3 miesiące, a więc gdy odporność już znikła. EHRLICH i HABENER przekonali się, że odporność nie da się przenieść z ojca na potomstwo, t. j., że nasienie nie zawiera antytoksyn. Natomiast substancja uodporniająca dostaje się przez krwiobieg w łożysku do płodu. Nie jest więc to odporność czynna, która powstała w samym płodzie, lecz przeniesiona, bierna, co potwierdza zniknięcie jej po paru miesiącach. Podobne rezultaty dało karmienie mlekiem zwierząt uodpornionych i powodowało ono odporność, trwającą parę tygodni.

Zwolennicy teorii dziedziczenia gruźlicy dzielą się na dwa obozy: jedni, z BAUMGARTEN'em na czele, trzymają się teorii dziedziczenia parazytarnego, t. j. przeniesienia samego zarazka gruźlicy przy poczęciu; inni, z KOCH'em—teorii dziedziczności usposobienia. Kwestya dziedziczenia parazytarnego jest bardzo trudną do rozstrzygnięcia, gdyż gruźlica wrodzona jest dosyć rzadką, a przy gruźlicy objawiającej się później trudno rozstrzygnąć, czy zarazek istniał już u płodu, czy też został nabyty. Kwestya zarażenia gruźlicą przez nasienie jest, zdaje się, rozstrzygniętą w znaczeniu dodatniem. Wielu suchotników ze zdrowymi organami płciowymi wydziela nasienie zarażone lasecznikami. Spostrzeżenia dotyczące zwierząt potwierdzają fakty zdobyte u ludzi. JOHNE, BANY, SIĘDAMGRATSKI widzieli cielęta gruźlicze zrodzone z gruźliczych byków i zdrowych krów, LEICHTENSTERN—gruźlicze kurczęta z gruźliczych kogutów i zdrowych kur. LANDOUZY i MARTIN wywoływali gruźlicę u świnek morskich, zastrzykując im nasienie zajęcy, mających gruźlicę. GAERTNER, wstrzykując do pochwy nasienie gruźlicze, wywoływał gruźlicę tej ostatniej. MAFFUCCI wstrzykiwał samcom zajmcom pod skórę laseczniki gruźlicze. Już po 25-u dniach w nasieniu znajdowały się obficie laseczniki; szczepienie tem nasieniem dawało rezultaty dodatnie. Następnie parzył on chóre na gruźlicę samce ze zdrowymi samicami; niektóre z samic zdechły z powodu gruźlicy otrzewnej, inne zaszły w ciążę. MAFFUCCI wycinał niektóre płody z macicy i zaszczepiał nimi świnki morskie. U niektórych zwierząt szczepienie takie udawało się. Badanie zwie-

rząd donoszonych między 2—12 rokiem życia wykazało gruźlicę wątroby, lecz laseczników w gruzelkach nie znaleziono.

Bardzo trudno określić, czy możliwym jest zarażenie gruźlicą komórki jajowej przed jej zapłodnieniem. W pierwszym rzędzie przyczynić się do tego może gruźlica narządów płciowych żeńskich. Daleko ważniejszą rolę gra zarażenie przez pośrednictwo łożyska, zdarza się to jednak dość rzadko. LANDOUZY i MARTIN szczepili części łożyska matek chorych na gruźlicę zwierzętom i te ostatnie dostawały gruźlicy. SCHMOLL i BIRCH-HIRSCHFELD opisują przypadek następujący: 23-letnia chora na gruźlicę przewlekłą w siódmym miesiącu ciąży umarła. Płód wyjęto przez cięcie cesarskie. W wątrobie płodu znaleziono laseczniki gruźlicze, których szczepienie dało wyniki dodatni. W łożysku pod kosmówką znaleziono gruzelki, zawierające laseczniki. SEMORL i KAEKEL badali łożyska trzech kobiet chorych na gruźlicę. Dwa z nich zawierały laseczniki gruźlicze. KAEKEL i LUNGENVITZ badali 200 krów gruźliczych. U dwóch tylko znaleziono daleko posuniętą gruźlicę płodu i łożyska. W tem ostatniem większość kosmków była zmartwiała i zserowaciała, w kosmkach znajdowała się duża ilość laseczników. Nie było laseczników tylko w tych kosmkach, których nabłonek był nienaruszony. Nabłonek łożyska stanowi tedy dzielną, lecz nie bezwzględną ochronę przeciwko zarażeniu.

Niektóre czynniki dopomagają przedostaniu się zarazka do krwi w łożysku. Na pierwszym planie postawić tu należy według CHARRIN'a nasycenie krwi toksynami mikrobów: 16 ciężarnym świnkom morskim wstrzyknięto hodowlę *bacilli pyocyanei*. Potem wprowadzono do ustroju 4-m zwierzętom malleinę, 4-m tuberkulinę, 4-m toksynę ropy niebieskiej. 4-y świnki dla kontroli nie otrzymały toksyn. Z 12-u świnek zarażonych toksynami u 11-u płód zawierał *bacillo pyocyaneo*. Z 4-ch zaś świnek, które nie otrzymały toksyn, tylko jednej płód zawierał laseczniki.

Na odmiennym punkcie widzenia stoi NOCARD, który twierdzi, że gruźlica u płodu zdarza się tylko wtedy, gdy istniała uprzednio gruźlica macicy. Bądź co bądź, skoro zarazek dostanie się do krwiobiegu łożyskowego, to przede wszystkim przez żyłę pępkową dostaje się do wątroby płodu. BAR i RENON wstrzykiwali krew żyły pępkowej pod skórę zwierzęciu i tylko na 5 przypadków otrzymali wynik dodatni, choć makroskopowe badanie łożyska nie wykazało zmian żadnych. Nie ulega tedy wątpliwości, że jad gruźliczy może się dostać do krwiobiegu u płodu, że dostaje się on łatwiej przy gruźlicy rozsianej albo też gruźlicy narządów płciowych, trudniej zaś przy łagodnym albo utajonym jej przebiegu u rodziców. Przeszkodą dla dostania się jadu jest zdrowy nabłonek kosmków łożyska. Gdy jednak pewne momenty [toksyny] zniweczą jego odporność, albo gdy ten nabłonek ulegnie zniszczeniu wskutek gruźlicy kosmków, to zarazek dostaje się do krwi łożyska i płodu.

Płód reaguje w różny sposób stosownie do stopnia zarażenia. Jeżeli zarazek jest bardzo silny, to płód może zginąć; słabszy zarazek wywołuje tylko miejscowe zmiany. Znajdywano gruźlicę kręgów u nieżywych noworodków, a także gruźlicę wątroby, śledziony, płuc u dziecka, które żyło dołą, a oprócz tego przypadki gruźlicy różnych narządów u dzieci, które żyły kilkanaście dni. Takich przypadków wrodzonej gruźlicy liczą w literaturze 18—20. Czasami nie ma żadnych zmian anatomicznych w narządach, ani też laseczników, a jednak szczepienie części tkanek daje rezultat dodatni. MAFRUCI na zasadzie swoich doświadczeń doszedł do przekonania, że laseczniki u trupów przez jedną dołą zachowują jadowitość; później przedsięwzięte szczepienia pozostają bezowocnymi. Laseczniki mogą się znajdować w organach zupełnie niezmiennych, jakeśmy to już widzieli w nasieniu zdrowych organów płciowych. Odporność na wpływy zarażenia zmniejsza się równomiernie z wiekiem. Największą jest ona u płodu, mniejszą u noworodka, najmniejszą u ssaw-

ca. MAFFUCCI szczepił gruźlicę na zapłodnionych jajach kurzych i ciężarnym świnkom morskim. Zarażenie nie powstrzymywało rozwoju zapłodnionego jaja kurzego. Kurczęta wylęgały się we właściwym czasie i przez 20 dni były zdrowe; choroba wybuchła dopiero po tak długim utajeniu. Laseczniki gruźlicze zarówno w białku jaja, jak i w samym zarodku zamieniały się na ziarnka z otoczką, z których jednak można było wyhodować jadowite i zdolne do życia laseczniki. Te same fakty znalazł on i u świnek morskich. Jeśli potomstwo ich pozostawało przy życiu, to gruźlica u niego rozwijała się dopiero po 2-ch miesiącach. W tym czasie na wątrobie można było wykazać gruzełki, nie zawierające wszakże laseczników. Taki gruzełek może uleść zmianie łączno-tkankowej, podczas gdy gruzełki, zawierające laseczniki, tylko serowacieją. Gruzełki przy szczepieniu okazywały się niejadowitymi. Ze swych poszukiwań wyprowadza MAFFUCCI wniosek, że zarodek, dopóki żyje, nie pozwala rozwijać się lasecznikom, albo niszczy je, albo osłabia, albo tamuje ich rozwój. Wskutek walki z lasecznikami zarodki przychodzą na świat nieraz osłabione, w stanie wyniszczenia; często gruźlica wybucha po urodzeniu. BAUMGARTEN powtórzył i potwierdził doświadczenia MAFFUCCI'ego. To objaśnia nam istnienie ukrytej gruźlicy. Mianowicie ogniska gruźlicze mogą długi czas istnieć w ustroju, nie dając żadnych objawów. Im mniej laseczników w ogniskach, tem dłużej gruźlica pozostaje ukrytą. Takie ukryte ogniska gruźlicze są dosyć częstym zjawiskiem na sekcyach. Według poszukiwań różnych autorów ukryte ogniska gruźlicze znajdują się blisko u 30% trupów. Noworodki z ukrytą gruźlicą rozwijają się szybciej nieraz, niż dzieci zdrowe. Mianowicie noworodek przynosi z sobą na świat znaczną dotę odporności, którą otrzymuje ze krwi matki. Objasnić te uodporniające własności krwi noworodka można wysokim jej ciężarem właściwym, znaczną zawartością hemoglobiny, wielką ilością ciałek czerwonych, a także pokarmem mlecznym, który posiada wszystkie uodporniające własności macierzyńskiej surowicy krwi. Nad uodporniającemi własnościami mleka kobiecego robił badania NEUMANN; badania te jednak z powodu trudności w ich przeprowadzeniu dały wyniki dwuznaczne. W każdym razie zdaje się być pewnem, że względna odporność noworodków na rozmaite zarazki warunkuje się antytoksynami, które pochodzą zarówno ze krwi matki, jak i z jej mleka. W miarę jak krew noworodków zmienia swój skład, jak świeżo wytworzona zastępuje matczyną, znika ich odporność na choroby zaraźliwe. Wielką śmiertelność w tym roku życia w znacznej części przypisać należy ukrytej gruźlicy. Gruźlica wątroby, śledziony, kości i mózgowia, tak częsta w pierwszym roku życia, jest, według GAERTNER'a, zawsze pochodzenia płodowego. Przeciwnie, gruźlica płuc, oskrzeli, gruczołów chłonnych, jeżeli nie jest wtórną, jest zwykle nabytą.

Drugi obóz objaśnia dziedziczność gruźlicy nie przeniesieniem zarazka, lecz przez dziedziczność usposobienia. Usposobiony jest bardziej skłonny do przyjęcia zarazka, nie jest w stanie oprzeć się rozwojowi jego. Znane już są od dawna anatomiczne oznaki usposobienia gruźliczego w budowie szkieletu, organów płciowych, płuc, serca i t. d.. Oznaki te jednak nie są stałe i dlatego trudno naukowo dowieść związku między nimi a gruźlicą. Swoją drogą liczne spostrzeżenia zdają się przemawiać za dziedzicznym usposobieniem. Zresztą teoria parazytarna nie wyłącza dziedziczenia skłonności do gruźlicy. Błędna jest tylko wyłączność zwolenników tak jednej, jak i drugiej teorii. Usposobienie do gruźlicy objawia się więc w znepodobnieniu tego lub innego narządu w ustroju, a przyczyną tego jest choroba nici nasiennej, albo jaja, albo jaja zapłodnionego. Jest jeszcze jedna forma usposobienia do gruźlicy, objawiająca się w słabej odporności ustroju na wpływy atmosferyczne i termiczne. Ta forma odpowiada eretycznej postaci zółzów. Niektórzy objaśniają tę nadrażliwość tkanek obecnością niewielkiej ilości laseczników gruźliczych i małą jej jado-

witością. Trudno jednak pojąć, dlaczegoby lasecznik działał na stan ogólny ustroju. Daleko prawdopodobniejszą jest rzeczą, że działają tu nie laseczniki, lecz ich toksyny. Przypuszczenie to potwierdzają doświadczenia KRAS'a i GAMALEI, GRANCHER'a, LABORDE'a i MAFFUCCI'ego, którzy, wstrzykując ogrzane do 130° a więc zabite i osłabione w swej jadowitości laseczniki zwierzętom, otrzymywali typowe, zserowaciałe gruźelki i objawy ogólnej gruźlicy. Tak więc toksyna gruźlicy wywołuje zakażenie, osłabienie nasienia lub jajka, albo też w razie łożyskowego zarażenia osłabienie płodu. Miałyby się tu rzeczy tak, jak przy przewlekłym alkoholizmie, t. j., że zarazek wpływa na zarodki. Nie chodzi tu nawet o konieczne zarażenie zarodków tuberkuliną; wszelki zarazek wywołać może nadrażliwość tkanek. Wszak wstrzykiwanie albumozy, surowicy błonicowej, soli kuchennej, wywołać może podobne objawy, jak wstrzykiwanie tuberkuliny i to nie tylko u osób gruźliczych, lecz i u syfilityków i trędowatych.

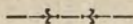
Na zasadzie powyższego jasną jest rzeczą, że dziedziczenie gruźlicy jest albo parazytarnem, albo usposobieniowem [może być toksycznym]. Dziedziczenie nie wyłącza zaraźliwości. Trudno rozstrzygnąć, jaki rodzaj dziedziczenia jest częstszym. Dziedziczenie odbywa się albo przez zarażenie nici nasienych, albo jajka, albo wreszcie na drodze łożyskowej. Gruźlica płuc, kiszek, gruczołów w okolicy nosa i ust nabywa się drogą zarażenia; gruźlica mózgu, kości, stawów, organów brzucha—jest wrodzoną. Zarazek wrodzony może przez czas dłuższy lub krótszy pozostać ukrytym i objawia się w chwilach osłabienia ustroju.

St. Kamiński.

(Archiv f. Kinderheilk. Tom XXI. Zeszyt V i VI. 1897).



Wiadomości drobne.



— DÉJÉRINE i MIRALLÉ opisują bardzo rzadki przypadek zapalenia nerwów obwodowych wszystkich 4-ch kończyn (*polyneuritis*) wraz z obrzękiem ogólnym (*anasarcu*). Dotychczas ogłoszono dwa podobne przypadki: jeden przez GRACEO, drugi przez GURGO i DE REGIBUS. Obrzęk w przypadku D. i M. zajął najpierw dolne kończyny, po kilku dniach rozprzestrzenił się i na górne. Po 2 tygodniach trwania zniknął szybko, jednocześnie ze znacznym zwiększeniem się ilości moczu. Kilkakrotnie poszukiwania nie wykryły białka w moczu. Serce nie przedstawiało żadnych zaburzeń. Obrzęk tłómaczą autorowie porażeniem nerwów naczyńioruchowych.

(Revue de Méd. Nr. 1. 1897).

K. S.

— VÉRITÉ zwraca uwagę na zatrucie arsenikowe, zdarzające się u pijących wody mineralne, zawierające arsenik, którego objawy wybuchają głównie ze strony dróg żółciowych. Tu należą: wymioty, biegunka, bolesność okolicy wątroby, powiększenie objętości wątroby, bóle wątrobowe, wzmożona częstość tętna, podwyższona ciepłota wraz z uczuciem zimna.

W. St.

— BERTARELLI i BRAULT po niefortunnych próbach leczenia łuszczycy (*psoriasis*) wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych radzą zupełnie tej metody zaniechać.

W. St.

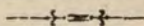
— CANUET przedstawiał w Towarzystwie dermatologicznem francuskiem chorą z trzema wrzodami twardymi, z których jeden był na dolnej wardze [zajęte były gruczoły podżuchwowe], a dwa na piersiach, po jednym obok każdej brodawki [zajęte były gruczoły pachowe].

(Annales de Derm. et de Syph. Nr. 8 - 9. 1896).

W. St.

— FEULARD w pracy, ogłoszonej na III międzynarodowym kongresie dermatologów i syfilidologów w Londynie, zajmuje się kwestyą, jak długi jest okres zaraziwości syfilisu. Na mocy licznych spostrzeżeń FOURNIER'a, LANDOUZ'ego, własnych i wielu innych, dochodzi on do następujących wniosków: 1) u wielu chorych objawy syfilityczne ukazują się w przeciągu pierwszych czterech lat po zarażeniu się; 2) i w późniejszych okresach zarażenie jest możliwem, czego dowodzą przypadki, w których po 20 latach zaraziwość istniała (?); 3) przed końcem czwartego roku stanowczo pacjentom na małżeństwo pozwalać nie należy; 4) syfilis dziedziczny czasami występuje u dzieci młodszych, oszczędzając starsze, co nasuwa myśl, że starsze, spłodzone podczas leczenia się, *resp.* jeszcze w okresie działania rtęci, winne są swe zdrowie zubożeniu zarazka przez rtęć, które to zubożenie z czasem znikło. (*Annal. de Dermat et de Syphil.* Nr. 8—9. 1896). W. St.

Wiadomości bieżące.



— Artykuł Koch'a o nowych preparatach tuberkuliny, datowany 14 listopada r. z., ukazał się w druku dopiero w 5 miesięcy później, t. j. wtedy, gdy fabryka zdążyła przygotować preparat w celach sprzedaży. Pojawienie się artykułu poprzedziły telegramy, jednoczące nazwisko Koch'a z nazwiskiem fabrykanta. Na te wszystkie niesympatyczne okoliczności zwróciły uwagę naukowe pisma niemieckie (*Berlin. klin. Woch. i Deut. Med.-Zeit.* z dnia 5 kwietnia), oraz *Semaine Méd.* z d. 7 kwietnia. To ostatnie pismo, podając w dosłownym przekładzie pracę Koch'a, umyślnie opuściło adres fabryki tuberkuliny, tłumacząc się w przypisku: „*il est de règle à la S. M. de ne jamais fournir d'indications de ce genre*“. Tkwi w tem trochę przesady, bo należy przecie poinformować czytelników, skąd mogą dostać preparatu do doświadczeń, ale nie ulega wątpliwości, że niesympatycznie przedstawia się ta domieszka handlarsko-przemysłowa do spraw naukowych.

— Z Bombayu dochodzą wieści, że trudno jest dotychczas orzec stanowczo o skuteczności surowicy YERSIN'a w leczeniu dżumy. *Lancet* podaje odsetek śmiertelności na 60%, a w przypadkach bardzo świeżych na 50%. Dżuma nie przestaje grasować w Poona [621 przypadków śmiertelnych na 810, t. j. 76% od początku epidemii] i wdziera się w głąb Indyi. W pewnej wiosce zdarzył się fakt, który dowodzi, że dżuma może być przenoszona przez osoby zdrowe. Do tej miejscowości (*Mahableshtar*) przybyło kilku wychodźców z Bombayu zupełnie zdrowych do tego czasu; tymczasem z ich przybyciem wybuchła epidemia dżumy, na którą zmarła $\frac{1}{3}$ mieszkańców wioski. Dlatego też byłoby pożądanem, ażeby Europa zerwała wszelką komunikację z Indyami, aż do czasu wygaśnięcia epidemii. Żadna rewizya lekarska nie daje pod tym względem gwarancyi. Tak np. na okręcie Dilwera, który wypłynął z Bombayu 11 marca, w 8 dni po odplynięciu zmarła na dżumę 14-letnia dziewczyna, powracająca do Europy. Dnia 20 marca okręt przybył do Suezu i odbył tam 10-dniową kwarantannę, zanim się udał do Southamptonu, celu podróży, dokąd ma przybyć w tych dniach. Czy więcej kto na okręcie nie zapadł na dżumę, dotychczas nie wiadomo.

— Wyszła z druku broszura p. t. „Nałęczów“. Rzecz ta wyróżnia się dodatnio z pomiędzy wszystkich tego rodzaju publikacyi. Rozpatrzenie warunków topograficznych i klimatycznych jest bezstronne; opis całego zakładu i przyjętych w nim zasad postępowania—zupełnie obiektywne. Informacje co do kosztów pobytu w Nałęczowie są bardzo drobiazgowo, tak, że można podług nich całkowity koszt kuracyi z utrzymaniem obliczyć u siebie w domu. Opis okolic Nałęczowa, względnie możliwych wycieczek, jest również dokładny. Rzecz całą ilustrują nadto fotografie i dwie mapki. Można powiedzieć, że gdyby inne tego rodzaju publikacje były w sposób analogiczny do „Nałęczowa“ redagowane, zatarłaby się dotychczasowa ich opinia.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою Варшава 4 Апрѣля 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Oryginalne absolutnie czyste, t a n i n o w e w i n o

Marque déposée



ST. RAPHAEL



Dodatknie rezultaty stwierdzone przez powagi lekarskie, zostały osiągnięte jedynie tylko prawdziwym winem **St.-Raphael** pochodzącem z tej leczniczej miejscowości, a nie naśladownictwami.

Jako przyczynek ich wysokiej wartości posłużyć mogą niektóre porównawcze cyfry najważniejszych części składowych, jakie rozbiory chemiczne Urzędowego Laboratorium Doświadczalnego w Marsylii, D-ra Nenckiego i Prof. Milicera dokumentuie wykazały, mianowicie:

Wino oryginalne taniowe **St Raphael**. posiada:-- Wino naśladowane pod tą marką z Waleneyi posiada:

Alkoholu	18,2%	14,74%
Ekstraktu	22,96%	14,52%
Cukru	19,6%	11,40%
Kwasu	0,62%	0,65%

Z tych badań najwidoczniej wynika niezaprzeczalna wyższość oryginalnych win tak pod względem odżywczym jak i tonicznym.

Oryginalne Wino posiada jako cechę autentycznego pochodzenia herb miasta St. Raphaël jak wyżej i na każdej butelce pieczęć komory celnej.

Na listowne zapytania Szanownych Panów Doktorów chętnie udzielamy wszelkich objaśnień.

Société Vinicole de Saint Raphaël (Var France).

26-3

CIEPLICE TRENCZYŃSKIE.

Kąpiele siarczane od 27°—31° R. na Węgrzech, w Małych Karpatach, 20 minut drogi do stacy Tepla-Trencsin-Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe, i natryski wzorowo urządzone, skuteczne w artrytyzmie, reumatyzmie, cierpieniach nerwowych obwodowych, i centralnych, cierpieniach skóry, obrażeniach kości i t. p.

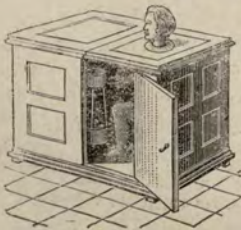
Do masażu personel wyćwiczony. Mieszkania od 50 cnt. do 3 zlr. za dobę. Lecznica, teatr, koncerty. Kuchnia wykwintna. Woda do picia z górskich źródeł.

Sezon od 1 maja do końca września.

W maju i wrześniu za 3 zlr. mieszkanie i stół. Dyrekcyja kąpielowa rozsyła prospekty bezpłatnie. Broszura D-ra Filipkiewicza do nabycia w cenniejszych księgarniach.

2-1

Do Szanownych Panów Doktorów.



Pozwalam sobie zwrócić uwagę WW. Panów lekarzy na łaźnię pokojową mego pomysłu i proszę najuprzejmiej o przekonanie się, czy łaźnia ta spełnia swoje zadanie. W tym celu proszę pofatygować się do składu mego w Warszawie przy ulicy Marszałkowskiej Nr. 8 dla wypróbowania i ocenienia wartości tejże łaźni.

w Warszawie ul. Marszałkowska Nr 8, **STANISŁAW GLIŃSKI.**

Cena kompletnej łaźni parowej pokojowej od 50 rub.
Cenniki wysyła się na żądanie.