

ZMIANY ANATOMICZNE ŚLINIANEK PRZY WŚCIEKLIZNIE U PSA I CZŁOWIEKA

napisał

Antoni Elsenberg.

I.

Wyniki badań na trupach psów wściekłych, pomimo ogromnego dotychczas opracowanego materiału, wiele jeszcze pozostawiają do życzenia. Mało zwłaszcza uwagi zwracano na ślinianki i gruczoły śluzowe jamy ustnej, co dziwnem wydawać się musi, zarazek bowiem wścieklizny znajduje się przeważnie w wydzielinach tych gruczołów, w nich przeto należałoby spodziewać się zmian przede wszystkim. Takie rozumowanie skłoniło mię do zajęcia się tą kwestyją.

W dostępnej dla mnie literaturze wścieklizny znajduję tylko, że ślinianki bywają często przekrwione. Takiego jest zdania VIRCHOW ¹⁾, BOLLINGER ²⁾, RÖLL ³⁾, REDER ⁴⁾. BRUCK-

¹⁾ Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie II Bd. I Abtheilung 1855. pag. 352.

²⁾ Ziemssen. Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie III Bd, 1876 pag. 583.

³⁾ Infekeyjonnyja boliezni domaszniej żywotnych, pierewod Szmulewicza. Petersb. 1879, pag. 136.

⁴⁾ a. Hundswuth. Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, redigirt von Pitha und Billroth I Bd. II Abtheilung pag. 125 i 137.

b. Die Hundswuth. Deutsche Chirurgie, herausgegeben von Billroth und Luecke. Stuttgart 1879 X Lieferung, pag. 9, 23.

MULLER zaś utrzymuje, że tak często przytaczanego przez autorów przekrwienia gruczołów ślinowych nigdy nie widział ¹⁾, a RAWICZ ²⁾ wcale o nich nie wspomina. KLEBS (Sitzungsbericht des Vereins deutscher Aerzte in Prag. Aertzliches Correspondenz Blatt für Bohmen 1874, 11 ³⁾), znalazł u człowieka w obrzmiałych gruczołach chłonnych i w śliniance podszczękowej gromadki małych, drobnoziarnistych ciał, blado-brunatnego koloru i mocno światło łamiących; towarzyszą one naczyniom, wzdłuż których są ułożone. Zdaniem KLEBS'A ciała te są roznośicielami zarazka. Nawet w specjalnej pracy POKOTŁOW'A (Patologičeskaja anatomija bieszenstwa u czelowieka ⁴⁾) znajdujemy dosyć niedokładny opis anatomicznych zmian w śliniankach. Autor tej pracy miał sposobność wykonać sekcje zwłok ludzi zmarłych na wściekliznę, a następnie badać drobnowidzowo wszystkie organy, a między inuemi i gruczoły, o których mowa. W ustępie zatytułowanym „Ślinnyja żelezy“, POKOTŁOW daje ogólny opis zmian, zachodzących we wszystkich trzech parach gruczołów ślinnych, nie zwracając bliższej uwagi na każdy z nich poszczególne. Z badań jego wypływa, że pęcherzyki gruczołowe przy wściekliznie są rozszerzone, wypełnione masą drobnoziarnistą: ścianki międzypęcherzykowe w niektórych miejscach zanikły, tak, że z kilku pęcherzyków powstaje jedna jama, środek której zajmuje masa jednolita, błyszcząca, niezmiennająca się pod działaniem kwasu octowego. Ocalałe komórki nabłonkowe (pęcherzyków gruczołowych?) wydawały się ziarnistemi i niezawierającemi jąder. Drobniejsze kanaliki wyprowa-

¹⁾ Lehrbuch der Pathologischen Zootomie der Hausthiere, Wien, 1869, pag. 277.

²⁾ Rukowodstwo k izuczenju patologii i terapii infekcyjnych i zaraźliwych bolezniej domaszniej żywotnych. Peterb. 1876.

³⁾ Bollinger l. c. pag. 615.

⁴⁾ Letopis Chirurgičeskawo obszczestwa w Moskwie. Tom I, wypusk 1, Moskwa 1875, pag. 217—250.

dzające są zatkane masą drobnoziarnistą, światło zaś grubyh przewodów znacznie zwięzione, skutkiem powiększenia komórek wyścielających. Naczynia krwionośne były puste, chociaż w protokóle II-ej sekcji (pag. 223) znajdujemy, że tkanka gruczołowa była przekrwiona.

Dopiero będąc prawie w połowie moich badań, natrafiłem na artykuł *NERVEU* ¹⁾, w którym autor opisuje zmiany ślinianek u człowieka, zmarłego przy objawach wścieklizny; opis ten najbliższy jest do zmian, jakie udało mi się spostrzeżać w śliniankach psa wściekłego.

W śliniankach (przyusznej, podżuchwowej i podjęzykowej) N. znajdował komórki gruczołowe bardzo dobrze zachowane; w niektórych tylko pęcherzykach zamiast tych komórek autor znajdował masę przezroczystą, drobnoziarnistą. Twory półksiężycowate *GIANUZZI*'EGO nie przedstawiały zmian widocznych. Uderzające zmiany natomiast widział autor w tkance śródmiąższowej, która była znacznie nacieczoną drobnymi komórkami (*le tissu conjonctif (forme embryonnaire) est très multiplié*), naczynia włosowate, mocno krwią wypełnione, szczególnie naokoło przewodów ślinowych, żyły zaś do tego stopnia napełnione krwią, że widać na nich rozszerzenia żyłakowate; zmiany te osiągały największego nateżenia w śliniankach podżuchwowych i podjęzykowych. Oto jest obecny stan badań zmian zachodzących w śliniankach przy wściekliznie.

II.

Za materyjał do moich poszukiwań posłużyło mi 12 psów wściekłych, które otrzymałem z Warszawskiej szkoły weterynaryjnej i z prywatnego zakładu p. Bourrel'a w Paryżu.

Wszystkie te psy były stare; przebieg i objawy choroby, bez względu na różnice w obrazach, kazały przypusz-

¹⁾ Un cas de rage. Gaz. méd. de Paris 1873, Nr. 47, pag. 630.

czać, że mamy do czynienia z postacią nazywaną *wściekliczną szaloną*... (die rasende Wuth, Tollwuth). Choroba trwała 4 do 7 dni; u jednego zaś psa, przyniesionego do kliniki weterynaryjnej w okresie zwiastunym (stadyjum melancholicum). choroba rozwinęła się w ciągu jednej doby a w 36 godzin od chwili obserwacji pies zdechł.

Ślinianki psów tych były stwardniane w wysoku absolutnym, który wydał mi się najodpowiedniejszym do tego; skrawki jaknajcieńsze barwiłem hematoksyliną lub pikrokarminem, przyrządzanym według sposobu RANVIER'a.

Opis zmian, znalezionych w gruczołach, o których mowa, rozpocznę od ślinianki podżuchwowej, w której są one wyraźniejsze i większe, z kolei przejdę do zmian w śliniance podjęzykowej, oczodołowej i przyusznej. Wyniki badań we wszystkich 12 przypadkach były tak zgodne, że opiszę je ogółem aby uniknąć niepotrzebnych powtarzań.

Do badań ślinianek ludzkich brakło mi odpowiedniego materiału w ciągu całego roku, ponieważ przypadki wściekliczny u ludzi są dość rzadkie. Dopiero przy końcu niniejszej pracy udało mi się dostać gruczoły dwóch kobiet zmarłych z wściekliczny; opis załączam na końcu; zamknę rzecz swoją rozbiorem istoty i przyczyn znalezionych zmian. jakoteż ich znaczenia we względzie rozpoznawczym.

1.

Jakkolwiek trudno jest wnosić o zmianach objętości ślinianek podżuchwowych u psów rozmaitej wielkości, jednakże na podstawie bardzo silnego napięcia otoczki, jakoteż szybkiego wypuklenia się gruczołu po nacięciu tej ostatniej. tak, że ślinianka już w przeciętej torebce się nie mieści, możemy twierdzić na pewno, że u psów zdechłych z wściekliczny, ślinianki podżuchwowe są powiększone. Powierzchnia przekroju dość gładka i równa, granice zrazików w niektórych częściach gruczołu dość widoczne. Barwa ślinianki szaro-czerwonawa, takiegoż koloru i powierzchnia

przekroju, na której są rozrzucone tu i owdzie małe wypięki, szaro-żółtawe, plamki ciemno czerwone i punkci-ki, odpowiadające naczyniom krwią wypełnionym; miąższ gruczołu cokolwiek ciastowaty.

Patrząc przez mikroskop na skrawki, wzięte z takich gruczołów, uderzają nas przede wszystkim znaczne zmiany w tkance śródmiąższowej. Ta ostatnia zawiera bardzo wiele komórek, skutkiem czego podobna jest do tkanki ziarninowej. Można w niej odróżnić dwojakie komórki: jedne łączno-tkankowe, należące do delikatnej tkanki śródmiąższowej, są one nieliczne przeważnie wrzecionowate, rzadziej gwiazdowate; drugie zaś komórki podobne do ciałek limfoidalnych; widać ich bez porównania więcej. Te ostatnie wyróżniają się kształtem okrągłym, jajowatym lub graniastym, jednym lub kilku ziarnistymi jądrami, mocno błyszczącymi i delikatną protoplazmą; barwią się bardzo mocno.

Komórki te nieszczęśliwie są rozmieszczone jednostajnie; prawda, że tkanka śródmiąższowa całego prawie gruczołu jest niemi nacieczoną, lecz stopień nacieczenia w różnych miejscach jest rozmaity. Najwięcej widzimy ich naokoło przewodów drobnych i średnich, dalej naokoło naczyń włosowatych i małych pni żylnych, gdzie nagromadzenie komórek, rozciągające się na przyległe pęcherzyki gruczołowe, dosięga niekiedy takiego stopnia, że robi wrażenie ognisk ropnych. Od tych punktów to nacieczenie drobnokomórkowe szerzy się, malejąc stopniowo, w miarę jak zbliżamy się do obwodu zrazika i gruczołu, jakoteż do wnętrza ślinianki. Oprócz tego, znaczna ilość drobnych komórek zbiera się między pęcherzykami, tak, iż te ostatnie oddzielone są od siebie podwójnym, lub więcej, rzędem komórek, gdy tymczasem w stanie prawidłowym pęcherzyki prawie stykają się ze sobą; w przestrzeniach utworzonych skutkiem zetknięcia trzech lub więcej pęcherzyków, znajdujemy dziesiątek i więcej takich komórek. Dość często wśród zrazika lub w bliskości powierzchni gruczołu zdarzało mi

się znajdować nacieczenie ogniskowe 1—2 mm. średnicy; w takich miejscach zupełnie niemożna było dojrzeć pęcherzyków i tylko na obwodzie ogniska, gdzie pęcherzyki były dostępnejsze dla badania, widać było znaczne zmiany, nad którymi zastanowimy się niżej.

Badając gruczoł w kierunku wnęki wzdłuż większych przewodów i naczyń krwionośnych, przekonywamy się, że w bardzo zbitej tkance łącznej która je otacza, ilość drobnych komórek jest nieznaczną i że one ułożone są obok samego przewodu lub naczynia: im bardziej zbliżamy się do wnęki, im przewody i naczynia są grubsze, tem ilość tych komórek jest mniejsza, w samej zaś wnęce nie widać ich zupełnie. Naokoło zwojów nerwowych, których jest wiele w pobliżu większych przewodów i naczyń, spostrzegamy nacieczenie drobnokomórkowe miernego stopnia; komórki te wnikają do środka zwojów.

W tkance międzyzrazikowej istnieje również umiarkowane nacieczenie komórkowe, od którego zależy ściślejszy związek między zrazikami, dzięki czemu udaje się robić dość duże skrawki z gruczołu.

Co się tyczy naczyń krwionośnych, to główne pnie tętnicze i żyłne są mocno krwią napełnione. drobniejsze zaś naczynia, zwłaszcza żyłne, są znacznie rozszerzone, zięjące, krew zaś wypełniająca ich światło, zawiera znaczną ilość ciałek bezbarwnych, zbierających się przeważnie przy ściance naczynia. Naczynia włosowate po większej części są uciśnięte skutkiem nacieczenia drobnokomórkowego. Taki sam ucisk i zależny od tej samej przyczyny spostrzegałem na pniach żylnych. przez co część naczynia powyżej i poniżej miejsca uciśniętego wydawała się szerszą; ten stan naczyń żylnych opisał zapewne НЕРВЕУ ¹⁾, jako rozszerzenie żyłakowate.

Aby skończyć już z tkanką śródmiąższową, winienem wspomnieć o pochodzeniu drobnych komórek, powodują-

¹⁾ l. c. pag. 631.

cych nacieczenie. Trudno przypuścić, by powstały one skutkiem podziału komórek stałych tkanki łącznej, ponieważ zmiany, jakie w nich spostrzegałem były nieznaczne; zmiany te ograniczały się jedynie do niewielkiego napęcznienia, zmian zaś zachodzących w jądrze któreby wskazywały na odbywającą się sprawę podziału, nie mogłem zauważyć. Owszem przytoczone wyżej zmiany w naczyniach i obecność największego nacieczenia tuż około naczyń i przewodów, którym również towarzyszą naczynia, przemawiają na korzyść imigracyi do tkanki łącznej bezbarwnych ciałek krwi.

Dość znaczne zmiany zachodzą również w pęcherzykach gruczołowych, tak pod względem wielkości tych ostatnich, jakoteż we własnościach ich nabłonka i tworów półksiężycowatych (*Lunulae Gianuzzi*). Co się tyczy wielkości, to często można zauważyć nieznaczne zmniejszenie pęcherzyków i większe ich od siebie oddalenie aniżeli to bywa w warunkach prawidłowych. To zmniejszenie pęcherzyków zależy od dwóch przyczyn, a mianowicie od ciśnienia wywieranego na nie przez bezbarwne ciała krwi, nagromadzone w tkance śródmiąższowej, w części zaś—od zmian samego nabłonka.

Na dużych skrawkach można wybornie zobaczyć wszystkie odmiany zmian nabłonka pęcherzyków. W dołeczkach (*alveoli*) najmniej dotkniętych, gdzie nacieczenie drobnokomórkowe jest bardzo małe, komórki nabłonkowe są tylko cokolwiek mniejsze, mniej przezroczyste, lekko ziarniste; jądro powiększone, błyszczący i z przyplaszczonego staje się jajowatym, okrągłym. W innych pęcherzykach komórki nabłonkowe są jeszcze mniejsze, tak, że tracą blisko trzecią część swej pierwotnej objętości, treść ich staje się coraz bardziej ziarnistą i barwią się, chociaż jeszcze słabo, pikrokarminem; powiększone jądro zajmuje prawie sam środek komórki. Te ostatnie tracąc stopniowo właściwości komórek śluzowych, a nabierając własności komórek proto-

plazmatycznych ¹⁾, odluszczają się od błony właściwej (*membrana propria*) i leżą bliżej środka pęcherzyka, cokolwiek już zmniejszonego. Obok tych widoczniejszych zmian w pęcherzyku powiększa się naokoło niego i nacieczenie bezbarwnych ciałek krwi. Inne wreszcie pęcherzyki wypełnione są okrągławymi komórkami, mniejszymi przynajmniej o trzecią część od zwykłych komórek śluzowych z mocno ziarnistą treścią i jądrem błyszczącym, okrągłym, w środku umieszczonym. Komórki te odznaczają się bardzo wyraźnymi konturami; ciało ich stosunkowo duże, chociaż jest ziarniste, lecz ziarna są dość wielkie, przedzielone jedno od drugiego stosunkowo znaczną ilością jednolitej przejrzystej protoplazmy, skupiającej się niekiedy na obwodzie komórki w kształcie ciała kulistego, przezroczystego; w takich razach jądro leży odsunięte na bok. Za dodaniem kwasu octowego treść tych komórek staje się bardziej przejrzystą, pewna część wszelako ziarn rozmaitej wielkości pozostaje; ziarna te są błyszczące nie barwią się, i znikają po dodaniu eteru lub po zanurzeniu skrawka na pewien czas w spirytusie absolutnym, a następnie w olejku goździkowym. Bardzo rzadko spotyka się i takie dołeczki, których część napelniona jest masą ziarnistą, składającą się również z ziarn w części protoplazmatycznych, w części zaś tłuszczowych. Z drugiej zaś strony, w niektórych komórkach widać po dwa jądra, mniej lub więcej odsunięte od siebie, nie widziałem jednak takich figur (*Kernfiguren*),

¹⁾ Wyrażenie to, że treść komórki staje się protoplazmatyczną jest nieściśle, gdyż i ciało komórki śluzowej na obwodowym swym końcu około jądra posiada pewną ilość ziarenek protoplazmatycznych a i sam śluz powstaje z protoplazmy i jest pewną tylko jej modyfikacją. W stanie patologicznym jak i podczas funkeyi komórka pozbywa się swego śluzu, natomiast ilość ziarenek ciemnych (protoplazmatycznych) pomnaża się. Pod tem więc wyrażeniem będziemy rozumieli zmniejszenie różnicy pomiędzy zawartością śluzową i protoplazmatyczną komórki, jakoteż i zupełny brak w niej śluzu.

świadczących o sprawie podziału jądra, jakie STRASBURGER ¹⁾ opisał w komórkach roślinnych, a pierwszy MAYZEL ²⁾, za nim EBERTH ³⁾, FLEMMING ⁴⁾ i inni w komórkach zwierzęcych.

Komórki, które nabrały własności protoplazmatycznych, barwią się doskonale, lecz nigdy nie tak silnie jak komórki limfoidalne lub twory półksiężycowate. Pęcherzyki w ten sposób zmienione prawie zawsze leżą w częściach gruczołu najmocniej nacieczonych ciałkami bezbarwnymi.

Znacznym również zmianom ulegają twory półksiężycowate. W nich także podobnie jak i w nabłonku pęcherzyków, spotykamy różne stopnie zmian, których natężenie prawie zawsze odpowiada stopniowi zmian w komórkach gruczołowych i tkance śródmiąższowej. W pęcherzykach w których znajdują się komórki słabo ziarniste z okrągłym, błyszczącym jądrem, *lunulae Giannuzzi* mocno napęczniały. są dwa lub trzy razy większe od prawidłowych, z jednym lub kilkoma jądrami o ostrych konturach; protoplazma jest bardziej ziarnistą, z dużymi, ciemnymi ziarnami, leżącymi tuż obok siebie, prawie stykającymi się ze sobą. Komórki te barwią się bardzo mocno, przyczem zauważyć się daje, że różnicą między zabarwieniem jądra i protoplazmy jest mniejszą aniżeli w innych komórkach. Przyczyną tej różnicy jest prawdopodobnie silna ziarnistość protoplazmy tworów półksiężycowatych. Dalsze, wyższe zmiany tych ostatnich polegają na powiększeniu tak znacznem, że zajmują prawie trzecią część pęcherzyka; czasami jednak rosną w odwrotnym kierunku, t. j. ku błonie właściwej, która w ta-

) Ueber Zellbildung und Zelltheilung. Zwefte Auflage. Jena.

) Centralblatt f. med. Wiss. Nr 50, r. 1875. Raboty WarszawskawoUniwersiteta, wypusk 4, r. 1878, pag. 96.

) Ueber Kern und Zelltheilung. Virchow's Arch. Bd. 67, p. 523.

) Beiträge zur Kenntniss der Zelle und ihrer Lebenserscheinungen, Arch. für mikr. Anatomie, Bd. 16. 1878, pag. 302

kich razach wypukła się, niekiedy atoli odłuszcza się cokolwiek od komórek gruczołowych.

Przy najwyższem nateżeniu zmian w tworach półksiężycowatych, te ostatnie tak znacznie się powiększają, że wypełniają sobą połowę, dwie trzecie pęcherzyka, a niekiedy i więcej. I w tych okresach, podobnie jak w poprzedzającym, posiadają znaczną ilość jąder; konturów jednak oddzielnych komórek na preparatach nie mogłem dojrzeć i *lumulae* wyglądały jak masy duże, ziarniste z rozrzuconemi jądrami.

Że jądra te powstały z podziału, za tem przenawia ta okoliczność, że w prawidłowym gruczole nie znajdujemy nigdzie w tworze półksiężycowatym tak ogromnej liczby jąder, a po rozszarpaniu *lumulae* igielkami spostrzegamy nieraz po dwa i więcej jąder w oddzielnych komórkach, wchodzących w skład *lumulae* (Primitivzellen-Lavdowski ¹⁾). I w tych jądрах nie widziałem ani razu zmian w budowie, jakie poprzedzają podział. Być może, że podział ten w tworach półksiężycowatych i w nabłonku pęcherzyków gruczołowych, który przybrał własności protoplazmatyczne, bywa bezpośredni (Directe Kernvermehrung ²⁾), t. j. bez żadnych przemian przygotowawczych w jądrze.

Oprócz tych dwóch rodzajów komórek, w niektórych pęcherzykach, a mianowicie w bardziej zmienionych spotykamy jeszcze i inne komórki; są to bezbarwne ciała krwi. Zjawiskiem stałem, o którym wzmiankowałem już wyżej, jest to, że im większe zmiany znajdujemy w pęcherzykach, tem znaczniejsze nacieczenie drobnokomórkowe tkanki łącznej otaczającej. Owe małe komórki, leżące przy samej ścianie pęcherzyka, przenikają przez błonę właściwą (*membrana propria*) i wciskają się między tę ostatnią

¹⁾ Zur feineren Anatomie und Physiologie der Speicheldrüsen, insbes. der Orbitaldrüse. Archiv für mikroskopische Anatomie. Bd. XIII, pag. 333 i następne.

²⁾ FLEMMING, l. c pag. 425.

i komórki nabłonkowe, które skutkiem tego zostają odsunięte od obwodu ku środkowi pęcherzyka. Czasami komórek takich, podobnych do bezbarwnych ciałek krwi znajdujemy w pęcherzyku 5, 6 i więcej. Najczęściej trzymają się one obwodu pęcherzyka, ale niekiedy wchodzą i między komórki nabłonkowe. Nie widziałem jednak nigdy, aby bezbarwne ciała wnikały do pęcherzyka z tej jego strony, gdzie leżą twory półksiężycowate. W jakż sposób odróżnić je od innych komórek? Odróżnić je w ogóle nie-trudno, jeśli zwrócimy uwagę na ich kształt, wielkość, zabarwienie i t. d.

Twory półksiężycowate, jak już zauważyłem, przedstawiają masę charakterystycznej formy, zajmującą znaczną część pęcherzyka; w massie tej nie można odróżnić granic pojedynczych komórek, barwi się ona mocno, a różnica między zabarwieniem jądra i ciała jest nieznaczna. Komórki nabłonkowe, które straciły dawniejsze własności komórek śluzowych, odznaczają się konturami wyraźnemi, kształtem okrągłym lub jajowatym, błyszczącym, okrągłym jądrem i stosunkowo dużym ziarnistym ciałem, którego ziarna oddalone są dość znacznie od siebie: protoplazma tych komórek barwi się mocniej, a jądro cokolwiek słabiej niż w bezbarwnych ciałkach krwi; w ten sposób różnica w zabarwieniu protoplazmy i jądra w pierwszych jest daleko mniejszą niż w ostatnich, które nadto odznaczają się delikatnem swoim ciałem.

Najmniej ze wszystkich części gruczołu zmienioną zostaje błona właściwa, która wydaje się cokolwiek zgrubiałą w tych dołeczkach (*alveoli*), gdzie najwidoczniej wyrażoną jest sprawa chorobowa wyżej opisana. W komórkach błony właściwej, które spostrzegałem niekiedy na brzegu preparatu, lub po wypadnięciu nabłonka, nie zauważyłem żadnych zmian. Być może iż zmniejszenie zawartości pęcherzyka pociąga za sobą nieznaczne skurczenie tej błony, co stanowi przyczynę jej zgrubienia.

Komórki nabłonkowe przewodów widywałem po większej części zupełnie zachowane, czasami tylko napotykałem odluszczenie nabłonka na pewnej przestrzeni wzdłuż światła kanałów. Odwarstwienie to zależy od wciskania się bezbarwnych ciałek krwi w przewody, o czym nietrudno się przekonać. Naokoło przewodów, zwłaszcza średniej grubości, gdzie nacieczenie drobnokomórkowe bywa bardzo znaczne, komórki z tkanki śródmiąższowej przenikają przez ściankę przewodu, odsuwają jego nabłonek, który skutkiem silnego ciśnienia rozrywa się, a przez szczeliny między jego komórkami, bezbarwne ciała przełostają się do światła przewodów. Czasami obwodowa tylko część komórek nabłonkowych przewodu ulega niewielkim zmianom; niektóre pałeczki tych komórek znacznie są skrócone, a obok nich spostrzegamy rozrzucone małe cząsteczki protoplazmy kształtu podługowatego, które, podobnie jak części pałeczkowate komórek, barwią się od pikrokarminu żółto. Nieznaczne te zmiany można wytłumaczyć prosto ciśnieniem bezbarwnych ciałek krwi, wnikających w przewody, wywieraniem na obwodową część komórek. A zatem, w świetle niektórych kanalików znajdujemy pewną ilość bezbarwnych ciałek, nadto czasami komórki podobne do wyżej opisanych zmienionych komórek śluzowych, a najwięcej kulek przezroczystych rozmaitej wielkości, niebarwiących się i drobnutkich ziarenek ciemnych, nieprawidłowej formy, często z ostremi kątami.

Zwoje gruczołu podżuchowego także ulegają pewnym zmianom. Nadmieniliśmy już, że tkanka je otaczająca nacieczona jest bezbarwnymi ciałkami krwi, które nadto podobnie jakśmy to widzieli w pęcherzykach i przewodach, przedostają się do wnętrza samych zwojków, wnikają między komórki zwojowe, a czasami nawet wchodzą w treść tych ostatnich.

Mówiąc o wielkości pęcherzyków nie wspomniałem o tem, że dość często spotykamy tak małe pęcherzyki gruczołowe, iż zawierają one 3, 4 komórki, lub niewiele więcej. Obecność ich zbyt jest stałą, żeby nie zwróciły na

siebie uwagi; pochodzenie ich daleko łatwiej wytłumaczyć sobie tutaj, skoro poznaliśmy już zmiany wszystkich składowych części gruczołu. Wiele takich małych pęcherzyków widział LAYDOWSKY ¹⁾ w gruczole oczodołowym psa po silnem i długotrwałem drażnieniu prądem przerywanym nerwu wydzielniczego (*ramus buccinatorius n. trigemini*). Znalazł on, że pęcherzyki te pochodzą z tworów półksiężycowatych, których pierwiastki się mnożą; opisuje on nawet, że dołączki nowoutworzone częstokroć łączą się jeszcze ze starymi. Na licznych preparatach z gruczołu podżuchwowego psów wściekłych, nigdy nie zdarzyło mi się widzieć podobnych obrazów, bez względu na dość wysokie, a nawet, o ile wiem, wyżej posunięte zmiany, niż te, które powstają przy drażnieniu nerwu wydzielniczego. Do takiego wniosku doszedłem badając gruczoł podżuchwowy wycięty po 7-iogodzinnem drażnieniu struny bębenkowej prądem przerywanym; zmiany w nim aczkolwiek widoczne, bynajmniej nie były tak znaczne, jak je opisuje LAYDOWSKY; *lumulae* były tylko 2—3 razy większe od prawidłowych; zresztą, zdaje się że 7 godzin jest trochę za mało dla zupełnego wytworzenia nowych pęcherzyków. Powracając do małych pęcherzyków dodam tutaj, że niema w nich tworów półksiężycowatych i że stosownie do własności nabłonka odróżnić można dwa rodzaje pęcherzyków: jedne z nich posiadają komórki okrągławe, z dość wyraźnemi konturami, z jądrem pośrodkowem, są one oddalone od siebie i od błony właściwej i w ogóle podobne do opisanych wyżej zmienionych komórek śluzowych; drugie zaś pęcherzyki zawierają mocno ziarnistą masę protoplazmatyczną, mocno barwiącą się z jądrami małemi, okrągłemi, podobną do masy tworów półksiężycowatych; i tu również nie widać konturów pojedynczych pierwiastków. Pochodzenie pierwszych nie ulega żadnej wątpliwości, są to dawniejsze pęcherzyki, które zmniejszyły się skutkiem zmniejszenia

¹⁾ l. c. pag. 341, 344 i następne.

z jednej strony wielkości komórek, z drugiej ich liczby; to ostatnie jest następstwem wydalenia pewnej liczby komórek z pęcherzyków do przewodów. Rozumie się, że mówię tu o dołeczkach niewielkich, których każdy gruczoł liczy pewną ilość nawet w stanie prawidłowym. Co się zaś tyczy drugiego rodzaju pęcherzyków, to sędzę, że niemożna ich uważać za nowopowstałe z tworów półksiężycowatych. Prawda, *lunulae*, powiększając się, cokolwiek wypuklają ściankę pęcherzyka, tworząc na niej rodzaj wzniesienia, które zawsze szeroką podstawą zlewa się z tą częścią *lunulae* która rośnie do wnętrza pęcherzyka; nigdy wszelako nie zdarzyło mi się widzieć połączenia takiego wypuklenia z pęcherzykiem zapomocą szypułki, co pozwalałoby przypuszczać iż z czasem nastąpi zupełne jego odsznurowanie. Raczej skłonny jestem uważać tego rodzaju malutkie dołeczki za poprzeczne cięcia takich wypukleń, które powstały z potwornie powiększonych półksiężyców Gianuzzi-ego; nie przeczę jednakowoż możliwości powstawania nowych dołeczek tą drogą, co atoli, pomimo całej ponęty i prawdopodobieństwa, należy jeszcze uważać za przypuszczenie niedowiedzione.

2.

W *śliniance podjęzykowej* charakter, a po części i stopień zmian, zbliża się bardzo do zmian, opisanych w poprzednim gruczole.

I w tej śliniance najwybitniejsze zmiany są w tkance śródmiąższowej; jest ona znacznie nacieczona drobnymi komórkami, podobnymi do bezbarwnych ciałek krwi, nacieczenie to jednak nie dochodzi do wytworzenia ognisk drobnokomórkowych. W wielkiej ilości znajdują się te komórki naokoło średnich przewodów, drobnych naczyń krwionośnych znacznie rozszerzonych i w przestrzeniach kątowatych, utworzonych przez przylegające do siebie pęcherzyki gruczołowe.

Nabłonek pęcherzyków nie przedstawia zmian tak rozlanych, jak to ma miejsce w śliniance podżuchwowej. Kiedy w tej ostatniej uległ on mniejszym lub większym zmianom we wszystkich prawie pęcherzykach, to w gruczole podjęzykowym nieraz znajdujemy całe grupy dołeczków w stanie prawidłowym. W zmienionych dołeczkach komórki nabłonkowe stają się ziarnistymi, treść ich zlekka się już barwi i powiększone jądro zajmuje środek komórki. Takie zmiany są najczęstsze. Rzadziej już ziarnistość komórek bywa znacznie większą, zabarwienie treści mocniejsze i zamiast jednego jądra, znajdujemy dwa, trzy i więcej jąder małych, okrągłych, których wielkość nie przynosi połowy wielkości jądra komórki limfatycznej; barwią się bardzo mocno. Komórki takie z mnożącymi się jądrami napotykamy daleko częściej w tym gruczole, aniżeli w podżuchwowym, pomimo większych zmian w ostatnim.

W pęcherzykach, w których komórki nabłonkowe małym uległy zmianom, twory półksiężycowate tylko pęcznieją, tak, że zajmują piątą lub czwartą część obwodu dołeczka, i o ile można sądzić porównyując gruczoł zmieniony z normalnym. jądra ich są powiększone, ilość ich jednak zdawała się być mniej więcej normalną. Bardziej zmienione twory półksiężycowate zajmowały trzecią część obwodu pęcherzyka, a nawet i więcej, ich jądra znacznie zmniejszone, za to ilość ostatnich wzrasta niepomrotnie, niekiedy do tego stopnia, że w najgrubszej części *lunulae* nagromadza się ich tak wiele, że prawie przylegają do siebie.

W przewodach wyprowadzających nie zauważyłem żadnych zmian; światło ich jest najczęściej próżne, a jeżeli bywa zapełnione, to jego zawartość podobna jest zupełnie do zawartości kanałów ślinianki podżuchwowej.

3.

Bezporównania słabiej zmiany te są wyrażone w *śliniance oczodołowej*. Tylko w tkance śródmiąższowej są one

niewielkie, w innych zaś częściach gruczołu tak są małe, że na pierwszy rzut oka zdawać się może, iż tylko tkanka śródmiąższowa jest zmieniona. Ta ostatnia jest umiarkowanie nacieczoną drobnymi komórkami, jednostajnie prawie rozmieszczonymi, tak około pęcherzyków jak i przewodów wyprowadzających. Co się tyczy pochodzenia tych komórek, to dla uniknięcia powtarzania, odwołuję się do tego, co było powiedzianem przy opisie sprawy zachodzącej w śliniance podżuchwowej. Naczynia krwionośne, chociaż krwią napełnione, nie są tak rozszerzone, jak w poprzednich gruczołach.

Komórki nabłonków pęcherzyków najczęściej nie tracą swego charakteru komórek śluzowych; prawda, że są one słabo-ziarniste, co jest zresztą ich cechą normalną, ale ziarna są przezroczyste i nie barwią się jak i reszta treści, mała zaledwie ilość ciemnych ziarenek porozrzucana jest po ciele komórki. Rzadziej widać dołeczki, których pierwiastki nabłonkowe są zmienione: komórki śluzowe zawierają w takim razie większą ilość ciemnych ziarenek protoplazmatycznych i już zlekka się barwią; jądro nieco się powiększa, z płaskiego, jakby uciśniętego, staje się owalnym, jednak leży jeszcze zawsze poprzecznie przy obwodowym końcu komórki. Że komórki są niewiele zmienione, a tem samym zawierają jeszcze dość znaczną ilość śluzu, możemy wnosić już z silnego pęcznienia skrawków mikroskopowych w wodnym roztworze pikrokarmínu.

Napotykamy jednak i takie obrazy, gdzie pęcherzyki są znacznie rozszerzone i napełnione masą przezroczystą, bezkształtną, gdzieniegdzie z dużymi ciemnymi ziarenkami protoplazmatycznymi; tylko na obwodzie dołeczek widać ślady granic komórek, jako wątle, ciemne linijki, opierające się z jednej strony o ściankę, a z drugiej strony gubiące się w massie, zapełniającej pęcherzyki. Przy samej ściance ostatnich i pomiędzy takimi linijkami, znajdują się jeszcze jądra zniszczonych komórek śluzowych. Obrazy takie są niewątpliwie produktem sztucznym, zależącym od mocnego

pęcznienia w wodzie komórek śluzowych, albowiem zmiany takie znajdujemy tylko na skrawkach, które przez czas dłuższy były pozostawione w roztworze wodnym substancyj barwnikowych.

W tych miejscach gdzie nabłonek pęcherzyków był zmieniony i tworzy półksiężycowate pęcznienia, powiększają się, lecz ani ilość ani wielkość ich jąder widocznych zmian nie przedstawiają.

4.

Zmiany w wyżej opisanych gruczołach znalazłem u wszystkich badanych przezemnie psów wściekłych, tak że można je uważać jako stale towarzyszące wściekliznie. Przeciwnie, *ślinianka przyuszna* nie zawsze jest dotknięta tą sprawą chorobową. Z pomiędzy 12 psów u czterech tylko znalazłem w niej zmiany niewielkie i podobne do tych któreśmy widzieli i w poprzedzających śliniankach. A więc i w *gl. parotis* tkanka śródmiąższowa jest nacieczona drobnymi komórkami, tylko nie dochodzi to do wysokiego stopnia. Drobne komórki, przypominające swoim kształtem, wielkością i t. d. bezbarwne ciała krwi, gromadzą się w dość znacznej ilości naokoło przewodów, przeważnie średniego kalibru i naokoło naczyń krwionośnych, które były znacznie rozszerzone i wypełnione krwią; bardzo niewielka ilość takich komórek znajduje się naokoło drobnych i większych przewodów jak i również i pęcherzyków. Tkanka łączna, odgraniczająca te ostatnie, nieraz takich komórek zupełnie nie posiada, bardzo zaś rzadko nagromadza się ich tak znaczna ilość, jakiej nie widzimy nawet w wyżej wzmiankowanych miejscach uprzywilejowanych.

Mniej jasne, a więc i trudniejsze do ocenienia, są zmiany nabłonka gruczołowego. Jego komórki powiększają się niewiele, ciało staje się bardziej ziarniste, ciemniejsze, mniej przezroczyste, barwi się daleko mocniej; jądro ich jest również powiększone, owalne lub okrągłe, z bardzo wyda-

tnemi jąderkami. Jeżelibyśmy się zgodzili ze zdaniem HEIDENHEIN¹⁾, że w normalnej śliniance przyusznej, kontury jąder komórek gruczołowych są nieprawidłowe, zębiaste (zackig), to kształt jąder okrągły lub owalny należałoby uważać jako ważną oznakę zmian; ale, o ile wiem, jądra komórek gruczołowych niezawsze posiadają formę opisywaną przez HEIDENHEIN¹⁾.

Prócz tego, dość częstym zjawiskiem była także obecność dwóch lub więcej małych jąder w jednej komórce. Na ten fakt zwracam szczególną uwagę, jako na bardzo ważny objaw czynności produkcyjnej komórek nabłonka pęcherzyków. Chociaż i w normalnym gruczole znajdujemy gdzieś po 2 jądra w jednej komórce, tu jednak ilość takich komórek znacznie przewyższa ilość ich zwykłą. Daleko znaczniejsze zmiany można zauważyć w niektórych przewodach średniego kalibru. Komórki nabłonkowe, wyściełające przewody pęcznią, stają się ziarnistymi, część ich obwódka pałeczkowata oddziela się i tworzy masę swobodną, ziarnistą, która się znajduje między nabłonkiem i ścianką przewodu. Komórki przybierają kształt wielokątny lub okrągławy, przyczem posiadają kilka już jąder; przy dalej posuniętych zmianach komórki się dzielą i oddalają się zupełnie od ścianki, zajmując światło przewodu. Do tych pierwiastków przyłącza się niewielka ilość drobnych komórek, podobnych do ciałek limfatycznych i masa ziarnista, pochodzenia proteinowego.

Nabłonek przewodów innych kalibrów nie uległ zmianom.

Chociaż się to nie tyczy zajmującej nas obecnie sprawy w śliniance przyusznej, uważam jednak za rzecz odpowiednią wspomnieć tu o jednej osobliwości, dotyczącej

¹⁾ Die Speicheldrüsen und die verwandten Drüsen der Schleimhäute, Handbuch der Physiologie, herausgegeben von HERMANN. Bd. V, erster Theil, pag. 58.

się budowy *gl. Parotis*. Na skrawkach tej ślinianki, pośród zbitej tkanki łącznej, oddzielonej od mięszu gruczołowego cienką warstwą tkanki tłuszczowej, napotkałem dość dużo poprzecznych przecięć rurek, leżących bardzo blisko siebie. Średnica ich była różna, zawsze jednak dosyć wielka; wysłane były pojedynczą warstwą komórek nabłonkowych sześciennych, nie posiadających budowy pałeczkowatej na swym końcu obwodowym. Rurki te robiły wrażenie kanałów rozszerzonych wskutek nagromadzenia w nich masy gruboziarnistej. Taką osobliwość budowy ślinianki przysusznej widziałem u jednego tylko psa. Podobną część rurkową J. BERMANN ¹⁾ znalazł w gruczole podżuchwowym królika, nietoperza, psa, kota i lisa. Według niego, ta część ma wydzielać śluz i znajdować się w związku z grubszymi przewodami ślinianki podżuchwowej. HEIDENHAIN ²⁾ zaś przypuszcza, że są to *vasa aberrantia* przewodów wyprowadzających.

III.

Z dwóch przypadków wścieklizny u ludzi, które niedawno miałem sposobność badać, jeden tylko uważam za pewny.

Pierwszy przypadek ³⁾, dotyczący się 35-letniej kobiety, jest bardzo wątpliwy, gdyż anamneza nie dostarcza nam zadawalniających danych, a obraz objawów przyżyciowych tak samo może przemawiać na korzyść histeryi jak i wścieklizny; prócz tego na korzyść pierwszej mówią i znalezione przy sekcji zmiany macicy (*endometritis catarrhalis chronica*). Dla tego też przypadku tego nie będę opi-

¹⁾ Ueber die Zusammensetzung der Glandula Submaxillaris aus verschiedenen Drüsenformen und deren functionelle Structurveränderungen, von D-r Isidor BERMANN. Würzburg 1878.

²⁾ l. c. pag. 29.

³⁾ Wypadek wścieklizny, opisał D-r Ludwik KADLER. Gazeta lek. Nr 19, 2^o, II-gie półroczcie 1880 r.

sywał, tembardziej że udało mi się dostać jedną tylko śliniankę podżuchwową.

Drugi przypadek dotyczy G. J., kobiety 64-letniej, żebraczki, przybyłej do szpitala Dzieciątka Jezus d. 5 Grudnia 1880 r. Przed dwoma miesiącami od daty powyższej, pies wściekły ukąsił ją w wargę dolną, po natychmiastowem prawie wypaleniu, rana prawie się zabiżniła. Dopiero w 3 dni przed wstąpieniem do szpitala, G. zaczęła doznawać uczucia niepokoju, duszności, a zupełna niemożność połykania nie pozwalała jej przyjmować od owego czasu ani pokarmów ani też napojów.

Po przybyciu do szpitala objawy też same: stan bezgęszczkowy, oddech utrudniony, zwłaszcza akt wdechania. uderzenie serca wzmocnione. puls mały, 112 na minutę, połykanie znacznie utrudnione z powodu kurczu mięśni gardzieli. Źrenice rozszerzone, brak drgawek.

Dnia 7 Grudnia połykanie staje się możebnem na czas krótki, puls 72, zupełna przytomność umysłu: lecz wkrótce powstają napady drgawek z małemi przestankami i trwają do samej śmierci, która nastąpiła 8 Grudnia 1880 r.

Rozbiór zwłok, dokonany w 24 godzin po śmierci dał negatywne rezultaty. Notuję tu tylko, że ślinianki były umiarkowanie przekrwione, a błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli nie przedstawiała zmian żadnych.

Badanie mikroskopowe gruczołu *podżuchwowego* odkrywa w nim niewielkie zmiany. W pęcherzykach gruczolowych ograniczają się one do obrzmienia komórek i cokolwiek większej ich ziarnistości: w tkance zaś śródmiąższowej zbiera się mniej lub więcej znaczna ilość drobnych okrągłych komórek naokoło przewodów średniej wielkości i towarzyszących im naczyń.

W śliniance *przyusznej* zmian nie znalazłem.

Najwięcej był zmieniony gruczoł *podjęzykowy*. W tkance śródmiąższowej znajdujemy niejednostajne nacieczenie drobnokomórkowe. To natrafiamy, na zraziki zupełnie od niej wolne, to znów pośród innych widzimy znaczne nagro-

madzenie drobnych komórek, podobne prawie do ropnia mikroskopowych rozmiarów; nacieczenie takie zajmuje najczęściej przestrzeń jakich dziesięciu lub więcej pęcherzyków gruczołowych, maskując je jednak do takiego stopnia że nieraz zaledwie można odróżnić kontury tych ostatnich. Niezależnie od tego znajdujemy dosyć dużo drobnych komórek naokoło niektórych przewodów i naczyń. W tkance międzyzrazikowej oraz w tkance międzygruczołowej widać także umiarkowane nacieczenie drobnokomórkowe.

I pęcherzyki gruczołowe o tyle niejednostajnie są zmienione, o ileśmy to widzieli w tkance śródmiąższowej. A i te ich zmiany nie są zbyt wielkie i nie dochodzą do tak wysokiego stopnia jak u psów.

Obok więc pęcherzyków lub zrazików normalnych, znajdziemy i takie, w których zmiany mniej lub więcej znacznych dochodzą rozmiarów. I tutaj oznaką ich jest stopniowa metamorfoza komórek śluzowych na protoplazmatyczne oraz obrzmiewanie tworów półksiężycowatych; rzadko jednak znajdujemy pęcherzyki, zawierające komórki, którychby ciało było zupełnie protoplazmatycznym i tworzy półksiężycowate, któreby objętością swą zajmowały trzecią część pęcherzyka.

Nabłonek przewodów jest niezmieniony, światło zaś ich wypełnione niekiedy masą ziarnistą, pośród której można zauważyć to małe, okrągłe komórki, podobne do ciałek limfatycznych, to pierwiastki przypominające zmienione komórki gruczołowe.

Jeżeli porównamy wyniki naszych badań z wynikami badań NEPVEU'A zauważymy stanowczą różnicę. NEPVEU znalazł zmiany prawie jednostajnego natężenia we wszystkich śliniankach człowieka, u nas zaś ślinianka przyuszną nie była zmienioną, podżuchwowa mało, a najbardziej dotkniętą sprawą chorobową była ślinianka podjęzykowa. Co się tyczy samych zmian, NEPVEU twierdzi, że nabłonek gruczołowy i półksiężyce Gianuzzi'ego w ogóle są dobrze zachowane, normalne, gdy tymczasem nasze bada-

nia pokazały, że tak nabłonek gruczolowy jak i twory półksiężycowate przyjmują czynny udział w opisywanym procesie patologicznym. że one to prawdopodobnie, sądząc z tego cośmy w gruczolach psa widzieli, są punktem wyjścia całej sprawy.

Takich zaś obrazów, jakie opisuje w śliniankach POKOTŁOW, nigdy nie napotykałem, i o ile mi się zdaje, pewną a nawet znaczną ich część należy uważać za objaw pośmiertny, objaw gnicia.

IV.

Z opisu więc naszego wynika, że zmiany gruczolów dotyczą tak tworów nabłonkowych jak i tkanki śródmiąższowej.

Rozpatrując różne stopnie tych zmian widzieliśmy, że jednocześnie z ogromnem przekrwieniem, komórki nabłonka pęcherzyków pęcznieją, stają się mętnymi, mniej przezroczystymi, jądro ich się powiększa i zmienia kształt swój; następnie pęcznienie to wzmagą się, a w tkance śródmiąższowej spostrzegamy drobne komórki.

Przy wyższym stopniu zmian nieraz jądra komórek nabłonkowych ulegają podziałowi, a nader często, prawie jednocześnie z tem wzmożeniem się czynności produkcyjnej nabłonka, powiększa się i nacieczenie drobnokomórkowe tkanki międzypęcherzykowej.

Wszystkie te zmiany tyczą się nie tylko ślinianki przyusznej, należącej do gruczolów surowicznych (Eiweissdrüsen, HEIDENHAIN, A. d. c. pag. 18), ale i ślinianek śluzowych: podszczękowej, podjęzykowej i oczodołowej. Gdyż w istocie i w ostatnich zachodzi tenże sam proces. Tylko komórki ich z początku tracą swą zawartość śluzową, a w miarę zmniejszenia jej ilości, wąta część protoplazmatyczna stopniowo się powiększa; jednocześnie zmianie ulega kształt i wielkość jądra, tak, że w końcu cała komórka nabiera cech komórki protoplazmatycznej, nie dochodząc jednak nigdy do takich rozmiarów.

rów, jakie posiadała przedtem, będąc komórką śluzową. Tak zmienione komórki widzieliśmy później w przewodach, dokąd dostają się prawdopodobnie wraz z wydzieliną gruczołu, rzadziej ulegają drobnoziarnistemu rozpadowi, skutkiem nadmiernego i zbyt szybkiego pęcznienia.

Pewną różnicę znajdujemy tylko w stopniu czynności produkcyjnej nabłonka tych gruczołów. Gdy w śliniance przyusznej dość często widzimy mnożenie się jąder w komórkach gruczołowych, w nabłonku innych ślinianek, obecność dwu lub więcej jąder w jednej komórce należała do rzadszych zjawisk. Fakt ten można objaśnić w następujący sposób: gdy *parotis* już w stanie prawidłowym posiada komórki protoplazmatyczne, zdolne do czynności produkcyjnej, w pozostałych gruczołach komórki śluzowe z chwilą nastania sprawy patologicznej zaczynają dopiero nabierać własności pierwiastków protoplazmatycznych, w których wtedy dopiero sprawa dzielenia może mieć miejsce.

Niewątpliwe jeszcze objawy zmian progressyjnych w śliniankach śluzowych znajdujemy, jak już wyżej powiedzieliśmy, w tworach półksiężycowatych Gianuzzi'ego.

W ten sposób zmiany we wszystkich śliniankach musimy uważać za analogiczne i wszędzie znajdujemy zmiany progressyjne nabłonka pęcherzyków i nacieczenie drobno-komórkowe tkanki śródmiąższowej.

Jest to więc proces, spowodowany zaburzeniami w krążeniu i odżywianiu ślinianek, który należy zaliczyć do *zapalen*, których punktem wyjścia jest miąższ gruczołowy.

W ciągu całego opisu zwracałem ciągle uwagę na tę okoliczność, że przedewszystkiem zapaleniu ulega nabłonek pęcherzyków, a nacieczenie tkanki śródmiąższowej stanowi objaw wtórny. Ostatnie, co prawda, wcześniej już przybiera większe rozmiary, tak, że miejscami dochodzi do wytworzenia ognisk drobnokomórkowych, podobnych do małych ropni i być może że zapalenie to przybrałoby z czasem charakter ropnego, gdyby przebieg choroby był dłuż-

szy. I wtedy jednak za punkt wyjścia sprawy zapalnej ślinianek musielibyśmy uważać mięsz gruczołu. Jeżeli zaś w późniejszych okresach tego processu, komórki gruczołowe ulegają niekiedy rozpadowi drobnoziarnistemu lub zwyrodnieniu tłuszczowemu, zależy to już od wyczerpania sił (odżywczej i produkcyjnej) pierwiastków anatomicznych, już to od zmniejszonego dopływu materiału odżywczego, skutkiem ucisku, wywieranego na naczynia przez nagromadzone komórki w tkance śródmiąższowej.

Że w stanach zapalnych gruczołów o których mówimy, przyjmuje udział nie tylko sama tkanka śródmiąższowa, dawno już na to różni badacze zwracali uwagę. Dokładniej zaznajomił nas z tą kwestyją VIRCHOW w artykule „Die acute Entzündung der Ohrspeicheldrüse“ ¹⁾.

Zdaniem jego (przy Mumps) niekiedy udaje się dostrzedz bezpośrednie przejście nieżyty jamy ustnej na otwierające się tam główne przewody ślinianek, poczem często nieżyt błony śluzowej przemija, gdy tymczasem stan zapalny ślinianki się wzmaga. Zmiany z nabłonka kanału głównego szerzą się następnie na drobniejsze przewody i na pęcherzyki gruczołowe. Zawartość kataralna przewodów przechodzi z czasem w ropną; nacieczenie zaś komórkowe tkanki śródmiąższowej stanowi objaw wtórny, a przybierając charakter zapalenia flegmonowego, rozlanego, przechodzącego i na tkankę otaczającą gruczoł, powoduje tem samem zgorzel jego mięszu. Podług VIRCHOW'A, analogiczne zmiany przedstawiają metastatyczne (przerzutowe) zapalenia gruczołu przyuszego. Zdanie to podziela w zupełności WEBER ²⁾, RINDFLEISCH ³⁾, HOFFMANN ⁴⁾,

¹⁾ Annaln d. Charité zu Berlin VIII, 3, patrz Schmidt's Jahrbücher. Bd. 102, pag. 174.

²⁾ Entzündungen der Speicheldrüsen. Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha und Billroth. Bd. III, pag. 373.

³⁾ Lehrbuch der Pathologischen Gewebelehre. Vierte Auflage 1875, p. 492.

⁴⁾ Untersuchungen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Organe beim Abdominaltyphus. Leipzig 1869, pag. 184—187.

zaś w niektórych tylko punktach różni się od nich. Choć i tak bowiem utrzymuje, że nabłonek przewodów pęcznieje i staje się mętnym, jednakże w świetle ich i w pęcherzykach nie widzi, jak VIRCHOW, obfitej ilości komórek ropnych, ale rozpad drobnoziarnisty z domieszką niewielkiej ilości komórek limfoidalnych.

Proces ten w ogóle mało jest jeszcze zbadany z powodu braku odpowiedniego materiału; spotykamy się z nim bowiem rzadko na stole sekcyjnym ¹⁾, a znajduwane gruczoły przedstawiają najczęściej tak wysoki stopień zniszczenia mięszu, że z badania ich z trudno wyciągnąć jakieś pewniejsze wnioski.

Bądź co bądź, badania te, zgodnie z mojemi, przemawiają stanowczo na korzyść tego poglądu, że przy zapaleniu ślinianek w procesie przyjmuje udział ich miąższ, i że zmiany jego należy uważać za pierwotne.

Nie myślę się tu zastanawiać nad tem, jak jest odpowiedniej nazwać ten proces, który się zaczyna w miąższu gruczołu, jako zapalenie miąższowe, a następnie przybiera charakter bardziej wysiękowego (ekssudacyjnego); nadanie mu nazwy zapalenia miąższowego, czy mięszanego, jest rzeczą dowolną. Zwracam tylko uwagę na to, że niema znów żadnych danych aby proces ten zaliczyć do kataralnych. Jeżeli kataralnem nazywamy zapalenie ślinianek, szerzące się z błony śluzowej jamy ustnej na ich przewody wyprowadzające, a następnie i na pęcherzyki, nie da się to zastosować do sprawy, którąśmy opisali, gdyż widzieliśmy, że nie szerzy się ów proces po przewodach, w których nabłonek był albo zupełnie bez zarzutu, albo też nieznaczne przedstawiał zmiany.

Rozpatrzmy przyczyny mogące wywołać ten stan patologiczny ślinianek.

¹⁾ Na 250 sekcyj, dokonanych na ludziach zmarłych z tyfusu brzuszego, HOFFMANN u 7 tylko znalazł *Parotitis*. l. c. pag. 178.

Już przy opisie zmian ślinianki podżuchwowej, podobnych do jej zmian funkcjonalnych, rodzi się pytanie, czy nie jest tu przyczyną ślinotok. Przypuszczenie to tem więcej zyskuje prawdopodobieństwa, że nie obce są nam przykłady, gdzie wzmożona czynność organu lub tkanki odgrywa ważną rolę w etyologii chorób; dla tego też słusznie zauważył WEBER, że drażnienie nerwów czuciowych może powiększyć wydzielanie śliny, co znów ze swej strony może wywołać zapalenie gruczołu.

Takie to uwagi każą nawet wątpić, czy należy przyjmować zmiany ślinianek wywołane przez ślinotok sztuczny, za zmiany funkcjonalne. Czyż można bowiem 5-io lub 7-io godzinne drażnienie struny bębenkowej, powodujące tak znaczne powiększenie czynności gruczołu, porównać nawet co do siły i trwania z normalnym bodźcem funkcjonalnym. A tem samem czy można odpowiadające mu zmiany uważać za zmiany jakie napotykamy w normalnie wydzielającym gruczole? Co się mnie tyczy, jestem skłonny przyjąć 2 i 3 okres (podług LAYDOWSKY'EGO) zmian ślinianki oczodołowej, za stan już patologiczny. Za podobnem przypuszczeniem przemawiają i zmiany samej wydzieliny gruczołu, która, tracąc swe własności prawidłowe, staje się bardziej płynną i ubogą w pierwiastki stałe. Jednem słowem mamy tu do czynienia z bodźcem znacznie wzmożonym, a więc już nieprawidłowym, który staje się przyczyną wydzielania większej ilości śliny o nieprawidłowym składzie, warunk i następstwo nieprawidłowego, patologicznego stanu gruczołu.

Przez to badania HEIDENHEIN'A. i tak bardzo ważne, nabierają jeszcze większego znaczenia. Z jednej strony bowiem pokazały one nam, chociaż w rozmiarach zbyt przesadzonych, różnicę, istniejącą pomiędzy gruczolem w stanie spoczynku (względnie) i działalności, różnicę, której inną drogą trudnoby się było dopatrzeć przy niezbyt silnej działalności organu. Z drugiej znów strony pokazały one nam jak się przedstawia sztucznie wywołane zapalenie w swych

okresach najwcześniejszych, t. j. takich, które jeszcze bez śladu rozejść się mogą; nauczyły one nas wreszcie, że zmiany anatomiczne, cechujące zapalenie, różnią się ilościowo od tych, jakie mają miejsce w gruczole podczas jego czynności. Te poglądy znajdują zupełne potwierdzenie i dopełnienie w moich poszukiwaniach nad śliniankami przy wściekliznie, która jeszcze silniejsze zmiany wywołuje.

Wracając się jednak do etyjologii processu, o którym mowa, zauważyć muszę, że ilość śliny, wydzielanej przez wściekle psy, nie tylko że nigdy nie bywa zwiększona, ale przeciwnie, przynajmniej jak to wykazują niektóre moje spostrzeżenia, ulega niekiedy zmniejszeniu, a błona śluzowa ust bywa sucha, obfity jej wypływ ma miejsce jedynie wtedy, kiedy pies połykać jej nie może, w skutek kurczu mięśni połykowych ¹⁾, ale i wtedy ilość wypływającej śliny nie bywa zwiększona. Ten zatem przyczynowy moment w zupełności wyłączyć należy.

Nie można również przypuścić, aby zapalenie z jamy ust przechodziło na przewody wydzielające, z powodu że błona śluzowa tej ostatniej, w większej liczbie przypadków nie bywa wcale dotknięta katarem. W rzadkich jedynie przypadkach obserwować można, że zaczerwienienie i rozpułchnienie błony śluzowej jamy ust przechodzi na gardziel i kończy się w miejscu odpowiadającym dolnej granicy krtani ²⁾, lub że zajmując migdałki przechodzi na nasadę języka. W tym ostatnim razie process ogarnia gruczoły zarówno folikularne jak i śluzowe języka, co jednak mogłem widzieć tylko u dwóch psów. Zresztą przeciwko takiemu szerzeniu się zapalenia na ślinianki przemawia brak wszelkich zmian w przewodach wydzielających, fakt, na który już parę razy zwracałem uwagę.

Wyłączywszy tym sposobem dwie powyższe możliwości, pozostaje nam jeszcze rozpatrzeć przyczyny ogólne,

¹⁾ BOLLINGER, l. c. pag. 576—RÖLL, ibid. pag. 133.

²⁾ BRUCKMÜLLER, l. c. pag. 28^a i 322.

któreby były w stanie wpłynąć na zmiany chorobowe ślinianek, to jest na gorączkę i zarazek. we krwi się znajdujący.

Co się tyczy gorączki, to chociaż zdarza się ona u osób dotkniętych wścieklizną, nie bywa jednak nigdy znaczną, tak, że ciepłota rzadko przewyższa 38° C.: ciepłota $40-41^{\circ}$ C. należy do niezmiernie rzadkich wyjątków ¹⁾. Odnosnie do psów, to jedynie w „Archiwum nauk weterynaryjnych“ znalazłem pracę, której autor, badając ciepłotę w kiszce prostej u 18 psów, znalazł jej podwyższenie, ale jedynie do pewnego czasu, w ostatnim bowiem okresie (paralitycznym) i to się ciągnie do samej śmierci, ciepłota ciągle się obniża i spada nawet poniżej normalnej granicy (nawet do 26° Cels). Podobneż wyniki dały pomiary ciepłoty u 4-ch zdrowych psów, którym zaszczepiono wściekliznę; pomiary te pokazały, że ciepłota w odbytnicy zdrowych psów waha się pomiędzy 39 a $39,2^{\circ}$ C., gdy tymczasem w czasie choroby podnosi się jedynie do 40 lub $40,4^{\circ}$ C. Taki nieznaczny przyrost ciepłoty, a mianowicie $0,8-1,4^{\circ}$ C., zbyt małe przynosi szkody dla organizmu, aby można było przypisać jakibądź wpływ na zmiany w tkankach, tembardziej, że podniesienie to jest zawsze krótkotrwałe.

Niewielka ta gorączka może zależeć przy wściekliznie od zapalenia kataralnego organów oddechania i trawienia, albo też od t. z. przez BOLLINGER'A „Fremdkörperpneumonie.“ Zresztą takie nieznaczne wahania ciepłoty spotykamy często, pomimo że nie znajdujemy żadnych objawów, któreby można było powiązać z pewnemi zmianami anatomicznemi. Gdyby nawet podniesienie się ciepłoty było o wiele silniejsze, to i wtedy nie moglibyśmy zawy-

1) BOLLINGER, ibid. pag. 608.

2) Temperatura ciała i sostaw moczi u bieszcennych sobak—weterinarnawo wracza K. MONINA 1876, księga I, p. 43—69 i księga III, p. 179—208.

rokować, o ile te lub owe zmiany zawisły od wpływu wysokiej ciepłoty, lub też od działania pierwiastku zakaźającego. *A priori* oczekiwaćby należało, że pierwiastek infekcyjny, wywołując gorączkę, zdolny jest jednocześnie dać początek całemu szeregowi tych zmian, jakie zazwyczaj spotykamy w trupach, zmarłych z powodu chorób zakaźnych ostrych; gdyby tak było istotnie, wtedy wpływ wysokiej ciepłoty na tkanki zredukowaćby należało do nader małych rozmiarów. W tem mniemaniu utwierdzają nas poszukiwania LITTRE'A¹⁾, który znalazł, że podniesienie ciepłoty ciała wywołuje w tkankach zwierzęcych zmiany degeneracyjne, (zwyrodniające), nie zaś zapalne.

Pozostaje nam zatem ostatnie przypuszczenie, t. j. że zarazek wścieklizny wywołuje zmiany ślinianek, tak jak zarazek tyfusu i t. p. sprowadza u człowieka zapalenie gruczołu przyusznego. Process ten więc uważać należy jako *wtórny, następczy*; zarazek, wydzielając się ze śliną, drażni miąższ gruczołu i wywołuje w niej te zmiany, które powyżej opisałem.

Liczne doświadczenia, czynione nad szczepieniem śliny i wydzieliny jamy ust, pokazały, że zarazek wścieklizny wydziela się przeważnie ze śliną; z drugiej jednak strony, ponieważ badania moje pokazały, że najstalsze i najsilniejsze zmiany spotykamy w gruczole podszczękowym i podjęzykowym, przypuścić więc należy, że ślina zawierająca zarazek, z tych dwóch przeważnie pochodzi gruczołów.

Taż sama przyczyna jest prawdopodobnie źródłem zmian w śliniankach u ludzi, dotkniętych wścieklizną. materiałem jednak którym rozporządzałem był zbyt szczupły, abym na nim mógł jakieś pewniejsze budować hipotezy.

Zwróćę wreszcie uwagę na znaczenie tych zmian dla rozpoznawania wścieklizny u psów.

Stałość, z jaką zmiany te spotykamy w gruczole podszczękowym i podjęzykowym, niezmierna rzadkość jednej

¹⁾ Ueber die Einwirkung erhöhter Temperaturen auf den Organismus. VIRCHOW'S Arch. Bd. 70, 1877, pag. 10.

z chorób zakaźnych psów, wątpliwe istnienie drugiej, a wreszcie brak tych zmian w trzeciej — przemawiają za tem, że process powyższy jest bardzo charakterystycznym objawem wścieklizny u psów; fakt ten zaś nabiera większego znaczenia jeszcze i z tego względu, że zapalenie ślinianek u zwierząt jest rzeczą niezmiernie rzadką, a wtedy kiedy się zdarza, jest najczęściej pochodzenia traumatycznego, albo też przechodzi z sąsiednich tkanek i prawie zawsze doprowadza do wytworzenia się ropnia lub przetoki. U psów o cierpieniu ślinianek nigdzie nawet wzmianki nie robią autorzy.

Z pomiędzy chorób jakim ulegają psy, istnienie ospy jest wątpliwe. Co się tyczy „dżumy psów“ (*Maladie des jeunes chiens—febris cotarrhalis epizootica canum — broncho-pneumonia epizootica*), jednej z najczęstszych chorób zakaźnych, jakim ulegają psy, to w niej, pomimo wysokiej gorączki, nie znalazłem w śliniankach tych zmian, jakie powyżej opisałem. Natomiast karbunkułu, który BRUCKMÜLLER oznacza mianem „tyfusu psów“ (267) nie widziałem ani razu; jest to choroba bardzo rzadka, a zresztą łatwo ją rozpoznać po znacznem powiększeniu śledziony, obrzmieniu kępek PEYER'A i gruczołów kręzkowych tak samo jak to ma miejsce u człowieka.

Jedynie niektóre trucizny zdolne są wywołać pewne zmiany w gruczołach ślinowych. Badałem ślinianki zwierząt którym wprowadzono już to pod skórę, już wprost do krwi nikotynę, muskarynę, pilokarpinę i kantarydynę. Trzy pierwsze z pomiędzy nich, wywołują niższy stopień tych zmian, jakie otrzymujemy, drażniąc prądem elektrycznym nerwy wydzielnicze ślinianek; co się zaś tyczy kantarydyny, to ta nawet przy dłuższem użyciu zmian żadnych nie sprowadza.

Opisane zmiany ślinianek nie mogą mieć takiego znaczenia dla rozpoznawania wścieklizny u ludzi, a to zarówno z powodu niskiego ich stopnia, jak i dla tego że znajdujemy je przy tyfusie i innych chorobach zakaźnych, że wreszcie niektóre środki lekarskie podobne zmiany wywołać są w stanie.

O SZCZEPIENIU KROWIANKI OSOBOM, które w dzieciństwie miały ospę naturalną.

napisał

D-r St. Radziszewski.

„Edward JENNER i jego pierwsi zwolennicy w Anglii po za jej obrębem stwierdzili na drodze bezpośrednich doświadczeń fakt zaradczej własności krowianki, a to w jednakowej mierze tak dla właściwej krowianki jak również i limfy humanizowanej. JENNER szczepił ospę naturalną znacznej liczbie osób, które przedtem wypadkowo zaraziły się krowianką lub też końską ospą (horse-pox'em) i przekonał się o bezskuteczności takowych szczepień, wtedy zaczął sam wielu osobom szczepić krowiankę; następnie—po ukończeniu przebiegu takowej—ospę naturalną, lecz także bezowocnie, naostatek, szczepił wielu dzieciom humanizowaną materję krowianki, przenosząc ją z ręki na rękę, przez cały szereg pokoleń, i następnie po upływie kilku miesięcy stwierdził, że szczepienie takowym dzieciom ospy naturalnej nie wywoływało żadnego skutku. PAERSON, który w ciągu jednego roku (1800) w Londyńskim szpitalu uskutečnił szczepienie krowianki 19000 osób, miał wszelkie prawo do wniosku: że następne szczepienie

5000 z nich ospy naturalnej, które pozostało bezowocnem, powinno być wystarczającym dowodem ochronnej własności krowianki. Na europejskim kontynencie i za oceanem, gdzie radośnie powitano nowe odkrycie, nikt nie przysięgał ślepo *in verba magistri*, lecz też same doświadczenia, na tej samej drodze wykonane, doprowadziły do tychże wniosków. do których doszli pierwsi eksperymentatorzy.“

W obec przytoczonego ustępu z dzieła profesora BOHNA ¹⁾ i zawartych w nim faktów, trudno jest powątpiewać o zaradczej własności krowianki, odnośnie do naturalnej ospy, tembardziej, że i dane statystyczne stwierdzają takową, nie tak się jednakże ma rzecz względem pytania o tożsamości spraw chorobowych. Kiedy jedni skłaniają się do wniosku, że ospa i krowianka są jedną i tąż samą chorobą, drudzy mają je za choroby wcale odmiennej natury.

Zkąd bierze swój początek zdanie o tożsamości ospy i krowianki? Roztrząsając szczegółowo pytanie przychodzimy do wniosku, że źródło takowego zapatrywania się leży w poznaniu następujących faktów: 1) że nawet najlżejsza forma ospy raz przebytej, zabezpiecza od powtórnego zarażenia się ospą; doświadczenia JENNER'A wykazały również, że i raz przebyta krowianka zabezpiecza organizm przynajmniej na znaczny przeciąg czasu od powtórnego zarażenia się ospą i krowianką; 2) pierwotna krosta (pustulemère) rozwijająca się na nakłuciu w skutek szczepienia ropy ospowej, co do zewnętrznych cech, okresu zjawiania się, nabierania, mętnienia, ropienia i zasychania bardzo jest podobną do krosty krowianki; dopiero występujące przy ospie objawy wtórne, rzadko obserwowane przy krowiance (przy czem charakter tych ostatnich bardzo jest wątpliwym) znacznie wyróżniają jedną chorobę od drugiej. Dla lepszego wykazania podobieństwa rozwoju krosty na-

1) BOHN. Handbuch d. Vaccination, Leipzig 1875, str. 260.

turalnej ospy i krowianki, przytoczymy opis rozwoju pierwszej, zaczerpnięty z dzieła prof. TROUSSEAU 1).

„Po zaszczepieniu ropy ospy naturalnej, powiada prof. TROUSSEAU, z początku występują objawy miejscowe; na drugi dzień po zaszczepieniu daje się spostrzegać małe czerwone guziczki, podobne do guziczka krowianki; do 5-go dnia wierzchołek jego stopniowo zaostża się i przeistacza w stożkowaty pęcherzyk, w podobny sposób jak to widzimy przy formowaniu się krosty krowianki. W środku pęcherzyka daje się widzieć niekiedy ślad nakłucia, które wydaje się jakby zagłębionem. 7 dnia pęcherzyk przeistacza się w krostę (*pustula*), okala się czerwoną zapalną obwódka; jest koloru sinawego. W następnym dniu obwódka zapalna rozszerza się i powiększa, w ciągu 9-go i 10-go dnia krostka powiększa się, dostaje wyraźniejszego zagłębienia w pośrodku, staje się coraz więcej sinawą, brzegi ma nierówne, jakby pomarszczone; na okalającym ją krążku zapalnym występują małe krostki ospy — satelity krosty głównej (*pustule-mère*). Zawartość krosty, w początkach składająca się z cieczy limfatycznej, następnie mętnieje wskutek domieszki ropy. Kiedy krostka już doszła do tego stopnia rozwoju, gruczoły limfatyczne pod pachą zaczynają obrzmiewać; 9-go dnia obrzmienie dochodzi do najwyższego stopnia nateżenia, i zmniejszając się, znika 14-go lub 15-go dnia. Zwyczajnie przed upływem 13 lub 14 dni, pierwotna krostka zaczyna zasychać, niekiedy pod strupem następuje głębokie owrzodzenie, zagajające się dopiero po upływie 20—26, nawet 30 dni; poczem zwykle pozostaje głęboka szpetna blizna. Jednakże daleko częściej głębokiego owrzodzenia nie bywa i po odpadnięciu strupa, formującego się kilkakrotnie, pozostaje blizna, lecz daleko szersza niż ta, którą sprowadza krostka krowianki.

1) TROUSSEAU'Ń lekyje kliniczne, przekład na język rossyjski pod redakcyą prof. CZUDNOWSKIEGO, wydanie Siergiejewo. St. Petersburg 1874 r. Tom I szy, Krowianka, str. 59, 60, 61.

Na 9-ty lub 10-ty dzień od czasu zaszczepienia ospy zaczynają występować zaburzenia ogólne: chory dostaje mocnego bólu głowy i krzyża, następują wymioty, jednym słowem ukazują się wszystkie charakterystyczne symptomy pierwszego okresu ospy, której wysypka występuje 11-go, 12-go lub 13 dnia.“

Jeżeli porównamy przytoczony opis rozwoju krosty ospy szczepionej z rozwojem krowianki, to podobieństwo takowego jest widocznem, dodajmy do tego jeszcze fakt, często spostrzegany dawniej, kiedy szczepienie ospy naturalnej było znacznie rozpowszechnionem, mianowicie, że ospa szczepiona ograniczała się tylko na rozwinięciu krosty pierwotnej na nakłuciu i nie sprowadzała powtórnej wysypki, a więc przyznać musimy, że wniosek o tożsamości obydwóch chorób był zupełnie naturalnym i logicznym.

Wniosek takowy w następstwie koniecznie musiał wywołać zdanie, że ponieważ ospa i krowianka są jedną i tą samą chorobą, lecz tylko zmienioną w skutek przeniesienia na odmienne organizmy, jak to ma miejsce i z innymi chorobami, możebnem jest przeto, że ospa, będąc przeniesioną na organizm krowy, jeżeli nie odrazu, to przeszedłszy przez kilka pokoleń, przeistoczy się w krowiankę.

Ponieważ takowe zdanie, aby było logicznem, potrzebowało i odwrotnego twierdzenia, że i krowianka, przeniesiona na organizm ludzki, powinna z czasem odzyskać swe właściwe cechy i przeistoczyć się w ospę, czego jednakże nigdy nie obserwowano, potrzeba więc było zmienić nieco pierwotne twierdzenie i sformułować je w następujący sposób: ospa naturalna, będąc przeniesiona kiedyś na krowę, straciła niektóre swe właściwe cechy i przeistoczyła się w krowiankę; wracając napowrót na organizm ludzki, więcej ich nie odzyskuje. Wyniki podjętych na tej drodze badań, dość sprzeczne pomiędzy sobą, wykazały, że wnioski nawet najbardziej logiczne, częstokroć w praktyce nie otrzymują potwierdzenia.

Wyniki, jak wiadomo, były następujące: 1)

Kiedy GASNER, THELE, RIETER, SUNDERLAND, twierdzili, że się im się rzeczywiście powiodło zaszczerpić ospę krowom i otrzymać ztąd prawdziwą limfę krowianki, która następnie z powodzeniem szczepioną była dzieciom i wydawała zwykle wyniki, drudzy, naprzykład MIQUEL, zaprzeczali temu, a CHAUVEAU w sprawozdaniu swoim, napisanem w imieniu komisyi Lijońskiej, do Akademii, o poszukiwaniach swoich w tym przedmiocie przedsięwziętych, twierdzi, że ospa rzeczywiście może być zaszczerpioną krowie i chroni ją od zarażenia się krowianką w równej mierze, jak i raz przebyta ospa chroni człowieka od powtórnego zarażenia się ospą; jednakże ospa, zaszczerpią krowie, na powrót wracając do człowieka wywołuje nie krowiankę lecz ospę naturalną, i to nawet niekiedy ciężką jej formę. Twierdzenie to CHAUVEAU poparł przekonywającemi dowodami.

Nie zważając na wyniki CHAUVEAU^a kwestyja tożsamości ospy i krowianki nie została jednakże ostatecznie rozwiązana, pogląd powyższy i obecnie liczy wielu zwolenników, na stronę których zdają się skłaniać i niektórzy nowsi klinicyści, tak np. profesor THOMAS mówi: 2)

„Skutkiem przeszczepienia limfy ospy ludzkiej na krowę można wywołać krowiankę, podobnie jak za pośrednictwem ospy końskiej; krowianka taka może znowu po zaszczerpieniu wywołać krosty miejscowe, przyczem już nie powstaje wysypka ogólna. Jakkolwiek fakta te przemawiają za tożsamością ospy ludzkiej i krowiej (resp. zwierzęcej), tożsamością gorąco bronioną przez rozmaitych badaczy, to jednakże ścisłego na to dowodu nie mamy; ztąd możemy uważać, że prawdopodobnie ospa krowia jest ospą ludzką,

1) TROUSSEAU, t. I, str. 18, 19, 20, 21, 22.

2) Handbueh der acuten Infectionskrankheiten. Zweite Theil von prof. THOMAS, CURCHMANN, ZUELER, HERTZ, ZIEMSEN. 1875, przekład Wiktoryna Kosmowskiego. Warszawa, 1876 r. str. 354.

w ten tylko sposób zmienioną, skutkiem gruntu na którym została zaszczipioną, że przy przeniesieniu na człowieka zachowuje ściśle swoje własności lokalizacyjne.“

Ogół lekarzy widocznie podziela przytoczone wyżej zapatrywanie, skoro zaleca powtarzać rewakeynacje co 8, 10, 25 lat, na tej głównie zasadzie, że organizm po upływie oznaczonego terminu, odzyskuje skłonność do powtórnego zarażenia się krowianką, a więc i ospą, jakowe twierdzenie względem ostatniej, nie mając, jak się zdaje, za sobą eksperymentalnego poparcia trudnem jest do wytłumaczenia, bez przyznania tożsamości ospy i krowianki, lub przynajmniej zupełnej i bezwzględnej analogii między niemi ¹⁾. Wprawdzie doświadczenia CHAUVEAU'A doprowadziły go do wniosku, że ospa, zaszczipiona krowom, zabezpiecza je od zarażenia się krowianką, lecz w jakiej mierze i na jaki przeciąg czasu, a także czy i uludzi, ospa naturalna, raz przebyta, chroni od zarażenia się krowianką, wszystkie te pytania, jak się zdaje, pozostają bez należytej odpowiedzi. Jedno z takowych pytań, a mianowicie w jakiej mierze organizm po raz przebytej ospie, skłonny jest do zarażenia się krowianką, postanowiłem chociaż w części rozwiązać. Wpierw nim przytoczę odnośne badania, które, aczkolwiek nieliczne, zrodziły jednakże we mnie mocne przekonanie, że skłonność ta po kilkunastu przynajmniej latach jest tak wielką jak i u osób, które nigdy nie miały ani ospy naturalnej ani krowianki, muszę się zwrócić raz jeszcze do niektórych spostrzeżeń, dotyczących kwestyi tożsamości chorób, a to dla tych mianowicie powodów, żeby rezultaty moich doświadczeń, wskutek jednostronnego zapatrywania, nie były poczytane za dowód analogii, panującej między obiema chorobami, pod względem jednakowego nabierania skłonności do powtórnego zarażenia się po przebytej ospie i krowiance.

¹⁾ TROUSSEAU, t. I, str. 50.

Niektóre spostrzeżenia zdają się podawać w wątpliwość tożsamość ospy i krowianki. Nie mówiąc już o zewnętrznych cechach chorób, które, rozwijając się na właściwych sobie organizmach, znacznie się różnią i tylko wskutek przeniesienia i spowodowanej niemi zmiany, nabierają podobieństwa, natura zarazka, który w ospie prawdopodobnie jest lotnym, w krowiance stałym, a także objawy ogólne i powtórna wysypka przy ospie już wielce przemawiają za tem, że ospa i krowianka są to choroby całkiem odmienne. Oprócz tego, podług mnie, istnieją fakty, które wykazują brak zupełnej analogii między ospą i krowianką. Wiadomo np. że dwiekrosty krowianki, powstałe np. wskutek jednoczesnego zaszczepienia na obu rękach, wzajemnie na swój rozwój zupełnie nie wpływają, rewakcynacje zaś, uskuteczniane począwszy od drugiego do 7-go dnia, wydają krosty coraz mniejsze i szczepienie, wykonane około 7-go dnia, pozostało prawie zawsze bezskutecznem; począwszy od wymienionego dnia organizm staje się nieczułym także do zarażenia się ospą, a więc zdawałby się logicznym wniosek (zważając na rozwój ospy szczepionej) ¹⁾, że i szczepienie krowianki, około 7-go dnia okresu wylegania uskuteczniowane, powinno wydawać rezultaty ujemne, uskuteczniowane zaś nieco wcześniej, powinno wywoływać krosty, lecz słabiej rozwinięte, wskutek wpływu ospy, jako tej samej sprawy chorobowej, lecz posiadającej jedynie tylko większy stopień nateżenia; uskuteczniowane zaś po szczepieniu ospy, powinno pozostawać albo zawsze bezowocnem, lub też wydawać krosty w wyjątkowych przypadkach, gdyż, jak powiada TROUSSEAU, powołując się na doświad-

¹⁾ Przy porównaniu obu chorób, wysypkę przy ospie musimy uważać jako powtórna, a zatem początek krowianki i ospy leży: pierwszej od czasu zaszczepienia, drugiej—od pierwszego dnia okresu wylegania. Takie porównanie ma za sobą poparcie w rozwoju krosty pierwotnej, który przypada na okres wylegania, a także w tem, że niekiedy rozwój krosty pierwotnej był obserwowany przy samoistnej ospie i przypadał także na okres wylegania.

czenia JENNER'A, dawniej limfa krowianki była mocniejszą i szczepienie jej zabezpieczało od zarażenia się ospą prawie na zawsze lub przynajmniej na kilkadziesiąt lat, tembardziej że ospa jako forma silniejsza powinna zabezpieczać od krowianki—formy lżejszej. Wyjątkowe przypadki zarażenia się ospą po przebytej ospie, mogą się zdarzać, ponieważ, jak wiadomo, zdarzają się przypadki powtórnej ospy. Jednakże co do wspomnianej analogii rzecz ma się nieco odmiennie. Z jednej strony doświadczenia ZENDYCK'A, mające co innego na celu, wykazują, że krowianka może być zaszczipioną i prawidłowo się rozwijać, począwszy od pierwszego dnia wylegania się ospy aż do czasu ukazywania się wysypki, z drugiej zaś strony dwa przypadki TROUSSEAU'A, które podajemy niżej, także nie popierają wniosku o zupełnej analogii obu spraw chorobowych ¹⁾).

„Dwumiesięczne dziecko dostało ospy jednocześnie z matką. Chociaż matka nie miała nigdy szczepionej krowianki, jednakże wysypka ospowa była rzadką, przebieg łagodny, u dziecka zaś, na jedenasty dzień choroby wysypka ospowa poczęła się zlewać i dziecię umarło, bez względu na to, że miało szczepioną krowiankę drugiego lub trzeciego dnia okresu wylegania się ospy, chociaż z sześciu nakłuć tylko jedno wydało krostę. Na ósmy dzień, kiedy żadną miarą nie można było przewidywać że dziecko zarażone jest ospą, poniżej pierwszych nakłuć, zrobiono dwa nowe, które ponownie wydały dwie prawidłowe krosty. Dopiero na trzeci dzień po ukazaniu się wysypki ospy, rozwój krost krowianki uległ zmianie, takowe stały się źródłem podskórnych wynaczynień krwi.“

Drugi przypadek, obserwowany przez TROUSSEAU'A w 1861 roku:

„Rozwój krost krowianki, zaszczipionej 11-stoletniemu dziecku, w pierwszych dniach wylegania się ospy, został wstrzymany do 8 go dnia; mianowicie: guziki zjawiły się

¹⁾ TROUSSEAU, t. I, str. 36, 37.

dopiero na piąty dzień i rozwój krost szedł bardzo opieszale. Na ósmy dzień dziecko dostało gorączki, wymiotów, rozwolnienia, które to objawy trwały przez dwa dni, na trzeci dzień ukazała się wysypka ospy, przebieg której był prawidłowy do piątego dnia, na piąty dzień krosty zaschły. Tak więc, dodaje TROUSSEAU, ospa przez krowiankę została zmienioną—i ta ostatnia przy ukazaniu się wysypki ospy wystąpiła w postaci pysznych krost, których przebieg od-tąd stał się zupełnie prawidłowym.“

Pierwszy przypadek TROUSSEAU'Ą zdaje się przemawiać nieco na korzyść wniosku: że krowianka szczepiona w kilka dni po zarażeniu się ospą, zostaje zmienioną pod wpływem takowej, jednakże drugi przypadek i doświadczenia ZENDYCK'Ą podają go w wątpliwość, gdyż wykazują przeciwnie, że ospa pod wpływem zaszczipionej krowianki niby ma się przeistaczać w formę lżejszą; oprócz tego wypada nadmienić, że zboczenia w rozwoju krost krowianki, obserwowane w przypadkach TROUSSEAU'Ą więcej podobne są do tych, jakie sprowadza np. płonica, nie zaś jakie następują pod wpływem krowianki, szczepionej na kilka dni przedtem. Tak więc, streszczając wyniki rozmaitych badań WOODVILLE'Ą i LEROUX'Ą ¹⁾, którzy jednocześnie szczepili ropę ospy i krowianki, możemy zaznaczyć następujące fakty:

1. Ospa i krowianka, zaszczipione jednocześnie, rozwijają się samoistnie jedna obok drugiej, nie zmieniając i nie wpływając na się wzajemnie.

2. Krowianka może być szczepioną z powodzeniem, począwszy od pierwszego dnia okresu wylegania się ospy, aż do czasu zjawiania się wysypki, przytem godzi się wątpić, żeby krowianka uległa zmianie przez specyficzny wpływ ospy.

3. Co do pytania, czy z równem powodzeniem może być szczepioną zaraz po przebytej ospie, to, o ile się zdaje,

¹⁾ TROUSSEAU, t. 1, str. 35, 36.

systematycznych doświadczeń w tym kierunku robionych nie ma, z wyjątkiem przytoczonych już uprzednio badań CHAUVEAU'A, dokonanych na krowach, którym uprzednio szczepiono ospę naturalną, a także niektórych spostrzeżeń, zrobionych przy szczepieniu ospy noworodkom ¹⁾.

4. Po upływie dosyć znacznego czasu, jak obserwował TROUSSEAU i inni, zdarzają się niekiedy przypadki, że krowianka przyjmuje się u osób, które dawniej miały ospę, lecz takowe przypadki są nader rzadkie, oprócz tego krosty okazują przebieg bardzo zmieniony. Ostatnie to twierdzenie TROUSSEAU'A, zważając na to co już wypowiedziałem o analogii ospy i krowianki, wydawało mi się zawsze wątpliwem, postanowiłem więc przekonać się o jego prawdziwości drogą doświadczeń. Główną przeszkodą, jaka się przy tem nastęcza, stanowi brak w prywatnej praktyce odpowiedniego materiału, niezbędnego w danym razie, mianowicie - trudność odszukania osób, które miały ospę i któreby chętnie zgodziły się poddać szczepieniu krowianki. Wzmiankowane trudności poczęści mogłem wyminąć, szczepiąc krowiankę nowozaciężnym jednego z pułków, znajdujących się w Warszawie i wyniki tego szczepienia podaję w niniejszej pracy.

Dla rozwiązania pytania: czy przebyta ospa chroni na zawsze od zarażenia się krowianką, w razie zaś otrzymania odpowiedzi przeczącej, czy przebieg krowianki powstającej u osób, które miały ospę, nie zostaje zmieniony? przede wszystkim wykonywałem następujący szereg doświadczeń: wybrałem 17 osób, w wieku od 21—23 lat, zupełnie zdrowych, z pomiędzy których 4 osoby miały w wieku dziecięcym ospę naturalną, która pozostawiła po sobie wyraźne ślady:

1. Fr. Bochenek (ma gęste lecz niegłębokie blizny po ospie, przeważnie na twarzy). 2. Gołmbiowski (twarz zupełnie

¹⁾ Według SCHRÖDER'A, jeżeli matka będąc w ciąży miała ospę, to szczepienie dziecku krowianki zwykle się nie udaje.

oszczędona gęstemi, głębokimi śladami ospy. 3. Goldberg i 4 Kuleszów (obaj mają wyraźne ślady ospy, blizny głębokie, lecz rzadkie).

U wszystkich czterech przy najsumienniejszem zbadaniu, śladów szczepionej krowianki na zwykłych miejscach nie wykryto.

Następnie 6 osób które nie miały ani ospy naturalnej, ani też szczepionej krowianki.

1. Krasilnikow, 2. Gonczarenko, 3. Bonczek, 4. Golubow, 5. Sierdjukow, 6. Mukomiełow.

Nakoniec trzecia kategoria składała się z następujących osób: które miały niedawno szczepioną krowiankę, lecz przebieg jej niezupełnie był ukończony.

1. Abtowicz (12-ty dzień od zaszczepienia krowianki), 2. Czajkowski (12-ty dzień), 3. Mielnikow (8-y dzień), 4. Sewastiejew (8 dzień), 5. Selenok (8 my dzień) 6. Szatik (6-ty dzień) i 7. Sawłocki (6-y dzień).

Wszystkim podanym wyżej osobom jednocześnie 2 Marca zaszczepiłem krowiankę, do czego użyłem limfy, zbieranej z krost trzech osób: Selenka, Sewastjewa i Mielnikowa, przenosząc takową wprost z ręki na rękę za pomocą czterech nakłuć lancetem.

Dnia 4-go Marca, t. j. po upływie dwóch dni, na tych samych co i uprzednio rękach zaszczepiłem limfę Sawłockiego. Naostatek d. 5 Marca jeszcze raz limfę Sawłockiego, lecz tym razem zbieraną o jeden dzień później. Osobom, u których krowianka szczepiona dawniej nie ukończyła jeszcze swego przebiegu i które takową miały na ręku prawem, szczepiłem na rękę lewem. Ostatecznie każda osoba miała zaszczepioną krowiankę za pomocą pięciu rzędów nakłuć: pierwszy, licząc z góry ku dołowi przedstawiał limfę Sawłockiego, szczepioną 5-go Marca, drugi też limfę szczepioną 4-go Marca, trzeci limfę Selenka, czwarty Sewastjewa i 5-ty Mielnikowa. Robiąc tak znaczną ilość nakłuć (po 20 każdej osobie) i do szczepienia używając limfy, pochodzącej z krost czterech osób, głównie

miałem na celu jak najlepiej zabezpieczyć spodziewane rezultaty od wielu wpływów pobocznych, jako to: dobroci limfy, wadliwości metody szczepienia za pomocą nakłuc, z których nie każde, jak wiadomo, sprowadza należyte zektnięcie się zarazka z organizmem; dla tego też limfę zbierałem na początku ósmego dnia trwania krosty krowianki, z wyjątkiem limfy Sawłockiego, zbieranej do szczepienia 5-go Marca, która pochodziła z krost w 9-tym dniu rozwoju takowych. Przy szczepieniu na niektórych nakłuciach występowała krew, lecz w bardzo małej ilości i takowa tworzyła małą kropelkę. Lancet po zaszczepieniu limfy, naprzykład Selenka, wszystkim osobom, przed szczepieniem drugiego gatunku limfy, t. j. pochodzącej od innej osoby, starannie wymywałem i wycierałem; żeby jeszcze więcej zrównać osoby rozmaitych kategorii co do możebnego ujednostajnienia dobroci limfy, a mianowicie: żeby np. osobom kategorii pierwszej nie szczepić limfy występującej z krosty zaraz po przekluciu takowej, 2-ej zaś i 3-ej występującej później, szczepienie uskuteczniałem w następujący sposób: najpierw za pomocą 4-ch nakłuc szczepiłem limfę Selenka Bochenkowi, następnie Krasilnikowowi, naostatek Abtowiczowi, poczem znów Gołombiowskiemu, Gonczarence i Czajkowskiemu i t. d., dopóki wszystkim nie została zaszczepiona limfa Selenka, co uskuteczniwszy, szczepiłem następnie limfę Sewastjewa i Mielnikowa w wyżej podany sposób. Między nakłuciami, które z powodu ich mnogości i stosunkowo małej przestrzeni, z konieczności musiały być dosyć gęste, pozostawało jednakże dosyć miejsca, żeby powstające na nich krosty i zapalne obwódki nie mogły się zlewać całkowicie.

Pozostaje mi jeszcze wskazać źródło, z którego pochodziła limfa, użyta do naszych doświadczeń. Selenek, Sewastiew i Mielnikow mieli krowiankę, powstałą od zaszczepienia limfy dziecinnej, suchej i zebranej na piórka. U Selenka rozwinęły się trzy krosty, które z czasem doszły do wielkości grochu, takowe posiadały zupełnie prawidłowo-

we cechy i wygląd; po uprzednim zmeźnieniu i przejściu we właściwym czasie w okres ropienia, 10-go dnia zaczęły zasychać od środka i zaschły zupełnie 13-go dnia. U Sewastjewa krosty krówianki do 8-go dnia rozwijały się zupełnie prawidłowo, 9-go dnia, najpewniej wskutek uprzedniego zbierania limfy, zaschły, uformowały się płaskie bure strupy, poczem objawy zapalne zupełnie znikły. U Mielnikowa rozwinęła się tylko jedna krosta, przebieg takowej był zupełnie prawidłowy do 9-go dnia, 9-go zaś dnia, także najpewniej wskutek uprzedniego zbierania limfy, krosta zaschła, formując dosyć gruby płaski strup, który 15-go dnia odstał, pozostając różową blizną, wielkości srebrnej dziesiątki. Objawy zapalne, towarzyszące przebiegowi krosty, okazywały znaczny stopień nateżenia. Tak więc limfa Selenki, Sewastjewa i Mielnikowa była pierwotnie dziecienną i przeszła przez jedno pokolenie osób dorosłych wpraw nim została użytą do naszych doświadczeń. Limfa Sawłockiego także pierwotnie pochodziła z krost dzieci, lecz przeszła przez cały szereg pokoleń osób dorosłych, co mamy zamiar szczegółowo wykazać.

Otrzymawszy ze szpitala Dz. Jezus suchą limfę, zebraną na piórka, takową d. 26 Stycznia zaszczerpiłem kilku osobom, i u trzech: Ryżkowa, Łosiewa i Połtoruchi otrzymałem dobrze rozwinięte krosty. Ryżkowowi na 6-ty dzień od czasu pierwszego szczepienia powtórnie zaszczerpiłem limfę, zebraną z krost Połtoruchi, takowa obok pierwszej krosty wydała dwie nowe; lecz daleko mniejsze. Na 12-ty dzień od czasu pierwszego szczepienia z większej krosty Połtoruchi przenieśli ropę. już gęstą, na siedem osób: Kozorc; Szkurat., Ospipenk., Gorenk., Mojenk., Sement. i Zylberm.; limfę zaś z mniejszej krosty w tymże dniu zaszczerpiłem czterem osobom: Maksimowi, Dydynowi, Peregoncowowi i Derboszowowi. Limfa, pochodząca z większej i starszej krosty, z wyjątkiem Sementowskiego, u którego powstała wrzdzionka, nie wywołała zgoła żadnych objawów, limfa zaś z krosty młodszej u Maksimowa, Dydina i Peregoncowa

wywołała po kilka dobrze rozwiniętych o prawidłowym przebiegu krost, u Derbuszowa szczepienie pozostało bezowocnem. Dnia 12 Lutego limfę Maksimcowa i Peregoncowa (zbieraną na początku 8-go dnia) zaszczerpiłem: 1. Ślepuszence (7 Lutego miał zaszczerpioną ospę Łosiewa), 2. Żyłkowowi, 3. Woroncowski, 4. Timoszenkowi, 5. Kolesnikowski, 6. Zylberman'owi, 7. Mojenkowi, 8. Szkuratowski, 9. Kozorcowski, 10. Derbuszowski, 11. Gorenkowi, 12. Ospipence (siedmiu osobom z liczby wymienionych, mianowicie począwszy od Zylbermana do Ospipenki szczepiono limfę Ryżkowa — bezowocnie). Szczepienie wydało: u Żyłkowa, Woroncowa i Timoszenki krosty słabo rozwinięte o szybkim przebiegu, u Kolesnikowa suchy pęcherzyk, u Zylbermana guziki, u reszty nie wywołało żadnych objawów z wyjątkiem Slepuzenki, u niego z sześciu ranek od szczepienia limfy Łosiewa uformowały się trzy krosty, które z czasem doszły do wielkości dużego grochu, z sześciu zaś ranek (od szczepienia limfy Maksimc. i Peregonc.), w kilka dni później — pięć krost, wielkości soczewicy. Wszystkie krosty były stosunkowo bardzo dobrze nabrane, pierwsze miały bardzo znaczne obwódki zapalne i obrzmiąły podstawę, drugie zaś wyraźne lecz słabsze; pierwsze zaschły około 12-go dnia, drugie około 14-go dnia od czasu pierwszego szczepienia i na 7-my od powtórnego) zaszczerpiłem: 1. Ospipenk., 2. Mojenk., 3. Szkuratow., 4. Kozorczew. (wszyscy czterej mieli szczepioną przedtem bez żadnego skutku limfę Maksimcow., Peregoncow. i Ryżkow.), szczepienie nie spowodowało żadnych objawów; też samą limfę Slepuzenki zaszczerpiłem po raz pierwszy Czajkowskiemu, Błażejowskiemu i Abtowiczowi (miał szczepioną krowiankę w wieku dzieciennym) i rezultat wypadł cokolwiek inny: u Błażejowskiego rozwinęły się dwie nieprawidłowe krosty, u Czajkowskiego trzy krosty wielkości małego grochu; takowe miały formę prawidłową i cechy właściwej krowianki, podstawę szeroką i mocno obrzmiąły, lecz obwódki zapalne, chociaż szerokie, były dosyć blade. Krosty przeszły w okres

ropienia i zaczęły żółknąć ósmego dnia, 9-go zasychać od środka i 12-go dnia zupełnie zaschły, formując strupy barwy brudno-pomarańczowej. U Abtowicza rozwinęła się jedna krosta, słabo nabrana i pozbawiona wydatnych cech prawdziwej krowianki. Limfę Czajkowskiego, na początku 8-go dnia zbieraną, zaszczyliłem Szatikowi, Olkowskiemu i Sawłockiemu. U pierwszego z sześciu nakłuć trzy wydały krosty, trzy zaś guziki; krosty były nieźle rozwinięte, lecz dosyć szybko, bo już na 9-ty dzień, zaczęły sełnać, obwódkę zapalną miały wyraźną, podstawę znacznie obrzmiałą. U Olkowskiego na sześciu nakłuciach powstało w początku sześć guzików, lecz następnie tylko cztery przeistoczyły się w krosty, zupełnie podobne do krost Czajkowskiego; różnica zachodziła ta, że pierwsze jeszcze prędzej żółkły i zaschły. U Sawłockiego wszystkie sześć nakłuć wydały guziki, które następnie przeistoczyły się w krosty; takowe w początkach były sinawe z wyraźnem zagłębieniem środka, na ósmy dzień doszły do wielkości srebrnej dziesięciogroszówki, obwódki zapalne miały mocne, zlewające się brzegami, podstawę twardą — obrzmiałą. Na 9-ty dzień krosty zaczęły żółknąć, na 12-ty dzień zasychać od środka. Z przytoczonego szeregu przypadków pokazuje się, że limfa, pochodząca z powtórnych krost Ryżkowa, będąc przenoszona i szczepiona z ręki na rękę osobom dorosłym, wydała rezultaty bardzo mierne, gdyż ogółem z liczby 22 osób, którym ją szczepiono, tylko u 13 wystąpiły mniej więcej prawidłowe krosty, lubo o szybkim przebiegu, jedna—pęcherzyk, jedna—guzik, u reszty zaś 7-iu osób szczepienie zostało bezowocnem, chociaż tym ostatnim szczepiono po kilka razy w rozmaitych odstępach czasu. Z tego możemy wyciągnąć wniosek, że krosty krowianki, powstałe u osób dorosłych, wytwarzają limfę, posiadającą słabe własności zaraziwe i mało przydatną do zwyczajnego praktycznego zastosowania. Takowy wniosek może spotkać zarzut, że osłabienie limfy, o której mowa, zależnem być może nietyle od wieku osób, ile raczej od wpływu u Ryżkowa krost pierwej

powstałych na te, z których zbieraną była limfa do szczepienia; nie zaprzeczając zupełnie temu musimy jednakże zaznaczyć, że, jak to się wykaże dalej i limfa Selenka, Sewastiejewa i Mielnikowa wykazała w równym stopniu słabe własności zaraźliwe, chociaż otrzymaną była z krost pierwszego szczepienia krowianki.

Widzieliśmy wyżej że limfa Ryżkowa, przechodząc przez szereg generacyj, raz zdaje się zupełnie tracić własności zaraźliwe i wydaje słabo rozwinięte krosty, to znów niejako się wzmacnia, wydając w pojedynczych przypadkach prawie na każdym nakłuciu krosty, które, sądząc z pozorów, niczem się nie różnią od prawidłowych, z wyjątkiem tego że limfa z nich otrzymywana widocznie była słabą; zapewne pochodzi to od gruntu, jaki krowianka napotykała, bliższego zaś pojęcia o naturze tego gruntu, dotychczas nie mamy.

Przytoczenie powyższych szczegółów wydawało mi się koniecznym dla tego głównie powodu, że szczepienia, o których zaraz będzie mowa, wykonywałem prawie wszystkie za pomocą limfy, zbieranej z krost osób dorosłych, a więc dla należytej oceny rezultatów, jakie osiągnąłem, zwłaszcza u osób, które miały dawniej ospę, potrzeba koniecznie mieć na względzie słabe własności zaraźliwe limfy przezemnie używanej takowe zaś, jak widzieliśmy, są tak nieznaczne, iż możnaby uważać prawie za rzecz pewną, że jeżeli limfę, pochodzącą pierwotnie od dzieci, będziemy przeszczepiać z jednej osoby dorosłej na drugą, to taka limfa z czasem o tyle osłabnie, że nie będąc w stanie podtrzymać sztucznej epidemii krowianki, o jaką nietrudno u dzieci, zmusi nas do szukania innego źródła limfy do szczepienia.

Zwracam się teraz do opisanie samych przypadków. Dla uniknięcia zarzutów, jakie mogą spotkać każdego, wyciągającego wnioski z doświadczeń dokonanych na ludziach, które to wnioski bez dokładnego podania faktów, na jakich są oparte, mogą być podane w wątpliwą, gdyż jak wiadomo, są bardzo zależne od dobrej woli eksperymentatora

i zakreślonego przezeń naprzód celu, sądzę, że lepiej będzie podać możebnie szczegółowy opis przebiegu krowianki przynajmniej u tych osób, które przebyły dawniej ospę naturalną, gdyż w takim razie, mając przed sobą źródło, każdemu łatwiej wyciągnąć swoje wnioski, zgodne lub nie z temi, do jakich ja przyszedłem. Przebieg krowianki u 17 tu zaszczeplonych osób był następujący:

1. Franciszek Bochenek. 4 dzień. Nakłucia trzeciego i piątego rzędu zaczerwieniły się i obrzmiały, wskutek czego formują się niewielkie guziki o barwie blado-różowej, wierzchołki takowych są stożkowate, żółtawe. 5 dzień. Na wszystkich czterech guzikach piątego i na jednym trzeciego rzędu formują się żółtawe pęcherzyki; w czwartym i pierwszym rzędzie żadnych zmian nie widać, w drugim zaś rzędzie występują guziki, lecz daleko mniej rozwinięte jak wyżej opisane; zaczerwienie naokoło formujących się krost—mocne, rozlane. 6-ty dzień. Krosty doszły do wielkości ziarnka konopi, spłaszczają się, posiadają barwę opalu, podstawa ich jest twarda, wskutek zapalnego nasięku, rozlane zaczerwienie krost, ograniczając się, staje się mocniejszym; guziki w drugim rzędzie powiększyły się, lecz nie dorównały poprzednio powstałym, na jednym z nich rozwinął się pęcherzyk, zupełnie podobny do opisanych pod wczorajszą datą. Wszystkie krosty są spłaszczone, daje się na nich spostrzegać wyraźne środkowe zagłębienie; pokrywka krost posiada charakterystyczny srebrzysty połysk; zaczerwienie skóry jest mocne, w pobliżu krost tworzy ciemno-czerwoną obwódkę. Krosty doszły do wielkości ziarnka soczewicy, w drugim zaś rzędzie do wielkości ziarnka konopi. Na jednym nakłuciu 1-go rzędu powstaje małeńki czerwony guziczek. 8-my dzień. Krosty 3-go i 5-go rzędu doszły prawie do wielkości grochu, 2 go rzędu są nieco większe od ziarnka soczewicy, na wierzchołku guzika, powstałego wczoraj w pierwszym rzędzie, uformowała się krost wielkości główki od szpilki. Zawartość krost mętnieje. Krosty powstałe w czasie późniejszym, wyró-

zniają się oprócz wielkości tem, że towarzyszące im objawy zapalne nie są tak znaczne, obwódki są bledsze, obrzmiałość skóry mniejsza, krosty są więcej spłaszczone, kolor ich więcej białawy. Reszta nakłuc 1-go rzędu przedstawia się w postaci niewielkich guzików, lecz takowe nie przestarczają się w krosty. 9-ty dzień. Krosty jeszcze się znacznie powiększyły, lecz stosunkowa różnica co do wielkości pomiędzy krostami, powstałymi od pierwszych i powtórnych szczepień, pozostaje tąż samą. Błado-różowe zaczerwienienie znikło, pozostały tylko sinawe, dosyć wązkie obwódki. Kolor krost jest brudno-żółtawy, wskutek przejścia takowych w okres ropienia. 10 dzień. Krosty mocno nabrane, formy więcej kulistej, środek pokrywek zaczyna zasychać. 11 dzień. Zasychanie krost zwolna postępuje od środka ku brzegom, krosty coraz mocniej żółkną, objętość ich się zmniejsza. 12 dzień. Obwódki zapalne bledną, kolor ich przechodzi w fioletowy. 13 dzień. Krosty zupełnie zaschły. Uformowały się grube nieco wypukłe strupy o barwie brudno-pomarańczowej, powierzchnia takowych dosyć gładka. dokoła strupów pozostały jeszcze ślady zapalnych obwódek, które znikając pozostawiają po sobie cynamonowe zabarwienie skóry. 17-ty dzień. Po odjęciu strupa staje się widoczną różowa powierzchowna blizna.

2. Antoni Gołembiewski. 5 dzień. Nakłucia 1-go rzędu żadnych zmian nie wykazują, z wyjątkiem lekkiego zaczerwienienia skóry, reszta zaś nakłuc przedstawia się w postaci niewielkich czerwonych guzików; na jednym z nich w 3-im rzędzie, licząc z góry, i na dwóch w 5-ym — stosunkowo większym niż inne, formują się pęcherzyki bursztynowej barwy, wielkości ziarnka maku, zupełnie podobne do pęcherzyków u Bochenka, na tym stopniu rozwoju. 6 dzień. Krosty doszły do wielkości ziarnka konopi, posiadają barwę opalu, dostają zagłębienia środka, lecz takowe jest jeszcze bardzo niewyraźne, podstawę mają obrzmiałą, zaczerwienioną, różnią się jednakże od krost u Bochenka tem, że są mniej nabrane, więcej spłaszczone, zaczer-

wienienie skóry jest bledsze, chociaż rozlane. Nakłucia 2-go i reszta nakłuc 3-go i 5-go rzędu uwydatniają się w postaci niewielkich czerwonych guzików, 1-go zaś i 4-go rzędu żadnych zmian nie okazują. 7 dzień. Krosty, nieźle sformowane, doszły do wielkości ziarnka soczewicy, barwę posiadają mleczno białawą, zagłębienie środka wyraźne, wygląd charakterystyczny; obrzmienie i zaczerwienienie skóry—mocne w pobliżu krost, dalej od nich stopniowo się zmniejsza. 8 dzień. Krosty nabierają i powiększają się. Na jednym z nakłuc 2-go rzędu, na którym wczoraj wystąpił guzik, dzisiaj uformowała się krostka, wielkości ziarnka konopi, zupełnie podobna do reszty krost, z wyjątkiem tego tylko, że posiada podstawę mniej zaczerwienioną i obrzmiałą niż tamte. 9 dzień. Krosty wpierw powstałe doszły do wielkości małego ziarnka grochu, później powstała także nieco się powiększyła; wszystkie krosty żółkną wskutek przejścia w okres ropienia. 10 dzień. Krosty, nie doszedłszy do tej wielkości, jaką posiadają krosty u Bochenka i nie będąc tak mocno nabrane, zaczynają zasychać, obwódki zapalne bledną. 13 dzień. Krosty zupełnie zaschły, uformowały się dosyć grube strupy, o barwie brudno-pomarańczowej, obwódki zapalne całkowicie znikły.

3. Lejba Goldberg. Wszystkie nakłucia uwydatniają się w postaci czerwonych guziczków, nierównej wielkości, z wyjątkiem 4-go rzędu, który żadnych zmian nie przedstawia. Jeden z guzików 3-go rzędu, znacznie większy od innych, przeistacza się w pęcherzyk, wielkości ziarnka maku. 6-ty dzień. Pęcherzyk wczoraj powstały zwiększył się nieco, lecz pozbawiony jest środka pokrywki, wskutek czego uformował się czerwony strupek; pozostałe resztki pęcherzyka formują rodzaj obrączki naokoło strupka, kolor takowej jest sinawy, zaczerwienienie skóry koło zasychającej krosty przeszło w odcień ceglasty. W drugim rzędzie uformowały się 3 guziki, zupełnie podobne do wyżej opisanych, lecz jeszcze słabiej rozwinięte; wierzchołki guzików wskutek zejścia strupków od nakłuc i powtór-

nego zasychania wydają się czerwone w środku, po brzegach zaś widać ślady suchych sinawych obrączek. 7-my dzień. Guziki zaczynają stopniowo znikać.

4. Tadeusz Kuleszow. 5 dzień. Wszystkie nakłucia, z wyjątkiem nakłuc 4-go rzędu, około których wszelkie objawy znikły, przedstawiają się w postaci guzików rozmaitej wielkości, lecz mocno wydających; najmniej rozwinięte guziki znajdują się w pierwszym rzędzie. Na niektórych guzikach 3-go i 5-go rzędu, formują się stożkowate, żółtawe pęcherzyki, zupełnie podobne do pęcherzyków zaczynających się rozwijać po zaszczerpieniu krowianki. 6-ty dzień. Krosty są otoczone rozlanem zaczerwienieniem skóry, którego odcień nie jest żywy, a więcej brudnawy. Krosty są spłaszczone, nieforemne, sinawe, nie nabiegają, lecz owszem okazują skłonność do zasychania, wskutek czego są wielce podobne do krost u Goldberga. Guziki w 1-szym rzędzie znacznie się dzisiaj uwydatniły. 7 dzień. Krosty, powiększając się widocznie, co do charakteru swego pozostają jednakże niezmiennymi: przedstawiają się w postaci suchych pęcherzykowatych obrączek, zaschnięty zaś środek formuje brudno czerwony strupek; podstawa krost jest nieco obrzmiałą, odcień zaczerwienienia takowej—brudnawy, ceglasty. W 2-im rzędzie nakłuc na jednym z guzików powstaje pęcherzyk, zupełnie podobny do wyżej co opisanych. 8 dzień. Rozwój krost pozostaje *in statu quo*. 9 dzień. Krosty przeistoczyły się w strupy, objawy zapalne znikają stopniowo.

Osoby drugiej kategorii.

1. Michał Krasilnikow. 5 dzień. W 3-im i 5-yim rzędzie wystąpiły czerwone guziki rozmaitej wielkości; 4-ty rząd nakłuc żadnych zmian nie okazuje, w 1-szym i 2-im utrzymuje się jeszcze lekkie plamiste zaczerwienienie skóry, powstałe skutkiem podrażnienia skóry przez nakłuwania. Na wierzchołkach wszystkich czterech guzików 3-go rzędu, które są znacznie większe od innych i zlewają się prawie ze sobą brzegami, uformowały się już żółtawe pęcherzyki, wielkości ziarnka maku, podobny pęcherzyk roz-

winał się także na jednym z guzików 5-go rzędu. 6 dzień. Krosty doszły do wielkości ziarnka soczewicy; są spłaszczone, z lekkim zagłębieniem środka, podstawę mają znacznie obrzmiąłą, okolone są rozlanem zaczerwieniem skóry. Krosta powstała w 5-ym rzędzie, posiada też same cechy, tylko jest znacznie mniejszą od innych. Nakłucia 2-go rzędu dzisiaj także powstały, wskutek czego powstały guziki, na jednym z takowych uformował się pęcherzyk, lecz odrazu zupełnie płaski, wielkością dorównywa uprzednio opisanym. 7 dzień. Wszystkie krosty znacznie się powiększyły, lecz stosunek między nimi co do wielkości pozostaje jednakowym. Krosty w 3-im i 5-ym rzędzie są mocno zagłębione w środku, przeciwnie zaś, krosta wczoraj powstała jest zupełnie płaską. Barwa krost 3-go i 5-go rzędu jest brudno-sinawa krosty zaś 2-go rzędu są więcej mleczno-białawe. 8-my dzień. Krosty 3-go rzędu doszły prawie do wielkości małego ziarnka grochu, 5-go rzędu—do wielkości soczewicy, są dosyć mocno nabrane, barwy, jak już wspomniałem, szarawo-sinawej, okolone są mocno czerwoną obwódką zapalną, odcień zaczerwienia jest żywy. Środek pokrywek niektórych krost zasechl, zapewne wskutek drapania. Krosta, powstała w 2-im rzędzie, wciąż jeszcze jest dosyć płaską, barwa krosty mleczno-żółtawa. 9-ty dzień. Krosty zaczynają żółknąć i zasychać, krosta najpóźniej powstała jeszcze nie zasycha i lepiej nabrała. Obwódki zapalne zaczynają blednąć. 10. Zasychanie krost coraz większe, zaczyna się objawiać i w kroście 2-go rzędu. 11-ty dzień. Wszystkie krosty zaschły, uformowały się dosyć grube, brudno-pomarańczowe strupy, obwódki zapalne znikły prawie zupełnie.

2. Tomasz Gonczarenko. 5-ty dzień. 1-szy i 4-ty rząd nakłuć żadnych zmian nie przedstawia, 2-gi niewielkie zaczerwienie się skóry, w postaci maleńkich, cokolwiek wydających plamek, 3-ci i 5-ty rząd—wydatne, rozmaitej wielkości, spłaszczone lub stożkowate, czerwone guziki, na dwóch takowych guzikach w 3-im rzędzie uformowały się

już krosty, które są płaskie, barwy opalu, zagłębienia widocznego w środku jeszcze nie posiadają: na dwóch guzikach 5-go rzędu uformowały się także pęcherzyki, lecz takowe są stożkowate, żółtawe, czem się różnią od pierwszych. 6-ty dzień. Tylko dwie krosty 3-go rzędu powiększyły się znacznie, są płaskie, zagłębione w środku. perełkowate; pęcherzyki, które obserwowaliśmy wczoraj w 5-ym rzędzie, zaschły, pozostawiając tylko brudno-czerwonawe guziki i strupki. Reszta nakłuc widocznych zmian nie przedstawia, z wyjątkiem 2-go rzędu. 7-my dzień. Krosty doszły do wielkości ziarnka soczewicy, barwę mają szarawą, zagłębienie środka coraz się więcej uwidocznia, krosty nabierają dobrze, okolone są mocno czerwoną zapalną obwódką. W drugim rzędzie powstały niewielkie guziki, na jednym z nich formuje się krostka biaława, wielkości ziarnka maku, zapalna obwódka okalająca takową jest daleko bledszą niż u krost pierwszej powstałych. 8 dzień. Krosty doszły do wielkości ziarnka grochu, są mocno nabrane, okolone mocną zapalną obwódką, mętnieją coraz bardziej. 9-ty dzień. Krosty przestały się powiększać, wszystkie—zarówno jak i nowo powstała—żółkną i zaczynają zasychać od środka. 10-ty dzień. Zasychanie zwiększa się. 11-ty dzień. Wszystkie krosty zaschły, objawy zupełnie znikły.

3. Walenty Bonczek. Wszystkie nakłucia, z wyjątkiem nakłuc 1-go rzędu, uwydatniają się w postaci czerwonych guzików rozmaitej wielkości, na dwóch guzikach w 3-im i dwóch w 5-ym rzędzie, znacznie większych niż inne, formują się stożkowate żółtawe pęcherzyki, zupełnie podobne do tych, jakie sprowadza rozwijająca się krowianka. 6 dzień. Pęcherzyki, nie rozwinąwszy się dalej zaschły, zaczerwienienie skóry naokoło nich przybrało brudno-czerwonawy odcień, jednym słowem. powtórzyło się to tutaj z krostami też samo, co widzieliśmy już u Goldberga. 9-ty dzień. Guziki znikły prawie zupełnie.

4. Gołubow. Wszystkie rzędy nakłuc uwydatniają się w postaci czerwonych guzików rozmaitej wielkości;

na dwóch guzikach w 5-ym rzędzie, znacznie większych niż inne, formują się stożkowato, żółtawe pęcherzyki. 6-ty dzień. Pęcherzyki pozostają *in statu quo*, nie powiększają się wcale, wykazują skłonność do zasychania, zaczerwienienie skóry w pobliżu krost przybiera brudny odcień. 7-my dzień. Krosty powiększyły się nieco, lecz forma ich pozostaje wciąż stożkowatą, nieprawidłową, krosty nie nabierają, barwę posiadają żółtawą. W 1-szym i 2-im rzędzie prawie jednocześnie uformowały się dzisiaj dwie krosteczki, jedną z nich (w 1-szym rzędzie) wielkości ziarnka maku druga nieco większa. Pokrywka nowo powstałych krostek płaska, posiada charakterystyczny srebrzysty połysk. 8 dzień. Nowo powstałe krosty nie nabrały, lecz zaschły od środka, w podobny sposób jak i pierwszej powstałe. Guzikowata podstawa krost przybiera barwę brudno-czerwonawą. 9 dzień. Krosty zaschły zupełnie, posiadając w początkach swego rozwoju (osobliwie później powstałe) wszystkie cechy krosty, powstającej po zaszczepieniu krowianki.

5. Serdjuków. Na piąty dzień, zupełnie w podobny sposób jak u Goldberga, wszystkie nakłucia, z wyjątkiem nakłuc w 1-szym i 4-ym rzędzie, zaczerwieniły się, obrzmiały i na dwóch powstałych w ten sposób guzikach uformowały się małe, stożkowate, żółtawe pęcherzyki, lecz takowe, nie nabierając, poczęły zaraz zasychać.

6. Jan Mukomiełow. Wszystkie objawy podrażnienia skóry, spowodowane przez nakłucie, znikły całkowicie do czwartego dnia. Na dwóch nakłuciach 2-go rzędu uformowały się dwa niewielkie guziki, lecz takowe, nie przeistaczając się dalej, znikły w następnych dniach.

Osoby trzeciej kategorii. U osób tej kategorii szczepienie krowianki nie wydało żadnych rezultatów. Objawy podrażnienia skóry, spowodowane przez nakłucia takowej lancetem, znikły zupełnie na drugi lub trzeci dzień po szczepieniu. Nie zważając na ogromną liczbę nakłuc jakie miała każda osoba, ani jedno z nich nie wydało guzika lub czegoś podobnego.

Streszczając wyniki wyżej przytoczonych doświadczeń, otrzymamy co następuje:

1. Limfa Sewastjewa, u wszystkich osób którym została zaszczipioną, nie wywołała zgoła żadnych objawów.

2. Objawy, występujące na nakłuciach od szczepienia limfy Selenka i Mielnikowa, u wszystkich osób, z wyjątkiem Mukomiłowa, były zupełnie jednakowe prawie do 7-go dnia i miały początkowe cechy rozwijającej się wysypki krowianki; jednakże tylko u Bochenka, Gołembiewskiego, Krasilnikowa i Gonczarenki, takowa rozwinęła się następnie zupełnie prawidłowo, u Goldberga zaś, Kuleszowa, Bonczka, Gołubowa i Serdiukowa, rozwój krost, około siódmego dnia, wskutek nieznanych przyczyn został powstrzymanym; pęcherzyki zaś, nie pozyskawszy właściwych cech prawdziwej krowianki, zaschły, poczem objawy zapalne stopniowo znikły.

3. Limfa Sawłockiego prawie u wszystkich osób, we właściwym czasie wywołała pierwotne objawy rozwijającej się krowianki—guziki i pęcherzyki, lecz tylko niewielka ilość takowych (i to tylko u osób, u których limfa Selenk. i Mielnik. wywołała prawdziwą krowiankę) przeistoczyła się w krosty; takowe, zjawiając się później niż krosty od wcześniejszego szczepienia (limfą Sewast. i Mielnik.), były daleko od nich mniejsze, słabiej rozwinięte i nabrane, towarzyszące im objawy zapalne okazywały słabszy stopień natężenia, przebieg ich o tyle był krótszym, że zasychanie we wszystkich krostach następowało prawie jednocześnie. U osób, u których wszystkie gatunki szczepionej ospy wydawały tylko guziki i pęcherzyki (tak zwaną *falszywą wakcynę*), zauważyć było można, iż pochodzące od szczepienia limfy Sawłockiego zawsze były mniej rozwinięte niż guziki i pęcherzyki—od limfy Selenka i Mielnik. pochodzące, pokazuje się więc z tego, że nawet guziki fałszywej wakcyny zdolne są wywierać na takież guziki, lecz pochodzące ze szczepienia późniejszego, wpływ zupełnie podobny do tego, jaki okazuje wysypka prawdziwej krowianki szczepienia

wcześniejszego, na taką wysypkę—od szczepienia w parę dni po pierwszym skutecznym, z czego wnosić wypada, że fałszywa krowianka w gruncie rzeczy nie jest takową.

4. Osoby pierwszej i drugiej kategorii zachowały się zupełnie jednakowo względem działania zarazka krowianki: z liczby osób 1-szej kategorii prawidłowo rozwiniętą wysypkę krowianki posiadało dwie, z większej zaś liczby, bo z sześciu osób—drugiej—także dwie, reszta zaś osób obydwóch kategorii, jak widzieliśmy, miała już to guziki, już to pęcherzyki, które nie przeistaczały się w krosty. Pomimo szczerej chęci, u osób 1-ej kategorii wpływu przebytej kiedyś ospy na przebieg zaszczepionej krowianki spostrzeżać się nie dało, w samej rzeczy, najlepiej rozwinięte krosty miał Bochenek, krosty Gołembiewskiego, Krasilnikowa i Gonczarenki co do wielkości, nabierania, czasu powstawania, przejścia w rozmaite okresy i t. d., prawie zupełnie były do siebie podobne. Goldberg i Kuleszow mieli tylko guziki, lecz zupełnie podobne guziki posiadali Bonczek, Gołubow i inni. U osób, u których limfa Selenka i Mielnikowa nie wywołała prawidłowych krost, limfa Sawłockiego pozostała także bez żadnego skutku (z tego wnosić wypada że niepomysłne rezultaty, otrzymane przez nas w niektórych przypadkach, nie pochodziły od niedokładnego szczepienia).

5. O ile, z przytoczonych wyżej doświadczeń wpływu ospy na szczepioną w kilkanaście lat później krowiankę, dopatrzeć się nie dało, o tyle oczywistym jest wpływ krowianki na krowiankę zaszczepioną powtórnie; wpływ ten, jak widzieliśmy, uwidocznił się w słabszym rozwoju krost, pochodzących od późniejszego szczepienia u osób 1-szej i 2-ej kategorii, u osób zaś 3-ej —w tem, że powtórne szczepienie, bez względu na znaczną ilość nakłuć, nie wywołało nawet guzika.

Tymczasowo poprzestaję na zrobieniu tych kilku uwag i zwracam się do opisanie dalszych przypadków.

Następujące doświadczenia stanowią tylko dalszy ciąg uprzednich.

Szczerbie (szczepionej i naturalnej ospy nie miał), Bielousowowi (także), Gryszkowowi (ma bardzo nieliczne ślady naturalnej i szczepionej nie miał), Tesłowowi (wątpliwe ślady szczepionej) i Maliszewskiemu (twarz zupełnie oszpecona ospą) zaszczyliłem 4-go Marca limfę Sawłockiego, za pomocą dwóch rzędów nakłuc, umieszczonych na lewej ręce—po 4 w każdym rzędzie. Dnia 5 Marca zaszczyliłem powtórnie też limfę, lecz o jeden dzień później zbieraną, robiąc na lewej ręce po 4 nakłucia i umieszczając takowe po nad pierwszej zrobionemi. Wyniki szczepienia otrzymałem następujące:

1. U Szczerby. Krowianka rozwinęła się zupełnie prawidłowo. 8 nakłuc w dolnych dwóch rzędach wydało 6 krost, 4 górne jedną krostę. Krosta 1-go rzędu, występując później od innych, była daleko od nich mniejsza, na 9-ty dzień, po uprzednim zmętnieniu, krosty przeszły w okres ropienia, skutkiem czego zaczęły żółknąć, na 10-ty dzień zasychać, na 12 dzień całkowicie zaschły, pozostawiając grube brudno-pomarańczowe strupy

2. U Bielousowa. Z liczby 12 nakłuc—dwa 1-go i dwa 2-go rzędu wydały pęcherzyki, reszta zaś guziki; pęcherzyki zaraz po zjawieniu się zaschły.

3. U Gryszkowa. Z 12-tu nakłuc—dwa w 1-szym i dwa w 2-im rzędzie wydały krosty, rozwój takowych do 7-go dnia był prawidłowym, poczem krosty, nie nabierając, zaschły 9-go dnia, nie posiadając właściwych cech prawidłowej krowianki.

4. U Tesłowa. Guziki zjawily się we właściwym czasie, prawie na każdym nakłuciu; jeden z guzików przeistoczył się nawet w pęcherzyk, lecz na tem się wszystko skończyło; guziki, zapewne wskutek włoskowatych wynacznien krwi, przybrały barwę malinową i zaczęły znikać.

5. U Maliszewskiego. 6-ty dzień. Wszystkie nakłucia uwydatniają się w postaci guzików, które łatwo wyczuć

przy dotykaniu; guziki pierwszego rzędu znacznie są mniejsze od innych, na niektórych guzikach 2-go i 3-go rzędu zaczynają się rozwijać perelkowate pęcherzyki. 7-my dzień. Pęcherzyki doszły do wielkości ziarnka soczewicy, są płaskie, sinawe, środek mają nieco zagłębiony, w pierwszym rzędzie formują się krosty, lecz widocznie mniejsze. 8 dzień. Krosty powiększają się, nabierają, mętnieją, zagłębienie środka bardzo wyraźne w krostach 2-go i 3-go rzędu, nie tak znaczne w krostach 1-go rzędu. Podstawa krost mocno zaczerwieniona, obrzmiała. 9-ty dzień. Rozwój krost postępuje naprzód, obwódki zapalne mają lekki odcień sinawy. 10-ty dzień. Krosty 2-go i 3-go rzędu, w liczbie siedmiu, doszły do wielkości dużego ziarnka grochu. z wyjątkiem 2-ch lub 3-ch, które są cokolwiek mniejsze. Krosty, które się rozwinęły w 1-szym rzędzie (dwie), także są mniejsze od pierwszych. Wszystkie krosty są mocno nabrane, żółkną wskutek przejścia w okres ropienia, obwódki zapalne bledną, zapalne obrzmienie podstawy stopniowo się zmniejsza. 11-ty dzień. Kolor krost staje się coraz bardziej żółtym, środek zaczyna zasychać. 13 dzień. Wszystkie krosty zaschły, pozostają strupy brudno-pomarańczowe.

Tak więc pokazuje się, że u Maliszewskiego, który w dzieciennym wieku przebył ciężką formę ospy, szczepienie krowianki uwieńczone zostało jak najlepszym powodzeniem i wydało najlepiej rozwinięte krosty, przebieg których był najzupełniej prawidłowym. U wszystkich osób szczepienie limfy Sawłockiego wywołało pierwotne objawy rozwijającej się krowianki, jednakże tylko u Szczerby takowa rozwinęła się zupełnie prawidłowo, u Gryszkowa rozwój krost 7-go, a u Bielousowa 8-go dnia został wstrzymany; u Tesłowa cała rzecz ograniczyła się na uformowaniu guzików.

Z przytoczonych dotychczas doświadczeń wypada:

1. Że krowianka może być zaszczepiona osobom, które kilkanaście lat temu odbyły ospę naturalną.
2. Że krosty krowianki u takowych osób, sprzecznie ze zdaniem TROUSSEAU' A, mogą się rozwijać zupełnie prawidłowo

3. Naostatek zdaje się, że pomienione osoby mają skłonność do zarażenia się krowianką w równej mierze jak i osoby, które ani ospy naturalnej ani szczepionej krowianki nigdy nie miały.

Liczba przypadków na których opierają się przytoczone wnioski wydawała mi się zbyt szczupłą, aby można było poprzestać na niej; przez dalsze doświadczenia starałem się powiększyć takową, nie zaniedbując jednocześnie wyjaśnienia innych kwestyj i szczegółów, jakie przed sobą napotkałem, a które dadzą się streścić w następujący sposób:

1. Widzieliśmy że krowianka może być zaszczepioną osobom, które miały ospę naturalną i wydać krosty, posiadające właściwe cechy i prawidłowy przebieg, jednakże pozostaje wątpliwość, czy limfa takiej krowianki posiada własności zaraźliwe na równi z tą, którą wytwarzają krosty osób szczepionych po raz pierwszy i które ospy naturalnej nigdy nie miały? t. j. czy przebyta ospa nie wpływa na osłabienie zarazka krowianki?

2. Jeżeli na powyższe pytanie otrzymamy odpowiedź przeczącą, to zaraz nastęca się druga wątpliwość, mianowicie: czy limfa krowianki rozwiniętej u osób, które dawniej miały ospę i limfę z krost osób, które nigdy ospy nie miały, zaszczepione jednocześnie obok siebie są w stanie wydać jednakowo rozwinięte krosty? Przytoczone zagadnienia starałem się wedle możności rozwiązać przez następujące szeregi doświadczeń:

1-szy szereg. Trzem osobom jednocześnie zaszczepiłem limfę Gołombiowskiego i Bochenka, a to dla przekonania się, w jakim stopniu posiadały one własności zaraźliwe i czy w sposobie działania nie zachodziła między nimi różnica. Każdej osobie zrobiłem kilka rzędów nakłuć, umieszczając takowe po lewej ręce, u góry zaszczepiłem limfę Gołombiowskiego, u dołu zaś limfę Bochenka. Limfę zbierałem 7-go dnia, takowa zlekka zaledwie była mętną. Szczepienie skuteczniłem zapomocą igły, ropę przenosiłem

wprost z ręki na rękę. Szczepienie wydało następujące rezultaty:

1. U Owczynnikowa (ma ślady rzadkiej ospy na twarzy) 8 nakłuc w górnych rzędach (limfa Gołemb.) wydało 4 krosty, 6 dolnych — 4 krosty. Guziki zaczęły się formować na 4-ty dzień, 5-go dnia pęcherzyki, takowe spłaszczyły się i dostały zagłębienia środka. 6-go i 7-go dnia krosty były w pełni rozwoju, podstawę miały znacznie obrzmiałą, obwódki zapalne dobrze rozwinięte. 8 dnia niektóre z krost znalazłem zdrapane, reszta przeszła w okres ropienia i żółkła. 10-go dnia krosty zaschły, poczem uformowały się strupy.

2. Ostapenko (ma ślady rzadkiej ospy na twarzy). 6 nakłuc u góry wydało 2 krosty i 2 guziki; nakłucia dolnych rzędów — 3 krosty i 1 guzik. Co do wielkości i cech zewnętrznych, krosty Ostapenki zupełnie były podobne do krost Owczynnikowa. 8-go dnia dosięgły wielkości ziarnka grochu, dobrze były nabrane i zaczęły żółknąć, 9-go dnia zasychać, 11-go dnia krosty zupełnie zaschły.

3. Bronczekow ¹⁾, 8 nakłuc u góry wydało 4 krosty cztery nakłucia dolne także 4 krosty, takowe 8-go dnia doszły do największego stopnia rozwoju i zaczęły żółknąć, 10-go dnia zasychać, 11-go zaś dnia zaschły zupełnie.

4. Szestopałow ²⁾, 8 nakłuc u góry dwa guziki, 6 zaś nakłuc dolnych — 5 guzików, na takowych we właściwym czasie uformowały się pęcherzyki, lecz tylko 3 dolne przeistoczyły się w krosty, posiadające cechy krowianki, reszta zaś pęcherzyków w ciągu dni następnych zaschła i znikła. W ogóle krosty u Szestopałowa były słabiej nieco rozwinięte niż u wyżej podanych osób, były szarawe, posiadały brudno-czerwonawe zapalne obwódki, 8-go dnia przeszły w okres ropienia i 10-go dnia zaschły.

¹⁾ i ²⁾ Bronezenkow, Szestopałow i Pisarewski ani naturalnej ospy, ani szczepionej krowianki nie mieli.

4. Zacharow (bardzo nieliczne ślady ospy naturalnej na twarzy), 7 nakłuć, mieszczących się w górnych rzędach, wydało 4 krosty i jeden pęcherzyk, 4 zaś dolne—4 krosty, krosty i guzik od samego początku miały przebieg zmieniony, znacznie różniący się od prawidłowego przebiegu krowianki; guziki występujące 3-go dnia były twarde, wydatte i mocno czerwone, 4-go dnia na wierzchołkach takowych uformowały się małeńkie, żółtawe pęcherzyki, które 5-go dnia powiększyły się cokolwiek, posiadały barwę sinawą. Podstawa krost stała się jeszcze mocniej obrzmiałą i zaczerwienioną, prawie malinową. 8 dnia krosty, nie przestając się wciąż powiększać, doszły do wielkości grochu, były mocno nabrane, czerwono-sinawe, zagłębienia w środku nie posiadały. 9 dnia krosty zaschły, uformowały się brudno-czerwone strupy. Obwódki zapalne, znikając, pozostawiały po sobie plamki w początkach barwy krwawej, następnie zielonkawej, w zupełnie podobny sposób jak to ma miejsce przy pojawieniu się i wessaniu włoskowatych wynaczynień krwi.

6. Pisarewski. Na czwarty dzień po zaszczepieniu wszystkie 14 nakłuć uwydatniło się w postaci czerwonych guzików, lecz tylko na jednym z nich uformował się pęcherzyk, który wnet zasechł, reszta guzików—nie rozwinąwszy się dalej—znikła.

2 gi szereg Limfę na 8-my dzień otrzymaną z krost Maliszewskiego, które, jak wiadomo, wywołane zostały przez limfę Sawłockiego, zaszczepiłem 10-iu osobom na lewej ręce, obok niej zaszczepiłem tak zwaną retrowakcyne, którą przechowywałem w szklanej, hermetycznie zamkniętej rurce. Rezultat szczepienia wypadł następujący: 1. U Górowego (ślady rzadkiej ospy na twarzy), 2. Libinsona, 3. Ży-lewa (obaj nie mieli szczep. i natur) obydwaj gatunki limfy nie spowodowały żadnych objawów. 4. U Kopyłowa, 5. Guli (obaj mają ślady gęstej ospy na twarzy), 6. Karpekina i 7. Jermolca (obaj ani szczepionej ani naturalnej ospy nie mieli) na rankach spowodowanych przez szczepienie limfy

Maliszewskiego, a 8. Lemeńczykowa zaś i na rankach — od retrowakcyny we właściwym czasie, t. j. około 4-go dnia powstały guziki, lecz takowe, nie przeistaczając się w pęcherzyki, stopniowo znikły. 9. U Sztylenki (szczepionej i naturalnej ospy nie miał) retrowakcyna nie przyjęła się wcale, limfa zaś Maliszewskiego, z liczby 5-iu nakłuć na 4-ch wydała dobrze rozwinięte krosty, takowe posiadały wszystkie cechy prawidłowej krowianki, 8-go dnia doszły do wielkości grochu, zaczęły żółknąć, 11-go zaś dnia zaschły zupełnie. 10. U Michalczenki (miał szczepioną w wieku dzieciennym krowiankę) na jednej z 5-iu ranek, od szczepienia retrowakcyny powstałych, na 4-ty dzień pokazał się guzik bardzo płaski, blado-czerwonawy, takowy na 5-ty dzień przeistoczył się w perelkowaty pęcherzyk, który w dniu następnym powiększył się nieco, lecz będąc w pełni rozwoju, zaledwie dorównywał wielkości ziarnka konopnego. 7-go dnia z krosty zebrałem limfę do dalszego szczepienia. 8 dnia krosta znówu nabrała, lecz żółkła. 9-go dnia uformował się dosyć gruby, płaski strupek. W pełni rozwoju krosta miała podstawę nieznacznie obrzmiałą, lecz zaczerwienienie skóry było bardzo rozlane. Z liczby 5-iu nakłuć od szczepienia limfy Maliszewskiego, tylko 2 wydały guziki, które początkowo rozwijały się jednocześnie i w jednakowy sposób z wyżej opisanymi, lecz pęcherzyki które się uformowały następnie około 5-go dnia już żółkły i zaschły.

3-ci szereg doświadczeń miał na celu porównać limfę Sztylenki (pierwotnie — Maliszewskiego) z limfą Michalczenki (pierwotnie — retrowakcyna), wskutek czego obie limfy (7-go dnia zbierane) jednocześnie na lewej ręce zaszczerpiłem następującym osobom: 1. Kosmaczowi (ma ślady ospy naturalnej), 2. Brzozowskiemu (ma ślady szczepionej) i 3. Komozinowi (szczepionej krowianki i naturalnej ospy nie miał) tylko zaś jedną limfę Michalczenki zaszczerpiłem, 4. Blasze i 5. Gorence. Rezultat szczepienia wypadł następujący: U Kosmacza szczepienie limfy Sztylenki nie osiągnęło żadnego skutku, limfa zaś Michalczenki wydała 2 krosty.

Początkowo uformowały się 2 guziki, 5-go dnia wierzchołki takowych przeistoczyły się w pęcherzyki, następnie zaś w krosty. Krosty posiadały podstawę zlekką obrzmiąłą, lecz mocno zaczerwienioną, słabo nabierały, 8-go dnia zaczęły mętnieć, 9-go dnia żółknąć. 10-go zaś dnia zaschły, dorównały wielkości małego ziarnka grochu. U Brzozowskiego obydwaj gatunki limfy wywołały guziki, następnie pęcherzyki, lecz takowe 6-go dnia pozostały zmienione w podobny sposób jak krowianka u Zacharowa (patrz str. 473), z tą jednak różnicą, że to nastąpiło daleko wcześniej, przeto już około 8-go dnia oprócz czerwonych plamek, zamieniających się na zielonkawę, nic nie pozostało. U Komożina. Z liczby 8-ju nakłuć—5 wydało krosty, takowe doszły do wielkości ziarnka grochu, podstawę miały obrzmiąłą, obwódki zapalne szerokie, wyraźne, 8-go dnia zaczęły żółknąć, 10-go dnia zasychać, 11-go dnia zaschły zupełnie. Dodać mi wypada, że krosty pochodzące ze szczepienia obydwóch gatunków limfy w niczem się między sobą nie różniły

U Blachy i Gorenki, szczepionych tylko limfą Michalczenki, krosty wystąpiły na każdym prawie nakłuciu, co do cech zewnętrznych, czasu przejścia w rozmaite okresy zupełnie podobne były do krost Komożina.

Z opisanych 5-ju przypadków najlepiej rozwiniętą wysypkę miał Blacha, najslabiej zaś Kosmacz.

4. Limfę Owczynnikowa (pierwotnie—Gołemb. i Bochenka) zaszczerpiłem Feskowowi, przez co otrzymałem 7 krost, bardzo dobrze rozwiniętych. Takowe w początkach były perełkowate, podstawę miały mocno obrzmiąłą. 8-go dnia krosty doszły do wielkości ziarnka grochu, zaczęły żółknąć. 11-go dnia zaschły.

5-ty szereg doświadczeń. Limfę Ostapowa (pierwotnie—Gołemb. i Bochenka) i limfę dziecinną, suchą, zbieraną na piórka, zaszczerpiłem jednocześnie: Bonkowskiemu, Jakubenkowi i Gutinowi. Każdemu zrobiłem po 3 ranki na lewej ręce, zdrapując ostrożnie naskórek zapomocą bistura; limfę Ostapowa zaszczerpiłem każdemu na górnej rance,

dziecinną zaś na dwóch dolnych—ta ostatnia pochodziła ze szpitala Dz. Jezus.

1. U Jakubenka (miał szczepioną w wieku dziecięcym krowiankę), szczepienie nie wydało żadnych rezultatów.

2. U Bonkowskiego (ma ślady ospy naturalnej na twarzy) na górnem i dolnem zadrażnieniu jednocześnie rozwinęły się dwie krosty, z których jedna podłużna, owalna, zupełnie odpowiadała formie samych ranek. Rozwój krost szedł zupełnie prawidłowo: 8-go dnia takowe doszły do wielkości ziarnka małej fasoli, były mocno nabrane, płaskie, z wyraźnem zagłębieniem w środku, okolone były mocną zapalną obwódką, posiadały podstawę znacznie obrzmiałą, żadnej różnicy pod jakimkolwiek bądź względem między obiema krostami od początku aż do końca przebiegu takowych spostrzedz się nie dało. Co do przebiegu krost, to takowy zupełnie był tak długim jak u Gutina.

3. U Gutina (szczepionej i naturalnej ospy nie miał) na górnej rance i jednej dolnej na 4-ty dzień zjawily się czerwone, płaskie guziki, na 5-ty dzień zaczęły się formować pęcherzyki, które następnie przeistoczyły się w krosty; takowe były dobrze nabrane, posiadały wyraźne zagłębienie w środku i charakterystyczny srebrzysty połysk pokrywek, obwódki zapalne szerokie koloru żywego, 10-go dnia krosty doszły do wielkości ziarnka małej fasoli; po uprzednim zmętnieniu i żółknięciu, 12-go dnia zaczęły zasychać od środka, obwódki zapalne zbladły. 13-go dnia krosty zaschły ostatecznie. Krosty we wszystkich szczegółach przebieg miały jednakowy i co do cech zewnętrznych w niczem się między sobą nie różniły. Na 7-my dzień po zaszczepieniu, na 3-ej rance, która dotychczas żadnych zmian nie przedstawiała, wystąpił czerwonawy guziczek, znacznie mniejszy od poprzednich, 8-go dnia uformowała się na nim krostka, która doszła do wielkości ziarnka soczewicy, żółknąc i zasychać zaczęła jednocześnie z innymi krostami; chociaż pokrywka krosty pozbawioną była srebrzystego połysku

sku, jednakże krosta była płaską, posiadała wyraźne zagłębienie w środku, nieźle była nabrana, w ogóle posiadała cechy prawdziwej krowianki.

6-ty szereg doświadczeń. Limfę Bonkowskiego (na 8-my dzień zbieraną z krosty pochodzącej ze szczepienia limfy dziecinnej) i limfę Goreuki (od Michalczenki—retrowakcyny, zbierałem na 6-ty dzień) zaszczerpiłem jednocześnie 10-iu osobom. Rezultat wypadł następujący: 1. U Siatkowskiego (miał gęstą ospę naturalną) limfa Bochenka wydała 2 płaskie guziki, na których 5-go dnia uformowały się pęcherzyki. Takowe od pierwszej chwili powstania były brudno-żółtawe, 9-go dnia zaschły, nie posiadając cech prawdziwej krowianki. Limfa Gorenki nie wywołała żadnych objawów.

2. Sadochinowi (ma gęste ślady ospy), zaszczerpiłem za pomocą 6-iu nakłuć (limfa Gor.) i 3-ch zdrapywań nabłonka (limfa Bonkow.) Na dwóch nakłuciach i dwóch zadrażnieniach naskórka w końcu 3-go dnia wystąpiły guziki. 5-go dnia na guzikach, powstałych od nakłuć, uformowały się żółtawe pęcherzyki, które wnet uschły, naokoło zaś strupków, powstałych od obnażenia naskórka, brzeg takiego zaczął odstawać i przeistaczać się w pęcherzyki, które następnie przeistoczyły się w krosty. Krosty doszły do wielkości grochu, były dobrze nabrane, płaskie, z zagłębieniem środka, mleczno białawe, 9-go dnia zaczęły żółknąć i zasychać od środka, 11-go dnia krosty ostatecznie zaschły, poczem uformowały się grube płaskie strupy. Objawy zapalne, towarzyszące rozwojowi krost, okazywały znaczny stopień natężenia.

3. U Czerepki (rzadkie ślady ospy na twarzy) oba gatunki limfy wydały po jednym, blado-czerwonawym guziczku, na których w dniach następnych uformowały się krosty, takowe wielkością dorównywały ziarnku soczewicy, obwódki posiadały szerokie, lecz blade, podstawę nieznacznie obrzmiałą. 7-go dnia już środek krost cokolwiek żółkł, na 10-ty dzień krosty zaschły. Co do przebiegu, wielkości i innych

cech zewnętrznych, obie krosty zupełnie jednakowo się rozwijały.

4. U Gutina (miał szczepioną w wieku dzieciennym krowiankę) oba gatunki limfy we właściwym czasie wydały zupełnie jednakowe, mocno czerwone guziki, w początkach czerwone, następnie malinowe, wielkości srebrnej dziesięciogroszówki; takowe, nie rozwinąwszy się dalej, zaczęły znikać, pozostawiając zabarwienie skóry, jakie daje się spostrzegać przy wessaniu wynaczynień krwi.

5. U Chodysowa (ospy szczep. i natur. nie miał). Limfa Bonkowskiego wywołała jedną, Gorenki zaś—dwie krosty; takowe będąc nieźle rozwinięte i nabrane, wielkości grochu, na 10-ty dzień zżółkły, 12-go zaschły.

6. U Lisicy (ospy szczepionej i naturalnej nie miał) limfa Bonkowskiego wydała dwie krosty, Gorenki zaś — jedną, zupełnie jednakowe, krosty wielkości soczewicy. Obwódki zapalne miały blade, podstawę nieznacznie obrzmiałą, 8-go dnia zżółkły, 10-go dnia zaschły.

7. U Bobrusi (ospy szczep. i natur. nie miał) obie limfy we właściwym czasie wywołały guziki, następnie pęczyki i krosty, lecz rozwój takowych, wskutek włoskowatych wynaczynień krwi został zmienionym zupełnie w podobny sposób, jak naprzykład u Zacharowa i innych. 9-go dnia krosty zaschły.

8. U Tretjakowa, 9. Kijankowskiego i 10. Oszurkowa szczepienie pozostało bezskutecznem.

Na następnej stronnicy podaję ogólny treściwy wykaz rezultatów, osiągniętych dotychczas przy porównaniu limfy, pochodzącej z rozmaitych źródeł:

Nr	Nazwiska osób	Czy miały dawniej szepioną krowiankę lub ospę	Rezultat szepienia	Rezultat szepienia
		1. Limfa:	Gołęmbiowskiego	Bochenka
1	Owczynników	ślady ospy	pomyślny	pomyślny
2	Ostapenko	ślady ospy	pomyślny	pomyślny
3	Zacharów	ślady ospy	krosty zmienione	krosty zmienione
4	Bronezenkow	—	pomyślny	pomyślny
5	Szestopałow	—	pęcherzyki	pomyślny
6	Pisarewski	—	pęcherzyki i guziki	guziki
		2. Limfa:	Maliszewskiego	Retrowakcyna.
7	Gurawoj	ślady ospy	—	—
8	Kopyłow	gęsta ospa	guziki	—
9	Gula	gęsta ospa	guziki	—
10	Sztylenko	—	pomyślny	—
11	Libinson	—	—	—
12	Karpekin	—	guziki	—
13	Semeńczykow	—	guziki	guziki
14	Żylew	—	—	—
15	Jermolec	—	guziki	—
16	Michalczenko	szepioną	pęcherzyki	pomyślny
		3. Limfa:	Sztylenki	Michlaczengi.
17	Kosmacz	ślady ospy	—	krosty zmienione
18	Brzozowski	szepioną	krosty zmienione	pomyślny
19	Komozin	—	pomyślny	pomyślny
20	Blacha	—	—	pomyślny
21	Gorenko	—	—	pomyślny
		4. Limfa:	Owczynnikowa.	
22	Feskow	—	—	pomyślny
		5. Limfa:	Ostapowa	dziecinna.
23	Bonkowski	ślady ospy	pomyślny	—
24	Jakubienok	szepioną	wrzdzianki	pomyślny
25	Gutinżyłow	—	pomyślny	pomyślny
		6. Limfa:	Feskowa	Bonkowskiego.
26	Miagczyłow	—	pomyślny	pomyślny
27	Chomenko	—	pomyślny	pomyślny
28	Kowalew	—	pomyślny	guziki zmienione
		7. Limfa:	Bonkowskiego	Gorenki.
29	Gutin	szepioną	guziki zmienione	guziki zmienione
30	Siatkowski	gęstą ospę	pęcherzyki	—
31	Sadochin	gęstą ospę	pomyślny	—
32	Czerepka	ślady ospy	pomyślny	pomyślny
33	Chodysov	—	pomyślny	pomyślny
34	Tretjakow	—	—	—
35	Kijankowski	—	—	—
36	Lisica	—	pomyślny	pomyślny
37	Bobrusia	—	krosty zmienione	krosty zmienione
38	Oszurkow	—	—	—

Z przytoczonego wykazu daje się widzieć, że limfa Gołembiewskiego i Bochenka, zaszczerpioną będąc: 1. Owczynnikowi, 2. Ostapenkowi, 3. Zacharowowi, 4. Broczenkowowi, 5. Szestopałowowi, 6. Pisarewskiemu; następnie od Ostapenki i Owczynnikowa — przeszczepioną: 7. Feskowowi, 8. Bonkowskemu, 9. Jakubenkowi, 10. Gutinowi, 11. Miagczyłowowi, 12. Chomenkowi i 13. Komozinowi, z liczby wymienionych osób, przyjęła się należycie i wywołała prawidłową wysypkę krowianki u 1. Owczynnikowa, 2. Ostapenki, 3. Bronczenkowa, 4. Szestopałowa, 5. Feskowa, 6. Bonkowskiego, 7. Gutina, 8. Miagczyłowa, 9. Chomenki i 10. Kowalewa, spowodowała wysypkę zmienioną u 11. Zacharowa, 12. Pisarewskiego—guziki, u 13. Jakubenka wywołała wrzedziankę, z czego w ogóle procent pomyslnego szczepienia = 77%.

Taż limfa Bochenka i Gołembiewskiego, zaszczerpiona od Ostapenki (a zatem po dwukrotnem przejściu przez organizm osób, które miały kiedyś ospę naturalną) Bonkowskemu, Gutinowi i Jakubenkowi, u dwóch pierwszych wydała krosty zupełnie jednakowe jak te, które wywołuje jednocześnie szczepiona limfa dziecinna, u Gutina zaś wrzedziankę, limfa zaś dziecinna pozostaje bez skutku.

Limfa Bochenka i Gołembiewskiego, otrzymana z krost Feskowa (a więc także po dwukrotnem przejściu przez organizm osób, które miały ospę) i zaszczerpiona Miagczyłowowi, Chomenkowi i Kowalewa, u wszystkich trzech wydaje krosty zupełnie jednakowe z krostami, powstałymi od jednoczesnego szczepienia limfy Bonkowskiego (dziecinna po pierwszym przejściu przez organizm dorosłej osoby, która kiedyś miała lekką ospę).

Limfa Maliszewskiego porównana z retrowakcyką wydaje rezultaty nieco lepsze niż ta ostatnia — gdyż daleko większą ilość guzików i w jednym przypadku krosty (u Sztylenki), których było więcej i lepiej rozwinięte niż u Michalczenki, u którego znowuż limfa Maliszewskiego wydała krosty daleko gorzej rozwinięte niż retrowakcyką.

Limfa Sztylenki i Michalczenki, szczepione razem, w dwóch przypadkach wywołała krosty zupełnie jednako-
we, w trzecim zaś pierwsza pozostała bez żadnego skutku,
druga zaś wywołała dobrze rozwinięte krosty, pokazuje się
więc z tego, że w ogóle limfa Sztylenki wydała rezultat
nieco słabszy.

W 7-ym szeregu przypadków limfa Bonkowskiego
pierwotnie dziecienna) wydaje rezultaty nieco lepsze, niż
limfa Gorenki (retrowakcyna po dwukrotnem przejściu
przez organizm osób dorosłych, z których jedna miała kie-
dyś szczepioną krowiankę).

W ogóle limfa Gołembiewskiego i Bochenka wydała
rezultaty lepsze niż mogliśmy się spodziewać, mając na
względzie słabe zaraźliwe własności limfy, pochodzącej
z krost osób dorosłych; w samej rzeczy procent wyników
dodatnich=77 : 100. Limfa Gołemb. i Bochenka wydawa-
ła prawie zawsze krosty, które w niczem się nie różniły od
krost, powstałych wskutek szczepienia limfy, pochodzącej
z innych źródeł, a nawet wprost od dzieci. Opierając się
na rezultatach doświadczeń wyżej podanych, nie możemy
stanowczo orzec o wpływie ospy naturalnej na osłabienie
zarazka i na rozwój krost krowianki, jednakże takowy re-
zultat wydaje się nam co najmniej wątpliwym.

Pozostaje jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy osoby
które dawniej miały ospę, okazują skłonność do zarażenia
się krowianką, w jednakowej mierze z osobami, które ani
ospę, ani szczepionej krowianki nigdy nie miały? Chcąc
odpowiedzieć na to pytanie musimy zebrać odnoszące się do
niego przypadki. Dotychczas, jak wiadomo, szczepiliśmy
krowiankę następującym osobom, które miały ospę: 1. Bo-
chenkowi, 2. Gołembiewskiemu, 3. Goldbergowi, 4. Kuleszo-
wowi, 5. Maliszewskiemu, 6. Gryszkowowi, 7. Owczynniko-
wowi, 8. Ostapence. 9. Zacharowowi, 10. Gurowemu, 11. Ko-
pyłowowi, 12. Guli, 13. Kosmaczowowi, 14. Bonkowskemu,
15. Siatkowskiemu, 16. Sadochinowowi, 13. Czerepce.

Jednocześnie limfą, pochodzącą z tegoż samego źródła, szczepione były następujące osoby, które ani ospy, ani szczepionej krowianki nigdy nie miały: 1. Krasilnik, 2. Gonczarenko, 3. Bonczek, 4. Gołubow, 5. Serdjukow, 6. Mukomielow, 7. Szczerba, 8. Bielousow, 9. Bronczenko, 10. Szesztopałow, 11. Pisarewski, 12. Sztylenko, 13. Libinson, 14. Karpekin, 15. Semeńczyk, 16. Żylew, 17. Jermolec, 18. Komozin, 19. Blacha, 20. Gorenko, 21. Gutin, 22. Chodysow, 23. Tretjak, 24. Kijankowski, 25. Lisica, 26. Babrusia, 27. Oszurkow.

Z liczby osób pierwszej kategorii prawidłową wysypkę krowianki mieli: 1. Bochenek, 2. Gołembiewski, 3. Maliszewski, 4. Gryszkow, 5. Owczynnikow, 6. Ostapenko, 7. Kosmacz, 8. Bonkowski, 9. Sadochin, 10. Czerepka; wysypkę zmienioną miał: 11. Zacharow, pęcherzyki i guziki, 12. Goldberg, 13. Kuleszow, 14. Kopyłow, 15. Gulą, 16. Siatkowski, u jednego tylko Gurowego szczepienie nie wywołało żadnych objawów. Z czego procent rezultatów dodatnich do ogólnej liczby przypadków ma się jak 58 : 100.

Z liczby osób drugiej kategorii prawidłowo rozwiniętą wysypkę krowianki posiadali: 1. Krasilnikow, 2. Gonczarenko, 3. Szczerba, 4. Bronczenko, 5. Szesztopałow, 6. Sztylenko, 7. Komozin, 8. Blacha, 9. Gorenko, 10. Gutin, 11. Chodysow, 12. Lisica. Krosty zmienione miał 13. Bobrusia; guziki i pęcherzyki: 14. Bonczek, 15. Gołubow, 16. Sierdjuk, 17. Bielousow, 18. Karpechin, 19. Semeńczyk, 20. Jermolec, z czego procent rezultatów dodatnich do ogólnej liczby przypadków ma się jak 44 : 100.

Nie poprzestając na liczbach wyżej przytoczonych, szczepiłem dalej krowiankę osobom, które miały w dzieciństwie ospe, do czego używałem limfy z krost osób zamieszczonych w wykazie. Rezultaty otrzymałem następujące, które dla uniknięcia i tak zanadto rozwlekłego opisu podaję w krótkości:

1. Szewel (ma ślady gęstej ospy), krowianka zaszczeploną została zapomocą sześciu nakłuc i dwóch ranek, przez zdrapywanie naskórka nożykiem. Na 3-ci dzień po za-

szczepieniu na jednej ranie od zdrapywania, wystąpił płaski, czerwonawy guziczek. na 5-ty dzień takowy przeistoczył się w krostę. Na 7-my dzień krostka doszła do wielkości ziarnka soczewicy, była płaską, dobrze nabraną, sinawą, posiadała wyraźne zagłębienie w środku, pokrywa miała charakterystyczny srebrzysty połysk. Podstawa krosty była mocno zaczerwienioną, obrzmiałą. Na jednym z reszty nakłuc uformował się na 7-my dzień guziczek, który zaczął się przeistaczać w małą krostkę, 8-go dnia nowopowstała krostka doszła do wielkości główki od szpilki; obie krosty mętnieją, obwódka naokoło większej ograniczyła się, lecz zarazem barwa jej stała się mocniejszą, około późniejszej krostki zaczerwienienie skóry blado-czerwonawe, kolor krost mleczno-białawy. 9-go dnia wcześniejsza krostka doszła do wielkości małego ziarnka grochu, późniejsza zaś—ziarnka konopi; pierwsza zaczęła żółknąć; kolor drugiej—białawy, ta ostatnia dostała zagłębienia w środku. 11-go dnia obiedwie krosty zupełnie żółkły i przestały się powiększać, obwódki zapalne zmniejszyły się i zbladły. 13-go dnia krosty zupełnie zaschły.

Z liczby 11-tu osób szczepionych jednocześnie z Szevelem, a które to osoby ani szczepionej ani naturalnej ospy nigdy nie miały, krowianka przyjęła się sześciu osobom: jedna z nich miała bardzo słabo rozwinięte krosty, 2—miejscowo rozwinięte (zaschły na 9-ty dzień) i jedna—niezłe rozwinięte, lecz połączone z mocnymi objawami zapalnymi i długim jątzeniem. Limfa do szczepienia pomienionym osobom zebraną była z krost Kowalewa (patrz wykaz).

2. Piłka (ma ślady bardzo gęstej ospy). Z liczby trzech ranek, powstałych przez obrażenie naskórka zapomocą zdrapywania, w końcu 3-go dnia jedna wydała płaski guziczek, który następnie przeistoczył się w pęcherzyk, 5-go dnia takowy doszedł do wielkości małego ziarnka grochu, był płaski, nieforemny, barwy czerwonawo-sinawej, przypominającej kolor liści burakowych, nie posiadał zagłębienia w środku; 7-go dnia zmarszczył się i wyglądał dość

wątko. 8-go dnia krosta żółkła, 9-go dnia zaschła, nie posiadając cech krowianki prawidłowej.

Uwaga. Taż samą limfą Lisicy szczepione były jednocześnie z Piłką dwie osoby: u jednej rozwinęły się niezłe krosty, u drugiej zaś tylko pęcherzyki.

3. Maruszewski ¹⁾. Krowiankę zaszczerpiłem zapomocą zdrapywania naskórka i nakłuć lancetem, na jednym z pierwszych na 4-ty dzień, na jednym zaś z drugich na 6-ty dzień wystąpiły płaskie, czerwone guziki, które następnie przeistoczyły się w krosty. Na 6-ty dzień krosta wpierw powstała doszła do wielkości małego ziarnka grochu, była płaską, sinawą, znacznie nabraną, obwódka zapalną posiadała bladą, szeroką. Guzik dzisiaj powstały, ma wierzchołek mocno zaostrozony. Na 7-my dzień krosta znacznie się powiększyła, zmętniała, lecz widocznie wskutek drapania zaschła z jednego boku, obwódka zapalna mocniejsza. Późniejsza krosta, wielkości ziarnka konopi, mocno nabrana, posiada już wyraźne zagłębienie w środku, kolor sinawy, pokrywka ma charakterystyczny srebrzysty połysk, obwódka zapalna dosyć mocna, rozlana. 8-go dnia. Pokrywka wcześniejszej krosty w środku zdrapana, wskutek czego zaschła i pozostałe części krosty żółkły. 9-go dnia krosta zaschła zupełnie i obwódka zapalna poczęła znikać. Krosta późniejsza 9-go dnia doszła do wielkości soczewicy, zmętniała i zaczęła cokolwiek żółknąć, na 10-ty dzień zupełnie żółkła. 11-go dnia zaschła.

4. Siłujanow ²⁾. Szczepienie wydało dwa guziki, które się przeistoczyły w pęcherzyki odrazu żółtawe, takowe wnet zaschły.

Uwaga. Taż sama limfa szczepiona u 4-ch osób, przyjęła się 3-ch, wydając miernie rozwinięte krosty u dwóch dobrze rozwinięte u jednej.

5. Kędka (ma ślady rzadkiej ospy). Szczepienie wydało jedną krostę, wielkości ziarnka fasoli, sinawą, dobrze na-

^{1) 2)} Maruszewski i Siłujanow obaj mają ślady gęstej ospy na twarzy.

braną. Krosta posiadała szeroką i mocną obwódkę zapalną, na 7-my dzień z krosty zebrałem limfę wskutek czego zapewne takowa przeszła w okres ropienia, żółkła, 9-go zaś dnia środek krosty zaczął zasychać.

6. Cyrulnikow (ślady gęstej ospy na twarzy). Szczepienie krowianki wydało jedną krostę, która na 8-my dzień doszła do wielkości grochu, pokrywkę miała grubą, szarawą, zagłębienie w środku niewyraźne, podstawę obrzmiałą nieznacznie, jednakże krosta była dobrze nabrana, 9-go dnia zaczęła żółknąć, 10-go zasychać, 11-go dnia zaschła zupełnie, poczem uformował się gruby brudno-pomarańczowy strup, obwódka zapalna, która wciąż była bladą i szeroką, znikła.

Uwaga. Limfa, którą był szczepiony Redka i Cyrulnikow, szczepioną była jeszcze u jednej osoby, u której wywołała pęcherzyk.

7. Baulin (ślady gęstej ospy na twarzy). Na 4-ty dzień wystąpił płaski, blado-czerwonawy guzik, zawierający w środku strupek, spowodowany przez zdrapywanie naskórka. Na 5-ty dzień naokoło strupka brzeg naskórka zaczął odstawać, przeistaczając się w pęcherzyk. Na 7-my dzień zaczerwienie skóry naokoło krosty stało się bardzo mocnym, na niem wystąpiły małe żółtawe okrągłe pęcherzyki w znacznej ilości. Na 8-my dzień krosta doszła do wielkości prawie ziarnka fasoli, była nieźle nabrana, zaczęła żółknąć, obwódka zapalna zbladła, pęcherzyki zmarszczyły się. W dniach następnych krosta zaschła.

8. Gurtowoj (ślady gęstej ospy na twarzy). Szczepienie pozostało bezowocnem.

Uwaga. Limfę, którą szczepiony był Bulin i Gurtowoj, jednocześnie szczepiłem jeszcze dwóm osobom, u jednej otrzymałem nieźle rozwinięte krosty, u drugiej—jeden pęcherzyk.

9. Lebiedjew (ślady gęstej ospy na twarzy). Na 5-ty dzień wystąpiły dwa blado-czerwonawe guziki, wierzchołki których przeistoczyły się w pęcherzyki, na 6-ty dzień pę-

cherzyki spłaszczyły się. Na 8-my dzień krosty doszły do wielkości małego ziarnka grochu, posiadały bladą zapalną obwódkę, były dobrze nabrane, miały wyraźne zagłębienie w środku i podstawę obrzmiałą, na 9-ty dzień żółkły, obwódki zapalne zbladły, na 11-ty dzień krosty zupełnie zaschły.

10. Szulga (ma ślady gęstej ospy na twarzy). Szczepienie uskutecznił w sześciu miejscach, na lewej ręce, zapomocą zdrapywania naskórka i nakłuć, wywołało jedną krostę, która co do wielkości, przebiegu i reszty cech zewnętrznych, zupełnie była podobną do krost Lebedjewa.

11. Kierski (ma rzadkie ślady ospy naturalnej na twarzy). Szczepienie wydało 3 krosty, lepiej rozwinięte niż u Szulgi i Lebedjewa, krosty doszły do wielkości ziarnka grochu, obwódki zapalne miały mocne, szerokie, na 9-ty dzień żółkły, następnie zaschły.

Uwaga. Oprócz Szulgi, Lebedjewa i Kierskiego tąż samą limfą szczepione były jeszcze trzy osoby: u jednej rozwinął się pęcherzyk, u reszty zaś—jedynie guziki.

Streszczając dopiero co przytoczone rezultaty szczepienia, otrzymujemy co następuje:

Prawidłową mniej więcej wysypkę krowianki miał 1. Szewel, 2. Maruszewski, 3. Redka, 4. Cyrulnikow, 5. Baulin, 6. Lebedjew, 7. Szulga, 8. Kierski; wysypkę zmienioną posiadał — 9. Piłka; guziki — 10. Siłujanow; u 11. Gurtowego szczepienie pozostało bez żadnego skutku.

Z ogólnej zaś liczby 23 osób, szczepionych po raz pierwszy tąż limfą i które to osoby naturalnej ospy nigdy nie miały, mniej więcej dobrze rozwinięte krosty krowianki miało 11, guziki i pęcherzyki—3, u reszty zaś 9-iu osób szczepienie nie wywołało żadnych objawów.

Dodając przytoczone liczby do dawniejszych (patrz str. 482), otrzymamy, że z ogólnej liczby 28 przypadków szczepienia krowianki osobom które miały ospę, w 18-tu przypadkach rozwinęły się prawidłowe krosty, w 2-ch zmienione, w 6-iu guziki lub pęcherzyki, w 2-ch zaś — szcze-

pienie pozostało bezowocnem, z czego procent powodzeń wypada= $64 : 100$.

Z ogólnej zaś liczby 50 przypadków szczepienia krowianki po raz pierwszy osobom, które ospy naturalnej nigdy nie miały, rozwinęły się prawidłowe krosty w 23-ch przypadkach, krosty zmienione w 1-ym, guziki lub pęcherzyki w 10-iu, w 16-tu zaś przypadkach szczepienie pozostało bez żadnego rezultatu, z czego procent powodzeń wypada= $46 : 100$.

Ciężką formę ospy mieli: 1. Bochenek, 2. Gołembiewski, 3. Maliszewski, 4. Sadochin, 5. Szewel, 6. Maruszewski, 7. Cyrulnikow, 8. Baulin, 9. Lebjediew, 10. Szulga, 11. Piłka, 12. Siatkowski, 13. Siłujanow, 14. Kopyłow i 15. Gula.

Z liczby podanych osób, krowianka dziesięciu pierwszym przyjęła się należycie, z czego procent rezultatów dodatnich wypada = $75 : 100$.

Z podanych wyżej liczb staje się widocznem, że nie tylko osoby, które miały lekką formę ospy, lecz nawet te, które przebyły ciężką formę takowej, wykazały skłonność do zarażenia się krowianką w jednakowej mierze z osobami, które ospy nigdy nie miały i szczepione były po raz pierwszy; przeto wpływ dawno przebytej ospy na zdolność do zarażenia się krowianką co najmniej zdaje się ulegać wątpliwości.

Zwracam się obecnie do objaśnienia kwestyi dlaczego limfę, otrzymaną z krost osób dorosłych, którą posiłkowałem się robiąc doświadczenia, uważam jako słabą, o czem niejednokrotnie wspominałem wyżej.

Badania GINTRAC'A, cytowane przez prof. TROUSSEAU'A wykazały że: ze 180 osób, szczepionych po raz pierwszy, krowianka u 171 osób przyjęła się należycie i tylko u 9-iu osób szczepienie pozostało bezowocnem. Powtórne zaś szczepienie krowianki 712 osobom, w 302 przypadkach

1) TROUSSEAU, tom I, str. 46. Wąkcyzna.

wydało prawidłowe krosty, w 85-iu zmienione, w 119 przypadkach zjawily się pryszczki w przeciągu pierwszych 24 godzin, nareszcie w 206 przypadkach szczepienie pozostało zupełnie bez żadnego skutku.

Porównywając liczby, podane przez GINTRAC 'A z liczbą pomyślnych przypadków szczepienia krowianki jakie ja miałem, łatwo daje się widzieć, że ta ostatnia prawie o jedną trzecią część jest mniejszą niż otrzymana przez GINTRAC 'A przy szczepieniu krowianki po raz pierwszy. Chociaż nie czuję się być wolnym od zarzutu, że punktualnie spełniłem wszelkie warunki prawidłowego szczepienia, że być może niekiedy, przypadkowo, do kategorii osób szczepionych po raz pierwszy mogłem zaliczyć osoby, które kiedyś miały krowiankę, lecz takowa nie zostawiła po sobie wyraźnych śladów, chociaż znaczną liczbę niepowodzeń starałem się tłumaczyć sobie w ten sposób, że krosty w pierwszych dniach rozwoju mogły być zdrapane, jednakże wszystko to wydaje mi się być niedostatecznym, ponieważ przy szczepieniu starałem się zawsze robić o ile można najwięcej nakłuć, limfę przenosiłem wprost z ręki na rękę, zbierałem takową na 7-my lub 8-my dzień. a więc takowa powinna się przyjąć przynajmniej na jednym nakłuciu, jeżeli zaś to nie nastąpiło w bardzo wielu przypadkach, musiała więc być jakaś inna przyczyna. Nie mogąc znów powątpiewać o prawdziwości rezultatów, osiągniętych przez GINTRAC 'A i starając się pogodzić takowe z mojami, zmuszony jestem do wyprowadzenia wniosku, że albo limfa, pochodząca z krost osób dorosłych, jest słabszą od limfy, której używał do szczepienia GINTRAC, albo też osoby, znajdujące się w wieku dojrzałym, okazują mniejszą skłonność do zarażenia się krowianką; czyli że: albo GINTRAC szczepił po raz pierwszy dzieciom limfę od nich otrzymaną, lub też szczepiąc osobom dorosłym używał limfy dziecinnej, gdyż w razie przeciwnym nie mógłby otrzymać tak świetnych rezultatów wakcynacyi; podrugie zaś, rezultaty otrzymane przy rewakcynacyi nie dowodziłyby wpływu pierwszego

szczepienia na następne, do czego właśnie zmierza cała praca GINTRAC'A. Niestety, nie znam takowej z oryginału, cytata zaś podana przez TROUSSEAU'A nie wystarcza do usunięcia opisanych wyżej wątpliwości, w skutek czego znaczną liczbę niepowodzeń, przez nas otrzymaną możemy sobie tłumaczyć w dwojaki sposób: albo osłabieniem limfy, albo że osoby szczepione, będąc w wieku dojrzałym okazały mniejszą skłonność do zarażenia się. Chociaż przypuszczam pierwsze, gdyż to jest więcej zgodne z moim przekonaniem i nie sprzeciwia się tłumaczeniu rezultatów doświadczeń GINTRAC'A na korzyść wpływu krowianki, jednakże nie mogę pominąć faktu, że u Bonkowskiego i Gutina (patrz str. 481) limfa dziecinna i limfa, pochodząca od osób dorosłych, wydały rezultaty zupełnie jednakowe. Przytoczoną wątpliwość mógłbym rozwiązać na drodze doświadczeń, lecz w tym celu musiałbym uskutecznić znaczną ilość równoległych szczepień: z jednej strony limfy dziecinnej—dzieciom i osobom dorosłym, z drugiej zaś strony limfę osób dorosłych—osobom dorosłym i dzieciom, czego dla braku limfy dziecinnej wykonać nie mogłem. Podane wątpliwości nie mogą bynajmniej zachwiać wniosków, zrobionych uprzednio przeze mnie, tyjących się wpływu ospy dawno przebytej na szczepioną później krowiankę; w istocie, wnioski takowe są oparte na rezultatach szczepienia limfy, otrzymanej z krost osób dorosłych. przypuszczalnie więc słabą; zmuszeni jednakże jesteśmy przyznać, że jeżeli słaba limfa jest w stanie wydać rezultaty zupełnie jednakowe jak u osób, które miały ospę naturalną, tak również u osób, które ani szczepionej ospy ani naturalnej krowianki nie miały, to daleko trudniej jest przypuścić, ażeby szczepienie limfy dziecinnej—przypuszczalnie mocniejszej—zmieniło ten stosunek na niekorzyść osób, które miały ospę. Nie mogę jednakże pominąć milczeniem tego, że szczepiąc limfę dziecinną być może nie tak często otrzymywałbym słabo rozwinięte krosty, guziki lub pęcherzyki, przez co rezultaty doświadczeń stałyby się więcej wybitne, dla należytej oceny przyczyny słabego rozwoju krost

nie potrzebowalibyśmy brać w rachubę słabych, zaraźliwych własności limfy, użytej do szczepienia i t. d. Podług mnie stanowi to właśnie jedną ze słabych stron niniejszej pracy, której usunąć nie miałem możności, gdyż mogłem tylko zużytkować materiał, jaki przypadkowo miałem w swem ręku.

Kończąc i tak zanadto rozwlekły opis odnośnie do wartości zamkniętych w nim spostrzeżeń, wyniki takowych streszczam w następujący sposób:

1. Osoby dojrzałe, które kilkanaście lat temu miały ospę i osoby w równym z nimi wieku, lecz które ani ospy ani szczepionej krowianki nie miały, przy szczepieniu krowianki okazują jednakową skłonność do zarażenia się.

2. Krosty krowianki, u osób które dawno miały ospę, sprzecznie ze zdaniem TROUSSEAU'A, mogą się rozwijać zupełnie prawidłowo.

3. Limfa takiej krowianki zdaje się posiadać zaraźliwe własności jednakowe z limfą, pochodzącą od osób dojrzałych, które krowiankę mają szczepioną po raz pierwszy i ospy nigdy nie miały.

4. Obadwa gatunki limfy, podane w punkcie trzecim, przy jednoczesnem zaszczepieniu wywołują krosty zupełnie jednakowe.

5. Z przytoczonego w punktach powyższych wypada, że dawno przebyta ospa zdaje się nie mieć żadnego wpływu na krowiankę zaszczepioną w czasie późniejszym, przeto jeżeli przyznamy tożsamość ospy i krowianki, natenczas zdanie JENNER'A o tem, że limfa krowianki dawniej była mocniejszą i zabezpieczała prawie na zawsze osoby nią szczepione od zarażenia się ospą. obecnie zaś tylko stała się słabszą więc chroni zaledwie na czas krótki, samo przez się upada, gdyż widzieliśmy że nawet ospa w przeważnej liczbie przypadków nie zabezpiecza organizmu od zarażenia się krowianką. Jeżeli zaś zdanie JENNER'A ma za sobą słuszność, natenczas tożsamość ospy i krowianki staje się wątpliwą.

6. Ponieważ WOODVILLE i LEROUX (patrz str. 456) wykazali, że ospa i krowianka szczepione jednocześnie rozwijają się jedna obok drugiej, nie zmieniając się i nie wpływając na się wzajemnie, ponieważ istnieją spostrzeżenia, że przynajmniej w pojedynczych przypadkach, krowianka może być z powodzeniem szczepioną, począwszy od pierwszego dnia okresu wylegania się ospy aż do czasu zjawienia się wysypki, ponieważ toż samo zdarza się bardzo często i w kilkanaście lat po ospie, przeto tożsamość ospy i krowianki jest wielce wątpliwą, usunąć lub powiększyć taką mogłoby szczepienie krowianki, uskutecznione zaraz po przebytej ospie.

Każdy to przyzna, że zrobione przezemnie wnioski dla braku poważnej liczby przypadków nie mogą być uważane za ostateczne, w skutek czego kwestyi którą się zajmuję nie mogę uważać za wyczerpaną, owszem, pragnąłbym bardzo, żeby liczniejsze na tej drodze badania mogły potwierdzić lub sprostować wnioski przezemnie wprowadzone.

KILKA UWAG O DYFTERYCIE ŁĄCZNICZY

i stosunku tego cierpienia do dyfterytu i krupu w ogóle,

PODAŁ

Jan Przybylski.

lekarz z Warszawy.

I.

Choroby określane w końcu przeszłego stulecia i w początku teraźniejszego, nazwą — krupu i dyfterytu istniały oddawna, rozmaicie dawniejsi autorowie w różnych krajach opisywali je, wraz z podobnemi do nich innemi cierpieniami gardzieli i krtani, pod nazwami: *malum aegyptiacum*, *ulcus syriacum*, *garotillo*, *angina maligna-gangraenosa morbus strangulatorius* i t. d.

„Krup“, wyraz szkocki. wprowadził do literatury medycznej HOME ¹⁾ w 1765 r. Ludowy ten wyraz oznaczał

¹⁾ HOME. *The inquiry into the nature, cause and cure of the Croup* Edinburgh. 1765, przyt. B. FRAENKEL. *Real-Encyclopädie der gesamt. Heilkunde* herausgegeben von D-r A. EULENBURG art. Croup. str. 529. Wien und Leipzig 1880.

ostro występujące utrudnienie oddechania, HOME zaś użył go jako nazwę dla oddzielnej choroby, charakteryzującej się szczególnym kaszlem, utrudnionym oddechem i innymi objawami. Wyraz ten „krup“, HOME tłumaczy po łacinie „*Suffocatio stridulosa*“, za anatomiczną zaś podstawę tej choroby uważa tworzenie się w krtani błon chorobliwych.

Wielu lekarzy owych czasów dowodząc związku między krupem i złośliwą (błoniastą i zgorzelinową) anginą łączą te choroby razem i uważają je jako właściwie jedną. występującą tylko w rozmaitych formach (SAMUEL BARD z Nowego-Yorku i inni).

Nazwę „dyfteryt“ (od $\delta\varphi\theta\acute{\epsilon}\rho\alpha$ —błona, *pellis exsuvium* z tego pochodzi $\delta\varphi\theta\acute{\epsilon}\rho\acute{\omega}$ —pokrywam skórą, *corio obtego*) wprowadził BRETTONEAU w 1821 r. Wyrazem tym nazwał on osobną, specyficzną chorobę zaraźliwą. Pojęcia BRETTONEAU ¹⁾ o dyfterycie można streścić w następujący sposób:

1) Złośliwą anginę i krup HOME'A należy uważać jako rozmaite umiejscowienie jednej i tej samej choroby.

2) Złośliwa angina nie ma zgorzelinowego charakteru.

3) Przy anginie nieprawidłowo zwanej zgorzelinową, tworzą się w gardzieli fałszywe błony; błona śluzowa pozostaje pod nimi nienaruszoną. Błony te rozprzestrzeniając się na krtani, wywołują objawy krupu.

4) Zmiany właściwe dyfterytowi gardzieli mogą powstawać i na innych błonach śluzowych również jak i na skórze, gdzie ta ostatnia zbliżoną jest pod względem swoich własności anatomicznych do błony śluzowej.

Później BRETTONEAU przypuszczał jeszcze, że i krew w tej chorobie ulega pewnym zmianom. Wyżej przytoczone

¹⁾ BRETTONEAU. Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la Diphthérie. Paris 1826. Addition supplémentaire au traité de la diphthérie. 1827.

pojęcia miały wymownego obrońcę w TROUSSEAU ¹⁾. Ten ostatni starannie przytacza przypadki, w których zmiany charakterystyczne dla dyfterytu zjawiały się i na innych błonach śluzowych, oprócz gardzieli i krtani; albo też komplikowały cierpienia wyżej wzmiankowanych organów. Również przytacza on przypadki następczego bezwładu i jako jedno ze zjawisk zależnych od dyfterytu — białkomocz, który przy tej chorobie pierwszy opisał w 1857 r. angielski lekarz WADE ²⁾.

Prawie wszyscy lekarze francuzcy (LORAINÉ i LÉPINE ³⁾, JULES SIMON ⁴⁾, CORNIL i RANVIER ⁵⁾, LABOULBÈNE ⁶⁾ i inni), podzielali poglądy wypowiedziane przez BRETTONNEAU i TROUSSEAU (z niektórymi zmianami odpowiadającymi następnym badaniom więcej dokładnym).

BRETTONNEAU więc i TROUSSEAU oddzielili wprawdzie dyfteryt jako osobną nozologiczną formę od *angina gangraenosa* i innych podobnych cierpień gardzieli, lecz identyfikują go ze zwykłą *Laringitis fibrinosa* i z wrzodziejąco-błoniastem zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej. Tymczasem w Niemczech do nazw krup i dyfteryt zaczęto przywiązywać zupełnie inne anatomo-patologiczne znaczenie. ROKITANSKY, NIEMEYER ⁷⁾ i inni, dzielą w ogóle zapalenia błon śluzowych na kataralne, krupowe i dyfteryczne. Za cechę wy-

¹⁾ TROUSSEAU. Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Paris. T. I str. 312—456. Paris 1861.

²⁾ WADE. The Midland quarterly Journal of medical science 1857, przyt. TROUSSEAU, l. c. str. 368.

³⁾ Nouveau dictionnaire de médecine et de Chirurgie pratiques dir. D-r JACCOUD, I. XI. art. Diphthérie par LORAINÉ et LÉPINE. Paris 1869.

⁴⁾ Nouveau dictionnaire i t. d. l. X. art. Croup par JULES SIMON.

⁵⁾ CORNIL et RANVIER. Manuel d'histologie pathologique. Cz. III. str. 757. Paris 1869—1873.

⁶⁾ LABOULBÈNE. Nowyje elementy patologiczeskoj anatomii. Tłum. z francuzk. Wyp. I, str. 81—91. Petersburg 1879.

⁷⁾ NIEMEYER. Rukowodstwo k czastnoj patologii i terapii. Tłum. z niem. Petersburg 1862.

różniającą zapalenie krupowe od dyfterycznego, podają umiejscowienie sprawy zapalnej, a mianowicie, że przy krupowym wysięk włóknikowy występuje tylko na powierzchni błon śluzowych, gdy tymczasem przy dyfterycznym wydziela się głównie w ich miąższu, uciska naczynia, przerywa w nich krążenie i z tego powodu wywołuje zgorzel i owrzodzenia. Zapalenia takie mogą powstawać z najróżnorodniejszych przyczyn. Nekrotyzujący charakter wysięku jako istotny rys dyfterytu wystawia szczególniej VIRCHOW ¹⁾, który do dyfterytu przyłącza najrozmaitsze sprawy zgorzelinowe.

Dyfteryt, z chorobliwemi zmianami umiejscowionemi głównie w gardzieli, jako osobna forma nozologiczna, występuje bardzo niejasno pośród innych cierpień zwanych także dyfterycznemi i krupowemi. Dla dyfterytu gardzieli, również jak i dla innych dyfterytów, za charakterystyczny rys uważają nekrotyzujący charakter wysięku, dający początek owrzodzeniom. Przytem jednakże przytaczają, że błony wysiękowe mogą czasami zupełnie wolno przylegać do powierzchni błony śluzowej, a wtedy po ich oddzieleniu owrzodzenia tworzyć się będą—(NIEMEYER ²⁾, BAMBERGER ³⁾ i inni); o ogólnych zaś objawach właściwych tej chorobie, wspominają, że nie różnią się one od objawów występujących przy innych ciężkich cierpieniach.

Wyżej przytoczone poglądy, wywołały zagmatwanie pojęć o chorobach połączonych z tworzeniem się błon fałszywych na powierzchni błon śluzowych, ran, owrzodzeń i t. d., lub też połączonych z powierzchowną zgorzelą tkanek. Nazwiskiem dyfteryt zaczęto oznaczać każdą powierzchowną zgorzel błon śluzowych lub skóry, pozbawionej

1) VIRCHOW R, Allg. Störungen der Ernährung. Handbuch der Path. und Ther. red. von VIRCHOW. T. I, str. 292—293. Erlangen 1854.

2) NIEMEYER, l. c. str. 63.

3) BAMBERGER. Krankheiten des chylopoëtischen systems. VIRCHOW'S Handbuch i t. d. T. VI. str. 22—27. 1855.

naskórka, włóknikowe złogi na powierzchni ran i t. p., bez względu na to, że te sprawy chorobowe przebiegały bez gorączki i innych objawów ogólnego zakażenia. Dalej, zaliczono tu zmiany miejscowe w kanale pokarmowym przy biegunce krwawej, przy zwężeniach kiszek, sprawy zakaźne jako to: zgorzel szpitalną i puerperalne procesa w macicy. To też zaznaczając ten szczególny kierunek pojęć, KLEBS z pewną ironiją powiada, że ostatecznie również dobrze możnaby uważać za dyfteryt złogi włóknikowe, powstające np. na błonach surowicznych.

Ten zamęt w pojęciach i nazwach zaczął wyjaśniać się dopiero ostatnimi czasy, w skutek obserwacji epidemii rzeczywistego dyfterytu, dokładnych anatomo-patologicznych badań i szczepienia na zwierzętach. Większa część poglądów BRETTONNEAU i TROUSSEAU okazała się prawdziwą.

Obecnie prawie wszyscy autorowie nazywają dyfterytem chorobę miazmatyczno kontagijną, która pojawiając się z początku jako cierpienie miejscowe, rozprzestrzenia się następnie na cały organizm, wywołuje silny stan gorączkowy i zmiany innych organów; zmiany te są po części wspólne dla dyfterytu i innych chorób zakaźnych, jako to: powiększenie śledziony, miąższowe zwyrodnienie wątroby, substancji mięśniowej i t. d., częścią zaś są specyficzną własnością dyfterytu np. *Nephritis acuta haemorrhagica*, powiększenie gruczołów limfatycznych, zmiany w systemacie nerwowym, powodującym następcze bezwładę (OERTEL¹⁾, KLEBS²⁾, FRAENKEL³⁾, CORNIL i RANVIER⁴⁾, LABOULBÈNE⁵⁾, BIRCH HIRSCHFELD⁶⁾ i inni).

1) OERTEL. Die epidemische Diphtherie. Handbuch der Spec. Pathol. u. Therapie v. H. v. ZIEMSEN. Acute Infections-krankheiten. I. Th. 1874 polsk. tłum. Warszawa 1875, str 503—594.

2) KLEBS. Real-Encyclopädie i t. d., art. Diphtheritis — str. 158—191.

3) FRAENKEL l. c.

4) CORNIL et RANVIER l. c.

5) LABOULBÈNE l. c.

6) D-r F. V. BIRCH-HIRSCHFELD. Lehrbuch der Pathologischen Anatomie. Cz. II, str. 793—802. Leipzig. 1877.

Miejscowym, charakterystycznym objawem dyfterytu, podług obecnych pojęć, jest stan zapalny błony śluzowej, powierzchni rany, owrzodzenia, skóry z delikatnym naskórkiem lub pozbawionej tegoż, połączony zwykle z utworzeniem się na powierzchni chorej części—*błony fałszywej*, której, mniej lub więcej, ściśle przyleganie do powierzchni błony śluzowej, zależy głównie od anatomicznej budowy tej ostatniej, po części zaś od mniejszego lub większego natężenia processu. Wszędzie gdzie na błonie śluzowej znajduje się nabłonek jednowarstwowy, ze znajdującą się pod nim błoną podścieliskową (basalmembran), tam zwykle błony fałszywe lekko się zdejmują, np. ma to miejsce w tchawicy, stan przeciwny spotykamy w gardzieli, gdzie znajduje się nabłonek warstwowy. Wyżej wspomniane własności, wspólne są dla błon fałszywych dyfterycznych, również jak i dla zwykłych włóknikowych (KLEBS l. c. str. 162, FRAENKEL l. c. 532).

Co się tyczy rozpadu błony śluzowej i tworzenia się owrzodzeń, które uważano dawniej za charakterystyczne dla dyfterytu, to niektórzy autorowie np. CORNIL, RANVIER i inni, zupełnie o tem nie wspominają, podług innych zdarza się to niekiedy. BIRCH-HIRSCHFELD (l. c. str. 795) przytacza przypadek, w którym przy prawdziwym dyfterycie języczek uległ zgorzeli i odpadł. W każdym razie, proces tworzenia się owrzodzeń przy dyfterycie zdarza się rzadko, t. j. dyfteryt w znaczeniu anatomicznem jest procesem rzadkim przy dyfterycie w znaczeniu nozologicznem i z tego powodu zupełnie dlań niecharakterystycznym; przeciwnie, podług OERTEL'A (l. c. str. 568) i inn., nawet w nadzwyczaj ciężkich przypadkach dyfterytu wysięk odkłada się na powierzchnię błony śluzowej, t. j. bywa t. z. wysiękiem krupowym. Ostatni autor, w cytowanym artykule, mówi wprawdzie o gnilnej i zgorzelinowej formie dyfterytu, w których powstaje rozpad błony śluzowej i owrzodzenia; formy te jednak są rzadkie, przy nich, oprócz objawów zależnych właściwie od dyfterytu, występują objawy posocznicy i ropnicy; przypadki takie kończą się prawie zawsze śmiercią.

Co się tyczy składu błon fałszywych przy właściwym dyfteryście—to podług większości autorów, są one złożone z włókniaka, z białych ciałek krwi i zmienionych komórek nabłonka. Według CORNIL'A i RANVIER'A (l. c. cz. I i II str. 89), nie ma w nich zupełnie włókniaka, tylko komórki nabłonkowe zmieniają się w podobną do włókniaka substancję; zwyrodnienie takie wykazał pierwszy WAGNER ¹⁾ przy krupie krtani.

Stałą składową częścią błon fałszywych są niższe, roślinne organizmy, zostały one wykryte w tych błonach, oraz we krwi, tkankach i organach chorych dotkniętych dyfterytem w 1868 roku przez BUHL'A ²⁾, HUETER'A ³⁾ i OERTEL'A (l. c. str. 261). Co się tyczy roli tych mikroskopowych organizmów, jedni autorzy, jako to: LETZERICH ⁴⁾, NASILOEF ⁵⁾, OERTEL (l. c.), KLEBS (l. c.) i inni, widzą w nich istotną przyczynę choroby, gdy tymczasem inni: SENATOR ⁶⁾, WAGNER (l. c.), LABOULBÈNE (l. c.), CORNIL, RANVIER (l. c.) i inni, nie uznają tego stanowczo. KLEBS, za istotną przyczynę wywołującą powstawanie dyfterytu uważa pałeczkowate bakteryje—*Microsporon diphtheriticum*, bez nich nie ma, podług niego, dyfterytu. Twierdzi on, że za życia chorego, dopóki nie wystąpią ciężkie, ogólne objawy, nie można postawić rozpoznania właściwego dyfterytu, bez odpowiedniego drobnowidzowego badania.

Z powodu, wyżej wspomnianych, dokładnych badań procesu dyfterytycznego, niektórzy niemieccy autorowie, chcieli usunąć z nauki wadliwą nomenklaturę, dzięki której nazwy

¹⁾ UHLE und WAGNER. Handbuch der allgemeinen Pathologie. 1872, polsk. tłum. Warszawa 1874, str. 302.

²⁾ BUHL. Zeits. f. Biologie. 1868.

³⁾ HUETER. Die allgemeine Chirurgie. Leipzig 1873, str. 302.

⁴⁾ LETZERICH. Die Diphtherie. Berlin 1872.

⁵⁾ NASILOFF. Ueber d. Wesen d. Diphth. Virch. Arch. 1870.

⁶⁾ SENATOR. Ueber synanche *contagiosa* (Diphtherie). Volkmann's Vorträg. 78.

dyfteryt i krup używają się raz w anatomicznem, drugi raz w nozologicznem znaczeniu i starali się zmienić, albo kliniczną, albo anatomiczną nomenklaturę. Tak np. SENATOR (l. c.) dla dyfterytu jako klinicznej formy, wprowadza starą nazwę Hippokratesa *Synanche (contagiosa)*; dla anatomicznych określeń TRAUBE ¹⁾ proponuje zamiast *croupöse Membran*—używać *pelliculöre Membran*, zamiast *diphtheritische Membran*—*necrotisirende Membran* ²⁾.

Proponowane nazwy nie utrzymały się i obecnie, pomimo powstającego z tego powodu zagmatwania używają, szczególnie niemieccy autorowie, nazw następujących: zapalenie krupowe i dyfteryczne; błona fałszywa krupowa, dyfteryczna i pseudodyfteryczna (WEIGERT); dyfteryt, dyfteroid (GUBLER, BOSSUGE, LASEGUE, HALTENHOEF); pseudodyfteryt (KLEBS); krup, pseudokrup i t. d.

Francuzi, niemieckie zapalenie „dyfteryczne“ (jako patologiczne określenie) nazywają zapaleniem „wrzodziejąco-błoniastem“; tworzące się przy niem błony nazywają nekrohymenami (od νεκρός—śmierć i ὑμῆν—błona). Do takiego zapalenia zaliczają wrzodziejące, epidemiczne zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i ciężkie formy dysenterycznego procesu kiszek. T. z. krupowe zapalenia, nazywają zapaleniami włóknikowemi, jeżeli nie łączą się one z dyfterytem—chorobą specyficzną (np. *Pneumonia crouposa* nazywają *Pneumonia fibrinosa*); w przeciwnym razie noszą one nazwę zapaleń dyfterycznych. Nazwę „krup“ (krupowe zapalenie) używa się tylko jako synonimu fałszywo-błoniastego zapalenia krtani.

II.

Co się tyczy t. zw. dyfterytu łącznicy oka, to pierwsze opisy choroby tego rodzaju podał w 1846 roku BOUIS-

¹⁾ TRAUBE. Berlin. Klin. Wochenschr. 1872. Nr 31.

²⁾ BUHL. (Einiges über Diphtherie. Zeitschrift f. Biol. III 4. str. 341, 1867) proponował dla dyfterytu nazwę „ostre strupieszenie“ (acute Verschorfung).

SON ¹⁾ — opisy te dotyczą właściwie form zapalenia łącznicy, przy których na jej powierzchni tworzą się błony fałszywe, o przypadkach takich wspomina także DESMARRE ²⁾. Klasyczny opis choroby znanej obecnie w oftalmologii pod nazwą „*conjunctivitis diphtheritica*“ podał w r. 1854 Albrecht v. GRAEFE ³⁾.

Dyfteryczny proces łącznicy, podług Alb. v. GRAEFE, SAEMISCH ⁴⁾, HIRSCHBERGA ⁵⁾ i innych, charakteryzuje się tem, że podnabłonkowy, również jak i głębszy podkład błony śluzowej, nacieka krzepnącemi produktami zapalnymi, a zmieniona w ten sposób tkanka przekształca się w nekrotyczną masę i jako taka oddziela się następnie od pozostałej tkanki.

Przy wystąpieniu tej choroby, powieki, szczególnież zaś górna, silnie nabrzękają, skóra na nich staje się błyszczącą, sino-czerwoną, fałdki jej wygładzają się; zagłębienie między gałką oczną i krawędzią oczodołu znika, a na jego miejscu powstaje znaczna wyniosłość. Objawy te łączą się z uczuciem palenia i silnego bólu, chory nie może roztworzyć powiek; usiłowanie odwrócenia powieki połączone bywa z nadzwyczaj silnym bólem: powieka przedstawia się przytem zadziwiająco stwardniałą. Powierzchnia błony śluzowej, nadmiernie zgrubiałej, pokryta niekiedy w różnych miejscach cząsteczkami wydzieliny i błonami

¹⁾ BOUISSON. Compte rendu de la clinique chirurgicale przyt. *Traité complet d'ophtalmologie* par L. de WECKER et E. LANDOLT. I. 1, *Maladies de la conjonctive* par de WECKER, str. 323. Paris 1880.

²⁾ DESMARRES. *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*. T. II, str. 91. Paris 1855.

³⁾ A. v. GRAEFE. *Archiv f. Ophtalmologie*. B. 1, Ab. 1, str. 168—250. 1854.

⁴⁾ SAEMISCH. *Krankheiten der Conjunctiva*. *Handbuch der gesamt. Augenheilkunde* red. von Alf. GRAEFE und T. SAEMISCH. B. IV, Cap. III, str. 101. Leipzig 1874.

⁵⁾ HIRSCHBERG. v. GRAEFE. *Klin. Vorträge über Augenhkld* rus. tłum. str. 133. Petersburg 1874.

przedstawia się w ogóle gładką, koloru sadła i mocno zbitą, miejscami można zauważyć na niej krwionośne naczynka rozszerzone i wielką liczbę drobnych wynaczynień krwi; stopniowo barwa błony śluzowej przechodzi w brudno-biało-żółtą, trupałą. Łącznica gałkowa podnosi się w kształcie blad-żółtego, gładkiego i twardego obrzmienia (*Chemosis*), na którem także można zauważyć miejscami naczynia i wielką ilość wynaczynień krwi.

Wydzielina, wypływająca w rozmaitej ilości ze szczeliny powiekowej, przedstawia się jako płyn gorący, wodnisty, brudno szary, zawierający liczne żółtawe strzępki. Płyn ten spływając po policzkach, powoduje tworzenie się t. z. dyfterycznych owrzodzeń skóry.

Powierzchnia błony śluzowej w niektórych przypadkach, oprócz wyżej wspomnianego, przedstawia się cała pokryta błoną fałszywą rozmaitej grubości i po większej części trudno się zdejmującą.

Łącznica powiekowa z pokładem podłącznicowym dochodzi na przecięciu grubości $3\frac{1}{2}$ mm., powierzchnia przecięcia jest nadzwyczaj bezkrwistą, a czasami zupełnie suchą, tkanka na przecięciu okazuje się zbitą, biało szarą, zawiera ograniczone wynaczynienia. Przy nacięciu obrzmienia łącznicy gałkowej, nie widać wypływania surowiczego płynu, co zwykle następuje przy zapaleniu łącznicy śluzotokowem, lecz przeciwnie widzimy tutaj żółtawą, galaretowatą masę.

W oku zupełnie zdrowem, lub też cierpiącym już na inną formę zapalenia łącznicy, objawy tylko co opisane występować zwykły nader gwałtownie, w przeciągu 12, 24 lub 36 godzin, dochodzą one do olbrzymich rozmiarów i po upływie dni 4—12 ulegają istotnej zmianie; dyfteryt łącznicy przechodzi ze *stadium acme* w *stadium demarcationis*, zwanem także *stadium blennorrhoeicum v. stadium decrementi*. Długość trwania tego okresu jest rozmaita, w każdym razie trwa on zwykle dłużej niż pierwszy, a czasami bywa przerwany recydywą dyfterycznego nacieczenia; po tym

okresie następuje trzeci: okres bliznowania. Rozmiary i stopień bliznowania odpowiadają nateżeniu pierwotnego nacieczenia.

Przy przejściu do drugiego okresu (*stadium demarcationis*), łącznica będąca dotąd bladą, gładką, twardą, zaczyna miejscami czerwienić się, staje się miększą; w miejscach tych następuje wessanie nacieczenia dyfterycznego, lub też tkanka nacieczona ulega zgorzeli i oddziela się w postaci drobnych cząstek, strzępków, lub też większymi kawałkami. W takich miejscach łącznica albo pozostaje gładką albo też rozwijają się na niej lekko krwawiące nierówności. Obok tych miejsc znajdują się okolice, w których nacieczenie nie uległo zmianie; te ostatnie przedstawiają się w kształcie szarych wysepek (*plaques*), cokolwiek wzniesionych nad powierzchnię, wskutek czego widać wtedy na całej powierzchni łącznicy nieregularne rysunki.

Powoli nacieczenie znika, łącznica powiek i fałd przejściowych przyjmuje na całej powierzchni barwę czerwoną i pokrywa się takiegoż koloru drobnymi wyniosłościami — jednym słowem przedstawia obraz podobny do tego, jaki spostrzegamy przy chronicznym śluzotoku; jednakże istnieją pewne różnice, mianowicie łącznica w głębszej warstwie daje uczucie pewnej twardości (*Coluerenz*), pokrywające ją czerwone wzgórki grupują się podług Alb. GRAEFE (l. c. str. 180) w oddzielne guziczki, które on uważa jako charakterystyczne w tym okresie dyfterytu. Według SCHWEIGGERA ¹⁾, guziczki takie tworzą się w skutek tego, że w miejscach gdzie dyfteryczne nacieczenie zuikło, łącznica odzyskuje możność obrzękania.

Wydzielina, która w okresie *acme* jest surowiczą z strzępkami włóknika, staje się więcej ropną, zawiera jednakże i cząsteczki włóknika, oraz obumarłej tkanki; na-

¹⁾ SCHWEIGGER. Handbuch der Speciellen Augenhkd. Berlin 1873, rus. tłum. Kijów 1874, str. 274.

koniec przechodzi w śluzowo-ropną i niczem nie wyróżnia się już od wydzieliny zwykłego śluzotoku.

Obrzmienie twarde łącznicy gałkowej mięknie, pojawiają się na niem liczne naczyńka i ostatecznie obrzmienie znika. Silne obrzęknięcie łącznicy gałkowej pozostaje jeszcze czas dłuższy.

Okresy te są rozmaicie długie. Śluzotoku poddyfterycznego czasami nie bywa prawie wcale i bliznowanie rozpoczyna się zaraz po oddzieleniu się części uległych zgorzeli, niekiedy zaś śluzotok taki jest nadzwyczaj uporczywy.

Blizny łącznicy, w przypadkach głęboko przenikającego, rozlanego dyfterytu, są bardzo charakterystyczne; fałda przejściowa zachowująca pewien stopień opuchnięcia, pokrytą bywa cienkimi bliznami barwy szarej, lub szaro-białej i poprzecinaną nieprawidłowo idącymi grubymi żyłami. Podobne zmiany widać także i na chrząstkowej części.

Wyżej opisany obraz choroby odnosi się do najcięższej formy dyfterytu, którą HIRSCHBERG (l. c. str. 137), nazywa rozlaną formą (*Ausgeprägte diphtheritis - A. v. GRAEFE*). Forma ta sprowadza niebezpieczne cierpienia rogówki, kończące się bardzo często zupełnem jej zniszczeniem, a nawet i całej gałki ocznej; *Xerosis conjunctivae*, znaczne skrócenie worka łącznicowego, *symblepharon posterius*, skrócenie i zgięcie powiek wskutek czego powstające *Entropion* i *Distichiasis* i t. d., są dalszemi już następstwami choroby.

HIRSCHBERG, oprócz wyżej opisanej formy, wyróżnia jeszcze dyfteryt ograniczony, cząstkowy, kiedy na obrzmiałej i przekrwionej łącznicy znajdują się tylko oddzielne biało-żółtawe dyfteryczne ogniska i zlany dyfteryt, jeżeli ogniska te łącząc się z sobą zajmują znaczną jej część. SAEMISCH (l. c. str. 94), WECKER (l. c. str. 320) i inni opisują jeszcze jako osobną postać zapalenia—formę krupową *Conjunctivitis cruposa—membranacea*, która charakteryzuje się tem, że łącznica na rozmaitej przestrzeni, pokrywa się pokładem błoniastym, pod którym powierzchnia jej pozostaje nienaruszoną, pozbawioną chyba tylko warstwy nabłonkowej bez utraty

właściwej tkanki łącznicy; dla tego też zapalenie kończy się bez następczego utworzenia blizn, czem głównie ta postać zapalenia ma się wyróżniać od dyfterytu łącznicy. Zapalenie t. z. krupowe, podług tych autorów jest zaraźliwem; znajduje się niekiedy w pewnym związku z krupem krtani, zjawia się czasami epidemicznie. Niekiedy krup łącznicy przechodzi w dyfteryt.

SCHWEIGGER (l. c. str. 265) zalicza tę postać zapalenia do śluzotoku łącznicy.

Alb. v. GRAEFE (l. c. str. 244—249) lżejsze formy zapalenia dyfterytycznego łącznicy nazywa — mieszanemi; najcięższe zaś przypadki, w których oddzielają się większe kawałki obumarłej łącznicy nazywa — zapaleniem oczu zgorzelinowem (Brandige ophthalmie).

Anatomo-patologiczne badania łącznicy dotkniętej dyfterytem, również jak i błon tworzących się przytem na jej powierzchni, są dotychczas dość rzadkie. LEBERT i GRUBY ¹⁾ znaleźli w błonach fałszywych, zdjętych z powierzchni łącznicy, ścięty włóknik i ciałka ropne. NEUMANN ²⁾, badając warstwy rozpadające się, które dawały się oddzielać od powierzchni, znajdował jeszcze na nich resztki komórek nabłonkowych, głębiej zaś, płat taki był usiany drobnymi ziarneczkami, a tkanka pod nim leżąca była ściśle nacieczona komórkami. HIRSCHBERG (l. c. str. 133—135), w jednym przypadku znalazł znaczne zgrubienie i stwardnienie łącznicy i tkanki podłącznicowej, grubość ich na chrząstkowej części dochodziła do 3½ mm. Tkanka na przecięciu składała się z dolnego, białawego, surowiczo nacieczonego pokładu grubości 2 mm., i górnego białego, ten ostatni zawierał ograniczone wynaczynienia; łącznica zawierała masy gęsto nagromadzonych komórek. Cała tkanka wraz

¹⁾ LEBERT i GRUBY przyt. GAŁĘZOWSKI. *Traité des maladies des yeux*, str. 206. Paris 1872.

²⁾ NEUMANN E. *Königsberger med. Jahrb.* Bd. III, przyt. KLEBS l. c. str. 178.

z nabłonkiem była usiana mnóstwem nadzwyczaj drobnych błyszczących ziarneczek. Na swobodnej powierzchni znajdowała się niezliczona ilość zarodków grzybkowych (Schwärmsporen). Te zmiany łącznicy, odpowiadające pierwszemu okresowi dyfterytu, dotyczą przypadku, który zakończył się śmiercią w drugim dniu choroby; łącznica była wyłuszczonej w kilka godzin po śmierci dla drobnowidzowego badania.

W drugim przypadku, badanie wykonane w 7-ym dniu choroby, wykazało rozlane zwyrodnienie tłuszczowe komórek w tkance łącznicy. W trzecim wreszcie przypadku, znaleziono analogiczne z pierwszym stwardnienie łącznicy i nacieczenie jej tkanki mętuemi komórkami, podobnymi do ciałek limfy.

KLEBS (l. c. str. 178), badając mocno przylegające do łącznicy błony, w przypadkach dyfterytu z kliniki GRAEFEGO, znalazł je złożonemi z włóknistej tkanki.

Co się tyczy roślinnych organizmów, to oprócz wyżej przytoczonego przypadku HIRSCHBERGA, nikt ich nie obserwował.

Pomiędzy przypadkami epidemii spostrzeganej przez HORNERA ¹⁾ w Zurychu, w jednym z nich, najsilniejszy rozwój choroby przedstawiającym, połączonym z wysokim stanem gorączkowym i tak zwanemi owrzodzeniami dyfterycznymi warg, prof. EBERTH nie znalazł grzybków ani we krwi chorego, ani w błonach fałszywych łącznicy.

Błony fałszywe przy t. z. *Conjunctivitis crouposa*, podług SAEMISCHIA (l. c. str. 96), są złożone z substancji proteinowej, szybko ścinającej się przy zetknięciu z powietrzem i elementów komórkowych, od ilości których zależy większa lub mniejsza zbitość tworzącej się błoniastej warstwy. W przypadkach lekkich, gdzie ta warstwa jest cienką i przezroczystą, zawiera ona bardzo nieznaczną ilość komórek, gdy tymczasem stanowią one główną składową część

¹⁾ HORNER. Klinische Monatsbl. f. Augenhkd. 1869, str. 138.

blon fałszywych w ciężkich postaciach cierpienia. W tych ostatnich przypadkach widać czasami układ warstwowy. podobny do tego, jaki RINDFLEISCH ¹⁾ opisał przy krupie tchawicy.

Niebezpieczeństwa dla oczu, przy dyfteryście łącznicy, zależą głównie od cierpień rogówki; cierpienia te mogą powstawać w każdym z trzech okresów dyfterytu. Jako najniebezpieczniejsze uważać należy cierpienia powstające w okresie *acme*—z nich zaś najważniejszym—zgorzel rogówki, która rozpoczyna się w kształcie środkowego, szarawego jej zmętnienia. Nabłonek na zmętniałej części wkrótce odpada, zmętnienie robi się silnie nasyconem, przyjmuje odcień żółtawy, lub też pozostaje szarem, przeświecającem; tworzy się utrata substancji rogówki—owrzodzenie, które pogłębia się drogą zgorzeli tkanki. Nakoniec dojść może do obszernego przedziurawienia, zupełnego zniszczenia rogówki, a czasami do *Panophthalmitis*, z następczym częściowym zanikiem gałki ocznej.

Przyczynę zgorzeli rogówki GRAEFFE i inni upatrują w niedostatecznym jej odżywianiu, zależącem od ucisku naczyń idących ku niej od strony łącznicy, co miewa miejsce szczególnie w przypadkach silnie wyrażonego, twardego obrzęku łącznicy gałki.

JACOBSON ²⁾, na zasadzie spostrzeganych przezeń przypadków. uważa zmiany rogówki za samodzielne jej cierpienie. Według HIRSCHBERGA (l. c. str. 138), DOBROWOLSKIEGO ³⁾ i inn., cierpienia te w części zależą od zgęzistego nacieczenia łącznicy, w części zaś są to idiopatyczne dyfteryty rogówki.

1) RINDFLEISCH. Handbuch der pathologischen Gewebelehre, str. 362. Leipzig 1873.

2) JACOBSON. Arch. f. Ophthalmologie VI. Ab. II. 1860, str. 20'

3) DOBROWOLSKI, rus. przekł. Traité pratique des maladies des yeux par le D-r MAYER. Petersburg 1875. str. 58

KLEBS (l. c. str. 179) w 1865 r., zbadawszy drobnowidzowo jedną rogówkę uległą zgorzeli przy dyfteryście, przedtem zanim nastąpił rozpad jej tkanki, znalazł kanaliki rogówki niezmiernie rozszerzonymi, przez massy mikrokokków barwy brunatnej, z których później wyrastały (na preparacie pomieszczonym w glicerynie) krótkie nici. W obwodzie tej części napełnionej grzybkami, tkanka rogówki była nacieczona komórkami.

Pomiędzy innymi zmianami rogówki, nietyłe już niebezpiecznymi, należy wymienić nadbrzeżne pierścieniowate i przezroczyste owrzodzenia (*ulcère à facette* — WECKER l. c. str. 294).

Owrzodzenie nadbrzeżne, pierścieniowate, zwykle występuje w postaci wąskiej brózdy, przebiegającej równolegle od brzegu rogówki i ściśle przy nim idącej. Owrzodzenie dość szybko się rozszerza i pogłębia, dno jego początkowo gładkie i błyszczące, staje się następnie szarawem, matowym, a przed majacem nastąpić przedziurawieniem staje się zupełnie przezroczystem. Kiedy owrzodzenie takie zajmie większą połowę obwodu rogówki, wtedy w środku tej ostatniej występuje szare zabarwienie, będące oznaką poczynającej się zgorzeli, która może doprowadzić do zupełnego zniszczenia rogówki.

Owrzodzenie przezroczyste rozpoczyna się od utraty nabłonka, na ograniczonej przestrzeni środkowej lub obwodowej części rogówki; miejsce to robi się szerszem i głębszem, powstaje tym sposobem owrzodzenie, dno którego pozostaje zupełnie przezroczystem. Dno mętnieje i przyjmuje żółtawą barwę dopiero, wtedy, kiedy utrata miąższu dojdzie mniej więcej do środka grubości rogówki. Przed majacem nastąpić przedziurawieniem i tutaj także dno staje się znowu przezroczystem.

Wszystkie te cierpienia rogówki, występując w okresie *acme*, o tyle są niebezpieczniejszemi, o ile prędzej się pojawiają po wystąpieniu processu dyfterycznego na łącznicy.

Co się tyczy stanu gorączkowego i objawów ze strony innych organów, spostrzeżenia różnych autorów nie są z sobą zgodne. Alb. v. GRAEFE (l. c. str. 187) widział, szczególnie u dzieci, silny stan gorączkowy, brak apetytu, dyfteryt skóry i jam nosowych, krup krtani, wodogłowie i zapalenie płuc. Z pomiędzy 40 dzieci chorych na dyfteryt łącznicy, troje umarło na dławiec, jedno na zapalenie płuc i jedno na wodogłowie.

Przypadkom postrzeganym przez JACOBSONA, nie towarzyszyły inne ogólne objawy, prócz lekkiej gorączki, bezsenności i braku chęci do jadła, wskutek silnych bólów.

HIRSCHBERG (l. c. str. 145), zgadzając się z JACOBSONEM co do miejscowego charakteru dyfterytu u dorosłych, przytacza kilka przypadków u dzieci; w jednym cierpienie samej łącznicy wywołało podniesienie ciepłoty ciała do 39,0° C., dwa przypadki śmierci przy *ophthalmia neonatorum diphtherodes*, gdzie sekcja wykazała istnienie *Bronchitis* i *Enteritis*; oraz jeden przypadek śmierci wskutek istniejącej jednocześnie *Bronchopneumonia*. Tenże autor ¹⁾ ogłosił później jeszcze trzy przypadki śmiertelne dyfterytu łącznicy, w jednym z nich, we dwanaście godzin po wystąpieniu objawów dyfterytu łącznicy, ukazała się wysypka płonicowa.

SAEMISCH (l. c. str. 109) przytacza trzy przypadki śmiertelne u dzieci, w których dyfteryt łącznicy łączył się z *Angina diphtherica*.

Z pięciu przypadków spostrzeganych przez GIBERTA ²⁾, cztery skończyły się śmiertelnie. TROUSSEAU (l. c. str. 344, 345), przytacza bardzo ciężkie przypadki PETER'A, w kilku z nich dyfteryt łącznicy istniał jednocześnie z dyfterytem

¹⁾ HIRSCHBERG. *Klln. Beobacht.* Wien 1874, przyt. SAEMISCH l. c. str. 109.

²⁾ GIBERT. *Archives générales de medecine* 1857, przyt. WEC-
KER, l. c. str. 332.

nosa i paszczy. Dwa przypadki w których rogówki uległy zniszczeniu, zakończyły się śmiercią.

O zupełnem wyzdrowieniu wspomina TROUSSEAU tylko w jednym przypadku. Należy zauważyć, że dyfteryt łącznicy, który obserwował PETER, różnił się zupełnie od dyfterytu GRAEFE'GO; łącznica w przypadkach PETER'A, była silnie przekrwioną i pokrytą fałszywymi błonami, grubości 1—2 mm, twardego nacieczenia jej tkanki nie było.

O bezwładzie po dyfterycie łącznicy wspomina tylko HIRSCHBERG (l. c. str. 141), w jednym przypadku (*Paraparesis*).

Dyfteryt łącznicy zjawia się epidemicznie i sporadycznie. Cierpienie to, podług zdania prawie wszystkich autorów, jest nadzwyczaj zaraźliwym. Przeniesienie wydzieliny dyfterycznej na łącznicę zdrowego oka zwykle wywołuje w niej także same cierpienie; jednakże bywają przypadki w których wskutek takiego przeniesienia powstaje zwykły śluzotok (JACOBSON). Niektórzy autorowie jako to MAGNE i PETER, uważają dyfteryt łącznicy za cierpienie niezaraźliwe ¹⁾.

Dyfteryt można niekiedy wywołać, przenosząc na zdrową łącznicę wydzielinę innych form zapalenia łącznicy, jako to: śluzotokowego lub ziarninowego. Nadzwyczaj często przyczyną tej choroby w północnych Niemczech i u nas, bywa przeniesienie do worka łącznicy wydzieliny trypra cewki moczowej. Dyfteryt łącznicy może być wywołany także mechanicznymi i chemicznymi szkodliwymi wpływami działającą na łącznicę, a mianowicie: oparzeniem łącznicy wapnem, kwasem siarczanym i t. d.; operacjami wykonywanymi na powiekach, lub też operacją zéza (GRAEFE, JACOBSON); leczeniem silnemi przyżeganiem i w ogóle leczeniem innych postaci zapalenia łącznicy, w ostrym okresie takowego, przy pomocy środków drażniących. Czasami zapalenie dyfteryczne łącznicy występuje współcześnie z takimż cierpienia-

¹⁾ Przyt. GAŁĘZOWSKI, l. c. str. 205.

mi innych błon śluzowych i ostremi wysypkami jako to: odra i płonica.

Dyfteryt łącznicy, podług GRAEFE'GO, jest chorobą ogólną, podług JACOBSONA jest czysto miejscowem cierpieniem, podług HIRSCHBERGA, SAEMISCHIA i innych, bywa on raz ogólną, to znów miejscową chorobą. Z pomiędzy naszych oftalmologów prof. WOLFRING ¹⁾ uważa *Conjunctivitis diphttheritica* jako cierpienie miejscowe; takież zdanie ostatniemi czasy wyrazili: prof. SZOKALSKI, D-r NARKIEWICZ-JODKO i D-r Z. KRAMSZTYK ²⁾. D-r GEPNER ³⁾ uważa epidemiczny dyfteryt łącznicy za chorobę ogólną.

Czy grają jakąbądź rolę znajduwane niekiedy przy tej chorobie drobnowidzowe organizmy — niewiadomo.

Pierwiastek zarażający dyfterytu (również jak i innych zaraźliwych cierpien łącznicy), podług doświadczeń prof. WOLFRINGA, znajduje się prawdopodobnie w wdzielinie gruczołków KRAUZEGO.

Co się tyczy geograficznego rozprzestrzenienia rozpatrywanej choroby, cierpienie to w ciężkich swoich formach spotyka się dość często w północnych Niemczech. Podług GRAEFE'GO, JACOBSONA i HIRSCHBERGA (l. c. str. 141) stanowi ono 0,5% wszystkich chorób oczu. W Nadreńskich prowincjach dyfteryt łącznicy spotykany bywa w stosunku 0,1% wszystkich chorób ocznych (SAEMISCH); w południowych Niemczech w stosunku 0,12% (według BERLIN'A ze Stutgardu i BECKER'A z Heidelbergu); w Holandyi podług DONDERSA 2,23% ⁴⁾. W innych krajach ciężkie postacie

¹⁾ E. WOLFRING Beitrag zur Lehre von den contagiösen Augenentzündungen. Ausserord. Beilageheft zu den Klin. Monatsbl. f. Augenheilkd Erlanger 1874, str. 28.

²⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. T. LXXVI, 1880. Referat rozpraw wywołanych przez prof. SZOKALSKIEGO w celu wyjaśnienia wątpliwości istniejących w nauce o dyfterycie łącznicy. Posiedz. 4, 6 i 7.

³⁾ D-r Med. B. GEPNER. O sposobie leczenia zapalenia dyfterycznego łącznicy okład zalecanym przez D-ra Emila WOLFRINGA. Pam. Tow. Lek. W. T. LXVII. 1872, str. 249.

⁴⁾ Przyt. SAEMISCH, l. c. str. 107.

dyfterytu łącznicy zdarzają się bardzo rzadko, np. w sprawozdaniu BARDE'A ¹⁾ z Genewskiego oftalmicznego szpitala za rok 1877 i 1878, przytoczone są tylko dwa przypadki tej choroby.

W Rosyji dyfteryt łącznicy zdaje się być także rzadkością. W klinice dorpackiej w ciągu dwóch lat (1868—1870) było tylko dwa przypadki;²⁾ w sprawozdaniu z kliniki kazańskiej prof. ADAMIUKA ³⁾ (za półtora roku) nie wspomniano zupełnie o przypadkach dyfterytu łącznicy, chociaż jest mowa o sześciu przypadkach śluzotoku łącznicy, powstałego wskutek zarażenia ropą tryprową, co u nas i w północnych Niemczech wywołuje zwykle dyfteryt.

W Królestwie Polskiem dyfteryt łącznicy jest chorobą dość częstą; spotykamy go może nawet częściej aniżeli w północnych Niemczech; podług prof. SZOKALSKIEGO stanowi on 0,4% wszystkich chorób łącznicy. Prof. SZOKALSKI ⁴⁾ wspomina o epidemii tej choroby w Warszawie w 1866 r. pomiędzy żydowską ludnością. D-r DOBRZAŃSKI ⁵⁾ w oddziale ocznym szpitala Dzieciątka Jezus w 1867 roku, leczył 10 przypadków dyfterytu łącznicy. W tutejszym Instytucie Oftalmicznym dyfteryt spotyka się w stosunku od 1,5% do 3,5% wszystkich chorób, leczonych w salach Instytutu ⁶⁾. Odsetki dla dyfterytu łącznicy są więc u nas wyższe niż w północnych Niemczech, Procent dla dyfterytu łącznicy pomiędzy wojskami, znajdującymi się w okręgu

¹⁾ BARDE. A. Hôpital ophtalmique de Genève rapport pour 1877 et 1878 ref. Annales d'oculistique. Mai - Juin 1879.

²⁾ J. v. OTTINGER, Die Ophtalmologische Klinik Dorpats, str. 6. Dorpat 1871.

³⁾ ADAMIUK E. Oftalmologiezeskija nabliudienija. Wyp. III. Kazań 1880, str. 752.

⁴⁾ SZOKALSKI. Wykład chorób przyrzędu wzrokowego. T. 1, str. 246—250. Warszawa 1869.

⁵⁾ DOBRZAŃSKI. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. LXIII, str. 91.

⁶⁾ NARKIEWICZ JODKO. Sprawozdania z Instytutu Oftalmicznego imienia Edwarda księcia Lubomirskiego w Warszawie za 1872—1878.

Królestwa Polskiego, bodaj czy nie jest większym aniżeli pomiędzy stałą miejscową ludnością.

Rokowanie przy dyfterycie łącznicy, różni autorowie stawiają bardzo rozmaite, jednakże cierpienie to wyrażone w silnej formie, uważane jest zwykle za najniebezpieczniejszą z chorób zewnętrznych tkanek oka. W przypadkach współczesnego zjawienia się dyfterytu łącznicy wraz z dyfterytem gardzieli, dławcem, lub też w przypadkach, gdzie dołącza się on do ostrych wysypek, rokowanie nawet *quo ad vitam* bywa niepomyślnem, jednakże zależy to po większej części nie od cierpienia oczu.

Rokowanie, co do zachowania wzroku, zależy istotnie od stanu rogówek. Jeżeli przy dyfterycie rozlanym rozwiną się zmiany rogówek z charakterem zgorzelinowym, to oko zwykle jest straconem. Wątpliwem także bywa rokowanie, jeżeli dyfteryczne nacieczenie rozprzestrzenia się i na łącznicę gałkową (SAEMISCH). Cierpienia rogówek powstające *in stadio demarcationis*, szczególnie w dalszym jego przebiegu, kiedy łącznica przyjmuje postać taką, jaką widzimy przy szluzotoku, pozwalają na daleko pomyślniejsze rokowanie. Cierpienia *in stadio cicatrisationis* mają ten sam charakter co i przy bliznach po trachomacie, są one powierzchowne i łączą się z rozwojem naczyń w rogówce. W ogóle GRAEFE stawia rokowanie daleko gorsze u dorosłych niż u dzieci; HIRSCHBERG odwrotnie. Według SAEMISCHA (l. c. str. 109), rokowanie zawisło od tego, czy dany przypadek należy do epidemicznych, czy do sporadycznych, ostatnie przypadki dają rokowanie daleko lepsze.

Częściowy, ograniczony dyfteryt, formy mieszane i przejściowe, również jak i tak zwana *Conjunctivitis crouposa* pozwalają na rokowanie po większej części pomyślne.

Dane liczebne odnoszące się tutaj są następujące: w przypadkach spostrzeganych przez GRAEFE'GO, z pomiędzy 40 oczu dzieci dotkniętych zapaleniem dyfterycznym rozlanem, straconych było 9, wyleczonych z *leucoma adhaerens* 3, z niezbyt znacznymi plamami rogówki 7, bez śladów

choroby na rogówce 21. Z 8 oczu dorosłych osób straconych 3, nawpół straconych 2, wyleczonych bez znacznego upośledzenia wzroku 3.

JACOBSON leczył 22 oczu dotkniętych epidemicznym dyfterytem, z nich straconych zupełnie 5, wyszło z *leucoma adhaerens* 3, z plamami na rogówkach 6, ze zdrowymi rogówkami 4; nadto wskutek przebytego zapalenia dyfterycznego uzyskało polepszenie wzroku 4 oczy, chore oddawna na *pannus trachomatosus*. Ze 40 przypadków sporadycznego dyfterytu, nietylko wzrok nie był stracony ani w jednym oku, ale nawet w żadnym przypadku nie pozostało się znaczniejsze zmętnienie rogówki.

HIRSCHBERG przytacza wypadek leczenia 94 oczu, z nich straconych było 34, napół straconych 6, wyleczonych 54.

Co się tyczy zapalenia oczu tryprowego, które zwykle bywa cierpieniem dyfterycznym, rokowanie przy niem bywa często jeszcze gorsze niżeli przy dyfterycie z innych przyczyn powstałym.

LAWRENCE ¹⁾ przytacza zejścia 14 przypadków, w 9-iu z nich cierpienie było jednostronnem, w pozostałych 5 obustronnem. Z pomiędzy przypadków pierwszej kategorii straconych oczu 6, z pozostałych 3—jedno wyzdrowiało zupełnie, na jednym została *synechia anterior* i na jednym *leucoma*. Z 10 oczu, gdzie choroba była obustronną, straconych zupełnie było 6 (jeden chory stracił wzrok w obu oczach). Co do zejść dyfterytu w przypadkach spostrzeganych w Królestwie Polskiem, to D-r DOBRZAŃSKI przytacza, że wszyscy chorzy, którzy weszli do szpitala bez cierpienia rogówki, wyzdrowieli zupełnie. D-r NARKIEWICZ-JODKO ²⁾ od roku 1866 do 1871 miał w swem leczeniu 54 przypadków; 9 u mężczyzn, 12 u kobiet i 33 u dzieci. Cho-

¹⁾ LAWRENCE, przyt. WECKER, l. c. str. 318.

²⁾ NARKIEWICZ-JODKO, przyt. GEPNER, l. c. str. 253.

roba zajmowała oba oczy u 41 osób, jednooczną zaś była u 13 osób.

Z pomiędzy osób dotkniętych obuocznem zapaleniem straciło wzrok: w obu oczach osób 7, w jednym oku osób 5. Zejście było nawpół pomyslnie, dające się poprawić drogą operacyi: w obu oczach u osób 8, w jednym oku u osób 13. Czyli że z 95 oczu: straconych 20, nawpół straconych 38, wyzdrowiało 37.

Zejscia te są stosunkowo daleko lepsze aniżeli w północnych Niemczech; jednakże niewiadomo czy we wszystkich przypadkach u nas dyfteryt był rozlanym.

Leczenie dyfterytu łącznicy jest jeszcze dotychczas mało rozwiązaniem zadaniem. Jeżeli choroba dotyka tylko jedno oko, przedewszystkiem należy na drugie nałożyć ochraniającą opaskę ¹⁾.

Co się tyczy właściwego leczenia, zdania autorów są nadzwyczaj podzielone. Jedni za radą GRAEFE'GO główną nadzieję zasadzają na ogólnem leczeniu i uważają wszystkie prawie miejscowe środki w okresie *acme* choroby jako przeciwwskazane, gdy tymczasem inni wyłącznie radzą stosowanie miejscowe środków nadzwyczaj energicznych. Jedni zalecają bardzo staranne, prawie co minutę powtarzane przemywanie oczu, drudzy nakładają opaskę uciskającą i t. d. GRAEFE, HIRSCHBERG i inni radzą „przy ścisłej dyjcie wcierać szaruchę; wewnątrz zaś zadawać kalomel,

¹⁾ Najlepiej postępować następującym sposobem: kładzie się na zamknięte powieki owalny kawałeczek płótna i wypełnia się jamą okołoczną szarpnią, następnie cała okolica oczodołowa pokrywa się czworokątnym kawałkiem płótna, brzegi którego posmarowane kolodjonem przylepiają się do skóry, powierzchnię płótna jeszcze kilka razy należy posmarowanego *collodium*. Dla większej trwałości na wierzeh kładą jeszcze kilka kawałków płótna posmarowanych także *collodium*. Takim sposobem otrzymuje się prawdziwy nieprzemakalny parcerz, który należy raz na dobę zmieniać, oczyszczając oko przytem z najmniejszych śladów wydzieliny.

w celu wywołania ostrego zatrucia rtęcią w ciągu 24—48 godzin.

Podług HIRSCHBERGA, można śmiało wetrzeć dorosłym do III szaruchy i dać do XVI gr. kalomelu w ciągu 48 godzin. Jeżeli wtedy nie nastąpiła ulga w chorobie, należy wywołać obfity upust krwi zapomocą pijawek, przystawianych jedna za drugą; pijawki przystawiają się jedna po drugiej, póki nie nastąpi omdlenie, lub też zmniejszenie narzęknienia powiek. Jednocześnie należy starannie oczyszczać oczy i kłaść zimne (z lodu) okłady. Jednakże według HIRSCHBERG'A, JACOBSON'A i innych, w wielu przypadkach bardzo dobrze działają nie zimne lecz ciepłe okłady i kataplazmy.

JACOBSON (l. c. str. 202) i HORNER (l. c. str. 139) nie spostrzegali szczególnych korzyści z zastosowania gwałtownej merkuryjalizacji lub obfitych krwi upustów. JACOBSON wyznaje, że w tych przypadkach, w których działał tak energiczne, miał zejście niepomysłne; chorzy wzrok utracili i długi czas jeszcze potem cierpieli w skutek gwałtownych wcierań szaruchy.

HORNER, w przypadkach dyfterytu łącznicy połączonych z cierpieniem ogólnem, radzi używać większe dawki chininy.

Co się tyczy miejscowego leczenia, jak to wspomniałem wyżej, większość autorów radzi staranne oczyszczenie oczu gąbką i przykładanie zimnych albo ciepłych okładów, wszystkie zaś *topica*, a szczególnie *caustica*, są podług nich bezwarunkowo przeciwwskazane *in stadio acme*.

Jedyny STELWAG v. CARIEN ¹⁾, leząc dyfteryt łącznicy przyżeganiem *Arg. nitric.* i opaską uciskającą. powiada, że wszystkie leczone tą metodą oczy wyzdrowiały, dyfteryczne nacieczenie w ciągu 2—3 tygodni zniknęło i choroba przyjmowała charakter śluzotoku. Miejscowy upust krwi, zapomocą nadcięć łącznicy również i używana dawniej *arte-*

¹⁾ Przyt. JACOBSON, l. c. str. 209,

riotomia, zapomocą przecięcia zewnętrznego kąta powiek, podług HIRSCHBERG'A, są przeciwwskazane z obawy, aby powstała ztąd rana nie podległa dyfterytowi. Przeciwnie zaś JACOBSON widział dobre rezultaty z głębokich nacięć łącznicy, SCHIRMER ¹⁾ znowu zaleca głębokie skaryfikacje.

CRITCHOTT ²⁾ w jednym przypadku nadzwyczaj silnego zapalenia tryprowego oczu, rozciął prostopadle całą górną powiekę aż do brzegu oczodołu i obie połowy przeciętej powieki przymocował zapomocą szwów do skóry nad brwiami. Przypadek ten zakończył się szczęśliwie; po wyleczeniu cierpieniu łącznicy, obie połówki powieki zostały połączone z sobą zapomocą szwów tak dokładnie, że ostatecznie pozostała tylko lekka niekształtność, bez wpływu na czynność powieki.

O ile jest często płonną obawa zarażania ran produktami dyfterytu łącznicy, dowodzi przypadek przytoczony przez JACOBSON'A (l. c. str. 185), który podczas trwania tego procesu w 7-ym dniu choroby, wykonał z pomyślnem zejściem wyluszczenie gałki ocznej, z powodu powstałej w niej *Panophthalmitis*.

Co do środków przeciwpasożytowych, twierdzi HIRSCHBERG (l. c. str. 157), że użycie ich żadnej korzyści nie przynosi, przeciwnie zaś, Alfred GRAEFE ³⁾ przytacza przypa-

1) SCHIRMER, przyt. H. SETTLER. Ueber Behandlung der Conjunctivitis diphtheritica. Inaug. dissert. str. 18. Greifswald 1878.

2) Annales d'oculistique. Septembre—Octobre 1879, str. 194.

3) Albert GRAEFE. Ueber antiseptische Behandlung der Conjunctival Diphtherie. Klin. Monatsbl. f. Angenschkd, refer. Jahresbericht von NAGEL f. das Jahr 1873 st. 243. Ten sam autor, ostatniemi czasy, radzi przy dyfteryacie łącznicy używać: przemywanie oczów antyseptycznemi rozezynami (*Ac. carbolic.* 1½/0—20/0 lub *Ac. boric.*), zimne okłady i ostrą merkuralizację—podług Alb. GRAEFE'GO (Ueber caustische und antiseptische Behandlung der Conjunctivalentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der Blenorrhoea neonatorum. Volkmann's Vortrüg. Nr 192. 1881).

dek, w którym miał on jakoby powstrzymać rozwój dyfteryicznego zapalenia łącznicy, użyciem miejscowem 1% rozczyynu kwasu karbolowego. Hotz ¹⁾ zaleca przy dyfterycie, tuszowanie łącznicy dwa razy dziennie rozczyznem jodu i kwasu karbolowego. (*Ac. carb. cryst. 4,0, Tinct. Jodi 2,0, Aq. destill. 20,0, Alcohol 4,0*). WECKER radzi używać, przy dyfteryicznym (i innych zapaleniach łącznicy), przemywania oczu słabym rozczyznem kwasu salicylowego lub karbolowego 3 na 500), i przyżegania naciezionej łącznicy 10% rozczyznem kwasu salicylowego ²⁾ (z boraksem do rozpuszczenia). Stosuje on przytem zimne lub ciepłe okłady. Miejscowe leczenie łączy jednocześnie z ogólnem rtęciowem.

Niektórzy francuzcy autorowie, jako to: CHASSAIGNAC i GOSSELIN ³⁾ radzą ścierać błony dyfteryiczne z powierzchni łącznicy. PETER zaś, przyżegał powierzchnię łącznicy oczyszczonej z błon, kamieniem piekielnym.

Leczenie, jakiego radzą używać BUISSON i GAŁĘZOWSKI (l. c.), podobnem jest do metody zalecającej przez GRAEF'GO, cała jego różnica polega na tem, że niekiedy zamiast kalomelu, chorzy dostają małe dawki emetyku.

D-r WOLFRING powziąwszy przekonanie, iż dyfteryt łącznicy jest cierpieniem miejscowem, podstawił zamiast merkuryjalizacyi ogólnej, leczenie miejscowe, zasadzające się na starannem wcieraniu maści z tlenku żółtego rtęci, w powierzchnię błony łącznej powiek i fałdy przechodniej (*Hydr. praecip. flav. gr. 5, Cerati simplic. ex ol. amygd. parati 3ij*). Wcieranie takie odbywa się w sposób następujący: po odwinięciu obu powiek, dolną utrzymuje pomocnik, sam zaś

¹⁾ Hotz J. C. Diphtherie ophthalmia treated with carbolic and Jodine. Chicago medical Journal. January. 1873. Jahresbericht vom NAGEL, str. 243.

²⁾ WECKER L. Therapeutique oculaire, str. 99. Paris 1879.

³⁾ Przyt. GAŁĘZOWSKI, l. c. str. 207.

⁴⁾ WOLFRING E. Gazeta lekarska, T. XII, Nr 12. Wojenno-Medicinskij żurnal 1872 Awgust. Klinische Monatsbl. f. Augenhkd. Beilageheft. 1874.

lekarz, wielkim palcem lewej ręki, utrwała położenie powieki górnej; następnie pomocnik zbliża odwiniętą powiekę dolną do górnej fałdy przedniej, a lekarz — osuszywszy powierzchnię łącznicy, zapomocą kawałka suchego i miękkiego płótna, szybkimi i lekkimi ruchami wskaziciela prawej ręki wciera maść przez 1—2 minut. Wytarłszy zleka płótnem maść pokrywającą łącznicę, spostrzegamy następujące zmiany: biaława powierzchnia błony łącznej czerwieni się i pokrywa w przeciągu minuty przezroczystymi kropelkami, które powiększając się tworzą bardzo widoczne krople. Kropelki owe nie odrazu łączą się z sobą, ale na-przód dochodzą znacznej wielkości i wtedy stykając się z sobą spływają po twarzy. Osuszywszy znowu powierzchnię łącznicy, wciera się maść po raz drugi i doczekawszy się wystąpienia wypociny, wcieranie powtarza się po raz trzeci. Cała ta manipulacja trwa około 10—15 minut. Wcierania te stosują się dwa razy dziennie—rano i wieczorem. Oprócz tego skóra powiek przyżega się raz na dzień kamieniem piekielnym, z następczem kilkakrotnem obmywaniem jej słoną wodą, w celu zapobieżenia zbyt prędkiemu utworzeniu się nadżarcia naskórka.

Przy przejściu dyfterytu w okres śluzotokowy, wcierania skuteczniają się raz na dobę, zamiast zaś drugiego wcierania łącznica przyżegana bywa rozczynek azotanu srebra (1 : 48). Jeżeli okres śluzotokowy jest zupełnie rozwinięty, należy zaprzestać użycia wcierań, które stosują się ponownie, przy zaostrzeniu objawów choroby.

Przy stosowaniu naprzemian wcierań i przyżegań azotanem srebra, zamiana tego ostatniego środka rozczynek nadmanganianu potażu (1 : 69), działa czasami bardzo dobrze; zdaje się przytem, że nadmanganian potażu wstrzymuje postępowy rozpad rogówek.

Wyżej opisana metoda leczenia podług D-rów GEPNERA ¹⁾

¹⁾ GEPNER. l. c. str. 262 i Wykład chorób wenerycznych, ułożony przez stud. med. pod przewodnictwem D-ra K. PAWLIKOWSKIEGO. Con-junctivitis gonorrhoeica str. 195. Warszawa 1874.

i NARKIEWICZA-JODKO ¹⁾ daje rezultaty daleko lepsze aniżeli użycie ogólnych wcierań szaruchy; ostatni autor przytacza, iż używał jej więcej jak w trzydziestu przypadkach dyfterytu. Według prof. SZOKALSKIEGO ²⁾, daje ona 90% wyleczeń w lekkich i średnich przypadkach dyfterytu. Metoda ta była stosowaną ostatniemi czasy w Greifswaldskiej klinice z bardzo dobrym rezultatem (SETTLER l. c.).

Prof. WOLFRING ³⁾ w pewnych formach dyfterytu stosuje wyłącznie roztwór nadmanganianu potażu (gr. $\times : \text{3j Aq. destillatae}$) dla tuszowania łącznicy. Środek ten, stosowany przez D-ra NARKIEWICZA-JODKO ⁴⁾, ma podług niego, szczególnie przy dyfterycie u dzieci, pierwszeństwo przed wcieraniem żółtej rtęciowej maści, które raz działają bardzo dobrze, czasami zaś wywołują znaczne pogorszenie. Podług HIRSCBERGA, stosowanie roztworu nadmanganianu potażu żadnej korzyści nie przynosi, gdy tymczasem STILLING ⁵⁾ oddaje mu pochwały.

W ostatnich czasach, niektórzy autorowie, (DOR, NIEDEN i inni) radzą używać przy dyfterycie łącznicy wewnątrz i miejscowo *Natrum benzoicum*. BUSINELLI, na ostatnim zjeździe oftalmologów w Medyrolanie, chwalił tuszowanie łącznicy roztworem chloralu (1 : 100—300 *Aq. dest.*) Nie wymieniono tu jeszcze wszystkich środków i metod używanych i zalecanych przy leczeniu dyfterytu łącznicy; z tego jednak co wyliczono trzeba dojść do wniosku, że dotychczas nie posiadamy pewnych podstaw w terapii tej straszliwej choroby, i że leczenie pozostaje po większej części tylko empirycz-

¹⁾ NARKIEWICZ-JODKO. Drugie sprawozdanie i t. d. za rok 1872, str. 16.

²⁾ Przyt. CHODIN. *Prakticzeskaja Oftalmologija*. Petersburg 1879, str. 213.

³⁾ WOLFRING. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* IV, str. 85—88.

⁴⁾ NARKIEWICZ-JODKO. Czwarte sprawozdanie i t. d. za rok 1874, str. 15.

⁵⁾ STILLING. *Annales d'oculistique*. Mars—Avril 1880, str. 178.

nem. Wyżej wspomniane sposoby leczenia odnoszą się właściwie do okresu *acme* choroby. W okresie *demarcationis* wogóle, radzą używać ciepłych okładów, jeżeli nie ma obfitego wydzielania ropy; w przeciwnym razie, również i przy rozwiniętym w zupełności okresie śluzotokowym, należy przejść do użycia środków ściągających i zlekka przyżegających. W ogóle przyżegania należy wykonywać ostrożnie i niezbyt mocno, żeby nie powiększać istniejącej już i tak w łącznicy dążności do kurczenia się.

Leczenie tak zwanego krupu łącznicy, powinno być podług SAEMISCH'A (l. c. str. 99) i WECKER'A (l. c. str. 322) przeciwzapalne, dopóki błony się nie oddziela, użycie środków przyżegających jest przeciwwskazaniem. Jednakże prof. SZOKAŁSKI (l. c. str. 247) wspomina, że często dobrze działa sztuczne oddalenie błon fałszywych i następnie przyżeganie łącznicy roztworem azotanu srebra, a nawet złogodzonym kamieniem piekielnym.

Istnienie cierpień rogówki, szczególnie ze zgorzelinowym charakterem, przy dyfteryście łącznicy przeciwwskazuje użycie zimna: wtedy zwykle wpuszczają się krople roztworu siarczanu atropiny, który to środek, ostatniemi czasy, coraz więcej zamieniany bywa przy cierpieniach rogówki siarczanem ezeryny i chlorkiem pilokarpiny.

W ogóle leczenie dyfterycznych cierpień rogówki nie różni się niczem od ogólnie przyjętych zasad.

III.

W ostatnich miesiącach 1879 i w ciągu całego 1880 r. spostrzegano w oddziale ocznym szpitala wojskowego Ujazdowskiego (ciężkich i lżejszych form) 80 przypadków dyfterytu łącznicy. Z tej liczby, do końca roku 1879 przybyło do szpitala chorych 11, 19 chorych pozostało w szpitalu na rok 1881, 50 zaś przybyło i wyszło ze szpitala w ciągu 1880 roku. W 8 przypadkach cierpienie dotyczyło jedno tylko oko, w pozostałych 72 zajmowało obadwa oczy, w ogó-

le było 152 chorych oczu. Przy ogólnej liczbie 1771 chorych, którzy pozostawali w szpitalu w ciągu 1880 r. (dla leczenia i dla zbadania wzroku), dyfteryt łącznicy zajmuje 4,5% ogólnej liczby chorych ocznych. Jeżeli przyjąć w rachubę jedynie przypadki ciężkich, rozlanych form, to przypadki te (20) stanowią 1,12% ogólnej liczby chorych ocznych.

Chorzy byli wojskowymi niższych stopni z wojsk konsystujących w okręgu Królestwa Polskiego, z wyjątkiem 5-ii, z których jeden był popisowym, przysłanym do szpitala dla zbadania stanu oczu, jeden dymisyjonowany i trzech z zapasu armii. Wojskowych więc niższych stopni pozostających w czynnej służbie było 75.

Z oddzielnych części wojsk, największą liczbę chorych na dyfteryt łącznicy dał pułk Czernihowski—17, Tobolski—13 i Kremieńczucki—7. Chorzy z jednego i tegoż samego pułku, przybywali do szpitala jednocześnie lub w krótkich odstępach czasu, z formami dyfterytu nadzwyczaj podobnymi do siebie. Przyjąć więc można istnienie trzech oddzielnych epidemii, pod koniec których przypadki stawały się daleko łżejszymi.

O bezpośredniej przyczynie powstania epidemii nie pewnego dowiedzieć się nie mogłem. Co do przyczyn wybuchnięcia tych epidemii, sądzimy, że nie były one różnymi, od wywołujących inne cierpienia łącznicy między żołnierzami i wpływających na stan zdrowia wojsk w ogóle — na głównem zaś między nimi miejscu postawić należy ciasnotę i niehygieniczne urządzenie mieszkań żołnierskich. Jako potwierdzenie powyższego zdania, pozwalam sobie przytoczyć ze sprawozdania Medyczo-Statystycznego o stanie zdrowia wojsk za rok 1874 ¹⁾ co następuje:

¹⁾ Врачебно статистическій отчет о состојаніи здоровья войск за 1874 г. По распоряженіи и под руководством Главнаго Военно-Медицинскаго Инспектора Н. І. КОЗЛОВА, составил на основании официальных данных J. M. SZMULEWICZ D-r Med. Чинownik osobых порученіи при Главном Военно-Медицинском Управленіи, Petersburg 1878, str. 9. O ile mi wiadomo, stan przytoczony prawie nie uległ dotychczas zmianie.

„Przyczyny chorób pomiędzy wojskami Warszawskiego okręgu, oprócz klimatycznych wpływów i topograficznego położenia kraju, szukać należy w nieodpowiedniem urządzeniu pomieszczeń koszarowych, w braku wentylacyi w takich, a często i światła. Wilgoć, kurz, brud, zimno, zepsute powietrze, a przy pewnych okolicznościach i ciasnota, dają się dość często zauważyć przy koszarowem rozkwaterowaniu wojsk, tak w prywatnych domach, jak i wielu koszarach i barakach.“

„Bywa często nawet gorzej. gdy żołnierze umieszczeni są po wsiach, tu często dwóch lub trzech mieścić się musi wraz z liczną rodziną włościanina i domowemi zwierzętami.“

W sprawozdaniu okulisty okręgowego tutejszego wojennego okręgu ¹⁾ za rok 1879 pułki: tobołski i kremieńczucki, wymienione są między częściami wojsk, które dały największy procent chorych ocznych.

W 16-tu przypadkach (z nich jeden u żołnierza z zapasu armii, pozostałe u żołnierzy czynnej służby), przyczyną dyfterytu było prawdopodobnie przeniesienie do oczu wydzieliny rzerzączki, na którą jednocześnie cierpieli, chociaż chorzy, po większej części, sposobu przeniesienia nie zauważyli.

Przypadków sporadycznych dyfterytu było 23 (jeden popisowy, jeden z zapasu i jeden dymisyonowany, pozostali żołnierze w służbie czynnej zostający). Oprócz wyżej wymienionych zachorowało w oddziale ocznym szpitala na dyfteryt łącznicy 6-ju ludzi, mianowicie: w dwóch przypadkach ostry zaraźliwy katar łącznicy przeszedł w dyfteryczne zapalenie; pozostali czterej chorzy zarazili się zapewne w szpitalu.

Historyje chorób wszystkich 80 przypadków łącznicy, w głównych zarysach, przedstawione są na dołączonej sze-

¹⁾ J. TALKO D-r Med. Stan armii Warszawskiego wojskowego pod względem chorób ocznych w 1879 r. Warszawa 1880, odbitka z Gazety Lekarskiej.

matycznej tablicy. Tablica ułożoną została dla tego, że przytaczając historję chorób, trzebaby było na każdym kroku powtarzać się. Tablica taka, przedstawiając odpowiednio zestawione faktyczne dane. może posłużyć jako materiał do statystycznych badań rozpatrywanej choroby odnośnie do jej form, zejść, leczenia i t. d.

W tablicy, poczynając ze strony prawej, zaznaczone są dla każdego przypadku następujące wiadomości:

1) Etiologija:

a) Epidemija.

b) Zarażenie wydzieliną rzerzączkową.

c) Przyczyna niewiadoma – przypadki sporadyczne.

2) Kiedy zachorował i gdzie.

3) Kiedy przyjęty został do szpitala i do jakiego oddziału: t. j. czy do oddziału dla dyfterytu oczu, czy też do innych oddziałów.

4) Nazwa oddziału wojska.

5) Stopień wojskowy.

6) Imię i nazwisko (imiona oznaczone pierwszą literą).

Tablica rozdzieloną jest na równe kwadraciki i jeżeli dany stan, oznaczony w rubrykach wypisanych na górze tablicy w danym przypadku miał miejsce, to odpowiedni kwadracik został oznaczony czarnym kolorem ¹⁾.

Wiadomości o stanie oczu, przebiegu choroby, leczeniu i t. d. oznaczone zostały dla każdego oka oddzielnie; dla każdego chorego przeznaczone są na tablicy dwa rzędy poziome kwadracików, górny rząd, dla wiadomości tyczących się prawego oka, dolny—lewego.

Na czele tablicy są pomieszczone rubryki dla oznaczenia następujących wiadomości:

I. Stan w jakim chory przyjęty został do oddziału.

II. Przebieg choroby w oddziale.

III. Zejścia choroby.

¹⁾ Pionowe rzędy kwadracików, w celu łatwiejszego zoryjentowania się, zostały oznaczone kolejno cyframi, umieszczonemi u góry i u dołu.

IV. Kiedy chory wypisany został ze szpitala i stan wzroku przy wypisaniu.

I. *Co do stanu oczu, w jakim chory przyjęty został do oddziału.* Dyfteryczne zapalenie łącznicy rozdzielone zostało podług HIRSCHBERGA na postaci: rozlaną, zlewającą się i ograniczoną (cząstkową).

Postacie zapalenia: rozlana i zlewająca się rozdzielone się na okres *acme* i okres *demarcationis*.

W każdej z trzech postaci dyfterytu i w oddzielnych okresach choroby oznaczony stan rogówek, a mianowicie:

- a) Rogówki zdrowe.
- b) Zupełne, lub prawie zupełne zniszczenie rogówek.
- c) Ograniczone zmiany rogówek, ze zgorzelinowym charakterem.
- d) Przedziurawienie rogówki z wypadnięciem tęczy.
- e) Wrzód obrączkowy, nabrzeżny.
- f) Wrzód przezroczysty.
- g) Powierzchnowe nadżarcia zapalne, ograniczone nacieczenia i inne owrzodzenia, z wyjątkiem wyżej wymienionych.

W oddzielnej rubryce oznaczony stan tęczówki — czy było jej zapalenie, czy też nie.

II. *Przebieg choroby* oznaczony odnośnie do łącznicy i rogówki z tęczówką.

a) Co się tyczy łącznicy, oznaczona długość okresu zapalenia *acme* i *demarcationis*, również zdarzające się niekiedy recydywy dyfterycznego nacieczenia.

b) Co do rogówki i tęczówki, rubryki są też same, co i dla oznaczenia stanu tych tkanek przy wejściu chorego do oddziału.

Oddzielna rubryka pozostawiona dla znacznego *Symblepharon posterius*.

III. *Zejszcia choroby* oznaczone są:

- 1) Odnośnie do łącznicy.
 - a) łącznica prawidłowa, lub z nieznacznymi, powierzchownymi bliznami.

b) dość znaczne, rozsiane blizny, znajdujące się głównie na fałdach przejściowych.

c) rozlane blizny łącznicy, lub też zupełne jej zwyrodnienie bliznowe.

2) Odnośnie do rogówki i tęczówki.

a) Rogówki zdrowe lub z nieznacznymi obwodowymi zmętnieniami, nieupośledzającymi wzroku.

b) Pośrodkowe plamki lub *facettes* rogówek.

c) *Leucoma simplex v. adhaerens parziale, nonectaticum.*

d) *Leucoma simplex v. adhaerens parziale, ectaticum.*

e) *Leucoma simplex v. adhaerens totale non ectaticum.*

f) *Leucoma simplex v. adhaerens totale ectaticum.*

g) Zrosty tęczówki z przednim woreczkiem soczewki (*Synechiae posteriores*).

Oddzielna rubryka pozostawiona dla zaniku gałki ocznej.

IV. *Leczenie.* Wymienione w oddzielnych rubrykach środki terapeutyczne, dzielą się na użyte głównie w celu leczenia stanu:

A) łącznicy

B) rogówki z tęczówką.

A) Odnośnie do stanu łącznicy:

1) Zimne okłady. Oczy były okładane w kilkoró złożonemi kawałeczkami płótna, które czas pewien pozostawały w wodzie z lodem. Okłady takie, zmieniając je co minutę, były stosowane dniem i nocą, czasami zaś robione były godzinne przerwy. Jeżeli wystąpiło cierpienie rogówki, szczególnie ze zgorzelinowym charakterem, to użycie zimnych okładów zostawało wstrzymanem.

2) Kataplazmy (kładły się co godzina lub co dwie, po 10—15 min. za każdą razą).

3) Pijawki (4—12, z nich 2—3 stawiano na nos około wewnętrznego kąta oka, reszta przed i pod uchem); przystawianie pijawek powtarzano na 2-gi i 3-ci dzień.

4) Przemycanie oczu rozcieńczoną wodą chlorową (1 : 5, robione były co 10—30 minut).

5) Przemycanie oczu słabym roztworem kwasu karbowego ($\frac{1}{2}\%$ — $1\frac{1}{2}\%$), robione były tak samo często jak i wodą chlorową.

6) *Arg. nitric. in substantia* lub roztworem (3j—5j *Aq. destill.*) skóra powiek była przyżeganą raz na dobę, z następczem obmywaniem jej słoną wodą.

8) *Ac. salicil.* (10% *cum Borax venlta q. s. ad Salut.*), łącznica była tuszowaną dwa razy dziennie, z następczem przemycaniem jej czystą wodą.

9) Wcieranie w łącznicę *Ungti Hydr. pp. flavi* (gr. V 3ij *Ceratum simplex et ol. amygd. ptum.*, metoda użycia wskazana wyżej); po skutecznieniu wcierania łącznica była starannie oczyszczaną z resztek maści.

10) Ogólne wcierania *Ungt. Hydrarg. ciner* — podług GRAEFE'GO.

11) *Arg. nitric.* (gr. 5j *Aq. destill.*)—albo *Lapis mitigatus* (1 : 3—2), łącznica była przyżeganą raz dziennie z następczem obmywaniem jej wodą słoną i czystą.

12) Nacięcia czyli skaryfikacje łącznicy, robione były powierzchowne w demarkacyjnym okresie dyfterytu, na częściach łącznicy wolnych od nacieczenia.

Wyżej wyliczone środki używane były w ogóle w okresie *acme* i w początku okresu demarkacyjnego. Dla leczenia następczego śluzotoku, używane były lekkie środki przyżegające i ściągające; leczenie to nie jest przytoczone w tablicy.

b) Stosownie do stanu rogówki i tęczówki używano:

13) *Atropin. sulphur grj. Morphii muriat. grij, Aq. destill.* 3ij, roztwór ten kroplami wpuszczano do worka łącznicy 2—8 razy dziennie.

14) *Pilocarp. muriatici grj.*—3ij *Aq. destil*, krople tego roztworu wpuszczano tak samo jak i poprzednie.

15) *Eserin. sulphur.* (*grj*—3ii *Aq. destil.*), krople tego roztworu wpuszczano również tak samo jak i poprzednie.

16) Opaska uciskająca; (przy istniejącej wydzielinie opaska była zdejmowaną kilka razy dziennie i oko starannie za każdą zmianą oczyszczane).

17) Kataplazmy—jak wyżej.

18) Pijawki.

19) Przekłucie rogówki (*Paracentesis*).

20) Wycięcie tęczówki (*Iridectomy*) wykonywane było w celu terapeutycznym i optycznym, zwykle w obu razem.

V. W końcu po oznaczeniu czasu w którym chory wyszedł ze szpitala, lub też pozostawania jego w szpitalu po 13 Stycznia 1881 roku, następuje określenie ostatecznego stanu wzroku.

Chorzy w wielu przypadkach pozostawali dość długo w szpitalu, wypisywani byli dopiero wtedy, gdy stan oczu stawał się względnie niezmiennym.

Określenie stanu wzroku dzieli się na trzy kategorie:

a) Utrata wzroku—(chory nie liczy palców na żadnej odległości od oka).

b) Znaczne osłabienie wzroku. Siła wzroku określaną była zapomocą liter i znaków SNELLEN'A, przy wysokim zaś stopniu osłabienia wzroku, liczeniem palców na danej odległości. Odpowiednie ułamki wyliczane były tym sposobem, że szerokość palca przyjmowaną była za równą szerokości linii, z których składa się pierwszy znak SNELLEN'A, oko więc obdarzone prawidłową ostrością wzroku, powinno widzieć oddzielne palce w odległości 200 stóp, np. chory jest w stanie policzyć palce z odległości 2 stóp, siła wzroku = $\frac{1}{100}$.

c) Wzrok prawidłowy, lub też nieznacznie osłabiony—siła wzroku niemniejsza niż $\frac{1}{3}$.

Rozumie się, że wiele określeń w tablicy robione były tylko w przybliżeniu; żaden przypadek nie przedstawiał zupełnej identyczności z innymi. Określenia stanu chorego w chwili przyjęcia go do szpitala, przebieg, zejścia choroby i leczenie, będąc podciągane pod jedne i też same rubryki, musiały przedstawiać drobne indywidual-

ne różnice. Chorzy wychodzący ze szpitala, czasami starali się ukryć prawdziwy stan wzroku, w celu uwolnienia się od dalszego odbywania służby wojskowej, z tego powodu takowy trzeba było określać na zasadzie przedmiotowych danych.

Krótki skorowidz zajęć przytoczonych w tablicy przypadków dyfterytu łącznicy przedstawiony jest niżej następującymi liczebnymi danemi. (Patrz tabliczkę str. 530).

Co się tyczy pytania, jakie obiektywne zmiany i jaki w ogóle obraz choroby rozumieć należy pod nazwą dyfterytu rozlanego, zlewającego się, cząstkowego, postaci porażień rogówek i t. d., musimy przeważnie powoływać się na to co wyżej było powiedziano o postaciach i przebiegu dyfterytu łącznicy.

Przypadki dyfterytu spostrzegane przez nas w ogólnych zarysach, nie różnią się od choroby, którą opisał pierwszy Alb. v. GRAEFE, a za nim inni, głównie niemieccy autorowie, opisy których służyły mi za materyjał do ułożenia rysu tej choroby. Dlaczego zaś zejścia u nas bywają lepsze niż w Niemczech, może poczęści należy przypisać temu, że przypadki dyfterytu bywają u nas lżejsze, głównie zaś zdaje mi się temu, że używane było energiczne miejscowe leczenie, którego w Niemczech, w ogóle idąc za radą GRAEFE'GO, unikają.

Odnosnie do mogącego mnie spotkać zarzutu, pomyłek w dokładnem rozpoznaniu choroby, to rzeczywiście — obraz choroby, kiedy dyfteryczne nacieczenie w kształcie oddzielnych *plaques* przyłącza się do chronicznych cierpień łącznicy, np. do chronicznego śluzotoku, przy niedokładności anamnestycznych danych, mógł być przyjęty za demarkacyjny okres rozlanego i zlewającego się dyfterytu. Zlewający się dyfteryt w okresie demarkacyjnym mógł być przyjętym za rozlany w tymże okresie i odwrotnie. Lecz tego rodzaju pomyłki mało mieć mogą wpływu na ostateczne wnioski.

Przybyło do oddziału chorych na dyfteryę łącznicy — ludzi 80 (oczów 152) z nich:		Z I O R N I M I D Y F T E R Y T U I Ą C Z N I C Y											
		z rozlanym dyfteryem z cierpieniem bez cierpienia rogówki			ze złowiąjącym się dyfteryem z cierpieniem bez cierpienia rogówki			z cząstkowym dyfteryem z cierpieniem bez cierpienia rogówki			razem		
		29 1)	6	11	20	2	2	2	2	2	2	2	2
przypadków epide- nicznych:	obustr. razem oczów jednostr. „ „												
przypadków z przemiesz- nia na łącznicę wydzieliny czwężkowej:	obustron. „ „ jednostr. „ „	1	3	4	12							4	23
przypadków spora- dycznych:	obustron. „ „ jednostr. „ „		9	3	7							21	48
zachorowało w szpi- talu:	obustron. „ „ jednostr. „ „	2	1	2	2							4	11
R a z e m o c z ó w:		32	20	21	41	2	2	2	2	2	2	36	152
Z NICH WYLECZONO:													
z przypadków epi- demicznych:		7	12 4) 10 ²	5	1	5	6	20		1	1	2	70
z przypadków z przemiesz- nia na łącznicę wydzieliny czwężkowej:		1		2	1	3	1	7	3	2		4	28
z przypadków spo- radycznych:				4	5	2	1	5	2			19	43
z przypadk. powsta- łych w szpitalu:		2		1		2		2				2	11
R a z e m o c z ó w		7	15	10	9	10	1	6	13	2	2	32	152

1) W liczbie 29 oczów z porażoną rogówką, 5 rogówek było prawie zupełnie zniszczonych. 2) W tej liczbie tylko jeden chorey (Tab. Nr. 9) utracił wzrok zupełnie w obu oczach. 3) Trata wzroku nastąpiła przed kilkoma laty z powodu zmętnienia soczewki (Tab. Nr. 37). 4) Wzrok w jednym oku cierpiącym oddawna na łuszczykę, polepszył się (Tab. Nr. 36, oko lewe); rogówka drugiego oka u te- goż chorego, pomimo istniejącej łuszczyki, uległa owrzodzeniu z następczym przedziurawieniem i wypadnięciem tęczwy.

Muszę tu zastrzedz się, że okresy „demarkacyjny“ i „śluzotokowy“ dyfterycznego zapalenia nie są dla mnie synonimami. Za demarkacyjny okres uważamy ten stan łącznicy, gdy powierzchnia jej przedstawia się nieprawidłowo owrzodzoną, gdy wraz z nacieczonemi jeszcze jej częściami, inne jej części są owrzodzone, pokryte rozpadem i różnego rodzaju błonami, przytem zwykle istnieje jeszcze dość znaczna *chemosis*.— łącznicy gałki.

Jeżeli łącznica powiekowa i fałdy przejściowe były całe pokryte czerwonymi nierównościami, lub też tworzyły się już na nich blizny, to stan taki łącznicy nie był zaliczany do dyfterycznego zapalenia i przypadki te w tablicy umieszczonemi nie były, chociaż czasem było wiadomo, że stan ten poprzedzony był przez okres dyfterycznego nacieczenia.

Przejściowe formy od dyfterytu do śluzotoku, również jak i formy bardziej krupowe weszły w rubryki dla częstkowego (ograniczonego) dyfterytu.

Należy zauważyć, że form czysto krupowych, w których włóknikowe nacieczenie nie zajmowałoby nigdzie miąższu łącznicy i gdzieby po oddzieleniu błon fałszywych łącznica nie przedstawiała nigdzie wytworu bliznowego, zupełnie nie spostrzegano.

W wielu przypadkach zapaleń łącznicy w ogóle, w początkowym okresie choroby, często zauważyć można wydzielanie na powierzchnię łącznicy krzepnącego wysięku i tworzenie się napół przezroczystych, dających się z łatwością zdejmować szarawych błonek; stan taki trwa zwykle krótko i przemagają nad nim inne objawy, odpowiednio do których rozpoznanie stawiane bywa. *Conjunctivitis blenorrhoica acuta, contagiosa acuta* i t. d., przypadki takie do tablicy wejść nie mogły. Czasami w przypadkach tego rodzaju oddzielne fałdki rozpulchnionej łącznicy, będąc pokryte błonami, mogą się zlepiać, a następnie nawet częściowo zrastać się z sobą; zrosty więc takie nie specyficznego dla dyfterytu nie przedstawiają.

We wszystkich spostrzeganych przezemnie przypadkach, dyfteryt łącznicy był cierpieniem w zupełności, lub przynajmniej głównie, miejscowem.

W okresie *acme* dyfterytu rozlanego i zlewającego się i w początku okresu demarkacyjnego, często spostrzegany bywał lekki stan gorączkowy, ogólne osłabienie i rozstrój trawienia. Objawy te należy uważać po części jako odczyn całego organizmu, zdarzający się przy każdym miejscowym procesie zapalnym o silnem napięciu, szczególnie połączonym ze zgorzelą tkanek, po części zaś zależały one od braku snu spowodowanego silnemi bólami. Dyfteryt łącznicy w żadnym przypadku nie był połączony z dyfterytem skóry lub też innych błon śluzowych; białkomoczu a także bezwładów następczych nie spostrzegałem.

Czasami zauważono niewielką nabrzękłość i bolesność gruczołów limfatycznych przed uchem.

Wysoki stan gorączkowy miał miejsce tylko w jednym przypadku (Tabl. przyp. N. 11), temperatura, będąc początkowo tylko niewiele podniesioną (38,0—38,5°), po kilku dniach doszła do 40,0°. Wysoka gorączka w tym przypadku, wystąpiła po wtarciu w rozmaite części ciała, w ciągu czterech dni, około 5ij szarej maści i po wywołaniu takim sposobem ostrej merkuryjalizacyi. Gorączka wkrótce, po ukazaniu się obfitych wodnistych wypróżnień, znikła. Trudno określić czy w danym przypadku wysokie podniesienie ciepłoty ciała było objawem gorączki rtęciowej (*Febris mercurialis*), lub też zależało od innych przyczyn.

Z następczych, miejscowych zjawisk po dyfterycie łącznicy zauważone były: skrócenie worka łącznicowego, *symblepharon posticum* i lekkie zgięcie chrząstki powiek w poziomym kierunku z wypukłością na zewnątrz; wykształconego całkowicie zawinięcia powiek nie spostrzegałem ani razu, prawdopodobnie dla tego, że chorzy znajdowali się w mojej obserwacyi przez czas zbyt krótki na to, by utworzone bliźny dostatecznie skurczyć się nie mogły i ujawniły tym sposobem swe ostateczne działanie.

W kilku przypadkach. w okresie wytwarzania się blizn, powstało zgięcie chrząstki powiek w prostopadłym kierunku do brzegu powiekowego, łącznicowa powierzchnia powiek przedstawiała wtedy kilka brózd prostopadłych.

W przypadkach, w których oddzielne *plaques* zajmowały i część brzegu powiek, następnie powstawało w tem miejscu powierzchowne wcięcie, opraniczone zwykle do tylnej krawędzi brzegu powiekowego.

Badanie drobnowidzowe łącznicy uległej zapaleniu dyfterycznemu, miało miejsce w trzech przypadkach (Tabl. N. 8, 9, 10). Przy poczynającym się okresie demarkacyjnym, dwa jeszcze nie rozpulchnione kawałeczki łącznicy wycięte były z fałdy przejściowej, trzeci zaś z łącznicy gałkowej. Badania dokonał pod kierunkiem prof. HOYER'A stud. KAMOCKI. Według słów tego ostatniego, znaleziony był obrzęk, nacieczenie komórkowe mięszu łącznicy i mnóstwo mikrokokków. Dokładne badanie uskutecznione być nie mogło. z powodu małej wielkości wyciętych części, co utrudniło robienie odpowiednich skrawków.

Dokładna krytyczna analiza przytoczonych 80-iu przypadków jest dla mnie na teraz niemożliwą; do tego byłyby koniecznymi doświadczenia ze szczepieniem i dokładne badania anatomo-patologiczne, których dotychczas wykonać nie mogłem, pozostawiając więc sobie na przyszłość dokładniejsze wnioski, ograniczę się tylko kilkoma ogólnymi uwagami.

Rozpatrując powyżej zebrany, treściwy opis rozwoju pojęć nankowych, tak o dyfterycie w ogóle jak i o tak zwanem zapaleniu dyfterycznym łącznicy i porównywając takowe pojęcia z przypadkami tej ostatniej choroby spostrzeganiem przezemnie w r. z., mimowoli, że tak rzekę, zadać sobie musiałem pytanie: jaką jest rzeczywiście istota sprawy chorobowej mianem dyfterytu łącznicy oznaczanej?

Czemu przypisywać wbrew przeciwne zdania, napotykanne na każdym kroku w poglądach na ten proces, z jednej

strony i z drugiej porównywając je z terażniejszym stanem nauki o dyfteryście, jako specyficznym formie nozologicznej. Można zadać sobie oprócz tego pytanie, czy jedna i ta sama choroba *Conjunctivitis diphtheritica* spostrzegana była przez wszystkich autorów, czy też tą nazwą oznaczają oni całą grupę rozmaitych cierpień łącznicy, a w takim razie do którego z tych cierpień zaliczyć przypadki u nas spostrzegane?

KLEBS, w przytoczonym powyżej artykule o dyfteryście, wymieniając łącznicę oka w liczbie błon śluzowych ulegających dyfterycznemu cierpieniu i opierając się w określeniu tej ostatniej choroby na opisach Alb. v. GRAEFE i JACOBSON'A, z powodu zapewne niezgodności objawów opisywanych przez wyżej wymienionych autorów z objawami swoistymi dyfterytu, wypowiada wątpliwość, czy w niektórych przypadkach oftalmologowie nie biorą *Conjunctivitis phlegmonosa* za dyfteryt łącznicy. Że zaś przy *Conjunctivitis diphtheritica* lub w jej następstwie nie występuje, a przynajmniej nie jest spostrzeganym bezwład dyfteryczny lub inne tego rodzaju następstwa, objaśnia KLEBS wiadomym faktem, podług którego rozmaitego rodzaju infekcja oczu bardzo rzadko prowadzi do ogólnego zakażenia organizmu. Zauważyć jednakże musimy, że na przykład *Ulcus induratum conjunctivae* prowadzi za sobą objawy ogólnego przymiotu, że złośliwe nowotwory powstające pierwotnie na łącznicy, rozszerzają się i, że tak rzeknę, uogólniają, z tego więc powodu nie można uważać łącznicy za jakąś szczególnie uprzywilejowaną tkankę organizmu, mającą tę własność, iż prowadzące zwykle za sobą ogólne zakażenie sprawy chorobowe umiejscawiając się na niej, zakażenia takiego za sobą nie pociągają.

Nazwę *Conjunctivitis phlegmonosa* dla rozpatrywanej choroby proponował w 1861 r. STROHMEYER ¹⁾; niektórzy

¹⁾ STROHMEYER. Maximen der Kriegsheilkunde. 1861, str. 55. HIRSCHBERG (l. c. str. 141) przytacza, że STROHMEYER obserwując później

autorowie jednakże, obok *Conjunctivitis diphtheritica*, opisują *Conjunctivitidem phlegmonosum*, np. SZOKALSKI *Conjunctivitis phlegmonodes*, l. c. str. 214), jako osobną postać zapalenia łącznicy, mającą powstawać szczególnie często wskutek mechanicznych i chemicznych szkodliwych wpływów na łącznicę; kliniczny obraz tej choroby podług opisów ma pewne podobieństwo do *Conjunctivitis diphtheritica*.

Wykazać dokładnie, czy t. z. *Conjunctivitis diphtheritica* jest we wszystkich przypadkach jedną i tą samą formą chorobową, czy też pod tą nazwą opisują rozmaite cierpienia łącznicy i, jaki ma stosunek rozpatrywana choroba do właściwego dyfterytu w nozologicznym znaczeniu, zapewne jeszcze nieprędko będzie możebnem. Rozwiązywać obecnie tyle trudne zadanie, zupełnie nie podejmujemy się. Jednakże opierając przeważnie na klinicznych spostrzeżeniach, historii rozwoju nauki o dyfterycie w ogóle i analogicznym porównaniu t. z. *Conjunctivitis diphtheritica* ze sprawami zapalnymi w innych błonach śluzowych, połączonemi z powierzchnią zgorzelą ich tkanki lub też tworzeniu się błon fałszywych, pozwalamy sobie wypowiedzieć na tem miejscu kilka przypuszczeń.

Mniemamy, że nauka o krupowem dyfterycznym zapaleniu łącznicy, znajduje się dotychczas na tym stopniu rozwoju, na jakim znajdowała się do niedawnego jeszcze czasu nauka o tych samych zapaleniach innych błon śluzowych, np. błony śluzowej ust, paszczy i gardzieli. Dawniejsi niemieccy anatomo-patologowie i klinicyści (np. NIEMEYER, l. c. str. 13—14, 61—65), opisują *Stomatitis* i *Angina crouposa* i *diphtheritica* zasadzając się głównie na stosunkach anatomicznych, a mianowicie: jeżeli wysięk włóknikowy wydziela się jedynie na powierzchni błony śluzowej, i z tego powodu odpadniecie wysięku nie jest połączone

w klinice GRAEFE'GO ciężkie formy rozpatrywanej choroby, nazwę proponowaną przez siebie odrzucił,

z utratą substancji tej ostatniej, to postać cierpienia nazywa się *Angina et Stomatitis crouposa*; jeżeli zaś jednocześnie wysięk odkłada się i w mięszu błony śluzowej i takim sposobem, po odpadnięciu wysięku, powstaje w jej ostatniej utrata substancji wypełniająca się następnie tkanką bliznową, to postać ta nosi nazwę *Stomatitis* i *Angina diphtheritica*.

Obecnie zaś, dzięki dokładniejszym anatomo-patologicznym i doświadczalnym danym i zwracając uwagę głównie na stronę kliniczną i etyjologiczną, z niejasnej grupy chorób *Stomatitis* i *Angina crouposa* i *diphtheritica* wydzielają, np.

a) *Angina fibrinosa* — ¹⁾ gdy na powierzchni błony śluzowej tworzą się błony fałszywe, zależne od wydzielania się wysięku włóknikowego w jej warstwę nabłonkową. Taka błona fałszywa daje się z łatwością zdejmować (t. z. błona krupowa), i składa się, pod mikroskopem, z włóknikowej osnowy, zawierającej mniej lub więcej zmienione komórki nabłonkowe, ciała ropne, oraz formy *Leptothrix*. Błona fałszywa miejscami przystaje szczelniej do znajdującej się pod nią tkanki, będąc usuniętą zwykle tworzy się ponownie.

Ta postać zapalenia nie ma żadnego związku z dyfterytem, nie jest zakaźną, swoistego *Contagium* nie posiada.

b) *Angina gangraenosa* (BIRCH-HIRSCHFELD l. c. str. 802, LABOULBÈNE l. c. str. 91, FRAENKEL l. c. str. 328) — choroba postrzegana rzadko; czasami powstaje pierwotnie, lub bywa wyższym stopniem rozwoju procesu flegmonicznego, lub też dołącza się do dyfterytu gardzieli. Stosunkowo częściej daje się spostrzegać przy szkarlatynie; również powstaje wskutek oparzeń termicznych i chemicznych.

c) *Angina diphtheritica*. Charakterystyczne rysy tego cierpienia przytoczone już były wyżej, w ogólnej części. KLEBS (l. c. str. 164—165) oddziela od *Angina diphtheritica*

¹⁾ Real—Encyclopaedie der gesam. Heilkd. i. t. d, T.I, art. Angina. v. FRAENKEL, str. 327.

vera—*Anginam pseudodiphtheriticam* v. *Pseudodiphtherie*. Ten proces chorobowy podobnym jest do właściwego dyfterytu, z powodu swojej zakaźności i tworzenia się błon fałszywych na powierzchni błony śluzowej, różni się zaś od niego pod mikroskopem tem, że w błonach fałszywych znajdują się tylko same mikrokokki, gdy tymczasem pałeczkowatych bakteryi, charakterystycznych dla prawdziwego dyfterytu nie ma tu zupełnie; klinicznie zaś różni się tem, że z wyjątkiem dość znacznego czasami stanu gorączkowego (temperatura w jednym przypadku, który przytacza KLEBS, dochodziła w pierwszym dniu choroby do 39,4° C, z wahaniami w ciągu doby na 1.4° C.), innych ciężkich objawów ze strony nerek lub systematu nerwowego nie spostrzegamy; zwykle nie bywa także i znacznego obrzęknięcia gruczołów limfatycznych.

d) *Angina kaszowata* (LABOULBENE l. c. str. 78—81). Cierpienie to często spostrzegane bywa przy szkarlatynie, charakteryzuje się tem, że powierzchnia błony śluzowej pokrywa się białawą warstwą, z łatwością dającą się zdejmować. Warstwa ta składa się z nabłonkowych komórek, drobnych ziarneczek, ciałek ropnych i form *Leptothrix*.

Za błony fałszywe, tworzące się w gardzieli, mogłyby być uważane i zapewne bywają zmętnienia górnych warstw nabłonka, przyjmujących przytem białe zabarwienie tak, że zdaje się, jakoby błona śluzowa była powierzchownie przyżegana kamieniem piekielnym. Zmętnienia te odpadają niekiedy same przez się w kształcie strzępków. Stan wyżej opisany stanowi istotę t. z. *Angina cachectica* (FRAENKEL l. c. str. 325).

e) *Epidemiczne zapalenie jamy ustnej* czyli wrzodziejąco-błoniaste zapalenie jamy ustnej ¹⁾. Choroba opisywana

¹⁾ JACCOUD. Rukowodstwo k wnutrenniej Patologii. Tłum. z franc. T. III, str. 8—10. Petersburg 1878.

LABOULBENE, l. c. str. 15—20.

CORNIL et RANVIER, l. c. str. 756.

LAVERAN. Uczenie o wojennych bolezniah i epidemijach. Tłum. z franc. str. 700—721. Petersburg. 1877.

głównie przez autorów francuzkich jako osobna postać zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, powstająca u ludzi żyjących w niehygienicznych warunkach, głównie u żołnierzy i dzieci. Proces patologiczny, będący podstawą tej postaci zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, można uważać jako typ procesu, który niemieccy autorowie nazywają dyfterytem (w anatomicznem znaczeniu tego terminu). Wyсіk zapalny przy nim nieogranicza się powierzchnią błony śluzowej; tworzy się on i w samym jej mięszu na różnej głębokości, powstałe produkta powodują zgorzel naciezionej tkanki, a następnie utratę substancji przez owrzodzenie.

Żółtawe błonki, tworzące się przy tym procesie, nie są niczem innem, jak częściami błony śluzowej uległej zgorzeli ¹⁾ (*nekrohymeny*); błonki te z początku dość mocno przylegają do tkanki znajdującej się pod niemi, następnie oddzielają się, pozostawiając owrzodzenia pokryte masą rozpadową, zawierającą znaczną ilość niższych organizmów roślinnych (wibriony, bakteryje i *leptothrix*). Owrzodzenia po pewnym czasie, oczyszczają się i zablizniają. Proces ten, będąc zwykle zupełnie miejscowem cierpieniem, czasami połączony bywa ze stanem gorączkowym, bólem głowy, nudnościami i wymiotami.

Wracając do cierpień łącznicy, wyznać trzeba, że trudno orzec — z jaką sprawą patologiczną mamy do czynienia w rzeczywistości, w każdym oddzielnym przypadku choroby opisywanej pod nazwą *Conjunctivitis diphtheritica*, tem bardziej, że badań anatomo-patologicznych dotychczas mamy jeszcze bardzo ograniczoną liczbę, autorowie zaś, przedstawiając obraz choroby, posługują się często dla okre-

¹⁾ Odnośnie do przyczyny zgorzeli błony śluzowej, LABOULBENE (l. c. str. 17—19) odrzuca wpływ wyсіku śródmięszowego, który podług VIRCHOW'A i innych uciska naczynia i tym sposobem wywołuje rodzaj zgorzeli tkanek przez nie odżywianych, on przeciwnie znajdował w błonie śluzowej uległej zgorzeli przy tym procesie, oraz przy t. z. dyfterycznej postaci dysenterji, naczynia zięjące i napełnione rozpadem ciałek krwi.

ślenia obiektywnych danych wyrażeniami niemającymi ściśle określonego znaczenia, jako to: błona krupowa lub dyfteryczna i t. p. Przy tem jeszcze należy wziąć pod uwagę, że pod wpływem panujących chwilowo poglądów naukowych, zacierają się w opisach odróżniające rysy oddzielnych obrazów chorobowych. W każdym razie, choroba, którą opisał pierwszy Alb. v. GRAEFE pod nazwą dyfterytu łącznicy, spostrzegana przez wielu innych autorów, głównie w północnych Niemczech i u nas, nie może być uznana (z rzadkimi wyjątkami) za dyfteryt, podług obecnych pojęć o tym procesie w nozologicznem znaczeniu. Obraz tej choroby odpowiada tylko dyfterytowi, w niemieckiem, anatomicznem znaczeniu tej nazwy, czyli zapaleniu wrzodziejacobloniastemu francuzkich autorów, jak to aż nadto jest widocznem z wyżej przedstawionego streszczenia.

Proces ten, który możnaby nazwać dyfterytem GRAEFE'GO, jest chorobą miejscową, zaraźliwą, pojawia się epidemicznie i sporadycznie. Czy grają w tym procesie rolę i jaką, niższe organizmy—nie wiadomo. Żadnego związku dyfteryt GRAEFEGO z właściwym dyfterytem (w nozologicznem znaczeniu) zapewne nie posiada.

Dyfteryt GRAEFEGO—choroba *sui generis*, ze względu na miejscowe zmiany w tkance błony śluzowej, przedstawia pewne podobieństwo do zapalenia epidemicznego jamy ustnej i do tak zwanej postaci dyfterycznej dysenterji ¹⁾.

¹⁾ Zmiany jakim ulega błona śluzowa jamy ustnej przy *Stomatitis membrano-ulcerosa* były przytoczone powyżej i tutaj pozwolimy sobie przytoczyć podług HEUBNER'A (Handbuch i t. d. von ZEMMSEN. Die acut. Infectionskrht., polsk. przekł. T. I, str. 478. Warszawa 1875), zmiany błony śluzowej kiszek przy dyfterycznej dysenterji. „Całe jelito grube i dolna część cienkiego bywa na zewnętrznej powierzchni ciemno-czerwonawosine, błona surowicza drobno-nastrzykana, ściany jelit naprężone, twarde. Przewód jelitowy nieco zwężony zawiera gdzie niedzie kał, po większej części jednak ciecz rzadką, czerwonawą. Powierzchnia wewnętrzna w całej rozciągłości przewodu blado-różowa, w licznych miejscach pokryta rozmaitej wielkości plamami, czarniawemi, zielonemi lub ciemno-czerwone-

Za prawdziwy dyfteryt łącznicy należałoby uznać tylko przypadki, w których cierpienie to łączyło się z prawdziwym dyfterycznym porażeniem błony śluzowej—gardzieli, nosa, krtani i t. d. (przypadki — GRAEFE'GO, PETER'A¹⁾, HIRSCHBERG'A, SAEMISCH'A, GIBERT'A); przypadki, w których występowały ciężkie ogólne objawy, lub bezwład dyfteryczny (HIRSCHBERG). Przypadki te po większej części kończyły się śmiercią. Należy zauważyć, że same przez się ciężkie ogólne objawy, a nawet zejście śmiertelne przy tak zwanym dyfterycie łącznicy, jeszcze zupełnie nie dowodzą, że dany przypadek był przypadkiem właściwego dyfterytu (w nozologicznym znaczeniu), jeżeli przy tem nie było cierpień nerek, serca, systematu nerwowego i innych w ogóle właściwych tej sprawie chorobowej.

Niewiadomo w istocie dotychczas do jakiego procesu zaliczyć ciężką postać zapalenia łącznicy, która towarzyszy czasami ostrym wysypkom i czy proces ten w tych razach jest analogicznym z właściwym dyfterytem łącznicy. Taką samą niepewność panuje też w kwestyi pierwotnego i wtórnego dyfterytu gardzieli (BIRCH-HIRSCHFELD, l. c. str. 798).

Przypadki t. z. *Conjunctivitis crouposa* należy zapewne

mi i t. d. Przy nacięciu widzimy ścianę jelitową bardzo zgrubiałą i różniamy dwie warstwy, t. j. szerszą mięśniową z licznymi zakrętami ku wewnątrz sterzącymi, a nad nią tkankę twardą, jednolitą, jużto żółtawą, jużto czerwonawą i bardzo zbitą.“

„Szczegółowe badanie przekonywa, że cała błona śluzowa prawie zupełnie zniszczona została przez nadmierne wynaczynienie, zwłaszcza krwi, w mniejszej ilości ropy i bezpostaciowego włóknikowego, twardego wysięku. Obce te ciała, wypełniające wszystkie przestwory tkankowe, wypierają w wielkiej części samą tkaninę, pozostawiając zaledwie ślad prawdziwego utkania. Zamiast błony śluzowej widzimy tylko masę jednolitą i wielkie ogniska krwotokowe.“ W dalszym przebiegu choroby następuje zgorzel nacieczonej błony śluzowej i tworzenie się owrzodzeń.

1) W przypadkach PETER'A i miejscowe zmiany błony łącznej odpowiadały bardziej właściwemu dyfterytowi, aniżeli dyfterytowi GRAEFE.

uważać za zwykłą *Conjunctivitis fibrinosa*, częścią zaś za przypadki pseudodyfterytu KLEBS'A, lub też może i właściwego dyfterytu.

Przypadki dyfterytu GRAEFE'GO, powstające nazbyt często w skutku leczenia środkami drażniącymi innych postaci ostrego zapalenia łącznicy, podobnie jak i rzadsze nierównie przypadki tej choroby, powstające po operacjach na powiekach, po operacyi zéza, lub po oparzeniu łącznicy, należałoby może uważać za procesa flegmoniczne.

Niektóre przypadki t. z. dyfterytu łącznicy, powstałe wskutek oparzeń termicznych i chemicznych i towarzyszące szkarlatynie, należałoby uważać za zapalenie zgorzelinowe łącznicy nakształt zgorzelinowej anginy; a być może że postać ta zapalenia jest wyższym stopniem rozwoju dyfterytu GRAEFB'GO—(Brandige Ophthalmie A. v. GRAEFE). Jaką jest istota tryprowego zapalenia łącznicy, które często przyjmuje postać dyfterytu GRAEFE'GO—określić trudno, tem bardziej, że sam tryprkowy proces w cewce moczowej nie jest jeszcze dotychczas dokładnie zbadanym. BAMBERGER (l. c. str. 39), opisując zapalenie błony śluzowej jamy ustnej powstałe wskutek przeniesienia do ust wydzieliny trypra cewki (Mundtripper) wspomina, że niektórzy autorowie zauważyli przy tej chorobie pojawianie się złogów wysiękowych na języku i łukach podniebiennych.

Co się tyczy spostrzeganych przezemnie przypadków, jak to już miałem sposobność wspomnieć wyżej, wszystkie one odpowiadają mniej lub więcej przyjętemu w oftalmologii niemieckiemu, anatomicznemu określeniu dyfterytu. Wszystkie one były przypadkami dyfterycznego (właściwie krupowo-dyfterycznego) zapalenia łącznicy i niżej przytaczane uwagi odnoszą się tylko do takiego dyfterytu.

W spostrzeganych przezemnie rozlanych postaciach dyfterytu łącznica była mocno nacieczoną, stwardniałą, powierzchnia jej była czasami gładką, błyszczącą, zwykle zaś pokrytą różnego rodzaju błonami.

Błony tworząc się na powierzchni łącznicy, przy rozlanej i innych postaciach dyfterytu spostrzeganych przeze mnie, były nawpół przezroczyste, szarawe, cienkie i z łatwością dawały się zdejmować; wkrótce po zdjęciu pojawiały się one napowrót, tworzenie się ich można było wywołać naprędce odwróceniem powieki, lub też najlżejszem drażnieniem łącznicy, np. posmarowawszy takową roztworem soli kuchennej.

Błonki takie, tworzą się na nacieczonej i nienacieczonej łącznicy w okresie *acme* i *demarcationis* wszystkich postaci dyfterytu; nie różnią się one od błonek; tworzących się w początkowym okresie innych ostrych zapaleń łącznicy i są zapewne charakteru czysto wysiękowego.

Oprócz wyżej wymienionych, zdarzyło się zauważyć inne błonki szaro lub biało-żółtawe, grubsze od pierwszych, dające się zdejmować trudniej, czemu towarzyszy niewielkie krwawienie; dodać tu muszę, że takie błonki niezawsze i niewszędzie można było dokładnie oddzielić. Błonki te, według wszelkiego prawdopodobieństwa, są następstwem włóknikowego nacieczenia pokładu nabłonkowego, a w niektórych miejscach i mięszu łącznicy. Czasami można było zauważyć, że błonki te były pokryte wyżej opisanymi, szarawymi, nawpół przezroczystymi.

W dalszym przebiegu procesu, mianowicie w okresie *demarcationis*, na nacieczonych częściach łącznicy tworzą się błony trzeciego rodzaju. Bardzo dokładnie można je widzieć, szczególnie w takich przypadkach, w których, przy głęboko przenikającym dyfterycznym nacieczeniu, powierzchnia łącznicy w okresie *acme* pozostaje gładką i prawie nie pokrytą opisanymi już fałszywymi błonami. Błony tworzące się w okresie *demarcationis* bywają mniej lub więcej rozpulchnione, brudno-żółtawego koloru; początkowo przylegają do błony śluzowej dość mocno, zdjąć dają się z trudnością małymi cząstkami łączącymi się z leżącą pod nimi tkanką za pomocą delikatnych strzępów. Przy zdej-

mowaniu i ścieraniu tych błonek występuje dość znaczne krwawienie. Z biegiem czasu błony te rozpułchniając się coraz bardziej, oddzielają się same przez się i pozostawiają powierzchnię łącznicy zupełnie podobną do powierzchni wrzodzenia, które przechodzi z okresu rozpadu do okresu ziarninowego.

Te ostatnie błony są zapewne przeważnie cząstkami łącznicy uległymi zgorzeli, czyli są to nie *pseudo* lecz *nekro-hymeny*. Po ich oddaleniu, powierzchnia łącznicy ma barwę szaro-czerwoną, rozpatrując ją, szczególnie przez lupę, widać na żółtawo-szarem tle wielką ilość czerwonych wgórkowatości. Taką to łącznicę nazywa prof. WOLF-RING marmurkowatą (*marmorisorte*) z powodu, jakoby żyłki odmiennej barwy pokrywających ją wgórkowatości.

Taka marmurowa łącznica w dalszym przebiegu procesu przybiera kolor coraz bardziej czerwony. Ilość i wielkość rozrzuconych czerwonych, drobnych wgórków powiększa się, szarawe obwódki otaczające je znikają, i na koniec cała powierzchnia łącznicy staje się nierówną: czerwoną; *Conjunctivitis diphtheritica* przechodzi w okres czysto śluzotokowy, który się kończy wytworem blizn, przyczem czerwone wgórki stają się bardziej płaskimi, blednieją i ostatecznie cała część pokryta nimi przyjmuje wygląd szarawo-biały, podobny do ścięgna.

Opisane wytworzenie się blizn na miejscach łącznicy pierwotnie nacieczonych, występuje przy rozlanym dyfterycie na częściach łącznicy, pokrywających chrząstkę powiek, i na fałdach przejściowych, a czasami i na łącznicy gałki.

Odpowiednio do tych zmian i przebieg dyfterytu można byłoby rozdzielić: na okres *acme*, gdy łącznica przedstawia się stwardniałą nacieczoną, biało-szarą; okres *demarcationis*, gdy powierzchowna warstwa łącznicy uległszy zgorzeli, oddziela się i na miejscu odpadłych części tworzą się owrzodzenia; następnie okres śluzotokowy, lub lepiej ziarninowy, gdy powierzchnia łącznicy pokrywa się czerwonymi, łatwo krwawiąciami, brodawkowatemi wy-

niosłościami, które kształtem swoim i zmianami jakim podlegają, zupełnie są podobne do ziarniny, powstałej na ranach i owrzodzeniach. Ostatnim okresem dyfterytu łącznicy jest wytwarzanie się blizn.

Czerwone wyniosłości rozwijające się po wydaleniu nekrohymenów, łatwo jest przyjąć za przerost ciałek brodawkowych, i tu jako główny sposób odróżnienia służy obserwowanie dalszych przemian. Gdy ciała brodawkowe, nawet silnie rozrosłe, z czasem się zmniejszają, przybierają właściwą im postać małych ostrosłupów i nakoniec znikają, pozostawiając powierzchnię łącznicy prawidłową bez blizn, to przeciwnie czerwone wyniosłości, tworzące się po oddzieleniu uległych zgorzeli części łącznicy, podobnie jak ziarnina na ranach i owrzodzeniach są elementami przyszłej blizny.

Zdarzają się przypadki śluzotoku chronicznego, w których wraz z obostrzeniem zapalnych objawów, łącznica przyjmuje kolor marmurkowy, zupełnie taki jak i w dalszym przebiegu okresu dyfterytu demarkacyjnego. W przypadkach tych, przy zaostrzeniu procesu, rozrosłe ciała brodawkowe skleją się krzepnącym wysiękiem, wierzchołki ich przedstawiają się w kształcie czerwonych punkcików, otoczonych szaremi obwódkami, co nadaje powierzchni łącznicy pewne podobieństwo do marmuru z drobnymi żyłkami. Stan taki może być albo tylko początkiem rozwoju dyfterytu, albo też zapalne podrażnienie przechodzi i powierzchnia łącznicy przyjmuje postać nierówną, czerwoną, właściwą chronicznemu śluzotokowi, albo nakoniec, po zniknięciu zapalnego podrażnienia, łącznica zachowuje nadal swój wygląd marmurowy; sklezione ciała brodawkowe zrastają się z sobą, wydzielina śluzowo-ropna powoli się zmniejsza i ostatecznie, po wyleczeniu choroby, pozostaje na łącznicy delikatna bliznowa siatka.

Należy zauważyć, że często przy głębokim, twardym nacieczeniu łącznicy, jednocześnie z oddzielaniem się części jej uległych zgorzeli, tworzy się pod nimi blizna, tym spo-

sobem owrzodzeń z ich dalszemi przemianami właściwie nie ma. Jeżeli proces taki ma miejsce na całej powierzchni cierpiącej łącznicy, to śluzotoku podyfteryicznego prawie nie bywa.

Pierwotne nacieczenie łącznicy przy dyfterycie, nie zawsze jeszcze prowadzi do jej zgorzeli i utwórczenia się blizn na całej, poprzednio stwardniałej części. Przeciwnie zaś, gdy nacieczenie było rozlane, blizny tworzą się w kształcie oddzielnych pasemek i wysepek, tak, że należy przyjąć możliwość cząstkowego wessania nacieczenia dyfterycznego.

W przypadkach zaliczonych przezemnie do zlewającego się dyfterytu, twarde nacieczenie łącznicy z dalszemi wyżej opisanemi zmianami (właściwemi rozlanej postaci tego cierpienia), zwykle miało miejsce na fałdach przejściowych; chrząstkowe zaś części łącznicy były pokryte nawpół przezroczystemi, szarawemi lub też grubszemi szaro-żółtawemi błonkami, z których pierwsze dawały się z łatwością zdejmować bez krwawienia, a przy zdejmowaniu drugich, powstawało niewielkie krwawienie, w pewnych zaś miejscach tych ostatnich błon w zupełności zdjąć ani zetrzeć nie można było. Znajdująca się pod błonami powierzchnia łącznicy, pokrywającej chrząstkę powiek, (wyjąwszy ograniczone miejsca, gdzie błon oddalić nie można było) przedstawiała się zgrubiałą i silnie przekrwioną.

W dalszym przebiegu processu, gdy na fałdach przejściowych następują zmiany wyżej opisane, (takie same jak i przy rozlanym dyfterycie w okresie demarkacyjnym), błonki z chrząstkowych części łącznicy, stając się nadzwyczaj pulchnemi, ustępują, ciała zaś brodawkowe zaczynają się powiększać. Ograniczone miejsca, gdzie błonki ściśle połączone były z łącznicą, przedstawiają się teraz w formie cokolwiek wystających wysepek szaro żółtego koloru, następnie, poczynając od obwodu, zmniejszają się, a łącznica w tych miejscach przybiera wygląd blizny.

W wielu przypadkach, zaliczonych przez nas do cząstkowego ograniczonego dyfterytu, zmiany chrząstkowych

części łącznicy i fałd przejściowych odpowiadały dopiero co opisanym zmianom łącznicy, pokrywającej chrząstki powiek w postaci zlewającej się. Przypadki te należały do lekkiej formy zapalenia wogóle; błonki po kilku dniach oddzielały się, nabrzmienie, przekrwienie łącznicy i kataralno-blenoroidalna wydzielina także szybko zniknęła, łącznica w krótkim czasie przychodziła do stanu normalnego. Widocznych poprzednio wysepek czyli plam bliznowych nie można już było na pierwszy rzut oka dojrzeć; dawały się one rozpoznać dopiero przy starannem obejrzeniu łącznicy, a szczególnie po wywołaniu braku krwi w łącznicy, przez lekki ucisk na odwróconą powiekę. Blizny występowały wtedy wyraźniej w postaci białych plam przykrywających kontury gruczołów MEJBOMA. Naczynia łącznicy, tworzące w warunkach normalnych podługowate pętlice między gruczołkami, dochodząc do blizny, znacznie stawały się cieńszymi i tworzyły drobną siateczkę.

W przypadkach, gdy pokryte błonami podłużne fałdki przejściowej części łącznicy pozostawały w zetknięciu zlepiały się one, a następnie zrastały się pomiędzy sobą, niekiedy zaś nawet zrastały się z sąsiednią częścią, zajętej przez błony fałszywe łącznicy gałkowej.

Podobne przypadki zapalenia łącznicy opisuje HALTENHOFF¹⁾ z Genewy, nazywając je dyfteroidalnem zapaleniem łącznicy, dla odróżnienia od rozlanego dyfterytu GRAEFE'GO, który on nazywa prawdziwym dyfterytem łącznicy.

Czasami, ściśle przyleganie błon do powierzchni łącznicy i następne tworzenie się blizn bez uprzednich owrzodzeń, zauważyć można prawie na całej przestrzeni jej części chrząstkowych i na fałdach przejściowych. Formy takie jednakże, z po-

¹⁾ G. HALTENHOFF. Premier rapport de la clinique pour le traitement des maladies des yeux. Genève 1878 ref. Annales d'oculistique Janvier—Fevrier 1879. O tworzeniu się plam bliznowych referat nie wspomina.

wodu ich lekkiego i pomysłnego przebiegu, zaliczone były w tabelicy do cząstkowego dyfterytu (Tab. przyp. N-ra: 38, 44, 64).

Opisać jak przedstawiała się łącznica w każdym z przypadków zaliczonych do ograniczonego dyfterytu niepodobna, gdyż każdy prawie przypadek przedstawiał swoje indywidualne różnice. W najłżejszych przypadkach, łącznica była wogóle w stanie lekkiego ostrego kataru i tylko na częściach jej pokrywających chrząstki powiek znajdowało się kilka szaro-żółtych złożeń, cokolwiek wznoszących się nad powierzchnią pozostałej łącznicy. Złożeń te w ciągu 2—3 dni schodziły, pozostawiając na swoim miejscu białawe, bliznowe plamki. Lekka wydzielina śluzowa znikała równie szybko. Chorzy tacy pozostawali w szpitalu bardzo krótko (Tabl. przyp. N-ra: 52, 56, 57).

W innych przypadkach dyfteryczne wysepki znajdowały się na silnie obrzękłej i przekrwionej łącznicy, często usianej przytem follikularnymi granulacyjami. Wysepki przedstawiały się wtedy w kształcie lekkich wgłębień, wrzodziały następnie i choroba w krótkim czasie kończyła się pomyślnie, lub też przyjmowała charakter śluzotoku, zaraźliwego kataru i t. p. (Tabl. Nr 60, 61, 62).

W ogóle w epidemicznych przypadkach, formy dyfterytu były dość ciężkie, w sporadycznych zwykle daleko lżejsze. W przypadkach powstałych wskutek zarażenia oczu wydzieliną rzerzączkową, formy bywały rozmaitego natężenia, wydzielina w tych przypadkach była zwykle bardzo obfita i przebiegały one gorzej od innych.

Cierpienia rogówek powstałe w okresie *acme*, rozlanej i zlewającej się postaci dyfterytu łącznicy, dość często miały charakter zgorzelinowy. Postać i przebieg nekrotycznych ognisk rogówki opisany już został wyżej. Tutaj tylko trzeba zauważyć, że zajęta była zwykle dolna i po części środkowa część rogówki. Część taka oddzielała się czasami od pozostałej rogówki widoczną demarkacyjną bruzdą i raz jeden udało mi się zdjąć szczypczykami zgorzelinowy kawałeczek (Tab. przyp. Nr 76).

Co się tyczy przyczyny powstawania ognisk zgorzelinowych rogówki, zdaje się, że takowe są (przynajmniej w większości przypadków) rozwojem na rogówce tegoż samego procesu, któremu uległa łącznica, t. j. zgorzelinowe ogniska rogówki są jej dyfterytem. Teoryj GRAEGE'GO, podług której ogniska te powstają wskutek niedostatecznego odżywiania rogówki, dla tego że naczynia dochodzące do niej od strony łącznicy są uciśnione twardym obrzękiem łącznicy galkowej, w wielu przypadkach zastosować nie można; przeciwnie, ogniska takie powstają przy zupełnym braku *chemosis*, w stosunkowo lekkich przypadkach dyfterytu, szczególnie w tych które powstały wskutek przeniesienia na łącznicę ropy tryprowej. (Tabl. przyp. Nr 75, 76, 78). Częściowe utraty nabłonka rogówki są okolicznością nadzwyczaj sprzyjającą powstawaniu w niej ognisk zgorzelinowych. W przypadkach gdzie w początku rozwoju dyfterytu łącznicy istniały starcia nabłonka rogówki, prawie na pewno można było oczekiwać zgorzeli i rozpadu obnażonej miejscowo rogówki; (Tabl. przyp. Nr 41, 49), z tego więc powodu przypuszczać należy, że process ten wywołany bywa przenikaniem do miąższu rogówki tych samych zakaźnych elementów, które wywołały dyfteryt łącznicy.

Zgorzelinowe cierpienie, w spostrzeganych przez nas przypadkach, bardzo często pozostawało ograniczonym, nie rozprzestrzeniało się na całą rogówkę, przytem niekiedy nie zajmowało ono całej jej grubości i oddzielenie części uległych zgorzeli nie zawsze pociągało za sobą przedziurawienia rogówki.

W jednym przypadku (Tabl. przyp. N. 29) w którym obszerne przedziurawienie środkowej części rogówki, powstałe wskutek zgorzeli takowej, zakryło się wypadłą tęczówką, przyczem dla zapobieżenia dalszemu jej wypadaniu, nakładana była opaska uciskająca, nastąpiło zarośnięcie owrzodzonej łącznicy, pokrywającej górną powiekę z wypadniętą tęczówką i z otaczającą takową owrzodzoną częścią rogówki. Po za zrostem, w okolicy górnej fałdy przejścio-

wej, można było swobodnie przeprowadzić zgłębnik. Taki sam przypadek miał miejsce prawie jednocześnie u żony dymisjonowanego żołnierza M. M., — dyfteryt w tym ostatnim przypadku przebiegał bez właściwego leczenia.

Zrośnięcie w oba przypadkach było przecięte nożem WEBER'A. Godnem jest uwagi, że po przecięciu zrostu u obydwóch chorych, wystąpiły objawy następczej jaskry, stwardnienie gałki ocznej, bóle rzęskowe i wypuklenie garbcowe rogówki.

Oprócz ognisk zgorzelinowych, spostrzegaliśmy owrzodzenia rogówki nadbrzeżne, pierścieniowate, przejrzyste, jako też dość często i inne bez ściśle określonego typu. Przebieg ich, jak to widać z tablicy, był zwykle dość pomyslny, zagojenie następowało często bez uprzedniego przedziurawienia rogówki.

Czy jeden i ten sam proces, w nozologicznem i anatomicznem znaczeniu, spostrzegany był przez nas we wszystkich przytoczonych 80-iu przypadkach tak zwanego dyfterycznego zapalenia łącznicy — czy też kilka różnych?

Chociaż więcej skłaniamy się ku temu drugiemu przypuszczeniu, jednakże opierając się jedynie na klinicznych spostrzeżeniach, nie możemy dostatecznie zdania naszego uzasadnić.

Wyżej opisane lekkie postaci dyfterycznego zapalenia łącznicy, w których wraz ze znikaniem dyfterycznych *plaques*, tworzyły się na ich miejscu blizny, bez uprzedniego owrzodzenia łącznicy, nie mogą być ściśle oddzielone od ciężkich, gdyż w kilku przypadkach lekka, początkowa forma, przechodziła w ciężki rozlany dyfteryt. W kilku przypadkach dyfterytu, które się rozwinęły w szpitalu, jedno należało do lekkich, inne zaś były przypadkami ciężkiego rozlanego dyfterytu.

Czy mikrokokki, znalezione w trzech przypadkach, znajdowały się we wszystkich, czy odgrywały rolę i jaką,

napewno określić niepodobna, jednakże zdaje mi się, że można z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczać, że zaraźliwość procesu znajduje się w blizkim z nimi związku, jak to ma miejsce wedle najnowszych poglądów, wogóle we wszelkich sprawach zakaźnych.

Chorzy na dyfteryt łącznicy byli zupełnie odosobnieni od pozostałych chorych ocznych. Od Października do Czerwca zajmowali oni parterową murowaną oficynę przy szpitalu, przeznaczoną wyłącznie dla nich. Plan budynku jest przy niniejszej pracy załączony. W czasie letnich miesięcy, chorzy pomieszczeni byli w namiotach na obszernem podwórzu szpitalnem, ocienionem drzewami.

Oficina, dla dyfterycznych chorych, jest oświetlaną gazem, posiada wodociągi, a wyborny systemat wentylacyi, nie pozostawia nic do życzenia. Oddzielnych pokojów dla chorych jest 12, z nich każdy zawiera około 12 kub. sążni powietrza, w pokoiku takim mieściło się 1 do 3-ch chorych.

Dezynfekcyja polegała, według rozporządzenia naczelnego lekarza szpitala D-ra BIELAJEFF'A, na rozpylaniu za pomocą odpowiedniego przyrządu, płynu LABARAQUE'A, w tym płynie moczone były także ręczniki chorych, przed oddaniem takowych do prania.

Wszystkie przyrządy i środki lekarskie były dla dyfterycznych chorych zupełnie osobne; każdy z chorych otrzymywał osobne słoiczki, pędzelki i t. p.

Dla doglądania chorych, znajdowała się siostra miłosierdzia, z tutejszego oddziału Zgrom. Sióstr Miłosierdzia Czerwonego Krzyża, dwóch felczerów, jeden stale zamieszkały w budynku dla chorych i dwóch uczniów felczerskich, z których jeden deżurował przy chorych w nocy. W celu przecięcia możebności rozprzestrzenienia choroby w szpitalu, za pośrednictwem osób doglądających chorych, ściśle przestrzegano mycia rąk wodą z mydłem, a następnie

wodą chlorową lub roztworem nadmanganianu potażu po każdym dotknięciu się chorego oka.

Wogóle pilna uwaga zwróconą była na możliwie staranną czystość i ostrożność.

Jednakże, pomimo wszelkich przedsięwziętych środków w ostrożności, było 6 przypadków pojawienia się choroby w szpitalu; w dwóch z nich (Tabl. przyp. Nr 39, 40) ostry zaraźliwy katar, z którym chorzy przybyli do szpitala, przeszedł w dyfteryt (pomimo że żadne środki miejscowe drażniące użytymi nie były); w jednym przypadku dyfteryt przyłączył się do jaglicy w okresie wytwarzania się blizn (Tabl. przyp. Nr 36); w jednym do zapalenia łącznicy pochodzenia traumatycznego, (wywołanego zapewne mechanicznem drażnieniem łącznicy, w celu uwolnienia się od służby wojskowej Tab. przyp. Nr 41); w dwóch pozostałych dyfteryt w lekkiej formie rozwinął się na zupełnie zdrowej łącznicy. Czy było w tych przypadkach zarażenie bezpośrednie, czy też tylko za pomocą powietrza — odpowiedzieć trudno. Chorzy wyżej wymienieni mieszcili się: dwaj w namiocie, odległym na 20 kroków od namiotu, zajętego przez chorych na dyfteryt, dwaj w baraku odległym na 50 kroków, dwaj zaś w pierwszym ocznym oddziale, na drugim końcu szpitala, gdzie chorzy na dyfteryt nigdy nie znajdowali się.

Głównem zadaniem przy leczeniu dyfterytu łącznicy jest: 1) ochronić rogówkę od cierpienia chorobowego; jeżeli zaś takowe już nastąpiło — starać się ograniczyć je i sprowadzić do możliwie pomyślnego zejścia, 2) ograniczyć wytwarzanie się blizn na łącznicy do możliwie najmniejszych rozmiarów. Wogóle, interwencja lekarza powinna stosować się do stopnia rozwoju sprawy chorobowej, działając w celu osłabienia takowej i zmniejszenia możliwego niebezpieczeństwa, jakie dla chorego organu sprowadzić może. Usiłowania tak zwanego leczenia poronnego, za pomocą środków ogólnych jak i miej-

scowych są, zdaniem naszym, raczej szkodliwemi niż pożytecznemi ¹⁾).

Jak to wyżej wspomniano, największe niebezpieczeństwa dla oczu przedstawiają cierpienia rogówki ze zgorzeliowym charakterem; cierpienia te mogą zależeć: 1) przy silnem nacieczeniu łącznicy i twardej *chemosis* od ucisku naczyń dochodzących do rogówki ze strony łącznicy, 2) są to samodzielne dyfteryty łącznicy, cierpienie takie występować może prawie jednocześnie z początkiem tegoż procesu na łącznicy i nawet wobec słabego nateżenia procesu na tej ostatniej. 3) najczęściej, podług moich spostrzeżeń, zgorzeliowe cierpienie rogówki powstaje wskutek zarażenia jej wydzieliną łącznicy. Do zarażenia rogówki uspasabiają: z jednej strony, utrata w pewnem miejscu pokrycia jej przez nabłonek, co udogodnia przenikanie do jej miąższu zarażających pierwiastków, z drugiej zaś strony, obfitość i silne zarażające własności wydzieliny łącznicowej. Obfitość wydzieliny, jest prawdopodobnie jedną z przyczyn częstego występowania nekrotycznych ognisk rogówki, przy dyfterycie łącznicy pochodzenia tryprowego. Wogóle, cierpienia rogówki powstają najczęściej w okresie *acme* choroby i są tem niebezpieczniejsze, im pojawienie się ich jest bliższem początku procesu na łącznicy.

Z powyższego wypływa, iż przy dyfterycie łącznicy powinny być postawione następujące wskazania: 1) zmniejszyć opuchnięcie i stężenie powiek. usunąć twarde obrzęk łącznicy gałki ocznej, żeby uniknąć takim sposobem ucisku na naczynia odżywcze rogówki, 2) ochronić rogówkę od nadżaré i zarażającego wpływu wydzieliny łącznicowej i 3)

1) Jeżeli początkowo na dyfteryt łącznicy cierpi jedno oko, należy na drugie nałożyć ochraniającą opaskę; zapomocą takiej opaski nakładanej, podług prawideł wyżej wskazanych, zdołaliśmy ograniczyć cierpienie do jednego oka w 8 przypadkach (Tabl. przyp. N. 38, 42, 53, 62, 67, 68, 70, 80). Przy każdej zmianie opaski oczy były starannie przemywane roztworem chloru lub kwasu karbolowego.

wpływać na szybkie ukończenie okresu *acme*, gdyż cierpienia rogówki, przy podyfteryicznym śluzotoku, nie są już tak niebezpieczne, i sam śluzotok (nawet nadzwyczaj silny) łatwo ustępuje przy odpowiednim leczeniu; należy tylko zwrócić uwagę, żeby użyte środki lekarskie nie powiększyły same ostatecznego wytworu blizn na łącznicy, gdyż rogówka, pozostając nienaruszoną w ciągu przebiegu dyfteryicznego procesu, może być zajęta następnie. wskutek niepomysłnego wpływu na nią blizn łącznicy.

Jeżeli cierpienie rogówki wystąpiło już w jakiejś formie, to wskazania pozostają też same, a dokładne wypełnienie takowych jest jeszcze ważniejszym; jeżeli cierpienie wystąpiło w początku okresu *acme* i ma charakter zgorzelinowy, to zniszczenia rogówki całkowitego prawie uniemożliwić niepodobna.

Przytaczać statystyczne dane, odnośnie do działania oddzielnych środków terapeutycznych, uważam za nieodpowiednie; zwykle kilka środków używanych przez różnych autorów stosowałem jednocześnie; przytem używane one były często *pro studio*, jako też dla wykonania porównawczych doświadczeń.

Wyżej wymienione wskazania wypełniane były (mniej lub więcej dokładnie) następującym sposobem.

Szczególne uwaga zwróconą była na staranne oczyszczanie oczu z wydzieliny. Oczy były starannie przemywane słabym roztworem kwasu karbolowego, lub chloru. Pierwszeństwo, o ile mi się dotychczas zdaje, należy oddać roztworowi kwasu karbolowego, gdyż woda chlorowa nie ma stałego składu i zapach jej jest nadzwyczaj przykry, duszący; z drugiej strony jednakże, lekki roztwór kwasu karbolowego działa bardzo słabo, w silniejszym zaś roztworze używać jej nie można, gdyż już 2% roztwór, podług doświadczeń GARLOFF'A ¹⁾ na oczach królików, działa żrąco na

¹⁾ GARLOFF. Ueber die Einwirkung der Carbolsäure bei der Blenorrhoea des Auges, przyt. SETTLER, l. c. str. 10.

rogówkę. Najodpowiedniejszym byłby, z powodu swoich niedrażniących i antyseptycznych własności, roztwór *Natri benzoici* i *Acidi borici*; środki te jednak, jako nieobjęte farmakopeją szpitalną, użytemi być nie mogły. Roztwór *Natri benzoici*, stosowany w kilku przypadkach mojej prywatnej praktyki, oddał bardzo dobre usługi.

Przemywania oczu dokonywane były w szpitalu za pomocą małego irygatora ESMARCHA. Rekomendowane w tym celu gąbki, kawałki płótna i szpryki nie były używane; płótno i gąbki nie używały się z tego powodu, że ich w czystości utrzymać niepodobna i należałoby je po każdym użyciu wyrzucać, szprycek zaś nie używano dla tego, iż przy użyciu ich łatwo mogą powstać mechaniczne obrażenia oka.

Co się tyczy użycia zimnych okładów, lub też kataplazmów, to pierwsze z nich używane były w początku okresu *acme* wszystkich form dyfterytu, jako środek zmniejszający przyływ krwi, wysiękanie i kojący zarazem ból. W dalszym przebiegu okresu *acme*, szczególnie u osobników wycieńczonych, kachektycznych, gdzie cierpienie przybiera asteniczny charakter, użycie zimnych okładów bywa zwykle szkodliwym, gdyż mogą one powiększyć skłonności łącznicy do zgorzeli. Przeciwnie, w przypadkach takich z korzyścią użyć można kataplazmów w celu prędszego wywołania demarkacyjnego ropienia. W okresie demarkacyjnym dyfterytu rozlanego należy, podług moich spostrzeżeń, używać lód, jeżeli wydzielina jest obfita; w przeciwnym razie, jeżeli ropienie demarkacyjne jest słabe i oddzielenie części uległych zgorzeli opóźnia się, należy przystąpić do użycia kataplazmów.

Użycie lodu lub też kataplazmów, w przypadkach zlewającego się dyfterytu fałd przejściowych, opiera się na tych samych zasadach. Przy cząstkowym dyfterycie i powierzchniowych (dyfteroidalnych) formach, należy, według moich spostrzeżeń, używać zimnych okładów w ciągu całego przebiegu choroby.

Użycie miejscowe zimna, w postaciach dyfterytu łącznicy połączonych z silnym obrzękiem powiek, często nie daje pewnych wyników, prawdopodobnie dla tego, że działanie zimna do łącznicy nie dochodzi. Zimne okłady wywołują tylko anemię skóry i tkanki podskórnej, gdy tymczasem łącznica znajduje się w stanie kollateralnego przekrwienia.

Często za dobrą wskazówkę co używać—czy zimne, czy też ciepłe okłady, służą subiektywne uczucia chorego.

Istnienie porażień rogówki, szczególnie zgorzelinowego charakteru, uważane było jako przeciwwskazanie dla użycia zimna.

Za najenergiczniejszy środek przy rozlanym i zlewającym się dyfterycie należy uważać wcierania bezpośrednio w naciezoną łącznicę maści z żółtego precypitatu rtęci, podług metody WOLFRINGA. Po wykonaniu już jednego wcierania, opuchnięcie powiek zmniejsza się. Na skórze powiek, która do tego czasu była silnie napreżoną, powstają fałdki, łącznica, będąc białawą i zbitą, czerwienieje i mięknie. Objawy dyfterytu, do czasu nowego wcierania, znów się cokolwiek uwydatniają, jednakże w całym przebiegu okres *arce* staje się znacznie krótszym, podyfterycznego śluzotoku prawie zupełnie nie bywa i chociaż wytwór blizn ostatecznie następuje także, lecz blizny bywają cienkie i powierzchowne.

Co się tyczy teorii działania bezpośrednich wcierań w łącznicę maści z żółtym tlenkiem rtęci, okazuje się, że poczerwienienie łącznicy, występowanie kropli wysięku, zmniejszenie obrzęku powiek i t. p., powstaje i przy wcieraniu indyferentnych maści. D-r NARKIEWICZ-JODKO ¹⁾ spostrzegł te objawy przy wcieraniu w łącznicę czystego *Ceratum simplex* (bez rtęciowego preparatu), ja zaś miałem możebność przekonać się o tem wcierając wazelinę; jednak,

¹⁾ NARKIEWICZ-JODKO. Sprawozdanie i t. d. za r. 1872, str. 16.

że w takim razie występujące na łącznicę krople wysięku są mniejsze, i stwardnienie powiek nie ustępuje tak szybko, jak przy użyciu maści z żółtym tlenkiem rtęci. Zapewne więc w pomyślnem działaniu tej metody, gra rolę z jednej strony dysplastyczne działanie wcieranego rtęciowego preparatu, z drugiej zaś mechaniczne działanie tarcia i masażu (*massage à friction*) nacieczonej tkanki; użyta w demarkacyjnym okresie metoda ta, wpływa na zmniejszenie wydzieliny, zapewne usuwają, przyczynę demarkacyjnego ropienia, za pomocą mechanicznego oddzielenia obumarłych części łącznicy, podtrzymujących takowe ropienie.

Po każdym wcieraniu starannie oczyszczałem łącznicę z resztek maści, mając na uwadze, że maść takowa pozostając długo w worku łącznicy, mogłaby wywołać nadżarcie nabłonka rogówki, czego równie jak i mechanicznego złuszczenia tego nabłonka przy wywracaniu powiek i wykonywaniu wcierania należałoby starannie unikać. Łącznica oczyszczaną była od resztek maści jeszcze i dla tego, że przy użyciu wody chlorowej dla przemywania oczu, mógłby się utworzyć sublimat i znowu działać żrąco na rogówkę.

W bardziej powierzchownych postaciach rozlanego i zlewającego się dyfterytu, w okresie *acme* procesu i przy przejściu okresu *acme* w okres demarkacji, bardzo dobrze działały tuszowania łącznicy roztworem nadmanganianu potażu dwa lub trzy razy dziennie.

Ten ostatni środek działa jeszcze lepiej, przy cząstkowym rozszanym dyfterycie z silnem opuchnięciem pozostałej łącznicy, przy obostrzeniach chronicznego śluzotoku, grożących przejściem w dyfteryt (marmurowa łącznica) i we wstępnym dyfterycznym okresie śluzotoku noworodków.

Nacieczenie łącznicy i skłonność do tworzenia się na powierzchni jej błon, przy użyciu tuszowań roztworem nadmanganianu potażu, szybko znika; następczy zaś śluzotok (zupełnie przeciwnie jak przy użyciu wcierań maści z żółtym tlenkiem rtęci) bywa zwykle dość silny; czasami roz-

pulchnienie łącznicy, dochodzi przy następczym śluzotoku, do nadzwyczajnych rozmiarów.

Przy tuszowaniu łącznicy kwasem salicylowym (10%) szczególnej korzyści tegoż nie zauważyłem.

Głębokie nacięcia nacieczonej łącznicy, jako też przecięcia zewnętrznego kąta szczeliny powiek, robione nie były, z obawy żeby wykonane w celu terapeutycznym zranienie nie przybrało charakteru dyfterycznego owrzodzenia, chociaż obawa ta była zapewne najzupełniej płonna. Wskutek używanych przezemnie, w celu odciągającym, tuszowań skóry powiek kamieniem piekielnym, powstawały czasami nadżarcia, na które dostawała się wydzielina łącznicy porażonej dyfterytem; jednakże prawdziwy dyfteryt skóry ani razu nie powstał. Jeżeli przy dyfterycie łącznicy nie oczyszczać starannie oczu i jeżeli górna powieka, opuściwszy się, pokrywa dolną, to (szczególniej u dzieci z delikatną skórą) powstają na powiece, a następnie na policzkach, ciągle zraszanych wydzieliną łącznicową, powierzchowne nieczyste owrzodzenia, pokrywające się szarawemi złogami. Lecz dla czegoż uważać to za dyfteryt skóry? Owrzodzenia takowe nigdy nie pociągały za sobą objawów właściwego dyfterytu (w nozologicznem znaczeniu). Prof. SZOKALSKI wspominał mi ustnie, że widywał jak takie owrzodzenia dochodziły do warg i błony śluzowej jamy ustnej, jednakże dyfterytu gardzieli nigdy przy tem nie bywało. Owrzodzenia te przy czystem utrzymaniu prędko się goją ¹⁾).

Pijawki, w spostrzeganych przypadkach, stawiane były często, szczególniej w początkach rozwoju dyfterytu łącznicy, w liczbie 4—12, przystawianie ich było powtarzane po upływie doby lub więcej. Miało ono na celu zrobić w sy-

¹⁾ Do powyższego mogę dodać, że niektórym chorym, przy początku rozwoju dyfterytu w pałku stawiane były wezykatorye za uszami, co, jak wiadomo, przy prawdziwym dyfterycie prowadzi zwykle do dyfterycznego cierpienia miejsc skóry pozbawionych takim sposobem naskórka; nie podobno u moich chorych nie obserwowałem.

stemacie naczyniowym, najbliższym do systematu tkanki uległej zapaleniu, boczny otwór, aby tym sposobem naczynia w samym ognisku zapalenia, miały możność skurczyć się; co powinno pociągnąć za sobą przyśpieszenie obiegu w nich krwi i zmniejszenie procesu wysiękania. Wskutek przystawienia pijawek ból i obrzęk powiek na pewien czas się zmniejszał.

Przystawianie pijawek *coup sur coup* (według GRAEFE'GO i HIRSCHBERG'A) ani razu nie stosowano.

Ogólne wcierania szaruchy stosowane były w trzech przypadkach: po wtarciu około jednej uncyi maści w ciągu 2-ch dni, następowało niewielkie zmniejszenie stężenia powiek.

W ogóle rezultaty jakie otrzymali GRAEFE i HIRSCHBERG, przy użyciu szybkiej merkuryjalizacji i obfitego upustu krwi, nie mogą zachęcać do użycia tych środków. Środki te, w przypadkach spostrzeganych przezemuie, często bardzo były przeciwwskazane z powodu niezupełnie pomyslnego stanu ogólnego odżywiania.

Wyżej przytoczone środki, po większej części używanymi były w okresie *acme* i w początkach okresu demarkacyjnego, rozlanego i zlewającego się dyfterytu.

W zupełnie rozwiniętym okresie demarkacji leczenie przy istniejącej obfitej wydzielinie, polegało na starannem przemywaniu oczu, przykładaniu zimnych okładów i tuszowaniu łącznicy, stosownie do stopnia jej rozpułchnienia albo dwa razy dziennie roztworem nadmanganianu potażu, albo raz dziennie poprzednim środkiem, drugi raz zaś roztworem azotanu srebra, lub też tuszowanie wykonywane było tylko raz na dzień roztworem azotanu srebra. Jeżeli wydzielina nie była obfita, oddzielenie błon i części łącznicy uległych zgorzeli opóźniało się, to tuszowania roztworem azotanu srebra stosowanymi nie były, a zimne okłady zamieniane były kataplazmami.

W okresie czysto śluzotokowym, leczenie, stosownie do obfitości wydzieliny, albo ograniczało się użyciem lek- kich środków ściągających, lub też łącznica była tuszowa-

ną roztworem azotanu srebra i osłabionym kamieniem piekielnym (*lapis mitigatus*).

Przy powierzchownych cierpieniach rogówki, wpuszczone były krople roztworu siarczanu atropiny zwykle z chlorkiem morfiny. Dodawanie tego ostatniego środka zalecane przez prof. WOLFRINGA ¹⁾, działało bardzo uspokajająco przy bólach rzęskowych.

Przy nekrotycznych cierpieniach i głębokich owrzodzeniach rogówki, wyborne usługi oddawał roztwór ezeryny, przy użyciu takowego głębokie owrzodzenia często doskonale się goiły, bez uprzedniego przedziurawienia rogówki, u chorych zaś, którzy już przybyli do szpitala z obszernem przedziurawieniem rogówki i wypadnięciem tęczy, wbrew oczekiwaniu, zagojenie następowało, przez utworzenie się niewypukłonej blizny.

W kilku przypadkach po użyciu ezeryny powstawało lekkie zapalenie tęczówki, co jednakże mogło zależeć i od innych przyczyn.

Roztwór chlorku pilokarpiny działał podobnie jak i ezeryna, ale znacznie słabiej.

Przy wyżej wzmiankowanych cierpieniach rogówki z korzyścią używane były kataplazmy, żeby wywołać prędzsz oddzielenie się zgorzelinowych części rogówki i utworzenie się w niej naczyń odradzających (*pannus reparatorius*).

Tutaj zauważyć muszę, że użycie wcierań maści z żółtym tlenkiem rtęci, przy istnieniu nekrotycznego ogniska, lub głębokiego owrzodzenia rogówki, bywa połączone z pewnem niebezpieczeństwem dla oka. Wcierania te należy wykonywać wtedy nadzwyczaj ostrożnie. Pomocnik powinien z tyłu unieruchomić głowę chorego, gdyż przy mimowolnem poruszeniu jej, łatwo może nastąpić pęknięcie rogówki. To samo odnosi się do przypadków, gdzie

¹⁾ WOLFRING. *Sowremiennaja Medicina* 1878, N. 12.

chory przybywa z pękniętą rogówką, wtedy najlepiej nie używać zupełnie bezpośrednich wcierań w łącznicę, a ograniczyć się przemywaniami, cisnącą opaską i ezeryną.

Leczenie ogólnego stanu, w przypadkach połączonych ze stanem gorączkowym i objawami gastrycznymi, ograniczało się na podaniu środka czyszczącego i kwaskowatego napoju (*Potus acidi muriatici*), a czasami chininy (*Chinin. muriat* gr. 5—10 *pro dosi*, 1—4 razy dziennie).

Dla uspokojenia bólów i wywołania snu używane były podskórne wstrzykiwania morfiny i chloral wewnątrz.

Całe, wyżej przytaczane leczenie, nie odnosi się do przypadków lekkiego, cząstkowego dyfterytu; w tych przypadkach dopóki złogi dyfteryczne nie zeszły, używane były wyłącznie przemywania oczu, zimne okłady i tuszowanie skóry powiek azotanem srebra, a następnie lekkie środki ściągające. Czasami, w takich lekkich przypadkach, dopiero co wymienione środki, okazują się oniemal zbyt ciężkimi, gdyż choroba sama przez się kończy się szybko zupełnym wyzdrowieniem.

Celem niniejszej pracy jest wykazanie zamętu panującego dotychczas w nauce o dyfterycie łącznicy i zaznaczenie konieczności nowych anatomo-patologicznych i doświadczalnych badań. Wyjaśnić istniejąca gmatwaninę, zasadzając się li tylko na klinicznych spostrzeżeniach, jest nadzwyczaj trudno.

W każdym razie sędzę, że sam nawet dość pomyślny rezultat, przytoczonego przezemnie, czysto miejscowego leczenia, dostatecznie dowodzi fałszywości panującego poglądu, podług którego t. z. dyfteryt łącznicy, we wszystkich przypadkach, zaliczany jest do cierpień dyfterycznych, w nologicznem znaczeniu tego wyrazu i uważany jest za proces, przy którym wszelkie bezpośrednie mechaniczne i chemiczne działanie na łącznicę jest przeciwwskazanem.

Uważam za obowiązek dodać, że przy leczeniu chorych, cierpiących na dyfteryt łącznicy, kierowały mną doświadczone wskazówki i rady starszego Ordynatora Szpitala, Docenta Oftalmologii tutejszego Uniwersytetu, WOLFRINGA; za także wskazówki i rady obowiązany jestem Okręgowemu okuliście Warszawskiego Okręgu Wojennego, D-r med. TALKO.

Warszawa, d. 1 Marca 1881 r.

O potrzebie narzędzia do wydobywania resztek
jaja płodowego, pozostałych w macicy,

ORAZ OPIS

ŁYŻECZKI ŁOŻYSKOWEJ

pomyślu

Leopolda Weitzenbluta,

Lekarza i akuszera m. Warszawy.

Wskutek pozostałych po poronieniu, lub po porodzie, w jamie macicy cząstek jaja płodowego, a zwłaszcza kawałków łożyska, ściśle przylegających do błony śluzowej narządu, objawia się uporczywe i długotrwałe krwawienie, które często przechodzi w niebezpieczne krwotoki. Jedynym wskazaniem w tych przypadkach jest wydobycie tych pozostałości, a jedynym narzędziem, którem do tej pory przeważna liczba ginekologów posługuje się, jest własna ich ręka. Lecz ostatnie spostrzeżenia wielu lekarzy, oraz moje własne, przekonują, że zdarzają się często przypadki, w których naturalne to narzędzie nie jest dostateczne, i jak później wykażę, być niem też nie może.

Jeżeli do tej pory nie posiadamy jeszcze odpowiedniego narzędzia, przypisać to należy rozpowszechnionemu dosyć mniemaniu, że stosowanie instrumentów do tego rodzaju operacji jest niewłaściwe, już z tego powodu, że mo-

zna macicę uszkodzić, że manipulowanie narzędziem we wnętrzu organu połączone jest z wieloma trudnościami, a wreszcie źródła tego braku szukać należy w panującym powszechnie przeświadczeniu, że biegły ginekolog najlepiej ręką sobie radzi, jak świadczy o tem znany aforyzm: „le doigt s'allonge par l'habitude.”

Niedokładność tych poglądów postaram się uwydatnić szczegółowym rozbiorem danych, odnoszących się do operacyi o której mowa.

W celu wydobycia ręką cząstek jaja płodowego lub resztek łożyska, tworzących tak zwane polipy łożyskowe (*Placentarpolipen*), potrzebne są następujące warunki:

1° Kanał szyjki macicznej musi być dość szerokim aby przepuścić palec wskazujący operatora.

2° Macica musi być tak obniżoną, aby palec wskazujący mógł jej oprzeć się o dno, co osiągnąć się daje, naciskając organ przez powłoki brzuszne ku dołowi.

W bardzo wielu razach warunki te sprzyjają operacyi, mianowicie gdy takowa dokonywa się dość wcześnie po porodzie lub po poronieniu, albo gdy pomimo znacznego upływu czasu, kanał szyjki jest dość szeroki, co zwykle zależy od niskiego umiejscowienia cząstek łożyska i gdy przytem więzadła maciczne są dość podatne, a w jamie brzusznej nie ma żadnych powikłań.

Często wszakże zdarzają się przeszkody, które przy największej wprawie ginekologa uniemożliwiają wykonanie operacyi ręką w narzędzie nie uzbrojoną. Przeszkody te dają się ująć w 3 następujące grupy.

Do pierwszej należą te sprawy chorobowe, które przeciwskazują lub niedopuszczają obniżenia macicy za pomocą nacisku, jak zapalenie macicy, więzów, tkanki miedniczej, trzewiów brzusznych, drażliwość, bolesność lub niepodatność powłok brzusznych i międzykrocza, oraz nadmierna otyłość i wzdęcie kiszek.

Do drugiej grupy należą przeszkody wynikające z wysokiego umiejscowienia macicy, wywołanego przez

zweżenie miednicy kostnej, w której macica z pęcherzem moczowym pomieścić się nie mogą, przez krótkość więzadeł przyrodzoną lub nabytą wskutek spraw zapalnych i następczej bliznowatej kontrakcyi tkanek, przez zrosty macicy z sąsiednimi narządami po przebytem zapaleniu, przez nowotwory gnieźdzące się w mięszu macicy lub usadowione na zewnętrznej jej powierzchni, oraz przez obrzęk jajnika.

Do trzeciej grupy zaliczam przeszkody, które utrudniają przystęp do wnętrza macicy, jak zamknięcie kanału szyjki, nowotwory wychodzące z ust macicznych lub w pochwie usadowione, oraz bliznowate zweżenia pochwy.

Większą część przeszkód objętych pierwszą grupą możnaby opanować przez uspienie chorej chloroformem, lecz najczęściej lekarz wezwany zostaje w chwili grożącego krwotoku, kiedy pomoc ma być doraźną, a na użycie chloroformu nietylko nie ma czasu, boć należy dopiero szukać drugiego lekarza w celu assistowania, ale mogą też być istotne i poważne przeciwwskazania z powodu znacznej małokrwistości, wad serca i chorób płuc. Operowanie zaś bez chloroformu bywa w tych okolicznościach zupełnie niemożliwe dla straszliwego bólu, jaki wywołuje nacisk wykonywany przez powłoki brzuszne, a który przecież jest bezwarunkowo koniecznym. W wyszczególnionych zaś przypadkach drugiej grupy i uspienie nie na wiele się przyda. Wprawdzie radzono sobie w tych razach wstrzykiwaniem do macicy płynów haemostatycznych, a zwłaszcza roztworu półtorochlorku żelaza, lecz kazuistyka poucza, jak często środki te, pomimo długiego stosowania, okazują się bezsilnemi, a tymczasem chore tracąc krew, popadają w przewlekłe charłactwo, które nieraz fatalnie się kończy.

Zamknięcie ust macicznych zdarza się, gdy polip łożyskowy usadowiony jest na dnie macicy lub wysoko nad kanałem szyjki. Przewód ten wprawdzie nigdy nie jest hermetycznie zwarty, ale nie przepuszcza palca operatora. Dla rozszerzenia kanału radzą wprowadzać weń gąbki prassowane lub pręciki blaszkowca palczastego, lecz pomijając

znaczłą stratę czasu, jakiej wymaga przygotowawcza ta praca, to nierzadkiem następstwem tego rękoczynu bywa zapalenie żył (*Phlebitis*), zakażenie krwi wskutek zatrzymania w jamie macicy wydzieliny rozpadowej, a wreszcie mogą być przeciwwskazania z powodu zapalenia więzów lub tkanki miedniczej. Znakomici gynecologowie SCHROEDER i MARTIN prawie zupełnie zarzucili już stosowanie gąbek i blaszkowca w celu rozszerzenia kanału szyjki macicznej, przekonawszy się wielokrotnie o szkodliwym ich wpływie na zdrowie operowanych.

Tak więc potrzeba narzędzia zastosowanego do celów rzeczonyj operacyi jest koniecznym następstwem wywodów przezemnie przytoczonych. Być może, że myśli tę powzięli już dawniejsi lekarze i przedstawili ją bądź w formie inse-ratu gazeciarskiego, bądź też w oddzielnej monografii, lecz pomimo usilnych starań wynaleźć ich nie mogłem i dla tego zmuszony jestem pominąć wszelkie dane historyczne, powołując się wyłącznie na kilku autorów lat ostatnich.

W celu usunięcia ziarnistości, narostów kalafiorowatych i rakowcowych, wytworzonych na błonie śluzowej jamy macicznej, gynecologowie oddawna już posługują się łyżeczką, wynalazku RECAMIER'A i SIMON'A. D-r BÖTERS z Berlina ¹⁾ radzi używać łyżeczki SIMON'A dla wydalenia resztek jaja płodowego w warunkach niedostępnych dla bez-bronnej ręki lekarza. MUNDE z New-Yorku ²⁾ używa do tych samych celów łyżeczki SIMON'A i przytacza długi szereg operacyj pomyślnie nią wykonanych. Lecz wzięwszy pod uwagę rozmiary tej łyżeczki, kształt jej i ostre brzegi, łatwo można się przekonać, że takowa nowemu przeznaczeniu swojemu zupełnie nie odpowiada. Narzędzie, mające służyć do wydalania pozostałości płodowych z macicy, powinno być zupełnie gładkie i posiadać w każdym kierunku, kształty zaokrąglone, bryłowate, aby nie drasnąć i nie

¹⁾ SCHMIDT'S medic. Jahrbücher. 1878, N. 8.

²⁾ l. c.

uszkodzić błony śluzowej lub mięszu macicy, co zwłaszcza w miejscu przyczepu cząstek łożyska, gdzie tkanka jest przekrwiona i w części rozpulchniona, łatwo przez kanciaste narzędzie nastąpićby mogło. Oprócz tego wypadaloby mieć przy sobie kilka różnych rozmiarów łyżeczek, aby jedną z nich do danego przypadku zastosować. Ostatecznie sam autor przekonał się o małej praktyczności tej łyżeczki i próbował operacje wykonywać za pomocą pętli drucianej. D-r JACOB z Monachium wymyślił rodzaj gładkiej łyżeczki, mającej 1 ctm. długości i 3 mm. szerokości, osadzonej prostopadle na długim zgłębniku. Lecz, zdaniem mojem, łyżeczka ta nie mogąc zahaczyć się o miernie wystające kawałki łożyska, musi ześlizgiwać się tylko po ich powierzchni, udaremniając tym sposobem usiłowania operatora, a szczególnie w tych razach, w których działać wypada po omacku.

D-r HICKINGBOTHAM ¹⁾ podał opis i rysunek narzędzia, które nazwał: „New ovum and placenta forceps“ i które kształtem swoim zbliżone jest do złączonych z sobą kleszczy. Sposobem działania równa się zupełnie cążkom polipowym (Polipenzange), przedstawia też same niedogodności i jest nadmiernie duże. Cążki polipowe nie mogą być stosowane do wydobycia resztek łożyska, a zwłaszcza w tych razach, w których palec operatora nie może przewodniczyć narzędziu, łatwo bowiem można niemi ująć i zniszczyć zdrową błonę śluzową.

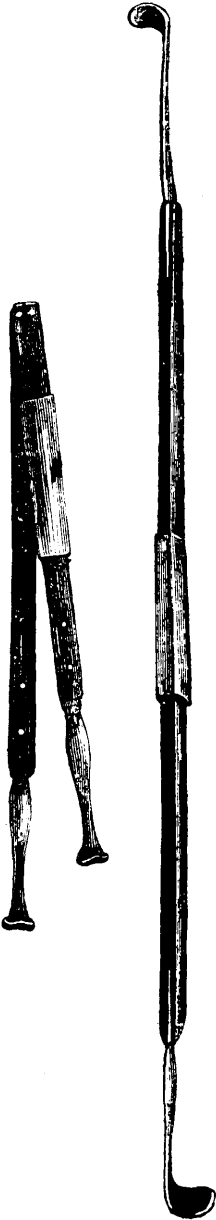
Przywiedzione przezemnie uwagi dowodzą, że potrzeba takiego narzędzia jest wyrazem ogólniejszego uznania i, że nie posiadamy jeszcze przyrządu, któryby wytrzymał dłuższą nieco próbę, okazał się istotnie praktycznym i głównym przynajmniej warunkom operacji zadość czynił. Tą okolicznością powodowany, wymyśliłem przed trzema jeszcze laty narzędzie, które do tej pory z powodzeniem, w trudniejszych zwłaszcza przypadkach stosuję i opis którego przy niniejszem podaję:

¹⁾ The British medical Journal N. 7. 1879.

Nazwa „łyżeczki łożyskowej“, jaką przyrządowi nadałem, zasadza się na doświadczeniu, że najczęstsza potrzeba stosowania go okazuje się wtedy, gdy idzie o wydobycie resztek łożyska, które ściśle przylegają do błony śluzowej i uporczywie się na niej trzymają. Wprawdzie cząstki błon jaja płodowego mogą także długo w jamie macicy pozostawać, lecz te zwykle wskutek dobrowolnego lub sztucznie wywołanego kurczenia się macicy same po jakimś czasie odchodzą, rzadko do znacznych krwotoków prowadzą i łatwo przestrzykiwaniami wydalone być mogą. Tym sposobem nazwa narzędzia odrazu cel jego określa.

Na pręciku z drzewa hebanowego, którego grubość wynosi 5 mm., a szerokość 8 mm., i którego wymiary ku środkowi nieco się powiększają, osadzone są u obydwóch końców cieńsze i węższe pręciki metalowe o brzegach tępych na 1 mm. grubych i 5 centm. długich, które przechodzą w owalną łyżeczkę w samym środku pod kątem prostym zgiętą. zgięcie od zewnętrznej strony jest okrągłe i gładkie. Jedna łyżeczka jest większa, ma 12 mm. szerokości a 1 ctm. długości, druga mniejsza ma 8 mm. szerokości, a 7 mm. długości. Długość narzędzia w całości wynosi 30 ctm. Pręcik hebanowy jest w samym środku przecięty i połączony z drugą połową swoją zawiąsą, przez co cały przyrząd daje się

37*



na dwie równe części złożyć, w niewielkiej pochewce pomieścić i wygodnie w kieszeni nosić. Oprócz tego znajduje się na jednym z ramion szeroka metalowa obrączka w kształcie zasuwki, która gdy zostanie przesunięta za zawiąsę łączy obadwa ramiona i utrzymuje je nieruchomo w kierunku prostym. Mniejsza łyżeczka służy w przypadkach zamknięcia ust macicznych, przez które wszakże zawsze daje się z łatwością przeprowadzić.

S p o s ó b o p e r o w a n i a. Chora powinna być umieszczoną na łóżku poprzecznym z uniesionym ku górze za pomocą walka krzyżem. poczem operator pod przewodnictwem palca wskazującego prawej ręki, wprowadza narzędzie do macicy, którą tymczasem jakakolwiek obecna osoba nieruchomo utrzymuje. Palcem przewodniczącym określić należy, chociaż w przybliżeniu, miejsce przyczepu cząstki łożyska, a gdy to, z powodu wysokiego stanu macicy, lub zwężenia kanału szyjki jest niemożliwym, wtedy doprowadza się narzędzie do dna macicy, poczem operator wolną ręką obejmuje ją przez powłoki brzuszne dla przybliżenia ku narzędziu. lub w celu utrzymania jej nieruchomo. Co skuteczniejszy, pozostaje tylko zeskrobywanie z powierzchni błony śluzowej wystających cząstek łożyska. Działając po omacku, należy pracę tę spełniać systematycznie w kierunkach liniowych po sobie idących tak długo, aż z wydalonych cząstek tkaniny i gładkości błony śluzowej okaże się prawdopodobnym, że cel operacji został osiągnięty. Rękoczyn ten można skutecznie z pewną siłą i śmiałością, bez obawy uszkodzenia organu, w czem powołać się mogę na własne doświadczenie, poczerpnięte z przeszło 30-tu operacyj. narzędziem tem dokonanych. z których dla przykładu dwie przytoczę.

1. W końcu Października r. z. wezwany zostałem do Sury K., żony stolarza, przy ulicy Nowolipie pod N. 19 zamieszkałej, która opowiedziała mi co następuje: Lat ma 34, rodziła szczęśliwie pięcioro dzieci, a przed dwoma miesiącami poroniła. będąc w 3-im miesiącu ciąży. Chociaż

akuszerka ją zapewniała że wszystko odeszło, krwawienie jednak z małemi przerwami trwa bezustannie, powiększając się przy każdym wysileniu i w czasie chodzenia, co doprowadziło ją do zupełnego wyczerpania sił. Od czasu poronienia radziła się różnych lekarzy sposobem ambulatoryjnym chodząc do szpitali i lecznic. Wybrała ogromną ilość sporyszu; jak to zauważyłem z przedstawionych mi recept i wstrzykiwała do pochwy różne środki ściągające. Przed niedawnym czasem jedna z akuszerok założyła jej tampony z waty, które pozostawały w pochwie przez 48 godzin, lecz żadnej korzyści nie przyniosły. Przy badaniu okazało się, że macica jest ruchomą, zwiotczałą i cięższą od normalnej, krew za poruszeniem dobywała się, koloru brudnawego w połączeniu z małemi skrzepkami, ujście zewnętrzne otwarte, lecz kanał szyjki zamknięty tak, że palca wskazującego w żaden sposób przeprowadzić nie mogłem, tembardziej że chora była niespokojną i broniła się, gdym palcem silniej naciskał. Ułożyłem ją przeto na stole i wprowadziwszy mniejszą łyżeczkę narzędzia do macicy, ująłem tę ostatnią przez powłoki brzuszne lewą ręką, a prawą zacząłem operować. Przy samem dnie macicy natrafiłem na nierówność, którą często instrumentem wyczuć mi się udawało i tak długo ją zeszkrobywałem, aż doszedłem do przekonania, że błona śluzowa w tem miejscu jest zupełnie równą i gładką. Dla dokładności operacyi poprowadziłem narzędzie jeszcze w innych kierunkach, a nieznalazłszy nigdzie oporu, łyżeczkę wydobyłem i wraz z nią kawałki mocno unaczynionej tkaniny. Od tej pory krwawienie zupełnie ustało, a chora, wprawdzie zwolna, lecz stanowczo do zdrowia powraca.

2. Pani G., żona kupca, wezwała mnie w połowie Listopada r. z. w celu zatamowania bardzo silnego krwotoku. Lat ma około 30, wygląd małokrwisty, przed 6-ma miesiącami urodziła pierwsze dziecko, w tydzień po porodzie wstała z łóżka i zaczęła się gospodarstwem zajmować. Odchody stawały się coraz obfitszemi, aż w końcu trzeciego tygo-

dnia nastąpił znaczny odpływ czystej krwi, którą chora za peryjod przyjęła. Odpływ ten trwał przez 10 dni bez przerwy i tak ją osłabił, że zmuszoną była położyć się do łóżka, przyczem za poradą akuszerki piła kwaśne krople i limonadę. Po kilku dniach krwawienie ustało, lecz gdy chora podniosła się, krew znowu odpływać zaczęła. To ją zniewoliło do szukania porady lekarskiej. Przepisano jej odwar sporyszu z kwasem, wstrzykiwania do pochwy płynu ściągającego i zalecono spokojne zachowanie się, poczem znowu stan zdrowia jej poprawił się. W parę dni potem wskutek błędu w dyjecie dostała silnych bólów żołądka i kiszek i jednocześnie objawił się krwotok daleko obfitszy od poprzednich, w czasie którego zażądała mojej pomocy. Przy badaniu zauważyłem, że brzuch jest mocno wzdęty i bolesny, tak, że każda próba obniżenia macicy wywoływała dotkliwy ból i nieprzewyciężony opór ze strony pacjentki. Usta i kanał szyjki macicznej były dostatecznie szerokie, lecz palec wskazujący ledwie mógł sięgnąć po za ujście wewnętrzne. Ułożywszy przeto chorą na łóżku poprzecznym, wprowadziłem do wnętrza macicy łyżeczkę łożyskową, poczem lewą ręką przytrzymałem delikatnie organ dla unieruchomienia go, a prawą wykonałem operację, która, niesprawiwszy chorej żadnych dolegliwości, uwieńczoną została zupełnie pomyślnym skutkiem.

W końcu pozostaje mi tylko szczerze zachęcić kolegów zajmujących się gynecologią, aby zaopatrzyli się w to drobne narzędzie, które według przekonania mojego, nie w jednej trudnej okoliczności rzetelną odda im usługę, co dla autora stanowić będzie jedyne i największe zadośćuczynienie.

C Z Y N N O Ś C I
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO,

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA.

ROK 1881,

Posiedzenie VIII, d. 15 Marca 1881 r.

PREZES: Hoyer.

Treść: I. Odczytanie protokołu. II. Korresponden-
cja. III. Kandydatura D-ra Drouineau:
IV. Kandydatura D-ra Friedmanna z Vöslau.
V. Jubileusz D-ra Rosenthala z Radomia.
VI. Podpisy do albumu D-ra Majera
w Krakowie. VII. Nussbaum. Sprawozdanie
z prac D-ra Chrostowskiego.
VIII. Lebiedziński. Sprawozdanie dele-
gacyi wyznaczonej do rewizyi rachunków kas-
sy Towarzystwa za 1880 r.

I. Protokół posiedzenia z d. 1 Marca r. b., po odczytaniu, przyjęto

II. Nadesłano:

Zatwierdzenie przez general-gubernatora składu urzędników To-
twa na rok 1881.

T a u b e r. De l'amputation ostéoplastique de la jambe.

Sechzehnter Jahresbericht 1880 über die Wirksamkeit der D-r
J a n y ' s c h e n Augen-Klinik in Breslau.

Zapiski Nowo-Aleksandrijskawo Instituta sielskawo hoziajstwa
i lesowodstwa.

P a n t i u k o w. Komu budiet prinadleżat Balkanskij poluostrow?

P a n t i u k o w. Klimatologiczeskija nabljudienija na Balkan-
skom poluostrowie w 1877 i 1878 godach.

P a n t i u k o w. K patologii Turok.

D-r **Ż o l n o w s k i** z New-Yorku nadesłał:

The medical news and abstract.

The medical journal of the medical sciences.

The medical record. N. 1, 2.

D-r **L u b e l s k i** nadesłał.

Van O v e r b e c k de **M e i j e r.** Les systèmes d'évacuation des
eaux et immondices d'une ville.

v. **C u b e.** Ein Beitrag zur Lungensyphilis.

J a n s s e n s. Prophylaxie administrative contre la propagation
des maladies contagieuses et spécialement de la variole.

Association internationale pour l'eau potable.

Sterfle-Atlas van Nederland over 1860—1874.

III. **L u b e l s k i** przedstawia na członka związkowego D-ra
D r o u i n e a u z **R o s z e l l i**, który jako kwalifikacyję nadesłał prace:

Notice sur l'importance de l'hygiène scolaire.

Observation d'anévrisme de l'artère poplitée.

Des bains—projet et plans.

De l'observation météorologique au point de vue de l'étude du cli-
mat en France.

Examen de la lithotritie périnéale.

Contribution à l'histoire des ruptures artérielles et des anévris-
mes diffus.

De l'institution des registres de vaccinations. Rapport présenté
au conseil départemental d'hygiène publique.

Kandydaturę popierają: **L u b e l s k i** i **G a j k i e w i e z.** Spra-
wodawca: **L u b e l s k i.**

IV. **Dobieszewski** przedstawia na członka związkowego D-ra **Friedmana** z **Vöslau**, który nadesłał jako kwalifikację trzy prace:

1. **Vöslau et ses sources thermales, 1870.**
2. **Die hydertherapie bei Geisterkrankheiten.**
3. **Ueber Finwirkngg thermischer Reize anf die Sensibilitat beider Körperhälten** (w rękopiśmie).

Kandydaturę popierają: **Szokalski** i **Gajkiewicz**. Sprawozdawca: **Dobieszewski**.

V. **Gajkiewicz** odczytuje list D-ra **Suligowskiego** z **Radomia**, którym zawiadamia Towarzystwo, iż lekarze **Radomsey** obchodzili d. 14 Lutego r. b. jubileusz D-ra **Walentego Rosenthala**. Zebrane podczas uczty jubileuszowej 82 rs. ofiarowano dla warszawskiej kasy wsparcia wdów i sierot po zmarłych lekarzach. Na jednym z najbliższych posiedzeń postanowiono poddać pod głosowanie wybór D-ra **Rosenthala** na członka honorowego Towarzystwa.

VI. **Hoyer** odczytuje list D-ra **Janikowskiego** z **Krakowa**, zawiadamiający, iż postanowiono ofiarować jubilatowi D-rowi **Majero**wi album z podpisami wszystkich lekarzy polskich. Towarzystwo jest proszone do pośredniczenia w przesyłce kartek, na których mają się zbierać podpisy. Towarzystwo zgodziło się na propozycję i postanowiło postąpić w ten sposób, iż przysłane gotowe kartki roześle lekarzom przez redakcje pism lekarskich polskich.

VII. **Nussbaum** odczytał sprawozdanie z pracy D-ra **Chrostowskiego**: pomieszczonej w **Pamiętniku** p. t. **O działaniu wodnika bromalowego na krążenie krwi**, i popiera kandydaturę jego na członka Towarzystwa.

VIII. **Lebiedzinski** odczytał Sprawozdanie delegacyi wyznaczonej do rewizyi rachunków **Kassy** Towarzystwa za 1880 r., takowe zostało przyjęte.

Na tem posiedzenie ukończono.

W. Gajkiewicz.

Posiedzenie IX, biologiczne III, dnia 29 Marca 1881 r.

PREZES: Hoyer.

Treść: I. Odczytanie protokołu. II. Korresponden-
cyja. III. Uczeń ś. p. Helbicha. IV.
Kramsztyk Juljan. O nowych środkach
sztucznego karmienia niemowląt. V. O wpły-
wie ciepłoty na przebieg reakcyi między kwa-
sem solnym i węglanem wapniowym.

I. Protokół posiedzenia z dnia 22 Lutego r. b., po odczytaniu,
przyjęto:

II. Nadesłano:

Medieinskij oezerk St.-Peterburskawo rodowspomagatielnawo za-
wiedienija wiadomstwa utwierdzeni Imperatricy Marii za 1873—1876 g.

Nowickij. Ob otwlekajuszczem diejstwiu miestnych kożnych
razdrażenii.

Smolenski. Ob uogolnoj kwasocie poczwennago wozducha.

Fenomenow. K uezeniju o kifotiezieskom tazie i razwywie
simfiz wo wremia rodow.

Pierewoznikow. K waprosum o sintezie žira w žiwotnom
organizmie.

Roszczynin. Poczwa goroda Peterhofa i jewo odnoszenie
k cholernym epidemijam.

Rudakow. K waprosum ob odnoszeniu bugorczatych jazw kisze-
cznika k jażwiennym processam legkich.

Patenko. O razwitji fibroznych tiel (*corpora fibrosa*) jaieznikow.

Otezoł o sostojanii obszczestwiennago prizrienija w r. Warszawie
za 1879 g.

Protokół zasiedanij konferencii Impieratorskoj Mediko-Chirurgicze-
skoj Akademii za 1879 g.

III. Hoyer zawiadamia o śmierci członka honorowego Towar-
zystwa D-ra Helbicha, przypomina zasługi jakie zmarły położył dla
Towarzystwa i proponuje uczcić jego pamięć przez ogólne powstanie, co
też dokonano.

IV. K r a m s z t y k J u l j a n, zaznaczywszy iż mleko krowie jest jedynym racjonalnym środkiem, mogącym zastąpić mleko matki mówi o laktynie, proszku otrzymany z serwatki przez K u n z'a z Wattwyll. Składa się on, przeważnie z cukru mlecznego, a prócz niego ma niewielkie ilości soli (węglany, dwuwęglany i chlorki alkaliów, przeważnie potassu, a w małej ilości fosforany). Dodanie laktyny do mleka ma ułatwiać jego trawienie. Następnie K. mówi o sztucznej mięszance śmietankowej B i e d e r t'a, mającej zastąpić niedobre mleko, zwłaszcza przy cierpieniu kanału pokarmowego. W mięszance tej sernik zastąpiony jest przez łatwo strawny białkan potassu, którego 1 część przypada na 2 $\frac{1}{2}$ cz. czystego masła, 4 cz. cukru, 0,2 cz. soli, wedle stosunku jaki jest w mleku kobiecem. Do tej mięszanki dodaje się tyle wody, aby utworzyła gęstą masę, która rozcieńczona 16 cz. wody przedstawia mleko sztuczne, zawierające 1% białka, 2,5% tłuszczu, 4% cukru. B i e d e r t zaleca ową mięszankę w razach wyjątkowych, a mianowicie u dzieci chorych, nieznoszących mleka krowiego i posiłkował się nią z dobrym skutkiem w 74 przypadkach cierpienia przewodu pokarmowego. Wreszcie K. przedstawia nowy przetwór i rozpuszczalną leguminozę L i e b e'g o, która tylko starszym dzieciom może być dodatkowo obok mleka podawaną.

M a r k i e w i c z zwraca uwagę na pracę Z a n d e r'a o ważności soli i ich stosunku na sprawy odżywiania, Większy dowóz potassu i kwasu fosfornego, a mniejszy względnie niedostatek sodu i chloru, powoduje, iż kwas żołądkowy jest ubogi w kwas solny, skutkiem czego niedostateczna ilość soli wapiennych mleka zostaje wessaną, co ostatecznie prowadzi do *rachitis*. Dalej M. utrzymuje, iż względy, jakie spowodowały B i e d e r t'a do wyrobienia mięszanki śmietankowej, lepiej dadzą się wypełnić przez mięszanie śmietanki z mlekiem zbieranem, wtedy bowiem tłuszczu będzie więcej, a sernika ilość nie zmieni się.

V. B o g u s k i mówi o wpływie ciepłoty na przebieg reakcyi między kwasem solnym i węglanem wapniowym.

Na tem posiedzenie ukończono.

W. Gajkiewi..

Posiedzenie X, d. 5 Kwietnia 1881 r.

PREZES: Hoyer.

Treść: I. Odczytanie protokołu. II. Korrespondencyja III. Kandydatura D-ra D o m a ń s k i e g o. IV. J a s i ń s k i. Zniknięcie limfomatów pod wpływem róży V. D u n i n. Nagła śmierć w suchotach płucnych w skutek wstąpienia powietrza do naczyń. VI. D o b i e s z e w s k i. Sprawozdanie z prac D-ra F r i e d m a n n'a VII. P r z y s t a ń s k i. Sprawozdanie z pracy D-ra R a d z i s z e w s k i e g o. VIII. L u b e l s k i. Sprawozdanie z prac D-ra D r o u i n e a u.

I. Protokół posiedzenia z dnia 15 Marca r. b., po odczytaniu, przyjęto:

II. Nadesłano:

Boletin mensual de estadistica demografico-sanitaria.

III. H o y e r przedstawia na członka związkowego D-ra D o m a ń s k i e g o z Krakowa, który jako kwalifikację przedstawia swe prace:

Wykład Elektroterapii i O kile układu nerwowego. Kandydaturę popierają S z o k a l s k i i G a j k i e w i c z. Na wniosek H o y e r a postanowiono poddać pod głosowanie kandydaturę D o m a ń s k i e g o, gdyż sprawozdanie z pracy jego było już dawniej zrobione.

IV. J a s i ń s k i opisuje przypadek lymphadenomatów gruczołów okolicy szyjowej, które zupełnie zniknęły w przebiegu róży powstałej po otwarciu jednego z ropiejących gruczołów limfatycznych.

Następnie J. przypomina iż w r. 1878 G i r s z t o w t obserwował podobny przypadek. W końcu nadmienia, iż zbawienny wpływ róży widział R i e o r d w przymioście, C a z e n a v e i B a z i n w chorobach skórnych, M a u r i a e, V o l k m a n n, B u s e h przy nowotworach.

S t a n k i e w i c z Wł. podaje, iż widział we własnej praktyce kilka przypadków oddawna ropiejących gruczołów limfatycznych, a które prędko zagoiły się po wystąpieniu naokoło nich róży. Z tego powo-

du w podobnych razach usiłuje robić coś podobnego przez drażnienie skóry zapomocą jodyny.

K l i n k zauważył również dobry wpływ na przebieg niektórych processów, w skórze się odbywających — tak przyrody syfilitycznej, jako też i zwykłej.

W jednym przypadku u chorego z guzikami syfilitycznymi na całym ciele, ostro występująca róża w przeciągu kilku dni spowodowała zupełne zniknięcie wysypki; ale po ustąpieniu róży, wysypka wystąpiła powtórnie.

U pewnej chorej z licznymi wrzodami fagadenicznymi na częściach płciowych i pośladkach, gdzie przez parę miesięcy środki lekarskie bezskutecznie stosowano, róża spowodowała szybkie oczyszczenie owrzodzeń i ich zabliznienie.

Nakoniec u pewnego chorego z obszerną, bo na całej skórze umiejscowioną łuszczycą, z bardzo znacznymi naciekami, w którym to przypadku całoroczna kuracyja nie sprowadziła znaczniejszej poprawy, *erysipelas* która przebiegła całe ciało, sprowadziła wyleczenie. W dwa miesiące później wysypka jednak powróciła.

P e r k o w s k i nadmieniał, iż niektórzy autorzy radzą przy długotrwałych wrzodach zastrzykiwania *Tint. jodoformi comp.*

V. D u n i n opisuje przypadek suchot płucnych u młodego chłopca, tem różny od innych, iż śmierć, co rzadko bywa w suchotach, nastąpiła nagle, skutkiem wejścia powietrza do serca. Na sekeyi znaleziono nacieczenia i 3 niewielkie jamy rozpadowe w wierzchołku prawego płuca, z których jedna wypełniona była krwią; w sercu lewem i w całym układzie tętniczym krew pomieszana była z powietrzem. Jak dokładne poszukiwanie przekonało, powietrze wejść mogło tylko przez nadgryzioną szybkim processem rozpadowym gałazeczkę żyły płucnej. Przypadek D u n i n a tem jest ciekawy, iż zazwyczaj powietrze dostaje się do serca prawego przez żyły obwodowe (najczęściej przez szyjowe i maciczne), gdy tymczasem w jego przypadku powietrze było w sercu lewem i tętnicach. D u n i n tłumaczy w jaki sposób następuje śmierć po dostaniu się powietrza do serca i obznajmia z treścią pracy D-ra C o u t y, najobszerniej traktującą kwestyję przedostawania się powietrza do układu krwionośnego.

S o k o ł o w s k i zaznacza iż krwotok w skutek nadgryzienia naczyń krwionośnego jest jednym z najczęstszych objawów suchot płucnych, iż zapewne nierzadko ulegają takiemu nadgryzieniu i gałązki żył płucnych, a jednak śmierć na skutek wejścia powietrza do serca jest w suchotach płucnych ogromną rzadkością.

H o y e r przypomina, iż u pewnych rodzajów zwierząt niezawsze wejście powietrza do naczyń pociąga za sobą śmierć. U 2-ch psów wpychał on do żył duże ilości powietrza bezkarnie.

D u n i n powiada, iż i w doświadczeniach C o u t y ' e g o zdarzały się podobne przypadki; niekiedy nie mógł on zabijać koni i kotów, przez wepchanie powietrza do żyły. Sam D u n i n robił również na kościach doświadczenia i zwierzęta zdychały bardzo prędko.

VI. D o b i e s z e w s k i odczytał sprawozdanie z prac D - r a F r i e d m a n n ' a z V ö s s l a u .

D - r F r i e d m a n n , dyrektor i właściciel zakładu wodoleczniczego w V ö s l a u pod Wiedniem, nadesłał do Towarzystwa naszego trzy prace; z prośbą o zaliczenie go w poczet członków korespondentów.

Prace te noszą następujące tytuły:

1^o V ö s l a u et ses sources thermales, wydana w Wiedniu w 1870 r.

3^o Die Hydertherapie bei Geisteskrankheiten, ogłoszona drukiem w r. b. w „Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Niederösterreich.“

3^o nakoniec nosi tytuł: „Ueber Einwirkung thermischer Reize auf die Sensibilität beider Körperhälften“, nadesłane w rękopiśmie.

W sprawozdaniu z tych prac, które obecnie Szan. Kollegom przedstawiam, pomijam pierwszą, jako powszechnie znaną, gdyż wchodzi w skład biblioteki kąpielowej B r a u m ü l l e r ' a : — zastanowię się za to obszerniej nad dwiema pozostałymi, zwłaszcza że w nich mieści się wiele spostrzeżeń autora, opartych na 24-letnim doświadczeniu przy prowadzeniu zakładu wodoleczniczego.

Na początku swej pracy przypomina autor, jak wielu psychiatrów proponowało użycie i zastosowało hydroterapię przy leczeniu różnych zaburzeń umysłowych. M o r e l , P e t r i , J o h n s o n i inni zalecali i stosowali ją z rozmaitym skutkiem. Niezawsze jednak skutek odpowiadał oczekiwaniom, przez co dyskredytował metodę. Przyczyny tego szukać należało najprzód: w niedostatecznym rozwoju psychiatrii, przez co wiele

chorób nie rozpoznawano należycie, powtóre: w niestosownem użyciu, a nawet nadużyciu tej metody leczniczej.

Spostrzegano przykrócanie się wielu chorób umysłowych podczas stosowania leczenia wodą: spostrzeżenia te odnoszą się do tej epoki, w której wszystkie bez różnicy cierpienia umysłowe leczono wzbudzeniem potów, a następnie stosowaniem bardzo zimnych kąpeli całkowitych, powtarzając to po kilka razy dziennie. Odpowiadało to ówczesnym pojęciom, według których wszystkie choroby powstawać miały z zepsutych soków, a soki te potami wydalone być miały.

Dzisiaj to postępowanie albo zupełnie zniesione albo bardzo ograniczone zostało, i z szablonowego traktowania chorych przyszliśmy do racjonalnego zastosowania metody wodoleczniczej.

Oдноśnie do psychiatrii, Fleming, Erlennayer, Demarow, Spanholtz i w. i. zrehabilitowali tę metodę. Griesinger w swojej „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“, wydanej w 1861 r., zabrania używania t. z. właściwego leczenia (eigentlichen Wassercuren) z uderzeniami, ale za to zaleca zimne obmywanie, kąpiele nożne i ręczne, natryski, nawet wilgotne obwijanie, obcieranie i wanny siedzeniowe. Od tego jednak czasu wiele zaszło zmian w stosowaniu wody jako środka leczniczego w cierpieniach umysłowych, i za przykładem Schübbego leczy się nie chore osobniki, ale chore mózgi.“

Istotnie, skoro się zwróci uwagę na to, że za pomocą leczenia wodą, można uspokoić, pobudzić, odwrócić, wywołać wessanie, osłabić, podnieść odżywianie, to już łatwo będzie zrozumieć, iż to działanie, do wyrównania wielu zaburzeń w ustroju może być użyte — przy cierpieniach więc umysłowych z wielkim pożytkiem zastosowane być może, nie wyłączając oczywiście leczenia psychicznego, które nawet jednocześnie może być zastosowane.

D-r Friedmann, zanim w swej pracy przedstawił metody używane przez niego w zakładzie od dawnego czasu i z wielkim pożytkiem, zastanawia się ogólnie nad wpływem wody na organizm przy różnych stopniach ciepła. Jest to bardzo ważna część jego pracy, którą tu rozbiaram, bardzo jasno i zwięźle przedstawiona, ale takową pomijam, gdyż Szan. Kolledzy odnaleźć ją mogą w rozprawie samej, i dla wielu, obeznanych z leczeniem wodą, teoryje te znane są dokładnie, a przechodzę do samych metod przez autora używanych.

Metody te polegają głównie na obniżaniu lub podwyższeniu ciepłoty ustroju, od czego znowu zależą zmiany we krwi obiegu i odżywianiu. Regulując zatem, według wyrozumowanych wskazań ciepłotę, regulujemy tem samem, odpowiednio do zamierzonego celu krążenie, odżywianie i wyrównujemy zбочenia.

Na pierwszym miejscu stawia F r i e d m a n n metodę pobudzającą, którą nawet drażniącą nazwać można. Nadaje jej też nazwę „Die reizende Methode“, przez nią bowiem utrzymuje, przez swe postępowanie, podrażnienie, pobudzenie ustroju. Stosuje ją przy zadumie z otępieniem (*torpide Melancholie*), przy ostrym nawet przebiegu chorób umysłowych, ale wtedy, gdy już okres ostry, czyli okres podrażnienia przeszedł: przy otępiełej hysteryi, przy osłabieniu całego ustroju, po samogwałcie i utracie soków organizmu. Przy użyciu tej metody, nie tak sama ciepłota jak czas trwania manipulacji leczniczej najgłówniejsze odgrywają rolę. W zakładzie D-ra F. miałem sposobność widzieć kilka pomyslnych uleceń w zadziwiająco krótkim przeciągu czasu, po zastosowaniu tej metody.

D-r F. nie używa przy niej zbyt niskiej ciepłoty wody, lecz 18 do 22° R. najpospoliej, w postaci obmywań, albowiem przekonał się, że używane przez A l b e r s'a kąpiele całe, przez 2 godzin trwające przy ciepłocie 10—13° R., tylko w nadzwyczaj wyjątkowych razach mogą być stosowne, nietrzeba bowiem zapominać, że w tych zwłaszcza chorobach otępienia, nagle może przejść do takiego pobudzenia, że się całe leczenie skompromituje. Autor też woli obmywania owe powtarzać częściej, po razie a nawet po 2 razy dziennie, aniżeli tak długo chorego w tak zimnej kąpieli zostawiać.

Inną postać tej samej metody leczniczej stanowią wilgotne i mokre wycierania. Działają one na nerwy i na naczynia włoskowate obwodowe, a skutek ich zależy nietylko od ciepłoty użytej wody, lecz również od sposobu zastosowania wycierania, t. j. mniej lub więcej silnego, mniej lub więcej długiego tarcia. Od większego lub mniejszego zmaczania prześcieradła, należy stopień ciepła wody, na to autor zaleca zwracać uwagę, a czas trwania nacierania nie pozwala przedłużać po nad 5 minut. Postać tę metody pobudzającej, używa ze skutkiem tak w początku jak i w przebiegu dalszym chorób umysłowych.

Do tej samej metody leczniczej należą kąpiele połowiczne (Halbbäder), na 22—18° R., które trwać powinny krótko (najdłużej 5 minut) podczas tego trwania, jeszcze przez dopuszczenie zimnej wody, o 1—2° ciepłota tej kąpeli powinna być zniżaną. Kąpiele takie zniżają bardzo wyraźnie ciepłotę ustroju, a przez to działają jednocześnie na nerwy skóry i całego organizmu i przyspieszają przemianę materji.

Autor zaleca, aby ciepłoty kąpeli nie zniżać poniżej 18° R., a obniżenie jej podczas kąpeli nie powinno przechodzić 2°, w przeciwnym bowiem razie można się doczekać gwałtownego i niezmiernie dla chorego szkodliwego pobudzenia po kąpeli.

Dalej używa autor jako środka pobudzającego natrysków, ale z tymi zaleca większą ostrożność niż ze wszystkimi innymi. Albowiem w tej postaci, przez zmianę szybką wody, uderzanie jej w ciało, nareszcie tarcie, wywołuje się z jednej strony znaczne i szybkie obniżenie ciepłoty, które nieraz nie leży w zamiarze lekarza, z drugiej, gdy natrysk trwa krótko, może pobudzić silnie, gdy trwa długo, może sprawić otępienie w nerwach obwodowych, które po pewnym czasie, może się zamienić na najgwałtowniejsze pobudzenie. Jeśli więc w jakich, to w umysłowych chorobach, środek ten musi być z niezmierną akuratacją stosowany, odpowiednio do rodzaju cierpienia i indywidualności chorego.

Autor radzi je w postaciach otępienia, a szczególnie przy upadku czynności nerwów naczynio-ruchowych.

Nakoniec używa i zaleca w cierpieniach umysłowych *prześluzanie opakowania* (Einpackung), t. j. znane powszechnie, obwijanie w koce, aż do wywołania potów. Podczas użycia tych opakowań, częstość tętna i ciepłota ciała się podnosi, oddechanie i krążenie się przyspiesza, co zresztą już *Petrie i Johnson* wykazali. Jest to środek zatem podwyższający wsysanie (*resorbens*). Ale przy chorobach umysłowych radzi środek ten tylko do postaci zakaźnych ograniczać, t. j. do form pochodzących od przymiotu, albo przy cierpieniach gościecowych.

Przeciwwskazania tu są tylko przy wadach serca.

Drugą metodą, którą autor w cierpieniach umysłowych stosuje, jest metoda *uspokajająca i odciążająca*.

Metoda ta polega na tem, że przez działanie hydrotyczne na nerwy pośrednio lub bezpośrednio wywołuje się w nerwach mózgowo-rdzeniowych

lub w samych ośrodkach pewne działanie uspakajające. Wskazania do użycia tej metody są: wielka pobudliwość ogólna, brak snu, uczucie obawy, manija i szaleństwo.

Przepelnienie krwią tętniczą mózgu, lub wstrzymanie odpływu żylnego z ośrodków nerwowych, stanowi przyczynę patognomiczną tych eierpień, co się objawia przez zaczerwienienie lub zsinienie twarzy, przez pełność i twardość tętna.

Jako przedstawiciele tej metody w hydriatycznym leczeniu, najważniejszą grają rolę c a ł e l u b p o ł o w i e z n e kąpiele, na 26—28° R. Kąpiele te, jak doświadczenie na ludziach i na zwierzętach wykazały, wpływają nie tylko na układ nerwowy ale i na krwionośny i przekrwienie opony naczyniowej (*pia mater*) znoszą.

Kąpiele te mogą być długo, bo na 1/2 lub 1 1/2 godziny przedłużane, aby żądany skutek sprawiły. Tylko przy wielkiem osłabieniu czynności serca, kąpiel taka powinna być tak stosowana, aby była jednocześnie krzepiącą (tonizującą), t. j. powinna być brana krócej i podczas użycia, ciepłota jej powinna być o 1—2° niższa. Powinna być brana przed południem, albo w czasie napadu niepokoju. Często używa się jej dwa razy dziennie, rano i wieczorem, wieczorem służy za *hipnoticum* w takim razie.

Autor nie pochwała metody francuskiej, przedłużania jej do kilku godzin lub po całych dniach.

Do tej metody należą również krótkie opakowania w koce, na 30 do 50 minut, aż do rozgrzania ciała, po których następuje kąpiel, na 24 lub 22° R., trwająca minut 5. Zaleca je autor dla chorych lub niespokojnych, których długo w kąpeli utrzymać niepodobna.

Również zalicza tu autor kąpiele n a s i a d o w e (Sitzbäder) od 22 do 18° R., przez 15 do 20 minut, k ą p i e l e n o ż n e (Fussbäder), o b w i j a n i a ł y d e k j a k r ó w n i e ż o k o l i e y ż o ł ą d k a i b r z u c h a opaskami, zmaczanymi w wodzie chłodnej, a g ł o w y, opaskami maczanymi we wodzie na 0° R.

Nakoniec tu odnieść należy podobne opaski, stosowane na p o ś l a d k i i s z y j ę.

Zadaniem wszystkich tych opasek jest wywołać odpływ krwi od ośrodków przez sprowadzenie większego przepływu do części opaską opatrzonej.

W drugiej pracy, nadesłanej Towarzystwu w rękopiśmie niemieckim, zajmuje się autor bardzo interesującą kwestyją, mianowicie: wpływem bodźców cieplikowych na czucie obu połów ciała, nosi ona bowiem tytuł: „Ueber Einwirkung thermischer Reize auf die Sensibilität bei der Körperhelften.“

Powód do przedsięwzięcia poszukiwań na tej drodze, dały autorowi doświadczenia *Luelsingera* i *Adamkiewicza*, że czynności psycho-fizyczne (roślinnemi zwane), rozdzielają się symetrycznie na dwie połowy ciała, dalej doświadczenie *Brown-Séquarda* nad czułością obustronną ciała, nakoniec *Westphala* co do jednostajnego oddziaływania obu połów ciała na bodźce metaliczne (przy metaloskopii).

Doświadczenia autora, przedsiębrane na indywiduach zdrowych, doprowadziły go do wniosku, że w stanie normalnym czucie na bodźce cieplikowe w obu połowach ciała jest jednostajne. Każde zaburzenie z każdej strony pociąga za sobą kompensacyjne oddziaływanie z drugiej strony, podniesienie tego uczucia wywołuje podniesienie go ze strony przeciwnej.

Cała ta praca zasługuje na bliższe poznanie, i dla tego przełożę ją na nasz język dla Pamiętnika Tow., zanim po niemiecku wydrukowaną zostanie.

Z tego sprawozdania przekonywacie się Sz. Kolledzy, że *D-r Friedmann* należy do poważnych w dziedzinie nauki pracowników, i dla tego mam zaszczyt przedstawić go, w myśl jego żądania, na Członka związkowego naszego Towarzystwa.

VII. *Przystąński* odczytał sprawozdanie o pracy *D-ra Radziszewskiego*.

VIII. *Lubelski* odczytał sprawozdanie o pracach *D-ra Droüinea* z *Rochelle*.

D-r med. Gustaw Droüinea otrzymał stopień *D-ra Medycyny* w *Strasburgu* w r. 1869, następnie jako lekarz wojskowy walczył w czasie wojny francuzko-niemieckiej, a później drogą konkursu został lekarzem oddziału chirurgicznego przy szpitalu w *La Rochelle*, departamencie *Charente inférieure* we *Francyi*. *D-r Droüinea* jest członkiem sekretarzem rady departamentalnej higieny publicznej, i w tym charakte-

rze był delegowanym na zjazdy higieniczne w Paryżu i Turynie, w którym czynny brał udział.

Prace, które D-r D r o u i n e a u obecnie nadesłał, odnoszą się do chirurgii i do medycyny publicznej. Przy zupełnej niemożności poddania każdej z nich szczegółowemu rozbirowi, ograniczam się do jednej, jako dotyczącej przedmiotu dziś będącego na czasie, t. j. „Die l'Assistance aux filles mères et aux enfants abandonnés.“

Autor rozbiera w niej kolejno: historję opieki nad rodzającymi i dziećmi t. zw. nieprawemi; dzieje domów dla podrzutek; nadużycia akuszerki, już to w czasie ciąży i sprawy położkowej, już też względem dzieci, staraniom ich powierzonych i oddanych na opiekę.

Zastanawiając się nad znaczną, lubo tylko przypuszczalnie obliczyć się dającą liczbą poronień, często z umysłu wywoływanych, D-r D r o u i n e a u proponuje założenie w każdym większym ognisku (centre de population), zakładu czyli p r z y t u ł k u (asile départemental), gdzieby ciężarne niezamężne, znaleźć mogły przytułek, opiekę i pewne zajęcie, wszystko to za bardzo niską opłatą lub bezpłatnie i z zachowaniem tajemnicy, tak iż tylko lekarz, stojący na czele zakładu, wiedziałby bliższe szczegóły o nazwisku, stanie i innych danych osobistych, dotyczących ciężarnych. Autor żąda z początku dla swego departamentu 60 łóżek, a średni pobyt ciężarnej przed i po porodzie ogranicza do 60 dni, przyczem wyraźnie zastrzega, aby zakłady te nie przyjmowały położnic zamężnych, mających własny dom i własne ognisko. Te ostatnie, w razie ubóstwa, radzi wspierać w domu (Secours à domiciles) lub w t. zw. instytutach położniczych, p r z y t u ł e k zaś, pozostawić li tylko dla dziewcząt, któreby wstyd i nędza łatwo na drogę występku popehnąć mogły.

Z naszej strony sądzimy, że Towarzystwo opiekując się tego rodzaju pacyjentkami i u nas też miałyby racyję bytu, szczególnież też w pobliżu miast fabrycznych, byłyby one ze wszech miar pożyteczne. Po wsiach zaś byłoby praktycznijszem kojarzenie małżeństw i uprawianie dzieci. W gminach starozakonnych, wypadki ciąży nieślubnych bywają bardzo rzadkie, gdyż tam istnieje osobny fundusz na kojarzenie małżeństw i wyposażanie niezamożnych panien.

Z kolei przechodzi D-r D r o u i n e a u do opieki nad dziećmi, i rozpatrując statystykę domów dla podrzutek i wogóle śmiertelność noworodków, przytacza w streszczeniu, co za i przeciw kółkom byłoby wy-

rzeczonem, i poszukiwania pp. Bertillon, Brochard, Th. Roussel i Marjolin nad tym przedmiotem. Ostatecznie dochodzi do wniosku, że i tu stowarzyszenia opiekuńcze, nie krępujące się zbytnim formalizmem administracyjnym, najwięcej zrobić mogą, zapewniając rodzącej pomoc, jeżeli sama zaopiekuje się swem dziećciem, a stopniowo dostarczając i odpowiednich zajęć i środków utrzymania. Autor na str. 43 przytacza regulamin projektowanej przez siebie instytucyi, wysokość i czas trwania zasiłku. Są to szczegóły miejscowe, które jednak, *mutatis mutandis*, i u nas można zastosować. I tu jak już powiedziałem, przewodnią myślą jest zasada stowarzyszenia prywatnego, lecz obejmującego jedną daną miejscowość, a to dla lepszego i częstszego dozoru i kontroli nad wspomaganiami, zwłaszcza po domach prywatnych.

W ten sposób nakreśliwszy wskazówki opieki nad matką z dziećciem, autor z kolei zwraca się do dzieci samotnych, opuszczonych, do właściwych pod rzątkó w czyli „znajd“, jak je nasz naród nazywa. Autor, opierając się na zdaniu p. Thiers'a, przemawia za kółkami, urządzonemi odpowiednio; na drugim dopiero miejscu stawia kantory otwarte (jak obecnie u Dz. Jezus), i w następstwie łączy je ze żłobkami i domami dla sierot. Zakłady te powinny być w miejscach otwartych, w ogrodach. Autor, zgadzając się w tym względzie z innym pracownikiem na tem polu, D-re m Coudrea u, nie jest zwolennikiem oddawania dzieci „na mamki“, czemu i my chętnie przyklaskujemy.

W ten sposób we wszystkich swoich pracach autor obrany przedmiot bada wszechstronnie i sumiennie. Myśląc o ogóle, sprowadza i stosuje wyniki nauki do zakątka Francyi w którym mieszka, i to mu za bardzo dobre poczytujemy; jest to pracownik cichy i sumienny.

Na tem posiedzenie ukończono.

W. Gajkiewicz,

Posiedzenie XI, dnia 19 Kwietnia 1881 r.

PREZES: **Hoyer.**

Obecni jako goście: D-r J o r d a n z Krakowa i D-r S m o l e ń s k i z Gleichenberga.

Treść: I. Odczytanie protokołu. — II. Korrespondencja. — III. M a j k o w s k i. Sprawozdanie z sezonu leczniczego w Busku za r. 1880. — IV. S o k o ł o w s k i. Przyczynek do terapii miejscowej suchot płucnych.

I. Protokół posiedzenia z dnia 5 Kwietnia r. b., po odczytaniu, przyjęto:

II. Nadesłano:

M a k o w i e c k i j. Tablicy śmiertności i rodźajemosti Kijewskawo nasilenija. 1881. N. 1.

III. M a j k o w s k i odczytał sprawozdanie z ruchu chorych i skutkach leczenia w Busku w r. 1880 r. Jako osobną odbitkę dołączono do Gazety Lek. N. 20 r. b.

IV. S o k o ł o w s k i odczytał pracę: Przyczynek do terapii miejscowej jam suchotniczych. Autor w obszernej swej praktyce w dziedzinie chorób piersiowych, spostrzegał przypadki, w których mimo obecności w płucach dużej jamy, płwociny nie się nie wydzielało. Przypadki te dzieli na dwie kategoryje: do 1-go zalicza bardzo rzadkie przypadki bez śladu płwociny, z dobrym stanem ogólnym, a w których szczególnie pod jednym z obojętów znajdujemy odgłos opukowy tympaniczny, bronchofoniję, a przy wysłuchiowaniu nie słyhać wcale szmerów oddechowych, dopiero przy silnym kaszlu pojawiają się nieliczne rżenia dźwięczne, wywołane mechanicznem wstrząśnieniem powietrza i półpłynnej zawartości jamy.

W 2-jej kategoryi chorych, stosunkowo liczniejszej, oprócz wymienionych objawów, zdradzających obecność jamy w płucach, istnieje kaszel z nieznaczną płwociną, mającą cechy płwociny kataralnej, w której więc nie ma włókien sprężystych. Przebieg tej postaci suchot płucnych jest rozmaity, najczęściej jednak występuje od czasu do czasu nasilenie go-

rączkowe i inne objawy hektyczne, czyniące iż stan ogólny chorych jest zadawalniający, przy czem sprawa miejscowego niszczenia wzmagą się. Ostatecznie, mimo czasowego uciehnięcia sprawy rozpadowej — zejście jest niepomysłne.

Tworzenie się tych jam autor tłumaczy w ten sposób: pierwotnie występuje prawdopodobnie zapalenie kataralne ogniskowe płuca, szybko prowadzące do rozpadu i wytworzenia ograniczonej jamy. Zanim jednak jama przestała zupełnie wydzielać w skutek zapalenia ścianki w miejsce wejścia oskrzela, zamyka się połączenie jej z oskrzelem, jama więc zostaje zamkniętą, a wewnątrz niej znajduje się półpłynna zawartość. Od czasu do czasu tworzy się, w skutek dalszego rozpadu ściany jamy, świeża powierzchnia wrzodziejąca, a stąd wchłanianie mass do krwiobiegu i objawy ropnicy. Zdaniem autora, rozpad i pogorszenie czasowe przychodzą w tej postaci suchot płucnych zupełnie ni-przewidziane i zapobiedz mu nie zdołają środki lecznicze; stąd przyszedł on do wniosku, czyby w tego rodzaju jamach nie było uzasadnionem wstrzykiwanie bezpośrednio do wnętrza jamy płynów, mogących wywołać zlepne zapalenie z następnem zablźnieniem się jamy. S. opisuje przypadek takiej jamy, spostrzegany w końcu roku zeszłego w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie. U kobiety 59-letniej istniała w prawym szczyście płucnym jama obszerna, nie komunikująca z oskrzelem: stan ogólny był niezłym, od czasu tylko do czasu przechodziły pogorszenia. Przy pomocy strzykawki P r a v a t z'a S. 6 razy zastrzyknął do wnętrza jamy, z początku 1% roztwór kwasu karbolowego, a potem 5% roztwór nalewki jodowej. Oprócz suchego kaszlu odczynu nie było. Po zastrzyknięciu kwasu karbolowego stale ciepłota się podnosiła na kilka godzin, dochodząc do 39^o,5. Nie bywało tego po zastrzykiwaniach jodowych. Po ostatniem zastrzyknięciu stan się nieco pogorszył, wskutek czego chora nie zgodziła się na dalsze leczenie.

S. wypowiada zdanie, iż chociaż w jego przypadku, wynik leczenia był niemal żaden, pokazał jednak, iż to wstrzykiwanie do jam suchotniczych środków leczniczych jest nieszkodliwe, stąd sądzi, iż należałoby w odpowiednich przypadkach czynić je metodycznie przez dłuższy czas, posilknjąc się stopniowo coraz mocniejszymi roztworami. S. podaje, iż podnoszenie się ciepłoty po zastrzykiwaniach w przytoczonym przypadku, zgadza się z dawniejszemi jego spostrzeżeniami nad działaniem zastrzyki-

wań pod skórę kwasu karbolowego u suchotników gorączkujących. W takich razach nie sprawdził S. nigdy zdania S c h n i t z l e r'a i innych, jakoby kwas karbolowy miał obniżać ciepłotę. Gorączka u suchotników ma przebieg nietypowy, ztąd niedokładna znajomość przebiegu może naprowadzić na wniosek niewłaściwy co do działania przeciwgorączkowego różnorodnych leków.

B a r a n o w s k i przypomina, iż w oznaczeniu ważności jamy płucnej, nie można kierować się ilością wydalanej płwociny, gdyż ta nie zależy od ilości płynu w samej jamie, ale od stanu błony śluzowej oskrzeli, dalej, nie można się posługiwać objawami fizykalnymi, gdyż takowe dają wskazówki o stanie tylko wierzchnich warstw płuc, a nie o warstwach głębszych, jedynie tylko w wymienionym celu brać należy pod uwagę stan ogólny chorego. Następnie B. w krótkich słowach przypomina sposób tworzenia się jam w płucach i utrzymuje, że, zdaniem jego, terapija miejscowa nie jest wskazaną, gdyż jamy powstałe przy *pneumonia interstitialis* mogą trwać bezkarnie lata całe, nie ma w nich rozpadu płuc: pożytek więc w nich terapii miejscowej jest wątpliwy. W jamach zaś, których punktem wyjścia jest *pneumonia catarrhalis*, terapija miejscowa przedstawia mało szans, a nawet przez podrażnienie miejscowe proces może się rozszerzyć.

S o k o ł o w s k i odpowiada, iż polecając leczenie miejscowe nie miał na myśli ani jam suchych, będących następstwem rozszerzenia oskrzeli ani jam obficie wydzielających, lecz komunikujących z oskrzelami, lecz jedynie jamy, powstające w przebiegu *pneumoniae caseosae*, w których nastąpił naokoło rozrost tkanki łącznej i spowodował zamknięcie oskrzela. Nadto *par excellence* nadają się do leczenia miejscowego jamy, znajdujące się w dolnych zrazach płuc, powstałe po zapaleniu płuc krupowem lub po zgorzeli płuc. D o u g l a s P o w e l l z Londynu opisał ostatniemi czasy pomyślne zejście takiej jamy przy leczeniu miejscowem.

B a r a n o w s k i utrzymuje, że w takich przypadkach lepsze byłoby leczenie chirurgiczne, drainage.

S o m m e r powiada, że wszystko zależy od indywidualności chorego, są bowiem jamy okazujące z natury nawet mało tendencyi do zagojenia się, np. jamy w dolnych zrazach płuc położone, a które mimo to leczą się pomyślnie.

S m o l e ń s k i przypomina, iż w czasie kiedy M o s l e r polecał miejscowe leczenie jam płucnych, pojawiły się zdania, iż suchoty są pochodzenia pasorzytniczego, i że M o s l e r w myśl tego chciał wprowadzić płyny antyseptyczne, aby niszczyć pasorzyty w samym siedlisku ich powstania.

M a t l a k o w s k i zaznacza, iż jakkolwiek dążenie do miejscowego leczenia jam suchotniczych jest racjonalne, to jednak technicznie napotyka ono na mnogie trudności. W końcu powstaje przeciw zdaniu S o k o ł o w s k i e g o o podwyższeniu się ciepłoty po kwasie karbolowym, gdyż ogół jest zdania przeciwnego.

Na tem posiedzenie ukończono.

W. Gajkiewicz.

Posiedzenie XII, bijologiczne IV, dnia 26 Kwietnia 1881 r.

PREZES: **Orłowski.**

Treść: I. Odczytanie protokołu. II. Korrespondencja. III. S t a n k i e w i c z II. Kwestyja prostytutcyi miasta Warszawy pod względem administracyjnym i lekarskim.

I. Protokół posiedzenia z dnia 29 Marca r. b., po odczytaniu, przyjęto:

II. Nadesłano:

L e p p e r t. Przewodnik do chemicznego badania wody pod względem higienicznym.

A d a m e z e w s k i. Projekt nowego ementarza dla m. Warszawy z praktycznem zastosowaniem do przechowania i palenia ciał.

S z e l l. Materyjały dla botaniczeskiej geografii Ufimskiej i Orenburskiej gubernii.

K r o t o w. Geologiczeskija izslidowanija mieźdu Wołgój i Wiatkój po tieczonii Kazanki i Meszi.

W i n o g r a d s k i j. Rezultaty meteorologiczeskich nabliudienij pri ziemskom ucziliszcze w Wiatkie za 1879 g.

S i z o w. Słuchowej labirynt chiaszczewych ryb.

Medycinskij otezot Impieratorskawo Moskowskawo wospitatielna-
wo doma za 1877—1878 i 1879 g.

III. S t a n k i e w i e z Henryk odczytał pracę, zatytułowaną:
„Kwestyja prostytutcyi m. Warszawy pod względem administracyjnym
i lekarskim.“ Na wniosek prezydującego wiceprezesa D-ra Orłow-
skiego przyjęto, aby praca ta nie była drukowaną w Pamiętniku
Po odczytaniu takowej wszczęła się dyskusyja, w której pierwszy zabrał
głos Belke T.

Ciekawy przedmiot z dziedziny higieny społecznej, podniesiony
przez Szanownego Kolegę, zasługuje bezwątpienia na uwagę Towarzy-
stwa, lecz przedewszystkiem obchodzić nas może i powinna jedynie czysto
lekarska naukowa strona przedmiotu, opis zaś zwyczajów i obyczajów
nierządnie, manipulacje biórowe dopełniane przy wpisie lub wypisie
z kontroli, wzmianki o leczebnym składzie tej gałęzi służby policyjno-
lekarskiej i t. p. uwagi, nie mają zdaje mi się żadnego celu być rozpatry-
wane na posiedzeniu Towarzystwa, nie przedstawiają bowiem pod tym
względem dostatecznego materiału naukowego. Szan. Kolega przed-
stawił w pracy swej przedmiot, ze stanowiska dawnego, miejscowego,
roztoczył przed nami obraz prostytutcyi z przed laty 30, jak zaś ta kwe-
styja teraz stoi w nauce, pominął zupełnie; prostytutcyja obecnie z wzmo-
żeniem się ruchu międzynarodowego we wszystkich większych miastach
Europy, stała się o tyle ogólną, iż najdokładniejsze przepisy, w jednej miej-
scowości, mające ograniczać zło, nie prowadzą w żadnym razie do zamie-
rzonego celu, przy nieistnieniu podobnych urządzeń w sąsiednich miej-
scowościach w całym kraju i w obocznych państwach; oto jest główny
i zasadniczy punkt, około którego obraca się całe zadanie prostytutcyi.
Ten racjonalny sposób zapatrywania przyjęły wszystkie ciała naukowe,
dyskutujące nad tym przedmiotem, w tem tylko znaczeniu rozbierano te py-
tania, na kongresach międzynarodowych w Paryżu, Florencyi i Wiedniu,
a wnioski ich streścić się dadzą ostatecznie w zdaniu, iż ponieważ przy-
miot, wywołwany przez nierząd, jest chorobą zaraźliwą, wpływa niszczą-
co pod względem fizycznym, na następne pokolenia, z tego więc wzglę-
du rządy upoważnione są do wystąpienia przeciw ograniczeniu tej choroby,
tak samo jak występują przeciw ograniczeniu innych chorób zaraźliwych,
a środki i drogi jakie rządy za właściwe uznają winny być przedewszyst-

kiem praktyczne, możliwe do wykonania i o ile możności jednostajne wszędzie.

Środki zapobiegawcze są pośrednie i bezpośrednie. Do pierwszych, stojących na wysokości zadania, zaliczyć możemy, obznajmienie o ile możności całego ogółu, o możności i niebezpieczeństwach złego, a to przez wpływ lekarzy fabrycznych na ludność robotniczą obojga płci, przez danie jednocześnie łatwej pomocy i ratunku w przypadkach choroby, ułatwienie wejścia do szpitali wenerycznych, zdjęcie z tych ostatnich pozorów więzienia, nie strącanie składek z kass wzajemnej pomocy (Krankenkasse) chorym na przymiot i t. p.

Do środków bezpośrednich zaliczamy rewizyje lekarskie kobiet zaciągniętych w kontrollę. Szan. Kolega wspomina o porządku u nas istniejącym, porównywa go z urządzeniami sanitarnymi francuzkami i tym ostatnim oddaje pierwszeństwo, otóż tutaj wypada mi nadmienić, iż rewizyje u nas odbywają się dwa razy tygodniowo, z wszelką możliwą dokładnością, 2-utygodniowe oględziny uwzględniają według zasad nauki okres wykluwania się (*incubatio*) trypra i wrzodów miękkich; we Francyi rewizyje odbywają się tylko 2 razy na miesiąc, uwzględniono tam jedynie okres wykluwania się przymiotu; w Belgii, Holandyi, Niemczech, raz tygodniowo lub raz na 10—12 dni, a więc u nas pod tym względem jest nierównie lepiej jak gdzieindziej. Szanowny Kolega stawia za wzór urządzenia administracyjne Paryża, otóż dziwnym zbiegiem okoliczności, teraz właśnie, wskutek ogólnego niezadowolenia z polityki obojczyków w Paryżu, postanowiono służbę tę zmienić. Kończąc moje przemówienie powtórzę jeszcze raz muszę, iż niedokładności w manipulacjach biurowych przy wpisywaniu i wypisywaniu nierządnie w kontroli, czuwanie nad domami nierządu i inne podobne czynności, nie leżą i leżyć nigdy nie mogą w zakresie służby lekarskiej, zależy to od wyboru ludzi do tego użytych, od ich wykształcenia, charakteru moralnego i t. d. Kwestyja prostytutce może być rozważaną obecnie z ogólnego państwowego stanowiska i dla tego też zawsze najwłaściwiej znajdować się powinna na programach zjazdów międzynarodowych lekarskich i nauk społecznych, i tym tylko sposobem wejść w życie społeczeństw jako prawo dla wszystkich jednakowe, a nie jako oddzielne przepisy policyjne, jak to już ma miejsce we Włoszech, gdzie postanowieniem królewskim, po dyskursach w parlamencie, w r. 1860 zaprowadzone zostało.

Bartoszewicz utrzymuje, iż postępowanie przy rewizji kobiet, opisane przez Stankiewicza i przemawiające na niekorzyść dotychczasowego dozoru policyjno-lekarskiego, istniało przed r. 1874. Obecnie zaś niedostatki, a mianowicie zmniejszenie liczby rewizyj, tłumaczy się tem, iż z wprowadzeniem nowego postępowania sądowego, niepodobna użyć środków przymusowych. Jeżeli prostytutka kilka razy nie stawi się do rewizji, to sprawa odsyła się do sędziego pokoju, który albo ją uwalnia, lub co najwyżej skazuje na karę 25 kop. Dalej, wbrew utrzymywaniu Stankiewicza, prostytutka uwolnić się może z domu publicznego bardzo łatwo. Bartoszewicz wyraża się, iż w pracy Stankiewicza znajduje się wiele rzeczy, które istniały li tylko na papierze, a nie ma mowy o tem, co dziś robi komitet policyjno-lekarski.

Szokalski zaznacza, iż kwestyja rewizji kobiet publicznych jest już zużyta, tak, iż w wielu krajach rewizyje nie odbywają się zupełnie. Są zdania, iż zarazę przymiotową więcej roznoszą mężczyźni niż kobiety, i że raczej pierwszych należałoby poddać oględzinom. Zdaniem Szokalskiego najlepszymi środkami zapobiegającymi szerzeniu się przymiotu są: rozpowszechnienie sposobów leczenia, cywilizacyja i ułatwienie zarobku.

Markiewicz wbrew zdaniu Bellego, bronił słuszności podnoszenia kwestyi prostytutki w Towarz. lekarskiem, gdyż niewątpliwie wchodzi ona w zakres medycyny publicznej, tylko należy ją traktować w sposób poważny a nie anegdotyczny, jak to uczynił Stankiewicz. Dalej M. występuje przeciw zdaniu Szokalskiego, iż ponieważ środki dotychczas przedsiębrane nie usuwają zła w zupełności, należałoby ich więc zaniechać. Środki wymienione przez Szokalskiego są bezwzględnie najradykałniejsze, ale zanim one zostaną osiągnięte, nie należy gardzić i środkami pomocniczymi, jakimi są rewizyje. Wreszcie M. przytacza, iż w Prusach istnieje prawo, iż w browarach, cukrowniach i innych t. p. zakładach z ludnością napływową, żaden obcy robotnik nie może być przyjętym do zakładu bez poddania się rewizji, pod rygorem lekarza, właściciela i robotnika.

Na tem posiedzenie ukończono.

W. Gajkiewicz.

Posiedzenie XIII, d. 3 Maja 1881 r.

PREZES: Hoyer.

Treść: I. Odczytanie protokołu. II. Korrespondencyja. III. Uczczenie pamięci D-ra Janikowskiego. IV. Kandydatura D-ra Kornilowicza. V. Kandydatura D-ra Erlicha. VI. Nowicki. O urządzeniu źródeł Nałęczowskich. VII. Thiemé. Sprawozdanie z pracy D-ra Weitzenbluta.

1. Protokół posiedzenia z dnia 19 Kwietnia r. b., po odczytaniu, przyjęto:

II. Nadesłano:

Przewodnik po Nałęczowie i jego okolicach.

Zawiedienije mineralnych wod i hidrotterapii w Nałęczowie.

Boletin mensual de estadistica demografico-sanitaria de la peninsula é islas adyacentes.

Mapa demografico-sanitaria de sus provincias en la Peninsula é islas adyacentes.

III. Hoyer przypomina zasługi zmarłego członka Towarzystwa prof. Janikowskiego z Krakowa, i proponuje uczcić pamięć nieboszczyka przez ogólne powstanie, co też uczyniono.

IV. Prezes przedstawia na członka czynnego Towarzystwa kolegę Kornilowicza, który jako kwalifikację przedstawia swe prace: 1) Kilka przypadków obłądu pijackiego (*delirium potatorum*). Medycyna 1880, N-ra 43, 44. 2) Przyczynę do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe. Gazeta lekarska, 1881, N-ra 17, 18. Kandydaturę popierają: Hoyer, Sokółowski. Sprawozdawca: Nusbaum.

V. Prezes przedstawia na członka czynnego Towarzystwa kol. Erlicha, który jako kwalifikację nadesłał w rękopiśmie pracę: „O stosowaniu jodoformu w cierpieniach organów płciowych kobiecych.“ Kandydaturę popierają: Sokalski i Dobrski. Sprawozdawca: Braun.

VI. Nowicki mówi o urządzeniu źródeł żelazistych i zakładu hydropatycznego w Nałęczowie.

D o b r s k i przedstawia zdanie niektórych balneologów iż kąpiele żelaziste nie działają przez swe składniki żelazne, lecz jedynie przez gaz kwasu węglanego. Ponieważ zaś źródła Nałęczowskie gazu tego posiadają niewiele, D o b r s k i więc występuje przeciw zużytkowaniu ich w celach kąpielowych.

N o w i e k i odpowiada, iż źródła w Spaa są również tak ubogie w kwas węglany jak Nałęczowskie, a jednak używają wody z nich na kąpiele i w skuteczność ich lekarze nie wątpią.

W e i n b e r g podaje wyniki własnych rozbiórów wody Nałęczowskiej, z których pokazuje się, iż nie jest ona tak ubogą w CO_2 , jak to mówią, gdyż zawiera go 100 kubiczn. cm. w litrze. Woda Nałęczowska zaczerpnięta pozostaje długo przezroczystą, ma $5\frac{1}{2}^\circ$ twardości, $8,75^\circ$ C. ciepłoty (przy 6° C. ciepłoty zewnętrznej), c. g. 1,00044, materij stałych w 1000 ma 0,3845.

Skład jej jest następujący:

Węglanu wapnia	=	0,2327
Siarczanu wapnia	=	0,00887
Węglanu magnezyi	=	0,01608
Węgl. tlenku żelaza	=	0,02730
Fosforanu glinki	=	0,00175
Chlorku sodu	=	0,0019
Węglanu sodu	=	0,0205
Krzemionki	=	0,0337
Materij organiczn.	=	0,0330
Wolnego CO_2	=	0,195.

Zdaniem W e i n b e r g a, ilość CO_2 , zawarta w wodzie Nałęczowskiej jest dostateczną, aby utrzymać żelazo w stanie rozpuszczenia przez cały czas trwania kąpiele. W końcu W. dodaje, iż dowodem skuteczności kąpiele u wód mineralnych nie zawierających CO_2 jest Toeplitz.

D u n i n broni działania wód żelazistych, występuje przeciw jednostronnemu zdaniu, jakoby one działały jedynie przez CO_2 . Wedle D. działają tu i inne czynniki, jak np. prądy elektryczne, które że mogą się wywiązywać mimo małej zawartości żelaza w wodach, to dzisiaj nikt nie wątpi, po odkryciu przez R e g n a r d'a, iż powstającymi strumieniami elektrycznymi tłumaczy się działanie metali, zastosowanych sposobem naskurnym (*metalloscopia*).

Hoyer podnosi ten punkt iż wskazań do użycia wód żelazistych racjonalnie podać jeszcze nie można, ale doświadczenie pokazuje, iż są one skutecznymi w różnych cierpieniach.

VII. Thiem e odczytał sprawozdanie z pracy D-ra Weitzenbluta.

Kol. Weitzenblut Leopold, lekarz i akuszer m. Warszawy, pragnąc być zaliczonym do grona Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, nadesłał pracę swą pod tytułem: „O potrzebie narzędzia do wydobycia resztek jaja płodowego, pozostałych w macicy, oraz opis łyżeczki łożyskowej własnego pomysłu.“ Sprawozdanie z pracy tej, przez Szanownego Prezesa mnie poruczonem zostało.

Pozostałe w jamie macicy cząstki jaja płodowego po poronieniu, jak również kawałki łożyska po porodzie, sprowadzają za sobą w bardzo wielu razach niebezpieczne następstwa, między którymi—bez zaprzeczenia—najważniejszymi są: 1^o krwotoki maciczne, mogące wywołać znaczny stopień niedokrwistości, powolnie lub szybko wzrastającej, — 2^o rozpad pozostałych części płodowych, wsiąknięcie ztąd rozpadowej masy do ogólnego krwiobiegu, sprowadzenie stanu zapalnego macicy, części otaczających i zakażenie posocznicowate krwi (*Septicaemia*).

Samo przez się rozumie się, że jedynem wskazaniem dla lekarza w takich razach, jest: o ile można jak najwcześniejsze i najdokładniejsze usunięcie owych cząstek z jamy macicy. Operacja ta w większej części przypadków skuteczniać się daje jednym lub dwoma palcami. W przypadkach świeżych, t. j. tam, gdzie poronienie, *respectiv* poród, niedawno odbył się, a zatem tam, gdzie ujście maciczne dozwala przeprowadzić palec ręki i tam gdzie macica przez ściany brzuszne ręką da się obniżyć, operacja wydobycia resztek z łożyska zapomocą palca dla lekarza mającego wprawę nie napotyka wielkich trudności, wymaga tylko ze strony lekarza wytrwałości, zręczności, a zarazem i ostrożności w działaniu a ze strony chorej cierpliwości.

Zdarzają się jednak przypadki, w których operacja w mowie będąca zapomocą ręki jest bardzo trudną, a nawet bez poprzednich przygotowań niemożliwą do wykonania.

Kol. Weitzenblut w pracy swej wymienia przeszkody, które przy największej wprawie gynecologa uniemożliwiają wykonanie ope-

racy ręką w narzędzie nieuzbrojoną. Przeszkody te autor ujmuje w trzy następujące grupy.

Do pierwszej grupy zalicza te sprawy chorobowe, które przeciwskazują lub niedopuszczają obniżenia macicy zapomocą ucisku, jak zapalenie macicy, więzów, tkanki miedniczej, trzewiów brzusznych, drażliwość, bolesność lub niepodatność powłok brzusznych i międzykrocz, oraz nadmierna otyłość i wzdęcie kiszek

Zgadzam się z autorem, iż w niektórych z wyżej wymienionych przypadków obniżenie macicy zapomocą ucisku przez ściany brzuszne dla chorej może być bolesnem, a dla lekarza przedstawiać trudności, lecz z drugiej strony jestem zdania, iż w wielu razach, zwłaszcza gdzie mamy do czynienia z choremi bardzo wrażliwemi, większa część przeszkód wyżej przez autora wyłuszczonech, da się usunąć przez niezupełne nawet uśpienie chlороformem.

Co się tyczy przeciwskazania obniżenia macicy przy stanie zapalnym macicy lub części otaczających, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż usiłowanie obniżenia macicy dla chorej jest bolesnem i dotkliwem, lecz w takim razie, jeżeli krwotok w danej chwili nie jest zbyt gwałtowny zdaniem mojem i większej części autorów, należy wstrzymać się od wszelkiej manipulacji w celu wydobycia resztek jaja płodowego, a natomiast zastosować chorej odpowiednie środki przeciwzapalne. Jeżeli zaś przy stanie zapalnym macicy, zachodzi rzeczywiście nagła potrzeba wydobycia resztek jaja płodowego z macicy, wolałbym nacisnąć od zewnątrz, t. j. przez ściany brzuszne zapalną macicę, w celu jej obudzenia i wydobycia z niej palcem resztek, aniżeli, jak to autor radzi, zastosować narzędzie swe (łyżeczkę łożyskową)—jestem bowiem przekonany, iż stan zapalny macicy, o wiele mniej powiększy się od manipulacji ręcznej, aniżeli od manipulacji zapomocą narzędzia po omacku w jamie macicy działającego.

Co się zaś tyczy zdania autora, aby niepodatność międzykrocz mogła być przeciwskazaniem lub przeszkodą do obniżenia macicy przez ściany brzuszne — zdanie to dla mnie jest zupełnie niezrozumiałem.

Do drugiej grupy, według autora, należą przeszkody wynikające z wysokiego umiejscowienia macicy, wywołanego przez zwężenie miednicy kostnej, w której macica z pęcherzem moczowym pomieścić się nie mogą, przez krótkość więzadeł przyrodzoną lub nabytą w skutek spraw zapalnych i następczej bliznowatej kontrakcyi, przez zrosty macicy z są-

siedniami narządami po przebytem zapaleniu, przez nowotwory gnieżdzące się w mięszu macicy, lub usadowione na zewnętrznej ich powierzchni, oraz przez obrzęk jajnika.

Zdaniem mojem, niektóre wyżej wymienione przez autora przeszkody, pozornie tylko mogą utrudniać obniżenie macicy, zwłaszcza do tego stopnia, aby dopomódz palcu operującemu dojść do wnętrza macicy, i tak np. jakiżto musiałby być wysoki stopień zwężenia miednicy kostnej, przy którymby macica opróżniona po poronieniu nie mogła być obniżoną do wehodu miednicy.

W końcu do trzeciej grupy autor zalicza przeszkody, które utrudniają przystęp do wnętrza macicy, jak zamknięcie kanału szyjki, nowotwory wychodzące z ust macicznych lub w pochwie usadowione, oraz bliznowate zwężenie pochwy. Zdaniem mojem, w przypadkach, kiedy lekarz zawezwanym zostaje do chorej, która krwawi, przypuśmy nawet, że i od czasu sprawdzonego poronienia i u której wynajdzie obecność nowotworu wychodzącego z ust macicznych lub w pochwie usadowionego, powiadam, pierwszą jego myślą winno być rozwiązanie pytania, czy właśnie podobny nowotwór nie jest przyczyną krwawienia — i jeżeli to jest możliwem, usunąć takowy. Co się tyczy bliznowatych zwężeń, to zgadzam się z autorem, mogą czasami niedopuszczyć palca do wnętrza macicy, lecz jak sobie autor wytłumaczy w takim razie poprzednią możliwość wprowadzenia prącia do pochwy, zajęcie w ciążę, a także jak sobie wytłumaczy jaką drogą jajo płodowe wyszło na zewnątrz.

Najważniejszą przeszkodę wprowadzenia palca do jamy macicy w celu wydobywania resztek jaja płodowego, bez kwestyi stanowi zamknięcie kanału szyjki macicy. W takich to razach i rozpoznanie obecności w macicy pozostałych resztek jaja płodowego *resp.* łożyska, przedstawia pewne trudności, zwykle domyślać się należy takowych 1^o jeżeli odpływ krwi po poronieniu z macicy bardzo długo przeciąga się, lub jeżeli jest gwałtowny, 2^o z powiększenia w rozmiarach wszystkich macicy, 3^o w niektórych razach odpływ połogowy (*lochiae*) bardzo długo, t. j. kilka lub kilkanaście dni zachowujący śmierzdzący zapach, każe domyślać się obecności resztek jaja płodowego łożyska. Wszystkie te trzy znaki nie są jednak bezwarunkowemi wskazówkami obecności w jamie macicy resztek jaja płodowego *resp.* łożyska, i dla tego, zdaniem mojem, słusznie wszysey rawie autorowie, tak francuzey, jak niemiecscy i angielsecy, którzy radzą

w razach zamknięcia ujścia macicznego i podejrzenia obecności resztek jaja płodowego, przedewszystkiem rozszerzyć kanał szyjki macicznej zapomocą laminary lub gąbki prasowanej, lub dilatatorem, a to w celu możności wymacania i przekonania się, czy w rzeczywistości są w macicy resztki jaja płodowego *resp.* łożyska, gdzie takowe są usadowione, czy na przedniej lub tylnej ścianie macicy, czy więcej w dnie lub treści macicy, i dopiero po przekonaniu się o tem wszystkim, można przystąpić do wydobywania owych resztek palcem, co się da najczęściej, a nadewszystko najbezpieczniej wykonać przy pewnej wprawie i cierpliwości lekarza, a w razie niemożności wydobywania tych resztek palcem, wziąć się dopiero do narzędzi, które zawsze jednak pod przewodnictwem palca działać powinny.

We Francyi R é e a m i e r wymyślił rodzaj łyżeczki nazwaną „Curette“ w r. 1846. (Curette — Annales de thérapie 1846 Août) dla zeszkrobienia granulacyi z szyjki macicznej, narośli kalafiorowatych i rakowatych. W r. 1850 ten sam autor, zmienioną pierwotnie swą łyżeczkę (Union médicale 1850, N-ra 66 i 70), radził używać do wydalenia granulacyi także i z jamy macicy, a nawet i resztek jaja płodowego z tejże. Metoda ta w następnych latach przez N é l a t o n'a (Gaz. des hôpit. 1853, N-r 12), C h a i l l y (L'art des accouchements 1853, pag. 303). M a i s o n n e u v e i T r o u s s e a u (Gaz. des hôpit. 1856, N-ra 17 i 21) była zalecaną. W Niemczech metoda ta zwłaszcza z powodu zarzutów czynionych przez K. B r a u n'a (Lehrb. der Geburtshilfe 1857, str. 715), S e a n z o n i e g o (Lehrb. der Krankheit. d. weibl. Sexualorg. 1875, str. 240. H i l d e b r a n d t'a (über d. Katarh. d. weibl. Geschlechtstorg.) i wielu innych, nie została przyjętą. Dopiero w r. 1872 kiedy S i m o n (Beiträge zur Geburtsh. und Gynaekologie Bd. 1) w obszernej pracy opisał metodę wyszkrobывania raka, granulacyi z szyjki macicy, a nawet pozostałych cząstek jaja płodowego z macicy zapomocą łyżeczki swego pomysłu (łyżeczka S i m o n'a), metoda ta zaczęła się upowszechniać i w Niemczech, pojawiło się dużo zdań, wskazań i przeciwwskazań do zastosowania tejże, czem dziś nie będę zajmował Szanownych Kolegów, nadmienię tylko, iż w niektórych razach dobywanie resztek jaja płodowego zapomocą łyżeczki S i m o n'a, radzą następujący autorowie: F e l l i n g (Archiv. f. Gynaekol. XIII, str. 227, 229). B o e t e r s (Centralblatt f. Gynaek. 1877, str. 20). S p i e g e l b e r g (Lehrb. d. Geb-

1878, str. 386). M u n d é (Centralblatt f. Gynaek. 1878, Nr 6), S e h r o e d e r (Lehrb. d. Geb. Capit. vom Abortus — najnowsze wydanie).

Z innych narzędzi służących do wydobywania jaja płodowego.

L e v r e t „Pince à faux germe.“

Bond — Kluge — i Hohl — Abortus Zange.

B u j a l s k i 1855 — łyżeczka podobna do łyżeczki litotomicznej.

M a y e r (jun.) 1856 — hak tępy, w końcu łyżeczka o brzegach tępych, i wiele innych. Wszystkie te jednak narzędzia w praktyce okazały się bezużytecznymi, i w krótkim przeciągu czasu po ich wynalezieniu zarzuconymi.

Kol. W e i t z e n b l u t powodowany okolicznością, że bardzo często miewał przypadki, w których nie mógł w żaden sposób wydobyć resztek jaja płodowego *resp.* resztek łożyska z macicy ręką, wymyślił już przed trzema laty narzędzie, które do tej pory z powodzeniem w trudniejszych zwłaszcza przypadkach stosuje. Narzędzie to nazwane zostało przez autora „łyżeczką łożyskową.“

Następnie autor podaje sposób operowania ową łyżeczką łożyskową. W końcu autor mówi, że zeszkrobywanie takie można skutecznie z pewnością i śmiałością (!). Z liczby 30 dokonanych operacji podaje nam opis tylko o dwóch, których krytykę pozwolę sobie Szanownym Kolegom przedstawić.

W obserwacji pierwszej uderza mię to, dlaczego autor wynalazłszy taki stan macicy, nie starał się przedewszystkiem, zanim przystąpił do operacji, przekonać się o rzeczywistym pozostaniu resztek błon płodowych, co by udało się mogło — albo przez wytrwałość wprowadzeniu śledzenia palcem, albo przez założenie na kilka godzin laminary lub gąbki prasowanej, w celu rozszerzenia ujścia wewnętrznego macicy. Następnie pozwalał sobie powątpiewać aby po poronieniu w 3-im miesiącu ciąży, pozostałe resztki jaja płodowego, trzymając się ściśle błony śluzowej macicy, mogły wytworzyć taką nierówność, aby ją po omaeku narzędziem można było wyczuć, a na koniec, dziwię się, iż wynalazłszy taką nierówność, autor z taką śmiałością, jak opisuje, zeszkrobywał, czyż autorowi nie przyszła myśl i obawa możliwości przy tak silnem zeszkrobywaniu po omaeku przedziurawienia lub przynajmniej naruszenia całości miększu macicy, która, jak autor mówi, była wiotką. Dalej, niejasnem jest dla

mie, co autor rozumie pod nazwą „kawałki mocno unaczynionej tkaniny“, jakie wydobyl z macicy wraz z łyżeczką, mogly to być bowiem kawałki blony śluzowej macicy zgrubiałej, przekrwionej, jak to ma miejsce przy *Endometritis fungosa-granu'osa Olshausen*, lub też skrzepy zastarzałe, dawne, odbarwione, uorganizowane i t. p.

Dla uzupełnienia ścisłości tej obserwacji i zarazem skoro Dr. W. z tak licznych swych obserwacji, przy których zastosowywał z pomyślnym skutkiem swą łyżeczkę, podaje nam tylko dwie, zdaniem mojem, autor powinienby przekonać czytelnika, że rzeczywiście były to resztki jaja płodowego—boć to wszakże główny cel i przeznaczenie narzędzia przez autora wymyślonego, należałoby opisać grubość tej tkaniny, jej utkanie, rozmiary, kolor, a nadewszystko mikroskopijną budowę. Nakoniec, jeden jeszcze zarzut opisu tej obserwacji pozwolę sobie zrobić autorowi, a mianowicie ten, że autor tak lakonicznie udziela nam wiadomości o dalszym losie swej chorej, mówiąc: „od tej pory krwawienie zupełnie ustało, a chora wprawdzie zwolna lecz stanowczo do zdrowia powraca.“ Zdaniem mojem, autor powinien ściśle nam podać, dlaczego jego operowana tak wolno do zdrowia powraca, czy po operacji nie było odczynu gorączkowego i jak macica i części otaczające w przebiegu następnym przedstawiały się—trudno jest bowiem przypuścić, aby w przeciągu 4-ch blisko miesięcy po operacji dokonanej (gdyż autor uskutecznił operację w m. Październiku r. z., a pracę swą pisał 1 Lutego r. b.), chora ta jedynie tylko wskutek poprzedniej utraty krwi tak powolnie do zdrowia powracała.

I w drugim przypadku bezstronny czytelnik zastanowi się winien, na jakich danych autor opierał się, że ma tu do czynienia z pozostałemi resztkami łożyska, a zarazem co go upoważniło do natychmiastowego wprowadzenia swego narzędzia do macicy? Najpewniej krwawienie, które w przebiegu 6-iu tygodni pojawiało się od czasu do czasu i to zawsze przez nieoględne i nieodpowiednie zachowanie się położnicy. Czyż jednak autorowi nie są znane przypadki krwawienia, a nawet krwotoków w położu, które odnoszą się jedynie tylko do złej, nieprawidłowej, powolnej, t. z. involucyi macicy, a zwłaszcza tej jej części, na której przyklejone było łożysko, przyczem krwawienie w rozmaitem natężeniu wystąpić może nawet bez wszelkiej przyczyny ze strony chorej, t. j. nie tak jak to miało miejsce u chorej antora. Co do mnie — stosunkowo często spotykałem się z takimi krwawieniami, a jeden przypadek wart jest nawet wzmian-

ki, odnosi się on do osoby, która w przeciągu 6-iu lat porodziła troje dzieci, każdy poród, przy którym zawsze byłem obecny, przebiegał prawidłowo i kończył się szczęśliwie — łożysko z macicy samo odklejało się i przezemnie z pochwy wydobywanem bywało i oglądanem pilnie (zawsze było całem). Po każdym takim porodzie, przez 5 tygodni odchody były mocno krwiste, a od czasu do czasu, pomimo najspokojniejszego zachowania się chorej, pojawiał się silniejszy odpływ krwi, który zawsze zmuszony byłem tamować odpowiednimi środkami. W końcu 5-go tygodnia krwawienie ustępowało, a w 6-ym tygodniu chora wstawała z łóżka i stosunkowo prędko powracała do sił i do kwitnącego stanu zdrowia.

Według mego zdania, skoro autor w tym przypadku nie mógł być pewnym, że przyczyną krwawienia było pozostanie w macicy resztek łożyska, to tem mniej jeszcze, przy bolesności macicy i wzdęciu brzucha, upoważniony był do natychmiastowego wprowadzenia swego narzędzia do macicy, którem autor niewiedomo czy co wyostał z macicy, gdyż o tem nie daje najmniejszej wzmianki, a przecież dla usprawiedliwienia się przed czytelnikiem z rozpoznania i swej manipulacyi w tym przypadku powinienby koniecznie podać szczegółowy opis tego, co wyjął z macicy.

Na tem kończę sprawozdanie z pracy kol. *Weitzenbluta*. O użyteczności łyżeczki łożyskowej pomysłu autora nie dziś powiedzieć nie mogę, gdyż nie miałem dotychczas sposobności jej zastosowania, dodam tylko to, iż podczas mej jedenastoletniej praktyki, do wydobywania resztek jaja płodowego *resp.* łożyska, wystarczał mi z pomyślnym rezultatem, po należytem rozszerzeniu ujścia macicznego, zawsze mój palec, przyznając jednak, iż do tej operacyi potrzeba wytrwałości i cierpliwości tak ze strony lekarza jak i chorej. Praca kol. *Weitzenbluta*, z której przedstawiłem sprawozdanie Szanownym Kollegom, zdaniem mojem, świadczy o pomysłowości autora wystarcza za kwalifikacyję dla przyjęcia go do grona naszego Towarzystwa.

Na tem posiedzenie ukończono.

W. Gajkiewicz.

Posiedzenie XIV, dnia 17 Maja 1881 r.

PREZES: Hoyer.

Obecny jako gość: D-r Ś w i r s k i z Iwonicza.

Treść: I. Odczytanie protokołu. II. Korresponden-
cyja. III. List komitetu wystawy przyrod-
lekarskiej w Krakowie. IV. Zawiadomienie
o śmierci D-ra Erazma M a j e w s k i e g o .
V. Kandydatura D-ra N o w i e k i e g o z N a -
łęczowa. VI. B a r t o s z e w i e z . Przypadek
cierpienia niezdecydowanej natury.

I. Protokół posiedzenia z dnia 5 Maja r. b., po odczytaniu,
przyjęto:

II. Nadesłano:

G r o c h o w s k i . Ueber die Fieberlehre und Fieberbehandlung
bei H. B o e r h a a v e , G. E. S t a h l und Fr. H o f f m a n n .

A e b y . Ein vierjähriger mikrocephaler Knabe mit theilweiser
Verschmelzung der Grosshirnhemisphären.

Verhandlungen der physiologischen Gessellschaft zu Berlin N-r 14

III. Prezes odczytuje list Komitetu Wystawy przyrodniczo-lekar-
skiej, mającej się odbyć w r. b. w Krakowie, list w którym Towarzy-
stwo jest proszone o wyznaczenie komisyyi, mogącej się zająć spra-
wą wysłania jak największej liczby przedmiotów na wspomnianą wy-
stawę. Po zgodzeniu się Towarzystwa na propozycyję, do komisyyi wy-
brano: J a s i ń s k i e g o , D u d r e w i e z a i mag. farmacyi K a r
p i ń s k i e g o .

IV. Prezes zawiadamia o śmierci jednego z najczynniejszych przed
laty członków Towarzystwa, D-ra Erazma M a j e w s k i e g o , mieszkającego w ostatnich latach w Krakowie. Prezes przypomina zasługi
jakie położył zmarły, zwłaszcza rozpowszechnienie w kraju naszym
perkussyi i auskultacyi i pracę o Paracelsie i proponuje, przez ogólne po-
wstanie z miejsc uczcić pamięć zmarłego. Propozycyję przyjęto i spełniono.

V. Prezes przedstawia na członka związkowego D-ra N o w i e -
k i e g o z N a l ę c z o w a , który jako kwalifikacyję złożył:

Ustrojstwo i rozwitje Lipeckich mineralnych wod.

Nałęczów jako zakład wód leczniczych żelazistych.

Wiadomości o zakładzie wód lekarskich w Szeptówce na Wołyniu.

Kandydaturę popierają: G a j k i e w i e z i M a j k o w s k i.

Sprawozdawca: S o k o ł o w s k i.

VI. B a r t o s z e w i c z opowiada przypadek cierpienia, obserwowanego na własnym synu, charakteryzującego się napadami gorączki przechodzącej w paroksyzmach.

Chłopiec 12-letni, przedtem zupełnie zdrowy, dostał gorączki, która trwała od godziny 4-ej wieczorem do 12-ej w nocy. Przy badaniu nie znaleziono nic, prócz lekkiego zapalenia kataralnego migdała prawego. Przez następne 3 dni był zupełnie zdrowy, 4-go dnia od zacementowania się choroby, podczas oddawania stolca chory doznał silnego bólu w brzuchu, który przeszedł po przyłożeniu ciepłego okładu i po daniu olejku rycinowego, gorączka wtedy była niewielka, trwała tylko od godziny 10 wieczorem do 2-ej w nocy i wtedy wystąpiła wysypka rozlana po ciele. Po kilku godzinach gorączka ustąpiła, wysypka znikła. Przez 11 dni następnych chłopiec był zupełnie zdrowy, 12-go dnia przyszedł ból w karku, gruczoły limfatyczne szyjowe obrzwały, migdał prawy powiększony, gorączka, białko w moczu. Następnego dnia stan bezgorączkowy, tętno 82. Wkrótce jednak przyszły wymioty, ciepłota podniosła się do $41^{\circ},3$ C., tętno 128, poty kilkakrotne, podano chininę, gorączka spadła, tętno 45. Czwarty paroksyzm poprzedzony był półtorogodzinnym dreszczem, ciepłota podniosła się do 41° C., tętno 116, po 6 godzinach ciepłota spadła; przez 2 tygodnie była niżej normy, bo dochodziła niekiedy $34^{\circ},2$ C., tętno wahało się między 68—45 uderzeniami na minutę. W 19 dni po ostatnim paroksyzmie łuszczenie się naskórka. Sledzona nie była nigdy powiększona, obrzęków nie było, mimo ciągłego białkomoczu.

B a r t o s z e w i c z zapytuje Towarzystwo o objaśnienie z jaką chorobą miał on do czynienia.

W rozstrzygnięciu tego pytania brali udział: D o b r s k i, P u n i n, M a t l a k o w s k i, J a s i Ń s k i.

D o b r s k i wyłącza szkarlatynę i *f. recurrens* i utrzymuje iż opisane objawy zależały od pewnych zmian funkcyjnalnych w układzie nerwowym.

D u n i n utrzymuje, iż najprawdopodobniej było to zapalenie nerek, obostrzające się od czasu do czasu.

M a t l a k o w s k i powiada, iż podobne zachowywanie się ciepłoty ciała, bywa tylko w ropnicy.

J a s i ń s k i chce ją uczynić zależną od ostrego powiększenia gruczołów limfatycznych.

H o y e r zwraca dyskusyję na przedmiot więcej ogólny i zaznacza, iż lekarz spotyka niekiedy przypadki chorobowe, nie pasujące z żadnym szematem patologicznym. H. przypomina, iż S z n a b l opisał nową formę szkarlatyny, i dodaje, iż i on sam obserwował przypadki szkarlatyny i tyfusu o dziwnym przebiegu. Widział on szkarlatynę bez gorączki i przypadek tyfusu, który kończył się przez kilka dni intermityjaco.

D u n i n powiada, iż i on spotykał podobne przypadki i przypisuje intermisyje wpływowi epidemii, *f. recurrentis*.

L e b i e d z i ń s k i obserwował również szkarlatynę bez gorączki u 2-ga dzieci jednej rodziny, w 1-ym szkarlatyna typowa, u 2-go bez gorączki, a tylko z puchliną i ogólnem łuszczeniem się naskórka.

D o b r s k i podniósł kwestyję, o ile w szpitalach dzieciennych stosowane są kąpiele w chorobach wysypkowych.

K r a m s z t y k Juljan powiada, iż w szpitalu dzieciennym żydowskim, chorób wysypkowych jest mało, kąpiele się nie robią, ale tylko obmywania.

S z o k a l s k i wyraża życzenie, aby w Towarzystwie oprócz przedstawienia przypadków kazuistycznych, zajmowano się przeglądem najważniejszych kwestyj naukowych bieżących, i w imieniu grona Kolegów uprasza Prezesa, czyby nie chciał przedstawić kwestyj pasorzytów. D u n i n jest zdania, iż byłoby to zadanie zbyt uciążliwe dla jednej osoby i proponuje, aby Prezes zechciał dać ogólny pogląd na kwestyję pasorzytów w patologii, a szczegółowe kwestyje aby rozebrali pomiędzy siebie pojedynczy członkowie.

H o y e r na tę propozycję zgadza się.

Na tem posiedzenie ukończono.

W. Gajkiewicz.

Posiedzenie XV, bijologiczne V.

Protokół, jako jeszcze nie przyjęty, później drukowany będzie.

Posiedzenie XVI, dnia 7 Czerwca 1881 r.

PREZES: **Hoyer.**

Treść: I. Odczytanie protokołu. II. **B e n n i.** Przedstawienie chorego z *necrosis processus mastoidei*. III. **R e j c h m a n n.** Nowe poszukiwania nad sztucznym trawieniem. IV. **N u s s b a u m.** Sprawozdanie z kandydatury D-ra **K o r n i ł o w i c z a.** V. **D u n i n.** Sprawozdanie z konkursu imienia D-ra **C h a ł u b i ń s k i e g o.**

I. Protokół posiedzenia z dnia 17 Maja r. b., po odczytaniu, przyjęto:

II. **B e n n i** przedstawia chorego 45-letniego, oddawna cierpiącego na ucho prawe, a który 15 Grudnia r. z. dostał zapalenia ucha średniego (*otitis interna*) 1 Stycznia r. b. pojawił się wypływ z ucha cierpiącego, a 15 t. m. chory spostrzegł guz w okolicy wyrostka sutkowego prawego, który wkrótce znikł. W początku Kwietnia r. b. po przeziębieniu się powstało znowu obrzmienie w okolicy wyrostka sutkowego. W tym czasie **B e n n i**, badając chorego, znalazł obrzmienie i chelbotanie, po zrobieniu cięcia wyszło dużo ropy, a badanie zgłębnikiem okazało, iż kość uległa obnażeniu. Dnia 24 Kwietnia r. b. obrzmienie przeszło i na okolicę czołową, zrobiono powtórne cięcie. Gdy pogorszenie powtórzyło się znowu, zaproszony **O r ł o w s k i**, po rozszerzeniu otworu, wytrepanował cierpiący wyrostek sutkowy, przyczem odeszło dużo granulacji i ropy. Przeprowadzono gruby dren. Polepszenie po operacji nastąpiło szybko, ból się zmniejszył, obrzmienie schodziło, wkrótce jama po operacji pozostała, poczęła wypełniać się ziarniną. Obecnie przy przedstawieniu chorego, rana jest blizką zagojenia, zgłębnikiem jednak dochodzi się jeszcze do kości, a płyn wstrzyknięty do ucha wychodzi przez dren.

III, R e j e h m a n n odeztał pracę, zatytułowaną „Nowe poszukiwania nad sztucznem trawieniem.“ Przedstawivszy pokrótce historję poglądów na sprawę trawienia żołądkowego, R. mówi o własnych poszukiwaniach, które dowiodły, iż przejściowe produkta trawienia żołądkowego—parapepton i rodzime białko (native Eiweiss — metapepton) nie są zwykłemi ciałami białkowatemi w stanie rozpuszczenia w płynie zakwaszonym kwasem solnym, jak to sądzi większość nowocześniey autorów, lecz że uległy one swoistej zmianie wskutek działania soku żołądkowego, a pod wpływem dalszego działania tegoż soku przechodzą w ostateczny produkt trawienia żołądkowego — w pepton. Następnie R. opisuje wymyśloną przezeń metodę badania siły i postępu trawienia żołądkowego. Zdaniem R., wszystkie poprzednio używane metody nie są miarą trawienia, lecz rozpuszczenia ciał białkowatych w soku żołądkowym. R. użytkował jedną ze znanych reakcyj ciał białkowatych i peptonów, zapomocą odpowiednio przyrządzonej skali barw.

K r a m s z t y k Julian wyraża powątpiewanie, czy rzeczywiście, jak to przytoczył w swej pracy R e j e h m a n n, włóknik rozpuszcza się całkowicie w ciągu godziny w 1-o procentowym roztworze kwasu solnego.

R e j e h m a n n odpowiada, iż przekonał się o tem wielokrotnie, a dalej iż rozpuszczenie jest trudniejsze w mocniejszym roztworze.

IV. N u s s b a u m odeztał sprawozdanie z prac D-ra K o r n i ł o w i e z a, przedstawionego dla uzyskania tytułu członka czynnego Towarzystwa i kandydaturę popiera.

V. D u n i n odeztał sprawozdanie z czynności Komitetu wyznaczonego dla ocenienia prac, nadesłanych na konkurs imienia D-ra C h a ł u b i ń s k i e g o.

Do dnia 4 Maja roku przeszłego, jako do chwili upływu terminu do nadsyłania prac na konkurs imienia C h a ł u b i ń s k i e g o, nadesłano następujące dzieła: D o b i e s z e w s k i: Przewodnik do klimatycznego leczenia, G a j k i e w i e z: O lokalizacyi chorób mózgowych, J u r a s z: Laryngoskopija, K r a m s z t y k Z.: Optometryja obiektywna, R o t h e: Psychopatologija *forensis*, P i e n i ą ż e k: Laryngoskopija i choroby krtani, oraz W i d m a n n: Choroby serea i tętnic. Stosownie do § 120 ustawy na posiedzeniu klinicznem z d. 4 Maja r. b. wybrano losem trzech członków, a mianowicie K o n i t z a, S o m m e r a i S z o k a l s k i e g o, którzy przybrali jeszcze sześciu: a mianowicie: D o b r-

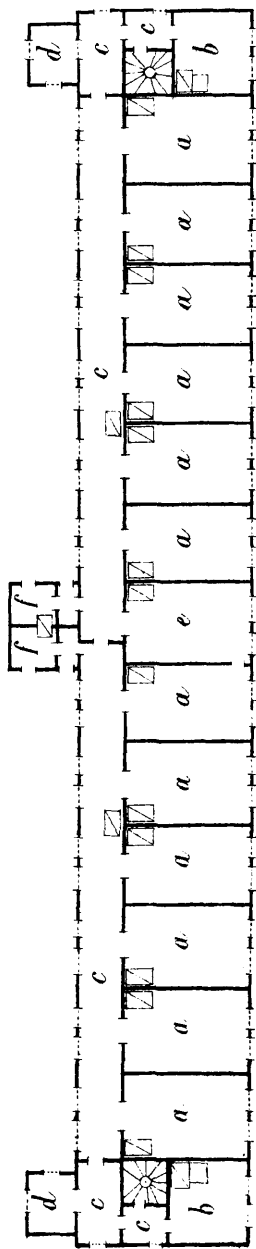
skiego, Dunina, Heringa, Kosmowskiego, Klinka i Płaskowskiego. Ponieważ jednak kol. Klink, dla braku czasu, wymówił się od prac komitetu, na jego więc miejsce zaproszono kol. Bauerertza. Tak utworzony komitet, wybrawszy na przewodniczącego sekretarza stałego Szokalskiego, i zaprosiwszy do pomocy kol. Gepnera i Sokółowskiego, odbył d. 24 r. b. ostatnie posiedzenie, na którym, po rozpatrzeniu wartości każdego dzieła z osobna, przystąpiono do głosowania. Głosowanie 9 członków, z których każdy, stosownie do § 123 ustawy, dla każdego dzieła rozporządzał 7 kreskami, tak że najwyższa cyfra, jaką jakiegokolwiek dzieło otrzymać mogło, była 63. Po otworzeniu kartek, okazało się że największą liczbę kresek, bo 62 otrzymało dzieło Pieniążka p. t. Laryngoskopija i choroby krtani, które mu też nagroda przyznana została. Następujące z kolei 2 dzieła otrzymały po 55 kresek.

Na tem posiedzenie ukończono.

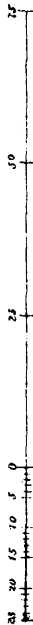
W. Gajkiewicz.

PLAN BUDYNKU PRZY UJAZDOWSKIM, WOJENNYM SZPITALU W WARSZAWIE

dla chorych cierpiących na dyfteryt łącznicy.



- a) Pokoje dla chorych;
- b) " " felczerów, służby i dla przygotowywania kataplazmów;
- c) Korytarze;
- d) Przedzisionki;
- e) Gabinet lekarza;
- f) Miejsca ustępowe.



TABLICA SZEMATYCZNA

przebiegu

80-tych PRZYPADKÓW

Conjunctivitis diphtheriae

spotrzęgniętych w roku 1879 i w ciągu 1880 roku w Oddziale, szpitalnym szpitala w Warszawie.

Material do historycznych badań

I. PRZEBIEGI

Table with columns: Nr, Kiedy zachorował i gdzie, Kiedy przyjęty do szpitala, Nazwa oddziału, Nazwa wojska, Stopień wojskowy, Imię i nazwisko. Rows 1-80.

Main grid table with columns: Miejsce w jakim chory przyjęty został do szpitala, Przebieg choroby w oddziale, Zejście choroby, and various clinical observations. Rows 1-80.

Summary table with columns: Kiedy wypisany, Staż w roku przy wypisaniu lub 12-go stycznia 1881 r., Ustaję wzniku, Staż wzniku, and other statistical data. Rows 1-80.

