

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZEROST MIGDAŁKÓW, WARUNKI POWSTAWANIA I LECZENIE NA DRODZE OPERACYJNEJ.

Przez

D-ra Teodora Herynga.

Sprawa przewlekłego przerostu migdałków, jak wiadomo najczęstsza u dzieci, wymaga nieraz chirurgicznej interwencji.

Zanim rozbiórę powszechnie używane metody operacyjne, muszę uwzględnić pokrótce warunki powstawania cierpienia.

Niewątpliwie konstytucja limfatyczna, będąca substratem t. zw. zołzów, usposabia do przerostu migdałków, a raczej do przerostu całego pierścienia limfatycznej tkanki gruczołowej [WALDEYER], obejmującej strop gardzieli (*tonsilla pharyngea*), właściwe migdałki gardzielowe (*tonsillae palatinae*) i niesłusznie mianem migdałka czwartego lub językowego (*tonsilla lingualis*) ochrzczoney przerost gruczołów torebkowych, umieszczonych w błonie śluzowej nasady języka, lub przerosty tkanki adenoidalnej, w pobliżu trąbki EUSTACHIJUSZA położonej (*tonsilla tubaria*). Sądzę, że nazwa migdałki powinna być wyłącznie zachowaną dla migdałków podniebiennych i dla migdałka gardzielowego, czyli LUSCHKI; zgodnie bowiem z G. BICL'em pod wyrazem „migdałek” pojmuję narząd ograniczony, posiadający tkankę nacieczoną komórkami limfatycznymi, gdzieniegdzie grupującymi się w kształcie t. zw. torebek, t. j. *folliculi*, posiadającą również zatoki, czyli krypty, wysłane błoną śluzową, wreszcie pewną ilość śluzowych gruczołów.

Istotną przyczyną przerostu migdałków są sprawy zapalne, często powtarzające się, zależne bądź od niezwyklej wrażliwości błon śluzowych na zmiany temperatury, głównie zaś od zakażenia, od traumatyzmów, nagłych zmian temperatury i złych warunków higienicznych, z których najważniejszy: zepsute lub nieczyste powietrze.

Niemniejszego znaczenia w wieku dziecięcym jest pokarm, a głównie mleko, którego rola, jako przenośnika różnych zarazków, coraz więcej zostaje poznana. Gruźlica i szkarlatyna mogą być przez mleko przenoszonymi, zarówno jak promienica i t. zw. grzybica gardzieli. Na 32 własnych spostrzeżeniach *mycosis leptothriciae*, dotąd nieogłoszonych, u 6 osób choroba powstała, po

dłuższemu użyciu mleka nieprzegotowanego. Po za tem, pewne choroby zakaźne [szkarlatyna, syfilis] usposabiają do przerostu migdałków.

Podtrzymują tę sprawę różnorodne traumatyzmy, na jakie błona śluzowa gardzieli i przełyku tak często jest wystawiona.

Drażniona dymem tytoniu, pozbawiona pewnej części wody przez częste nadużycia alkoholowe, pobudzana do bezustannych przekrwień u jednych zbyt gorącemi pokarmami lub napojami, u innych nadużyciem korzennych i ostrych przypraw, podlega ona przewlekłym stanom zapalnym, które *per. continuitatem* przechodzić muszą i na migdałki. Ponieważ błona śluzowa pierwszych dróg oddechowych obfituje w t. zw. torebki limfatyczne (*folliculi*), które brzmieją i powiększają się pod wpływem przewlekłych zapaleń, podobnie jak gruczoły limfatyczne podszczękowe przy przewlekłych cierpieniach zębów, często więc obok cierpienia migdałków występuje t. zw. *pharyngitis granulosa*. *Membrana mucosa* gardzieli w ścisłym pozostaje związku zarówno z błoną śluzową jamy nosogardzielowej, jak i żołądka; nie brak więc momentów, podtrzymujących przewlekłe nieżyty gardzieli, pośrednio zaś i migdałków.

Budowa anatomiczna migdałka również usposabiać może do występowania spraw zapalnych.

Migdałki w prawidłowym stanie posiadają na swej powierzchni, zwróconej do gardzieli, pewną ilość otworów i zagłębień (*cryptae s. lacunae*), które komunikują z jamkami lub kanałami, nieraz z rozgałęzieniami. Liczba ich wynosi zwykle 8—10. Zatoki te wysłane są błoną śluzową, pokrytą wielowarstwowym płaskim nabłonkiem, posiadającym gdzieś warstwę brodawkową. Migdałki otoczone są powłoką włóknistą, która wysyła do ich wnętrza przegródki, stanowiące rusztowanie dla miększu, złożonego z adenoidalnej tkanki i skąpych gruczołów śluzowych.

STOEHR w migdałku odróżnia 3 formy tkanki adenoidalnej:

- 1) rozlane luźne nacieczenie tkanki łącznej leukocytami,
- 2) mniej lub więcej ściśle odgraniczone okrągławe nacieczenie bardziej zbite leukocytami,
- 4) okrągławe, pęcherzykowe twory, zawierające środkowe ogniska rozmiękczenia.

Tylko te ostatnie, zdaniem STOEHR'a, zasługują na nazwę folikułów i liczba ich jest w migdałku największa.

Gruczoły śluzowe migdałków mają budowę gronkową, położone są zwykle w głębi, przewody ich otwierają się albo w kryptach, albo na powierzchni.

Naczynia krwionośne migdałek otrzymuje od *art. carotis externa*, o czem w innem jeszcze miejscu pomówimy.

Art. tonsillaris, z odpowiednią żyłą, której krew wlewa się do *v. jugularis interna*, dochodzi do włóknistej zbitej powłoki migdałka od zewnątrz i od dołu i rozszerza się w niej pędzelkowato.

Naczynia limfatyczne migdałka zbierają się w gruczołach limfatycznych, położonych za kątem szczęki dolnej. Łączą się one z *plexus lymphaticus anterior* szyi. Nerwy migdałek swój otrzymuje z *n. glossopharyngeus et vagus*.

Migdałek, a raczej otaczająca go tkanka łączna jest w pewnym związku z mięśniami obu łuków, jako też z *m. constrictor pharyngis sup.* i przy ruchu tych mięśni zostaje do góry unoszonym. Posiada on jednak, jak to wykazał LUSCHKA, dwa sobie wyłącznie właściwe mięśnie. Pierwszy mięsień (*m. amygdaloglossus*) oddziela się od przedniego łuku i wypycha migdał ku środkowi i ku dołowi. Drugi mięsień (*m. stylo-tonsillaris*) jest gałązką mięśnia *stylo-pharyngeus* i wyciąga migdał ku zewnątrz. Przy krztuszeniu się, przy usiłowaniu do wymiotów, lub przy podrażnieniu nasady języka palcem lub szpadlem powstaje odruchowe kurczenie się mięśni zaciskających gardziel, przyczem boczne ściany gardzieli zbliżają się do linii środkowej i wysuwają, jak kulisy, wraz z migdałkami. Tylna powierzchnia migdałków staje się wtedy widoczną, gdyż migdałek zakreśla niewielki łuk, obracając się naokoło osi podłużnej i wywija się ku przodowi. Tym sposobem dopiero ocenić można dokładnie wielkość migdałków, zarówno jak granulacje w formie różańca nieraz na bocznej ścianie gardzieli usadowione, lub wałki zapalne podłużne, po za migdałkiem ukryte (*pharyngitis lateralis*). Jeżeli migdałki przyrośnięte są do łuków podniebienia, wysuwają się one przy krztuszeniu bardzo mało. Również mało wysuwają się one, jeżeli oba łuki od dołu i u góry są w ten sposób z sobą zrośnięte, że pozostawiają pomiędzy sobą przestrzeń w formie owalnego okna, przez które przednia powierzchnia migdałka do gardzieli zagląda, cały zaś migdał siedzi w kieszonce, utworzonej przez łuki, t. j. w *interstitium arcuarium*.

Co do funkcji migdałków, do ostatnich jeszcze czasów nie stanowczego wiadomem nie było. Dopiero prace STOEHR'a ¹⁾ dowiodły, że migdałki posiadają bardzo ważną funkcję, t. j. pośredniczą migracji leukocytów. Odbywa się to szczególnie w pobliżu torebek i zbitej tkanki adenoidalnej, położonej tuż pod nabłonkiem. Zarówno u człowieka, jak i u zwierząt ssących, posiadających migdałki, leukocyty bezustannie przez nabłonek przenikają do jamy ustnej i zamieniają się na t. zw. ciała śluzowe, lub ślinne. Wdrążają one pomiędzy komórki nabłonka, niszcząc go nawet, gdyż powstają w nim otwory dość duże, aby ułatwić mikrobom dostęp do tkanki. Prawdopodobnie leukocyty te stanowią środek ochronny jamy ust, niszczą bowiem bakteryje (*phagocyty*). Przy niektórych sprawach patologicznych, połączonych z obfitem wytwarzaniem ropy, np. przy *pyo-pneumo-thorax*, wędrówka ta leukocytów do jamy ust zupełnie ustaje.

Pokazuje się więc, że dawniejsze poglądy BOSSWORTH'a, SPICER'a i HILL'a, odmawiające tym narządom wszelkiego fizjologicznego znaczenia, były z gruntu fałszywe.

Musimy tu jeszcze wspomnieć o wydzielinach migdałków w ogólności. W migdałkach prawidłowych, jak już wspomnieliśmy, gruczoły śluzowe wydzielają niewielką ilość śluzu, zmieszanego z leukocytami. Przy połykaniu pokarmów, na skutek kurczenia się mięśni gardzieli, a więc i migdałków, pewna część tej wydzieliny musi się na zewnątrz wydobywać, gdyż na zdrowych migdałkach nigdy wydzieliny nie widać.

¹⁾ Ueber Mandel- und Balgdrüsen. VIRCHOW's. Archiv. T. 95. N. 211.

Jeżeli jednak rozwinie się w nich sprawa powierzchownego, nieżytowego zapalenia (*tonsillitis lacunaris superficialis*), charakter wydzieliny się zmienia. Z półprzezroczystej, ciągnącej się, staje się ona gęstą, białą, czasem do twarogu podobną. Naciskając migdałek w pobliżu otworów zgłębnikiem lub wązkim szpatlem FRAENKEL'a, widzimy, że wydzielina, w głębi krypt ukryta, wydobywa się nazewnątrz, niekiedy w formie t. zw. czopków.

VALENTIN, badając ją pod drobnowidzem, znalazł, że jakościowo nie różni się ona wielce od prawidłowej wydzieliny; zawiera bowiem leukocyty, bakteryje i nabłonki, czasem nawet nabłonek rzęskowy, pochodzący z przewodów. Co do mikroorganizmów, nie jest rzeczą pewną, czy patologiczna wydzielina zawiera formy różne od wydzieliny prawidłowej.

Formy paciorkowców, wykryte przez ROSENBACH'a w czopkach zgęstniałej wydzieliny, B. FRAENKEL miał jakoby znaleźć i w wydzielinie prawidłowej. Sama sprawa zgęstnienia wydzieliny w kryptach zależną jest od utraty wody i zwężenia ujścia tych ostatnich. Wydzielina przybiera barwę żółtawą, staje się kruchą, serowatą; rozwijają się kwasy tłuszczowe, tak, że czopki te nieraz niepomierne śmierdzą i naturalnie stają się przyczyną stanów zapalnych, nieraz prowadzących do ropienia.

Przechodzimy teraz do przerostu migdałków, który zwykle występuje w dwóch formach, niezbyt wyraźnie od siebie odgraniczonych, t. j. albo w formie okrągłych guzów, albo w postaci płaskich owalnych tworów, czasem nizko zstępujących. Te ostatnie przybierać mogą kształt gruszkowaty, przyczem cieńszy koniec schodzi aż pod nasadę języka. Migdałki przerosłe rzadko kiedy są jednakowej wielkości. Dochodzą one czasami aż do języczka, tak, że języczek zostaje przez nie uciśnięty. U dzieci młodszych przeważa forma okrągła. U dorosłych napotykać można częściej wspomnianą powyżej formę owalnych lub gruszkowych migdałków. Te ostatnie bywają niekiedy u dołu przedzielone brózdą na dwie nierówne części. Napotyka się również pod lub za przerosłemi migdałkami twory owalne, wielkości grochu lub orzecha laskowego, złożone z tkanki adenoidalnej; są to tak zwane migdałki dodatkowe. Migdały przerosłe dochodzić mogą od wielkości orzecha włoskiego aż do małego jaja kurzego.

Pod względem anatomo-patologicznym odróżnić musimy dwie formy przerostu:

- 1) przerost tkanki adenoidalnej i folikułów,
- 2) przerost tkanki łącznej.

Zwykle obie te formy łączą się ze sobą. [Fig. 1]. Przerost tkanki adenoidalnej wywołuje nie tylko hyperplazyję mięszu, ale i liczne powiększenie folikułów [VIRCHOW, FRAENKEL]. Powiększenie się ilości tkanki łącznej spotykamy częściej u starszych, zaś tkanki adenoidalnej u dzieci. Wynika ztąd, że tkanka łączna, rozrastając się, doprowadza do zaniku tkankę gruczołową, której przerost stanowi istotę całej sprawy.

Przenikanie leukocytów [СТОЕHR] przez nabłonek ma również miejsce w migdałkach przerosłych, jak i prawidłowych.

W skrawkach migdałków przerosłych wykazać można zmiany karyjokinetyczne. Nabłonek błony śluzowej niewielkim ulega zmianom. Warstwa bro-

dawkowa miejscami bywa zatartą, miejscami powiększoną. Krypty są zwykle nieregularnej formy, głębokie, zatokowe. W przerosłych migdałkach znajdu-

Fig. 1.

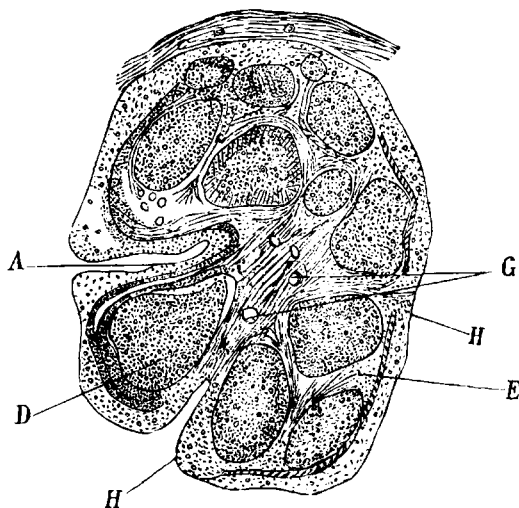


Fig. 1. A. Zatoki [krypty]. H. Powłoka włóknista. E. Tkanka łączna przerosta pomiędzy foliikulami. D. Torebki limfatyczne (folliculi). G. Naczynia krwionośne.

jemy bardzo często powiększenie wydzieliny, *resp.* czopki serowate. Niedowodzito jednak powiększenia migracji leukocytów. B. FRAENKEL tłumczy to w ten sposób, że otwory krypt przy przeroście zostają jeszcze więcej zaciśnięte i zwężone, następuje więc stagnacja wydzieliny i jej zgęszczenie. Pogląd ten podzielają Sokołowski i Dmochowski, objaśniając go powiększeniem wielkości foliкулów.

Objawy, wywołane przerostem migdałków, zależą po większej części od wielkości tych ostatnich, od przyrostu ich do luków, od częstości występowania spraw zapalnych, jak również komplikacji z nieżytem gardzieli, lub przerostem migdałka LUSCHKI. Największego znaczenia jest mechaniczne zwężenie gardzieli, a więc utru-

dnienie oddechania przy bardzo silnie przerosłych migdałkach. W dzień utrudnienie to niczem się nie zdradza, występuje ono natomiast w nocy. Chrapanie, poczytywane mylnie za objaw przerostu, dowodzi przedewszystkiem wrodzonej wąkości kanałów nosowych lub nieżytów przewlekłych, rozwoju nowotworów w nosie lub w jamie nosogardzielowej. Wreszcie zatkanie nosa zmusza chorych do oddechania przez otwarte usta, przyczem zwiotczale podniebienie miękkie podlega drganiom, dającym znane chrapliwe dźwięki. Ten sam objaw wywołują przerosty migdałka gardzielowego lub inne nowotwory jamy nosogardzielowej.

Ponieważ sprawy te komplikuje bardzo często przerost migdałków, a nie-raz przebiegają one niespostrzeżenie, wiele też objawów, zależnych od utrudnionego oddechania nosem, wciągnięto do symptomatologii przerostu migdałów. Do tej mianowicie grupy mają należeć zmiany formy klatki piersiowej.

LAMBROUX mianowicie utrzymywał, że klatka piersiowa u dzieci, dotkniętych przerostem migdałów, ulega dokoła spłaszczeniu, na granicy pomiędzy środkowym, a dolnym jej odcinkiem, t. j. w miejscu, które odpowiada po stronie zewnętrznej przyczepom przepony. O ile zmiana ta jest zależna od ciągłego i natężonego skurczu tego mięśnia, o ile zaś na to wpływa krzywica i żoły, rozstrzygnąć trudno.

W każdym razie przerost migdałków rzadko kiedy przeszkadza przełykaniu. Wzmocnienie wydzieliny śluzo-ropnej zależnem jest przeważnie od to-

warzyszących tej sprawie nieżyków gardzieli i jamy noso-gardzielowej, zdradzających się rannem chrząkaniem i wykrztuszaniem wydzieliny. Przerost migdałów o tyle wpływa na zmiany w narządach oddechania, o ile usposabia do przechodzenia nieżyków na krtań, tchawicę i oskrzela. Wiadomo powszechnie, jak łatwo u skrofulicznych dzieci, przy łatwości zakażenia, nieżyty te usposabiają do nieżykowego zapalenia płuc, do powiększenia i zserowacenia gruczołów oskrzelowych, pośrednio więc i do gruźlicy.

Skutkiem niedokładnej wentylacji płuc, połączonej z następczem niedokładnym utlenianiem krwi, dzieci takie mało są odporne, źle odżywiane, bezkrwiste; gdy ulegają jakiegokolwiek zakaźnej chorobie, nie mówię już o błonicy, ale szkarlatynie lub odrze, częściej od innych padają jej ofiarą.

Prócz tego przewlekły przerost migdałków usposabia do ostrych zapaleń, do dyfterytu, do tak zwanej *peritonsillitis purulenta* lub *phlegmonosa*. U śpiewaków sprawa ta wpływa na brzmienie głosu i nadaje mu skutkiem niedokładnej funkcji podniebienia charakter nosowy, lub, jak to wykazał C. MICHEL, utrudnia emisję głosu, albo też wpływa na łamanie się jego. Sprawa ta prowadzić może również do zaburzeń poważniejszych, może usposabiać do zakażenia lokalnego gruźliczego, przechodzącego łatwo na gruczoły limfatyczne, a z nich, jak tego dowodzi PFEIFFER, na opłucną, pokrywającą szczyty płuc.

Przewlekłe przerosty migdałków pośrednio wpływają także i na słuch osób, dotkniętych tem cierpieniem, a to na skutek podtrzymania nieżyków jamy noso-gardzielowej i zastoju wydzieliny, łatwo ulegającej rozkładowi. Gdy nieżyt przejdzie na trąbki EUSTACHIUSZA może stać się powodem stanów zapalnych ucha średniego, łatwo przybierających charakter cierpienia przewlekłego. Zanim przejdę do opisu operacyjnego leczenia przerostu migdałków, chciałbym kilka słów poświęcić przedwstępnemu badaniu tych narządów, które niezawsze dość dokładnie bywa wykonywanem.

Badanie to powinno być uskuteczniane za pomocą wzroku, zgłębnika i palca. Dla obejrzenia migdałków wystarcza zwykle już światło dzienne, któremu nawet przed oświetleniem sztucznem należy dać pierwszeństwo.

Niektóre szczegóły koloracyi, lub pewne sprawy patologiczne [np. lepieżę płaskie migdałków] dokładniej spostrzedz się dają przy użyciu światła dziennego, zarówno jak powierzchowne owrządzenia gruźlicze.

Zwyczajny szpatel TUERCK'a lub FRAENKEL'a, którym naciskamy nasadę języka, z łatwością pozwoli ocenić szczegóły budowy i wielkość migdałków. Ten sposób badania nie jest jednakże dostatecznym; nie pozwala bowiem określić, czy i na jakiej przestrzeni migdałek jest przyrośnięty do przedniego łuku. Owe przyrosty zdarzają się dosyć często po przebytych stanach zapalnych (*angina tonsillaris*), jeszcze częściej po zapaleniach ropnych, występujących jako *angina phlegmonosa* (*peritonsillitis suppurativa*), lub ropniach, powstających w samym migdałku.

Dla przekonania się, o ile lub czy migdałki przyrośnięte są do łuków przednich, możemy użyć dwóch metod badania. Do pierwszej posługujemy się szpatlem FRAENKEL'a lub trzonkiem łyżki. Naciskając lub drażniąc nasadę języka, wywołujemy odruch krztuszenia, przy którym migdałki wraz z łukami

wysuwają się ku linii środkowej. Ocenic wtedy łatwo wielkość migdałków, nieraz o wiele znaczniejszą, niż przy zwyczajnem badaniu zdawałoby się mogło, i sposób przymocowania migdałków do bocznej ściany gardzieli i do łuków. O wiele dokładniejszym jest badanie za pomocą zgłębnika, którego koniec pod kątem prostym powinien być zagięty i to w ten sposób, aby ramię krótsze wynosiło $1-1\frac{1}{2}$ ctm.. U osobników bardzo wrażliwych należy badanie uprzedzić pędzlowaniem 10% roztynem kokainy. Zgłębnik wprowadzamy pomiędzy łuk przedni a migdałek i przesuwając go od języczka ku nasadzie języka, staramy się przekonać, na jakiej przestrzeni migdał jest do łuku przyrośnięty. Następnie za pomocą haczyka o tęym końcu, który wsuwamy głęboko w jeden z otworków krypt, albo za pomocą podwójnego haczyka wyciągamy migdał z poza łuków na zewnątrz. W ten sposób łatwo ocenić z oporu i z udziału, jaki biorą przy tem łuki podniebienne, w którym miejscu znajdują się zrosty i jakie części migdałka uległy przerostowi.

Co do badania palcem, to jest ono niezbędnem w niektórych przypadkach, szczególnie u osób dorosłych, gdy chodzi o konsystencyję migdała i o przekonanie się, czy w środku jego nie znajdują się stwardniałe złogi. Również za pomocą badania palcem przekonać się łatwo, czy za tylną powierzchnią migdała nie przebiega nieprawidłowo tętnica *palatina ascendens*, dochodząca nieraz do grubości tętnicy *maxillaris interna*. Tętnicę tę widziałem kilkakrotnie tętniącą z boku tylnej ściany gardzieli; widział ją również HYRTL, ZUCKERKANDL, B. FRAENKEL. Leżała ona u moich chorych bardzo powierzchownie pod błoną śluzową. Dopiero po zbadaniu dokładnem podanych tu szczegółów, nie wymagających żadnych specjalnych, ani drogich narzędzi, lekarz ma prawo przystąpić do tonsillotomii.

W tem miejscu uważam za właściwe wspomnieć o metodzie leczenia niektórych form przerostu migdałów za pomocą rozrywania krypt tęym haczykiem, dla wydobycia z nich zalegającej wydzieliny. Wspomniałem uprzednio, że powierzchowny nieżyt migdałka jest najczęstszą przyczyną tej sprawy, której szczegóły już powyżej opisane zostały.

Uzupełnić je tu muszę niektórymi szczegółami i symptomatologiją cierpienia. Migdałki, dotknięte tem cierpieniem, niezawsze ulegają znacznemu przerostowi. Niekiedy na pierwszy rzut oka mogą się wydawać zdrowemi. Dopiero badanie zgłębnikiem, tęym hakiem, lub depresorem FRAENKEL'a sprawę wyjaśni.

Naciskając migdałek końcem szpatla FRAENKEL'a, nieraz ze zdziwieniem zobaczymy, jak wiele wydzieliny w formie czopeczków z krypt wydobywać się zacznie. Szczególniej obfitują w nią zatoki, u szczytu migdałka położone, nieraz zakryte łukiem przednim. Jeżeli w otwór krypty wprowadzimy haczyk, tęym końcem zwrócony ku dołowi, bardzo łatwo koniec jego przeprowadzić przez otwór niżej położonej krypty, tak, że środek haczyka przykryty będzie pasmem tkanki, w formie mostka, t. j. powłoką migdałka, bardzo łatwo rozerwać się dająca. Zalecał tę metodę za przykładem v. HOFMANN'a w r. 1889 MAURICY SCHMIDT, nazywając ją pruciem migdałka (*Schlitzung der Mandel*).

Wchodząc do każdej krypty z osobna od góry ku dołowi w sposób powyżej podany, możemy po kolei rozerwać mostki pomiędzy niemi położone, zamknięte krypty zamienić na płytkie zagłębienia i zapobiedz zastojowi wydzieliny, a więc pośrednio usunąć przyczynę podrażnienia, zapalenia i następnego przerostu migdałków.

Gdy mostki włókniste są do przerwania zbyt trudne, przecinam je nożykiem, którego rysunek tu podaję, formą zbliżonym do haczyka. [Fig. 2 i 3].

Fig. 2 i 3.

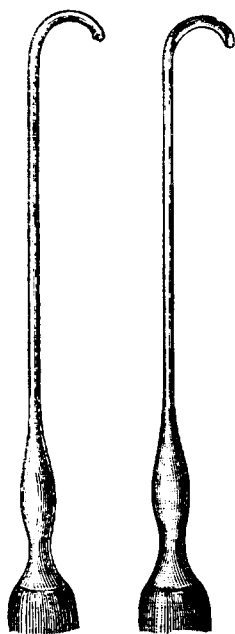


Fig. 2. Tępy haczyk M. SCHMIDT'a do rozrywania krypt.

Fig. 3. Nożyk do przecinania włóknistych zrostów migdałka z łukami podniebienia.

Ponieważ jednak cięcie, dokonywane nożykiem, zbyt szybko się goi, lepiej jest posługiwać się tym haczykiem, robiąc nim ruchy obrotowe, ażeby jednocześnie z powłoką włóknistą wyrwać kawałek tkanki migdałka. W takich razach użycie galwanokauteru, którym rozcinamy tkankę, wywołując później bliznę, może mieć swe racjonalne wskazanie. Operacja ta przy użyciu kokainy jest zupełnie bezbolesną, krwawienie żadne, pożytek wielki. Migdałki, w ten sposób leczone, szybko zmniejszają swą objętość, dolegliwości przez chorych akcentowane szybko ustają, a są to dolegliwości nieraz bardzo dla chorych przykre, a dla lekarza, nieobznajomionego z tą sprawą, nieraz zagadkowe, głównie dlatego, że dopiero badanie, przeprowadzone w podany powyżej sposób, wyświeca stan rzeczy. Przekonamy się wówczas, że skargi chorych na ciągły ból lub zawadę w gardle, zawadę, której siedliska dokładnie określić nie potrafią, nie były fikcyjne, nie były czczem przywidzeniem, objawem histeryi, hypochondryi lub nerwicą zwrotną, lecz polegały na zatrzymaniu wydzieliny drażniącej, rozkładającej się. Badając w ten sposób, przekonamy się, jak rzadkie są wogóle parestezyje gardzieli, jak częste sprawy zapalne, skrycie w migdałkach umiejscowione, mylnie poczytywane jako natury nerwowej. Przekonywa o tem fakt, że z chwilą usunięcia wydzieliny z krypt, skargi chorych ustają. Leczenie następnie polega na pędzlowaniu powierzchni migdałka roztworem 5% *pyocyanini coerulei*, o którego znakomitem działaniu będziemy w innem miejscu mówili.

Odróżnienie *tonsillitidis lacunaris superficialis* od grzybicy gardzieli jest łatwem wobec faktu, że grzybica migdałów daje czopki twarde, zrogowaciałe, trudne do wyrwania, silnie wrosnięte w migdałek, które prawie zawsze występują jednocześnie na nasadzie języka [patrz pracę moją: „O grzybicy gardzieli. Gazeta Lekarska].

Przy znacznym przeroście, użycie wszelkich środków ściągających, jak tanniny, alunu, półtorachloru żelaza, azotanu srebra, lub jodu, uważam za niepożyteczne, gdyż wymagają bardzo długiego zastosowania. O środkach żrących, jako to: kwasie chromnym lub trójchlorooctowym, powiedzieć tylko mogę, że przy daleko posuniętym rozroście zwykle okazują się mało skutecznymi, jakkol-

wiek przy wielkiej cierpliwości ze strony pacjenta i lekarza pewien rezultat dodatni przy miękkich migdałkach u dzieci uzyskać można. Daleko szybciej prowadzi do celu galwanokaustyka, lecz z powodu potrzeby kilkakrotnego zastosowania, a więc przedłużania czasu kuracji, stanowczo ustępuje metodom, mającym na celu doraźne usunięcie cierpienia. Szczegóły użycia żegadła galwanicznego w innem miejscu podane zostaną. [C. d. n.]

II. PRZEBIEG EPIDEMII CHOLERY AZYJATYCKIEJ W WARSZAWIE

w ciągu pierwszych dziesięciu dni po jej ukazaniu się.

Podał

W. Janowski.

W zeszłym numerze „Gazety Lekarskiej” podałem wiadomość o pierwszych dwóch przypadkach cholery azyjatyckiej w Warszawie; czytelnicy więc wiedzą, że pierwszy z nich miał miejsce w Sobotę, d. 24. IX., i że chorym był:

1) Jan Łyjak z Woli Soleckiej, który stanął z tratwą w lasze między pierwszemi dwiema tamami w Warszawie przy ul. Czerniakowskiej, druga zaś zachorowała:

2) Karolina Gadomska, zamieszkała przy ul. Solec № 53. Od tamtego czasu epidemia rozwija się stopniowo, i ten właśnie jej rozwój od Poniedziałku d. 26 Września aż do Środy d. 5 Października włącznie chcę dziś Szanownym Czytelnikom przedstawić.

Prawie równocześnie z Gadomską zachorował na cholerę:

3) Radke, zamieszkały przy ul. Chmielnej, № 108, pracujący przy robotach kanalizacyjnych. Przecinki Kocu'a wyhodował z jego kału D-r JAKOWSKI. Ponieważ pierwsze 2 przypadki cholery stały w tak prostym związku z Wisłą, urząd lekarski podzielił zaraz po ich ukazaniu się całe powiśle na rewiry i rozdał je lekarzom. Na ul. Solec 53, wykonano na całym drugim piętrze [tam mieszkała Gadomska] nadzwyczaj staranną dezynfekcję według wszelkich przepisów nauki i zwrócono szczególną uwagę na stan zdrowotności w południowo-wschodniej części miasta. Jakoż już w Czwartek zawiadomiono urząd lekarski o przypadku śmierci pomiędzy robotnikami, pracującymi przy regulacji Wisły [Błażej Gosiewski]. Zmarły miał pić wodę z Wisły. Niezwłocznie udał się na miejsce D-r TROICKI i przeprowadził energicznie badanie wspomnianych robotników. Wieści były zrazu bardzo przykre; powiedziano mu bowiem, że trzech z pomiędzy tych robotników [Malczyk, Kirywiak i Lewandowski], pijący zawsze wodę z Wisły, mają od kilku dni silną biegunkę. Rzecz się jednak wkrótce wyjaśniła: okazało się, że przyczyną śmierci Gosiewskiego był rak wątroby, Malczyk wyzdrowiał po kilkodniowej obserwacji w szpitalu, a Kirywiak i Lewandowski poprawili się w domu. Ponieważ jednak urząd lekarski wiedział już, że i Gadomska zaraziła się wodą Wiślaną, chcąc więc zapobiedz złemu nadal, rozciągnięto ścisły nadzór nad tymi robotnikami przy regulacji Wisły, gdyż ci mogliby się sami pozarażać i całe miasto zarazić. Rozstawiono dla nich w kilku miej-

scach na tamach wodę przegotowaną, zarządzono wydawanie im gorącej strawy na miejscu, postawiono felczera do stałej, całodzienniej kontroli nad nimi i wyznaczono lekarza do codziennego ich odwiedzania i obserwowania.

Całe to zajście dało mi możność wystudyjowania brzegu Wisły od smoka aż do Tamki. Przekonałem się, że na przestrzeni około wiorsty wyżej smoka, aż do 150 sążni poniżej jego, woda jest w wielu miejscach prawie stojącą, a między pierwszą a drugą tamą nawet bardzo zanieczyszczoną, dzięki spływającej tam wodzie ze starych ścieków, z kilku sąsiednich fabryk i parze kondensacyjnej ze smoka. Ponieważ w tym właśnie miejscu stała ostatnio krypa Łyjąka i ztąd napila się wody zmarła na cholere Ґadomska, wziąłem więc do zbadania bakteriologicznego trochę wody z tej łachy, z miejsca, z którego ciągnie smok, i o 150 sążni powyżej jego. Nigdzie jednak przecinków Koch'a znaleźć nie mogłem. Nie dowodzi to jednak jeszcze, że ich w wodzie Wiślanej wogóle, a nawet w tem miejscu nie ma. Trzeba by w tym celu porobić tego rodzaju badań więcej i na większej ilości wody, tembardziej, że wszystkie następne przypadki cholery w samej Warszawie stoją w tak wyraźnym związku z Wisłą, mianowicie, we Czwartek zachorował na cholere:

4) Biały, zamieszkały przy ulicy Boleść № 9, tuż nad Wisłą; twierdzi on sam że pił bezpośrednio z niej wodę.

W Piątek zachorował na cholere:

5) Myszkowski, zamieszkały przy ul. Pawiej № 37, który pił wodę z Wisły około mostu. Chory ten oddawał kał w wielu wychodkach na ul. Marszałkowskiej, wskutek czego zarządzono na niej gruntowną dezynfekcyję w ustępach wszystkich domów. Ponieważ z Myszkowskim przebywało w pokoju kilkanaście osób, wyprowadzono wszystkie do specjalnie w tym celu urządzonego przytułku na Rybakach № 17 i zdezynfekowano gruntownie samo mieszkanie i wszystkich mieszkańców. Dezynfekcyję w tym przypadku i we wszystkich innych prowadzi się w ten sposób, że po usunięciu z mieszkania chorego jego towarzyszyów, mieszkanie się gruntownie myje 5%-wym roztworem karbolu, wszystką bieliznę i pościel sterylizuje się w kotle parowym przez godzinę, pozostałe rzeczy zrasza się obficie również karbolem. Wyprowadzonych mieszkańców wprowadza się na nowo do ich mieszkania dopiero po poddaniu ich dezynfekcyi możliwie najracyjonalniejszej.

Poczynając od Soboty, 1. X, mamy już w mieście codziennie po kilka przypadków cholery, mianowicie w Sobotę zachorowali:

6) Wiśniewska na Rybakach № 8.

7) Wolna Józefa, Rybaki № 8.

8) Machalska Stanisława, Rybaki № 8.

Wszystkie te osoby mieszkały w straszliwie brudnych i ciasnych mieszkaniach i wszystkie piły również wodę z Wisły. Zarządzono na razie dezynfekcyję tylko w pokoju, w którym mieszkała Wiśniewska, gdyż ta zachorowała około 1-ej po południu. Wolna i Machalska zachorowały wieczorem. Dezynfekcyja więc musiała już być odłożona do Niedzieli, co wydało bardzo smutne następstwa.

Widząc tak ścisły związek z Wisłą w pierwszych 8 przypadkach cholery, urząd Lekarski postarał się o to, aby mieszkańców całego Powiśla od smoka aż do nowego mostu uchronić od konieczności picia wody wprost z Wisły. Otwarto więc na całej tej przestrzeni wszystkie krany pożarne, jako mające wodę filtrowaną, do użytku publiczności, ustawiono kordon wzdłuż całej Wisły, przestrzegający, aby z niej nikt wody nie czerpał, a nadto codziennie rano i wieczorem wydaje się tu biednym ciepłą strawę z kotłów, ustawionych w kilku miejscach wzdłuż Wisły.

Również w sobotę wieczorem zachorowała na cholere:

9) Maryja Franke, zamieszkała przy ulicy Złotej № 55. Jest to dotąd jedyna chora, o której niepodobna powiedzieć, skąd się zaraziła, gdyż przywieziono ją już prawie nieprzytomną do szpitala, a śmierć nastąpiła po 24 godzinach.

Zanim, jak powiedziałem, zdołano przystąpić do dezynfekcyi całego domu na Rybakach № 8, ukazał się w sąsiedztwie już nazajutrz w Niedzielę dzieśiąty przypadek cholery, mianowicie zachorowała:

10) Frajda Micmacher na Rybakach № 2. I ta jednak również piła wodę z Wisły.

Tego samego dnia zachorował w Warszawie tylko:

11) Jan Karwowski, zamieszkały przy ulicy Zakątnej № 1, który również pił wodę z Wisły, ale zato wybuchło drugie ognisko cholery na Szmulowiznie, na ulicy Radzymińskiej, mianowicie zachorowali tam na cholere:

12) Moszek Grandman, przy ulicy Radzymińskiej N. 3.

13) Rywka Mangejner, przy ulicy Radzymińskiej N. 3.

14) Fajga Kopczyk, przy ulicy Radzymińskiej N. 44.

Natychmiast po otrzymaniu tych wiadomości udał się D-r Troickij, który prowadzi osobiście bardzo energiczne śledztwo każdego przypadku na miejscu, a jeżeli tego jeszcze potem potrzeba i w szpitalu, na ulicę Radzymińską. Powiedziano mu tam, że zachorował pierwszy Grandman, który, jako rzeźnik, utrzymuje stale stosunki z domem na Rybakach N. 8. Gdy jednak, w miarę ukazywania się następnych przypadków, D-r Troickij jeździł tam jeszcze kilka razy, zapewniono go, że źródłem złego jest niejaki Oswald, ukrywany przez dni kilka, który jakoby leżał niedawno w szpitalu. D-ka Jezus. Mnie zaś upewniali w Środę jednogłośnie dwaj rewirowi i bardzo wielu żydów, że Grandman właśnie zachorował pierwszy, i że przyjechał on na sądny dzień z Lublina do Warszawy.

Niepodobna więc dziś orzec, czy ognisko na Radzymińskiej jest rzeczywiście przywiezionem samodzielnie z Lublina, czy też przeniesionem z Rybaków. Każdy zgodzić się musi, że w obu razach rzecz pozostaje z punktu widzenia epidemiologicznego jasną. Żydzi bowiem i żydówki zebrali się w Sobotę całą masą w bóżnicy, znajdującej się przy ulicy Radzymińskiej № 3 i ztamtąd zarazę po sąsiednich domach roznieśli, jak to zaraz poniżej zobaczymy.

W Poniedziałek zanotowani byli jako chorzy na cholere:

15) Moszek Silberman z ulicy Radzymińskiej № 3.

16) Zyśła Ladsman, przy ulicy Pawiej № 16.

Ostatni przypadek pierwotnie wydał się dziwnym; okazało się jednak, że właściwym miejscem zamieszkania tej chorej był dom przy ulicy Solec № 53.

w którym nie przebywała prawie wcale aż do Niedzieli z powodu, że pielęgnowała swoją synową, położnicę na Pawiej. W Niedzielę wróciła do domu i udała się na noc znowu do swojej synowej na ulicę Pawią № 16, gdzie też i zapadła na cholere. Z powodu tego przypadku zarządzono w Niedzielę dezynfekcję na ulicy Pawiej, znowu z izolacją wszystkich osób, a we Wtorek na 1-em piętrze przy ulicy Solec № 53.

Trzeci przypadek, notowany w Poniedziałek, również ma jasne źródło zarażenia się, mianowicie zachorowała na cholere:

17) Kowalska przy ulicy Grzybowskiej № 78.

Po przeprowadzeniu śledztwa okazało się, że u chorej tej był wspomniany pod № 3 Radke, o którym wiemy, że przeszedł cholere.

Widzimy więc, że dwa pierwsze w Warszawie przypadki cholery dały od siebie dotąd po jednym wyraźnym derywacie. To samo odnosi się do ulicy Zakątnej, gdyż zachorował tam we Wtorek.

18) Kazimierz Ładziński.

Inne przypadki Wtorkowe są już wszystkie z omówionych dwóch ognisk, na Rybakach i Radzywińskiej. Mianowicie, zachorowali tego dnia:

19) Stasio Machalski, syn Józefa [№ 8] Rybaki № 8.

20) Lis Stanisław, Rybaki № 8.

21) Lis Feliks, Rybaki № 8.

22) Rogulski Romcio, Rybaki № 2.

23) Zysman Silberman, [brat Moszka № 15], Radzywińska № 3.

24) Dwojra Stolarczyk, Radzywińska № 3.

25) Jankiel Friedman, Radzywińska № 3.

26) Stanisław Oswald, Radzywińska № 3.

27) Szlama Rozenblum, Radzywińska № 7.

28) Fajga Papirowicz, Radzywińska № 7.

29) Ruchla Bednowicz, Krochmalna № 8.

Ostatni adres wystraszył urząd Lekarski, jednakże D-r Troickij i kol. DMOCHOWSKI doszli, że chora Bednowicz zachorowała w Poniedziałek na ulicy Radzywińskiej po № 3 i w nocy przeniesioną została przez żydów na ulicę Krochmalną.

Ciekawy również fakt wykrył D-r Troickij w Środę o Rozenblumie. Sprawdzając na miejscu ilość osób i ich pokrewieństwo, zauważył brak córki Rozenbluma i zdołał się dowiedzieć, że uciekła ona na ulicę Dzielną pod № 12. Wydelegowano po nią natychmiast D-ra POLAKA w celu zarządzenia ścisłej dezynfekcji zapobiegawczej mieszkania, w którym się skryła omawiana dziewczyna i wychodka w tym domu. Okazało się jednak, że denatka uciekła na ul. Nowy Świat № 8 do szynku. Wysłany tam kol. DMOCHOWSKI już jej i tam nie zastał; zdążyła ona znowu uciec na ul. Dzielną № 12. W ostatnim domu zdołano ją we Czwartek rano zatrzymać. Poddano przytem starannej dezynfekcji mieszkania i wychodki przy ul. Dzielnej i na Nowym Świecie № 8.

W Środę nie notowano ani jednego przypadku cholery w Warszawie; natomiast na Szmulowiznie były znowu przypadki cholery, zachorowali:

30) Józef Czapuda, Radzywińska № 3.

- 31) Stasio Czapuda, Radzyńska № 3.
- 32) Władysław Kulesza, Radzyńska № 41.
- 33) Estera Rejzler, Łomżyńska № 2.
- 34) Hersz Rubin, Białostocka № 37.

Nadto zachorował jeden z pracujących na tamie, który sam twierdzi, że pił wodę bezpośrednio z Wisły; jest nim:

- 35) Tadeusz Chmielewski ze wsi Błota.

Widzimy więc, że do Środy wieczorem mieliśmy w Warszawie 35 zupełnie pewnych przypadków cholery. Można by do nich zaliczyć jeszcze dwa inne [Kargofi, Młynarska 13 i Pruszewski, Wołyńska 19] z uwagi jednak, że wykonane badanie bakteryjologiczne ich kału dało wynik ujemny, że byłyby one epidemiologicznie niezrozumiałe, pomimo tak starannych wywiadów i że obraz kliniczny odpowiadał lekkiej tylko formie cholery, a poprawa nastąpiła szybko, wolę tych przypadków za cholerę azjatycką nie uważać.

Z pomiędzy wspomnianych 35 przypadków cholery: 1 miał miejsce w Sobotę 24. IX., 2 w Poniedziałek 26. IX, 1 we Czwartek 29. IX, 1 w Piątek 30. IX, 4 w Sobotę 1. X, 5 w Niedzielę 4. X, 3 Poniedziałek 3. X, 12 we Wtorek 4. X, i 6 we Środę 5. X.

Co do okolicy miasta, najwięcej było przypadków cholery na Rybakach i na Radzyńskiej, które uważać należy obecnie za 2 ogniska cholery w Warszawie. W celu możliwie zupełnego przerwania złego, wyprowadzono z ulicy Rybaki № 8 wszystkich mieszkańców z całego domu we Wtorek, a z ul. Radzyńskiej № 3 jedną połowę we Wtorek, a drugą we Czwartek. Zarządzono przytem możliwie najgruntowniejszą dezynfekcję tych domów. Powiadam „możliwie najgruntowniejszą“, gdyż domy te są czemś tak ohydny, że jedyną racjonalną dezynfekcją dla nich byłoby puszczenie ich z dymem.

Oprócz dwóch chorych na samej Wiśle w obrębie Warszawy, mieliśmy w samej Warszawie 1 przypadek na Solcu, 2 na Pawiej, 1 na Złotej, 1 na Chmielnej, 1 na Grzybowskiej, 1 na Boleści, 2 na Zakątnej, 8 na Rybakach, a więc wszystkiego 17, a nadto na Szmulowiznie: 1 na Białostockiej, 1 na Łomżyńskiej i 14 na Radzyńskiej, a więc wszystkiego 16.

Z pomiędzy wszystkich tych 35 przypadków, badanych i stwierdzonych hodowlami, jest 16, z których 1 przez D-ra JAKOWSKIEGO i 15 przezemnie. Reszta, chociaż nie badana bakteryjologicznie, nie pozostawia najmniejszej wątpliwości, raz z powodu, iż pochodzi z tego samego ogniska, w którym już kilka przypadków bakteryjologicznie stwierdzono, powtórę z powodu typowego obrazu klinicznego, który już sam jeden przy istniejącej już epidemii musi być uważany za miarodajny. Mianowicie, z przypadków ze Szmulowizny badałem i stwierdziłem hodowlami tylko 2 [z Radzyńskiej], z przypadków zaś Warszawskich ja sam 13 i D-r JAKOWSKI 1, a więc pozostało niezbadanych tylko 5 [wszystkie z Rybaków № 8, z kąd stwierdziłem hodowlami 3 przypadki].

Co do ilości znajdujących przezemnie przy badaniach bakteryjologicznych przecinków Kocn'a, pozwolę sobie na zakomunikowanie następujących danych, opartych na ilości kolonij na płytkach, zastrzegając sobie, że, jako nie oparte na

zupełnie dokładnem liczeniu, nie mogą sobie rościć praw do zupełnej ścisłości naukowej. Przybliżenie jest jednak dość znaczne. Najwięcej przecinków Koch'a, bo zupełnie czyste ich hodowle, znalazłem u Gadomskiej; przynajmniej 90% wszystkich pasorzytów stanowiły przecinki w kale Wolnej i Machalskiej, w reszcie przypadków była ich mniej więcej połowa, a tylko w dwóch [Grandman i Kowalska] ilość ich nie przechodziła mniej więcej 30—35% wszystkich pasorzytów.

Zejsść śmiertelnych było do Środy 8. W niektórych przypadkach znaczna poprawa, a nawet zupełne wyzdrowienie wystąpiły nadszpodziewanie szybko.

III. SPIRYLLE CHOLERYCZNE

W WODZIE STUDZIENNEJ I W WODZIE Z WANNY.

[Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. dnia 4 Października r. b.].

Podał

Edmund Biernacki.

W sprawozdaniu o cholery w Lublinie w poprzednim N-rze wspomniałem o wyniku bakteryjologicznego badania wody ze studni z dzielnicy miasta, najwięcej nawiedzanej przez epidemię. Wiadomość tę chcę w niniejszej krótkiej notatce uzupełnić kilkoma szczegółami.

Studnia omawiana należała do piętrowego domu, w którym kilkanaście osób zapadło na cholerę, i znajdowała się na bardzo lekkim spadku w odległości kilku sążni od domu, a kilku łokci od rzeczki Czechówki. W czasie mojej bytności w tem miejscu dom był już ewakuowany od tygodnia i gruntownie dezynfekowany, ściany zaś zewnętrzne i niektóre wewnętrzne jeszcze bielone. Wodę z płytkiej studni zaczerpnięto zwykle do tego używaną konewką; w niej umoczyłem koniec starannie przepalonego nad zapalkami druta platynowego i ukłułem nim sterylizowaną żelatynę. Wszystko to zrobione było w obecności Inspektora Lekarskiego Lubelskiego, kol. SKABICZEWSKIEGO i kol. JÓZ. ZAWADZKIEGO z Warszawy w dniu 23 Września około 11 rano.

We dwa dni potem po powrocie do Warszawy, a więc dnia 25 Września, w instytucie patologicznym prof. BRODOWSKIEGO, kol. JANOWSKI z żelatyny szczepionej zrobił hodowle płytkowe. Już dnia następnego oglądaliśmy na nich liczne punkciki, jakby drobne pęcherzyki, a w dobę potem nie ulegało wątpliwości, że przynajmniej dwie trzecie z kolonij rozwiniętych na płytkach były kolonijami cholerycznemi. Mieliśmy bowiem pod drobnowidzem nierówne wygryzione brzegi kolonij i ich silną ziarnistość, jaśniejszy brzeg pełny, a już nawet gołem okiem zauważyć było można rozrzedzenie żelatyny na około nagromadzeń drobnoustrojów, przedstawiające się pod szkłem z zewnątrz jako drobne pęcherzyki powietrza. Kolonije te hodowane następnie na żelatynie przez nakłucie miały równie charakterystyczny wygląd: rozwój wzdłuż linii ukłucia,

u góry pęcherzyk i lejkwate zagłębienie, pod nim biały sznureczek, zakończony spiralą. Po zaszczerpieniu hodowli na bulionie utworzył się kożuszek i drobnoustroje na preparatach przedstawiały się jako cienkie przecinki, w kroplicznej wiszącej miały żywy ruch.

Wszystko to dowodzi, że woda badana zawierała spirylle choleryczne, a sądząc, z licznych kolonij na żelatynie, wobec nieznacznej ilości szczepionej wody, możemy twierdzić, że zawierała ich niemało.

Znaczenie tego faktu zmniejsza okoliczność, że nie posiadam całej seryi badań z owej wody, a szczególnie badań z czasu, gdy dom jeszcze był zamieszkiwany. Być może, że bakteryje cholery dostały się do studni już po tem, jak dom został opróżniony i liczne zapadnięcia na cholere pośród jego mieszkańców powstały inną drogą, niż przez wodę studzienną, chociaż naturalnie ostatnia droga jest najprawdopodobniejszą. Fakt znalezienia w wodzie studziennej mikrobów cholerycznych notuję głównie dlatego, że wogóle tego rodzaju wyniki poszukiwań bakteriologicznych nie trafiają się często.

Natomiast inny rezultat może służyć za pewną wskazówkę praktyczną. W szpitalu Szarytkowskim w Lublinie zaszczerpiłem na żelatynę przez nakłucie wodę z wanny, w której siedziała podczas tego chora choleryczna, za pomocą drutu platynowego, starannie przepalonego nad lampką spirytusową. I w tym razie badanie bakteriologiczne na płytkach, zrobione z przywiezionego materiału przez kol. JANOWSKIEGO, wykazało przynajmniej połowę kolonij bakterij cholerycznych, a później hodowle w żelatynie przez ukłucie i inne metody badania dowiodły obecności w wodzie z wanny spiryli Koch'a.

W szpitalach Lubelskich wodę z wanien [o ile wiem niedezynfekowaną] zlewają do dołów kloacznych, lub dołów specjalnie *ad hoc* w ziemi wykopanych i dezynfekowanych chlorkiem wapna: wtedy naturalnie giną i laseczniki choleryczne znajdujące się w wodzie. Rzeczywiście badanie bakteriologiczne zawartości dołu kloaczego w szpitalu Ś-go Wincentego à Paulo w Lublinie, przeprowadzone jednocześnie z dwoma poprzedniami, nie wykazało w nich obecności zarazków cholerycznych.

Mimo to, jeśli dezynfekujemy starannie wypróżnienia choleryków, nie należałoby zapominać o gruntownej dezynfekcyi owej wody z wanien, które przy ewentualnem rozprzestrzenieniu się cholery w Warszawie *largā manu* stosować będziemy. Że gruntowna dezynfekcyja takiej wody ma racyję bytu nietylko w domach prywatnych, ale i w praktyce szpitalnej, nie potrzebuje dowodzenia; a szczególnie nieodzowną jest ona, jeśli wodę taką spuszcza się wprost do kanałów, lub wylewa do dołów niecementowanych i niedość starannie dezynfekowanych. Najpraktyczniejszem byłoby, jeśliby wodę z wanien dezynfekowano nie po kąpieli choleryka, ale jeśliby już przedtem do wody tej dodawano środków antyseptycznych, np. sublimatu w stosunku 1:6000, w przypadkach, gdzie się używa wanien drewnianych, karbolu w stosunku 1:200—1:500, lub solweolu 1:200 — dla wanien metalowych.

IV. HAEMATOMA VULVAE ET VAGINAE.

Morbus maculosus Werlhofii.

Podał

Maksymilian Warszawski.

Dnia 12. XI. 1891 przywieziono do szpitala Starozakonnych 22-letnią mężatkę, S. J..., ze Szmulowizny, z objawami ostrej niedokrwistości. Przed niepełną rokiem chora wyszła za mąż. Jako panna była zawsze zdrowa, nigdy chorób żadnych nie przechodziła. Miesiączkowanie powtarzało się co 4 tygodnie i trwało od 4 do 5 dni. Przed 12-tu dniami chora szczęśliwie i na czasie urodziła dziecko żywe, płci żeńskiej; łożysko odeszło samo.

Przez pierwsze 10 dni po porodzie J... czuła się zdrową. Jedenastego dnia przy podwyższonej ciepłocie ciała dostała silnego bólu brzucha. Wezwany lekarz przemył jamę macicy. W godzinę potem wystąpiło w okamgnieniu, przy objawach towarzyszących zazwyczaj ostrej niedokrwistości [omdlenie, wymioty], kolosalne obrzmienie krocza i prawej wargi sromnej większej. Guz ten, powodując znaczną przeszkodę w oddawaniu moczu i defekacji, skłonił chorą do zapisania się na oddział.

Status praesens. Szatynka średniego wzrostu, blada. Ciepłota 38,2° C.; tętno małe, przyspieszone, 120 uderzeń na minutę. W płucach nic nieprawidłowego nie znaleziono. Tony serca i naczyń wielkich są połączone ze szmerem anemicznym. Brzuch poniżej pępka wzdęty. Przez ściany brzuszne wyczuwa się pęcherz napełniony moczem. Po wielkich trudach udało się odnaleźć ujście zewnętrzne cewki moczowej; albowiem prawa warga większa, olbrzymich rozmiarów i nadzwyczajnej grubości, twarda i niepodatna, zasłaniała wejście do pochwy. Wypuszczono za pomocą cewnika miękkiego 1200 centymetrów sześciennych moczu. Krocze silnie wypukłone, twarde; skóra na niem również, jak na wardze, mocno napięta, koloru żółto-fioletowego, cechującego wylew krwi podskórny. Po odchyleniu wargi obrzmiącej znaleziono na jej błonie śluzowej otwór, w którym sterczał skrzep krwi, a z wnętrza pochwy ściekała wydzielina cuchnąca, żółtawego koloru. Wieczorem ciepłota 38,3° C..

Wobec objawów powyższych rozpoznanie nasze brzmiało: „*Endometritis puerperalis et haematoma vulvae et vaginae post partum*“. Nazajutrz, t. j. 13 Listopada ciepłomierz wskazywał 40° C.. Po opróżnieniu pęcherza moczowego i po zdezynfekowaniu pochwy, ordynator oddziału D-r ROSENTHAL cięciem podłużnym na granicy wargi sromnej mniejszej i większej rozszerzył otwór, znajdujący się na stronie wewnętrznej wargi większej i z guza wycisnął i wygarnął ogromną ilość skrzepów krwi. Po przemyciu powstałej w ten sposób jamy 2% roztworem kwasu karbolowego, zatamponował ją gazą jodoformową.

Po utorowaniu w ten sposób drogi do jamy macicy byliśmy nareszcie w stanie przemywać ją kilkakrotnie 2% roztworem kwasu karbolowego. Pod wpły-

wem powyższego leczenia i zastosowania do wewnątrz chininy z kwasem solnym, ciepłota zaczęła się stopniowo obniżać i po siedmiu dniach spadła do normy, lecz tętno nadal pozostawało przyspieszone i wahało się od 90 do 100. Jednocześnie i jama się zmniejszała, zarastając pięknie wybujałą ziarniną. Po ustąpieniu gorączki chora szybko zaczęła się poprawiać: sen miała dobry, łaknienie wzmożone. Jedenastego dnia chora uskarżała się na krwawienie z dziąseł. Nie znalazłszy nic osobliwego w jamie ustnej, zalecono chorej płukanie jamy ustnej roztworem chloranu potasu, poczem krwawienie po 5-iu dniach ustąpiło. Siedemnastego dnia chora na własne żądanie została wypisana w stanie znacznego polepszenia, jakkolwiek niedokrwistość jeszcze nie była znikła.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów: ze względu na okres pojawienia się guza i na przyczynę, która wylew spowodowała. Wogóle guzy krwawe sromu i pochwy należą do rzadkości. WINCKEL znalazł na 1600 porodów jeden guz krwawy, a HUGENBERGER na 14000 — 11 razy; we Wiedniu na 33241 przypadł 18 razy.

Co się tyczy czasu powstawania guzów krwawych pochwy i sromu, to te zazwyczaj występują podczas porodu, w okresie przerywania się główki i stanowią dość poważne powikłanie aktu porodowego.

Bardzo rzadko się zdarza, żeby takie wynaczynienie miało miejsce przed porodem. C. BRAUN przytacza przypadek guza krwawego, powstałego w ostatnich dniach ciąży. Za to powstawanie guza krwawego w czasie późniejszym okresu połogowego należy już do wyjątków. Może to mieć miejsce po wysiłkach cielesnych, jak uczy spostrzeżenie HELFER'a, który opisał guz krwawy, powstały na 21 dzień po porodzie. Lecz w naszym przypadku powstanie guza było dla nas zagadką. Późniejsza dopiero historyja wyświetliła nam prawdziwą przyczynę jego powstania.

Otóż 26 Grudnia 1891, t. j. w 3 tygodnie po wypisaniu się chorej, przewieziono ją do szpitala w stanie ostrej niedokrwistości. Z trudnością chora wybełkotała, że przed 7-iu dniami dostała silnego krwotoku macicznego, który się niczem nie daje powstrzymać.

Stan chorej tak się przedstawiał: cera twarzy woskowo-błada; błony śluzowe bardzo niedokrwiste. Ciepłota ciała 38,3° C.; tętno 140, drobne, nieprawidłowe; oddech przyspieszony. Kończyny dolne zimne, pozbawione czucia. Na całym ciele obfita wysypka w postaci małych, wielkości łebka od szpilki, niebiesko-czerwonych plamek, które przy ucisku palcem nie znikają. Miejscami oddzielne plamki zlewają się w większe. Krwawienie z dziąseł, nieprzyjemny zapach z ust. Siła wzroku niezmieniona. Granice płuc, tak z przodu, jak i z tyłu, o jedno żebro podniesione; oddech pęcherzykowy osłabiony. Tępość serca zaczyna się na wysokości brzegu górnego IV żebra lewego, a granica prawa jego do sięga linii środkowej mostka. Tętno serca i naczyń połączone są ze szmerem anemicznym. Wątroba powiększona; dolny jej brzeg wyczuć się daje na wysokości linii pękowej. Śledziona również powiększona i wyczuwa się ją w lewym podżebrzu. Mocz krwawy. Z pochwy wydobyto dużą ilość skrzepów krwi. Z samej jamy macicy za pomocą kleszczyków wyciągnięto jeden skrzep duży, będący jakoby odlewem wnętrza macicy; poczem jamę zatamponowano gazą jodoformową.

Chora uskarża się na ustawiczne mdłości i czkawkę dokuczliwą. Słowem, mieliśmy przed sobą zupełnie rozwinięty obraz typowy plamicy krwawej (*morbus maculosus Werlhofii*) i zarazem rozwiązanie zagadki, co do przyczyny powstania poprzedniego guza krwawego.

Zalecone chorej do wewnątrz: sporysz i kwas solny, oraz wlewania do kiszek stolcowej roztworu fizjologicznego soli kuchennej, nie odniosły wielkiego skutku. Ciepłota wciąż wahała się w granicach $38,5^{\circ}$ — 40° C., tętno przekraczało 120 uderzeń na minutę, a krwawienie z macicy nie ustępowało. Na szósty tedy dzień, mając świeżo w pamięci artykuł CZEMPIN'a o świetnych wynikach, otrzymanych przy krwotokach macicznych po stosowaniu chlorku hydrastyniny (*hydrastininum muriaticum*), zaleciliśmy chorej środek powyższy w ilości 0,025 na dawkę w pigułkach, 3 pigułki dziennie. Na trzeci dzień plamki zaczęły blednąć i moczu przybierał kolor jaśniejszy. Gdy po dziesięciodniowym stosowaniu chlorku hydrastyniny [chora użyła 30 pigulek] krwawienie z dziąseł i narządów płciowych się zmniejszyło, a ciepłota zbliżała się do normy, przerwano stosowanie tego środka. Pomimo tego chora przez 5 dni czuła się coraz zdrowszą: ciepłota była prawidłową, plamki krwawe zupełnie były już znikły. Chora się odżywiała i sen miała dobry; tylko tętno stale trzymało się na wysokości 120 na minutę i przy siadaniu na łóżku chora doznawała jeszcze lekkiego zawrotu głowy. Po tej krótkiej przerwie ciepłota odrazu podniosła się do $38,3^{\circ}$ C. przy tętnie jak poprzednio 120. Stwierdzono na skórze klatki piersiowej nowe wystąpienie plamek krwawych, aczkolwiek w mniejszej znacznie ilości. Znowu powróciliśmy do chlorku hydrastyniny, poczem chora po wyżyciu 20-tu pigulek poprawiła się znacznie i dnia 24 Stycznia 1892 r., t. j. w niespełna dwa miesiące od chwili przybycia, została wypisaną z oddziału w stanie zupełnego wyzdrowienia.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

CHOLERA.

Opisał

Jan Pruszyński.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 39].

Gdy doświadczenia na zwierzętach do bardzo niepewnych doprowadzają rezultatów, kwestyja swoistości spiryllów Koch'a na innej może być rozstrzygniętą drogą. Objawy, jakie u zwierząt występują, z powodu różnic ustrojowych, nie mogą odpowiadać objawom, napotykanym u ludzi: wszak świnki morskie ani nie wymiotują, ani nie mają biegunki. Wszelako zmiany anatomiczne przynajmniej w pewnych narządach powinny być podobne. Wreszcie, nawet gdyby i sekcya zawiodła, to jedyny a wystarczający dowód swoistości mikrobów stanowić może stałe i wyłączne znajdowanie ich w przebiegu cholery.

Przed odkryciem jednak laseczników rozpoznawano cholere, a nawet i wykrywano pewne dla niej swoiste zmiany w narządach; a jeżeli przejrzyć prace

ANDRAL'a, CRUVEILLIER'a, PHÖBUS'a, GRÜETERBOCK'a, GRIESINGER'a, FREY'a, PIROGOW'a i innych, to widać, że ci uczeni umieli się oryjentować, że na podstawach anatomicznych potrafili rozpoznawać cholere, a jeżeli chodzi o obraz makroskopowy, o nadzwyczajną ścisłość i sumiennosc badań, od nich czerpać wypadnie nam obficie materyjały.

Chcąc wystudyjować to, co o anatomii patologicznej cholery pisano, lata trzeba byłoby poświęcić, a za dowód tego, że twierdzenie takie nie jest przesadzonym, może służyć fakt, że jeszcze w roku 1833 PHÖBUS około 500 prac odnoszących się do tej kwestyi cytuje. Rozmiary naszej pracy nie pozwalają na zbyt szczegółowy opis zmian pośmiertnych, ani na statystykę rozmaitych powikłań; to też ograniczamy się na przytoczeniu ważniejszych danych, któreby z jednej strony pozwalały sprawdzić rezultat sztucznych zakażeń, z drugiej zaś objaśnić po części objawy, w przebiegu cholery u człowieka stwierdzone. Rozumie się, że należy tutaj rozróżnić rozmaite okresy cierpienia, oraz zmiany napotymane stale i przypadkowo się zdarzające, wreszcie i charakter epidemii. Zmiany stale napotymane głównie w przewodzie pokarmowym, we krwi i na błonach surowiczych w okresie zamartwiczym.

Badania trupów osób, zmarłych na cholere, w najdogodniejszych zazwyczaj dokonywane są warunkach, gdyż z jednej strony podczas epidemii wkrótce po śmierci przystępujemy do sekcji, z drugiej zaś gnicie tutaj bardzo późno występuje.

Jeden bardzo częsty fakt zrazu jest uderzającym: jestto pośmiertne podniesienie ciepłoty do 40°, 41°, 42,5° u cholerycznych, zmarłych w okresie zamartwiczym. Powłoki zewnętrzne mają ciemno-sine zabarwienie. Skóra pomarszczona zwłaszcza na palcach rąk i nóg; na błonach sluzowych, na twarzy i kończynach bywa wyraźna sinica; rysy twarzy przedstawiają się zapadłemi. Nos zaostrozony, kości licowe wydane. Oczy są głęboko do oczodołu zapadnięte i najczęściej do góry zwrócone. Przez powieki na pół otwarte, widać najczęściej rozszerzone źrenice, przekrwienie łącznicy oka, zmętnienie rogówki. Stężenie pośmiertne występuje naderwyczej szybko i z trudnością daje się przezwyćżyć. Trupy te mają wyraz groźny (*Fechterstellung*), choć w każdym przypadku różny i zależny od okresu choroby, w którym śmierć nastąpiła; najczęściej jednak pięście bywają zaciśnięte, kończyny górne w stawie łokciowym zgięte, dolne wyprostowane; brzuch częściej wzdęty, niż wciągnięty, a mięśnie jego doskonale się uwydatniają. Dość często obserwowano pośmiertne skurcze mięśni, które zwykle ograniczały się do zmiany położenia palców u rąk i nóg; obserwowano jednak takie skurcze w mięśniach, nawet tułowia, takiego natężenia, że sprawiały nieraz żywe drgania całego ciała. Jeżeli w takich razach mięsień bywa przeciętym, to występują drgania fibrylarne, a skurcze mięśnia nieprzeciętego mogą wystąpić przez zadrażnienie samego mięśnia, lub skóry nad mięśniem leżące [GRÜETERBOCK].

Tkanka podskórna i mięśnie odznaczają się nadzwyczajną suchością; mięśnie są ciemne i czerwone; w szpiku kostnym zawiera się dużo ciemno zabarwionej krwi.

Krew bywa zagęszczoną, ciemną, dziegielowatą o kwaśnem oddziaływaniu, o znacznym ciężarze właściwym [1030], prawie wcale nie czerwienieje przy kłuceniu na powietrzu i wypełnia układ żylny, podczas gdy tętnice, zwłaszcza obwodowe, są prawie puste. Zatoki czaszkowe wypełnione są gęstą, czarniawą, mazistą krwią; również znaczne nagromadzenie krwi napotyka się w substancji mózgu i oponie miękkiej. Opony często bywają zrośnięte. Opona pajęczna to się okazuje normalnie wilgotną, to bywa śliską i pokrytą lepka warstwą wysiękową; opona miękka obrzękła, częściej sucha, rzadko usiana krwawymi wybroczynami. Substancja mózgowa bywa nieco różnowawo zabarwiona o konsystencji miększej, a na szczycie choroby bardziej zbitą, niż w stanie normalnym, masę

przedstawia. Komory mózgowe bywają często rozszerzone [OTTO], a w wyjątkowych przypadkach wypełnione krwistą cieczą. Mlecz pacierzowy zazwyczaj też same zboczenia okazuje.

Dawniejsi autorowie opisują zmiany dość wyraźne w nerwach, zwłaszcza dochodzących do narządów wewnętrznych, w splotach i zwojach sympatycznych. Nerwy mózgowe na szyi, według WAGNER'a, przedstawiają się cieńszymi, spłaszczonymi, pokurczonymi i lepkiemi, a zboczenie to występuje najwyraźniej w nerwach krtaniowych, których powłoczka posiada sine zabarwienie. Podobnie przekrwienie zauważono w zwojach jamy piersiowej i brzusznej, w nerwie błędnym, w wielkim nerwie sercowym, a zwój słońcowy ma być ciemno zabarwionym, zwiększonym i lepkiem.

W jamie opłucnej zwykle nie ma wysięku; sama opłucna jest pokrytą lepką, ciągnącą się w nitki warstwą i czasami upstrzoną krwawemi wybroczynami. Błona śluzowa krtani bywa suchą, czasami zlekka tylko zwilżoną bardzo małą ilością śluzu; tchawica i oskrzela przekrwione i nieco bardziej wilgotne. Płuca są opadnięte, blade i suche; z ich przekroju występują krople gęstej, czarnej krwi, w ilości większej z dolnych i tylnych odcinków.

Powierzchnia zewnętrzna osierdzia jest suchą, czasami nawet bardziej przezroczystą, niż w stanie prawidłowym, powierzchnia wewnętrzna powleczonea skąpą, cieczą mazistą, zwłaszcza u podstawy serca przedstawia wyraźne wynaczynienia. Serce czasami wiotkie, najczęściej skurczone; komórka prawa rozszerzona wskutek nagromadzenia znacznej ilości gęstej, galaretowatej krwi z odbarwionemi skrzepami, które usadawiają się na zastawkach i do naczyń przenikają. Komórka lewa ściągnięta, twarda, prawie pusta. Krew zbiera się głównie w wielkich pniach żylnych. Przewód piersiowy bywa pustym, czasem w wyjątkowych przypadkach wypełnionym rzadką, opalizującą cieczą o kwaśnem oddziaływaniu.

Cała powierzchnia jamy ustnej [oprócz języka] bywa przy cholerze mocno sino zabarwioną wskutek nastrzyknięć rozgałęzień naczyniowych. W gardzieli nastrzyknięcie staje się bardziej wyraźnem i przedstawia się w postaci sino-brunatnych plam, które przy szczegółowszem badaniu okazują się jako wypełnione gałązki naczyń. Zabarwienie to bywa co do swego odcienia rozmaite, od słabo fioletowego aż do ciemno-czerwonego. Język najczęściej pokryty jest białym lub żółtawym nalotem [MARTINI, FRORIER], czasami ciągnącym się lub ropiastym śluzem [JOH. WAGNER], który, zagłębiając się, przechodzi do przewodów gruczołowych i rozprzestrzenia się na błony śluzowe przedniej i tylnej ściany gardzieli, podniebienia miękkiego i nagłośni. Gruczoły podstawy języka, podniebienia i gardzieli, oraz brodawki językowe są powiększone, obrzmiałe, a ich wyłoty zatłoczone często wyschniętą ropną wydzieliną [MARTINI]. Ślinianki przekrwione, ich przewody i dalsze rozgałęzienia zawierają najwyżej bardzo nieznaczną ilość opalizującej białej cieczy, barwiącej lakmus na kolor czerwony [PHOEBUS, JOH. WAGNER].

Błona śluzowa przełyku bywa rozpulchnioną i przekrwioną, lecz przekrwienie to na pierwszy rzut oka jest mniej wyraźne z powodu zmian w nabłonku, który całemi płatami nieraz się oddziela. Miejscami napotyka się nadżarcia i krwawe wybroczyny.

Otrzewna ściennej błony, część jej pokrywająca jelita mniej lub więcej silnie przekrwiona; powierzchnia jej gładka i śliska oraz pokryta jest galaretowatą, nadzwyczaj lepką cieczą, która ciągnie się w długie nitki.

Zołądek w okresach początkowych jest rozdęty gazami i zawiera resztki pokarmowe lub przezroczysty płyn. W późniejszych jest pustym i ściągniętym. Jego błona śluzowa bywa najczęściej pokryta zbitym śluzem; zazwyczaj błada, czasami rozpulchniona, szara z porzrzucanemi wybroczynami i z powiększonymi gruczołami trawieńcowemi. Ten stan zapalny (*gastritis glandularis parenchymatosa*)

przechodzi nieraz i na dwunastnicę. Na zawojach kiszkowych i sieci widać rozszerzone naczynia, w kręcce przekrwionej napotyka się powiększone gruczoły chłonne. Jelito cienkie zwykle rozciągnięte, rzadziej ¹⁾, choć nieraz stałe, bywa skurczonem; zawartość stanowi ciecz ryżowata, nie posiadająca prawie wcale zapachu, z białymi lub szaremi strzępkami, o oddziaływaniu obojętnem lub słabo zasadowem. Pod drobnowidzem w tych strzępkach wykryć można przeważnie złuszczony nabłonek cylindryczny i rozmaite postacie drobnoustrojów, czasami nieomal czystą hodowlę laseczników przecinkowych. Rzadziej zawartość jelit bywa skąpą, gęstszą, papkowatą, nawet krwawą.

Błona śluzowa kiszek cienkich obrzmiała i przekrwiona zwłaszcza w dolnym odcinku około fałdy BAUHNA. Przekrwienie te może być rozmaitego natężenia i dojść może do jednolitego, czerwonego zabarwienia. Po usunięciu przylegającej do ścianki kiszek warstwy gęstego śluzu widać obrzękłe kosmki, prawie zupełnie pozbawione nabłonka.

Gruczoły, zwłaszcza odosobnione i kępki PEYER'a, są obrzmiałe, wystają nad powierzchnię w postaci półkulistych pęcherzyków i bardzo często otoczone są ciemno-czerwoną obwódką. Nieraz foliкуły wchodzące w skład kępki pękają, a powierzchnia tego tworzy staje się nierówną z miejscowymi wgłębieniami. Laseczники przecinkowe wykrywano nietylko w świetle gruczołów LUEBERKUEHN'a, nietylko pomiędzy komórkami nabłonkowymi, lecz w błonie podśluzowej i mięsnej; nadto stwierdzano drobnokomórkowe nacieczenia błony podśluzowej i podsurowiczej, rozszerzenie naczyń krwionośnych, wypełnienie naczyń chłonnych leukocytami i złuszczonym śródbłonkiem.

Kiszka gruba zazwyczaj przedstawia się prawidłowo: zaczerwienienie, przekrwienie często kończy się na fałdzie BAUHNA, czasami jednak po za nią przechodzi. Wyjątkowo zdarza się w niej stwierdzić zmiany dyfterytyczne.

Nerki bywają nieco zmniejszone; powłokę zdejmuje się łatwo; substancja korowa biała, zmętniała; ciała MALPIGHI'ego są przekrwione i gołym okiem widzialne, piramidy mają szarawe zabarwienie. Granice komórek nabłonkowych w kanalikach skręconych są zatarte, mętne, protoplazma ich nie barwi się zwykłymi barwnikami, rzadko znika. Prążkowatość HEIDENHEIN'a w części komórki przylegającej do *membrana propria* zatarta; jądro zwykle barwi się zupełnie i nie okazuje zmian widocznych.

Miejscami jednak komórki nabłonkowe w kanalikach skręconych okazują zmiany daleko większe, a mianowicie stają się podobne do jednolitych błyszczących bryłek i jądro ich się wcale nie barwi.

Nabłonek kanalików prostych najczęściej nie bywa zmienionym; substancja międzykanalikowa jest słabo nacieczona, cewki zbiornikowe, jak również i inne kanaliki, miejscami zawierają cylindry. Jest to typ nerki cholearycznej (*rein cholérique*), którą VIRCHOW uważa za rezultat parenchymatycznego ostrego zapalenia, inni za rezultat zmian wstecznych, a mianowicie za t.zw. przerodzenie białkowate ziarniste — parenchymatyczne (*körnige Degeneration* [KLEBS], inni *parenchymatöse Degeneration*). Pęcherz moczowy bywa ściągnięty, najczęściej pusty.

Śledziona posiada zwiększoną konsystencyję, bywa zwykle zmniejszoną o powłocę zmarszczonę; wątroba nie ma ulegać żadnym zmianom, lub też przedstawia zmętnienie parenchymatyczne.

[D. c. n.]

1) W obecnie panującej epidemii zawartość kiszek jest bardzo mała.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE PROWINCYJONALNE.

Sprawozdanie roczne o stanie i działalności Towarzystwa Lekarzy Gubernii Kaliskiej za rok 1891/2.

Towarzystwo Lekarzy Gubernii Kaliskiej, założone 7 Czerwca 1877 roku na ogólnych prawach Towarzystw Lekarskich w Państwie, zakończyło 15 rok swego istnienia.

Ogólna liczba członków, składających Towarzystwo w roku sprawozdawczym, wynosiła 36, mianowicie: 6 członków honorowych, 24 członków czynnych i 6 członków korespondentów. W porównaniu z rokiem przeszłym przybyło do naszego Towarzystwa dwóch członków czynnych, dwóch honorowych, a ubył jeden członek czynny przez śmierć. Z członków korespondentów żaden nie ubył. Dla krótkości sprawozdania pomijam imiona i nazwiska osób i miejsca ich zamieszkania. W liczbie rzeczywistych członków było 18 lekarzy, 4 aptekarzy i 2 weterynarzy. Zarząd Towarzystwa składali: RYMARKIEWICZ JÓZEF wiceprezes, BEATUS EDWARD sekretarz, WOJCIECHOWSKI BRONISŁAW bibliotekarz, MERKEL JULJUSZ, kasyjer. Na prezesa był obrany WEIS WŁODZIMIERZ, jednakże nie zdążył objąć tej godności z powodu nagłej śmierci, która nastąpiła 27 Lipca 1891 roku i na zasadzie statutu naszego Towarzystwa obowiązki te zastępczo pełnił Wiceprezes. Posiedzeń w roku sprawozdawczym było 8 i jedno doroczne. Posiedzenia, które odbywają się raz na miesiąc w kancelaryi wydziału lekarskiego [dla braku odpowiednich środków materyjalnych Towarzystwo nie ma swego pomieszczenia], miały charakter przeważnie kliniczny: demonstracje chorych, zasługujących na uwagę, demonstracje tworów patologicznych, mniej lub więcej obszerne historyje ciekawych przypadków stanowiły treść tych posiedzeń.

Na zebraniach Towarzystwa następujący członkowie komunikowali piśmiennie lub ustnie ważniejsze ze swych prac i spostrzeżeń.

- 1) BEATUS. Przypadek *Insufficientiae valvularum semilun. aortae*, który w dalszym ciągu obserwacyi okazał się zależnym od aneuryzmatu aorty.
- 2) BROKMAN: a) O nowszych sposobach leczenia dyfterytu. b) Przypadek otrucia amoniakiem. c) Kamień ślinowy wydobyty ze ślinianki podjęzykowej.
- 3) DROZDOWSKI, a) O terapeutycznym zastosowaniu sugestyi z demonstracją chorych. b) O konieczności zbierania statystyki śmiertelności miasta Kalisza.
- 4) HINDEMITH opisał przypadek *graviditatis paradoxae*.
- 5) MERKEL opisał sekcję i demonstrował krtań, którą wyrwał sobie rękami więzień, zadawszy sobie ranę skóry trzonkiem łyżki blaszanej.
- 6) WILCZEWSKI: a) opisał przypadek złośliwej szkarlatyny, u ucznia gimnazjum, która zakończyła się śmiercią w 48 godzin trwania choroby; b) O metodycznym leczeniu niedrożności jelit makowcem.
- 7) WOJCIECHOWSKI: O chorobie WEIL'a, obserwowanej w więzieniu Kaliskiem.
- 8) Członek korespondent D-r WICHERKIEWICZ z Poznania mówił o tegoczesnem lekowem leczeniu jaglicy [ostatnie dwie prace były drukowane w Nowinach lekarskich].

Pomocnik Inspektora lekarskiego kol. MERKEL przedstawił miesięczny wykaz wiadomości statystycznych o chorobach panujących w Kaliszu.

Z rachunku rocznego kasyjera Towarzystwa Lekarskiego za rok 1891/2 okazuje się, że pozostało remanentu z roku 1890/1 rs. 33 kop. 72.

Wpłynęło z opłat rocznych	Rs. 110 kop. —
Razem przychodu	„ 143 „ 72
Wydatkowano w 1891/2 roku	„ 115 „ 66½
Pozostało więc	„ 28 „ 5½
Największą pozycyją w rozchodzie stanowiły pisma, mianowicie „	76 „ 50.

Z wykazu rocznego o bibliotece okazuje się, że w ciągu roku Towarzystwo prenumerowało następujące pisma periodyczne: Gazeta Lekarska z Odczytami Klinicznymi. Przegląd Lekarski i Odczyty kliniczne, wychodzące pod redakcyą prof. KORCZYŃSKIEGO. Medycyna. Nowiny Lekar-

skie. Kronika Lekarska. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Pamiętnik fizyograficzny. Wszechświat. Zdrowie. Prócz tego w języku rosyjskim: Tygodnik farmaceutyczny, Medycynę, Miesięcznik weterynaryjny, wychodzący w Kazaniu. W wykazie bibliotekarza także zamieszczono, że w bibliotece do końca roku sprawozdawczego znajdowało się 380 dzieł w 692 tomach, prócz wielkiej ilości broszur, monografij, narzędzi lekarskich 17 sztuk.

Przy wyborach, dokonanych na posiedzeniu rocznem, wybrani na członków zarządu: na prezesa JÓZEF RYMARKIEWICZ, na wiceprezesa ADAM DROZDOWSKI; na bibliotekarza, sekretarza i skarbnika jednogłośnie wybrano tych samych członków.

Sekretarz Tow. Lek. Kaliskiego

Beatus.

Wiadomości terapeutyczne.

26. Nowy chleb dla cherych na cukrzycę. Wielokrotnie już próbowano wytworzyć chleb dla dyjabetyków, t. j. chleb taki, któryby miał smak właściwy i dobry, a zawierał małe ilości wodoru węgla. Stosowano zwykle w tym celu białko zwierzęce albo roślinne [pszenne], ale wszystkie próby nie udawały się zupełnie. Ostatniemi czasy D-r HUNDHAUSEN przygotował według przepisu, trzymanego przez siebie w tajemnicy, preparat zawierający około 80% białkanów i nie więcej nad 7% wodoru węgla, a nazwany aleuronatem. Aleuronat jest to suchy proszek, żółtawego koloru, prawie bez smaku i zapachu, trwalszy od zwykłej mąki, a tańszy od mięsa [nb. w Niemczech]; preparat ten otrzymuje się jako produkt uboczny przy fabrykacji krochmalu z mąki pszennej. Doświadczenia, wykonane przez CONSTANTINIDÉ'ego w pracowni VOIR'a, a także badania innych lekarzy, wykazały, że przewód pokarmowy znosi aleuronat doskonale, może nawet lepiej, niż białko zwierzęce. Robiono już chleb z samego aleuronatu, ale okazał się on równie niepożytecznym, jak dawniejsze pieczywo z białka roślinnego lub zwierzęcego. Natomiast daleko lepsze rezultaty otrzymano z chleba, przygotowanego z mąki zwyczajnej z dodatkiem znacznym aleuronatu. Taki chleb po raz pierwszy kazał zrobić przed dwoma laty D-r HEIM w Zurychu; spostrzeżenia wykazały, że przyswajaniem on bywa bardzo dobrze, i że ma dobry smak. Otóż takiego rodzaju chleb poleca dla dyjabetyków EBSTEIN na podstawie licznych spostrzeżeń ze szpitalnej i prywatnej praktyki. EBSTEIN zwraca uwagę, że nie wszystkie gatunki chleba aleuronatowego, znajdujące się w sprzedaży, można stosować u dyjabetyków; są bowiem gatunki, zawierające dużo cukru. Chleb, który stosuje EBSTEIN, robi się ze zwykłej mąki pszennej lub żytniej z dodaniem aleuronatu, tak, że zawartość białkanów wynosi 50% w suchej substancji takiego chleba; autor stosuje także chleb z mniejszą zawartością białka 30—40%. Dyjabetycy mogą spożywać około $\frac{1}{2}$ funta dziennie chleba aleuronatowego, t. j. przyjmować w nim 80 grm. białka roślinnego i tylko 7 grm. wodoru węgla.

Sam aleuronat można śmiało używać zamiast mąki dla przyprawy sosów, zup, jarzyn i t. d. w kuchni dyjabetycznej. (*Zur Ernährung d. Zuckerkranken. Deutsch. medicin. Wochen. 19. 1892*).

E. Biernacki.

Wiadomości bieżące.

— Cholera w Królestwie Polskiem choć bardzo powoli obejmuje jednak coraz większą przestrzeń. W Warszawie w ubiegłym tygodniu było kilka przypadków pewnych, podejrzanych znacznie więcej. Dostarczają jej głównie mieszkańcy Szmulowizny, powiśla [ulice Rybaki, Bolesć i t. d.]. Na prowincyi prócz gubernii Lubelskiej, w której liczba zachorowań jest coraz mniejsza, obserwowano przypadki cholery w gubernii kieleckiej, a mianowicie w powiatach Miechowskim i Pińczowskim, we wsiach położonych wzdłuż rzeczki Szczeniawy i szosy Krakowskiej. W Austrii: przypadki cholery notowano: w Galicyi w Krakowie i na Węgrzech w Peszcie. W Hamburgu epidemia gaśnie. Sporadyczne przypadki zdarzają się w Holandyi [Rotterdam, Amsterdam], w Belgii [Bruksella, Antwerpia]. Co do Paryża, to wykazy statystyczne wykazują, iż w Kwietniu r. b. był

1 przypadek śmierci z powodu cholery, w Maju—10; w Czerweu—19; w Lipcu—83; w Sierpniu—229; we Wrześniu [do d. 20]—357 przypadków cholery zakończonej śmiercią. Na przedmieściach zaś Paryża (*banlieue*) — w Kwietniu zmarło na cholere 24 osoby; w Maju—14; w Czerweu—76; w Lipcu—299; w Sierpniu—123; we Wrześniu—173.

— Nagrodę konkursową w sumie rs. 300 na temat: „Zbadać wyrośla adenoidalne pod względem anatomo-patologicznym i klinicznym“ Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przyznało koledze ZDZISŁAWOWI DMOCHOWSKIEMU.

— W Berlinie odbywają się obecnie posiedzenia komisji wybranej do zaprojektowania prawa dla zabezpieczenia państwa od zawleczenia zarazy (*Commission zur Vorberathung eines Reichs-Seuchen-Gesetzes*).

— III międzynarodowy kongres fizyologów odbędzie się w 1894 r. w Bernie.

— D-r EYKMAN z Batawii utrzymywał, że mleko wapienne zabija tylko sztucznie wyhodowane przecinki choleryczne, nie jest zaś dostatecznie zabójczym dla przecinków, znajdujących się w wypróżnieniach cholerycznych. Otóż D-r PFUHL w pracowni KOCH'a przerobił ten sposób dezynfekcyi na wypróżnieniach cholerycznych, zawierających w obfitości przecinki choleryczne, i przekonał się, że dezynfekcyja mlekiem wapiennym jest zupełnie wystarczająca; należy tylko pamiętać o tem, żeby mleko wapienne zmieszać z wypróżnieniami [nie ograniczać się tylko do ich polania], na co wystarcza $\frac{1}{2}$ —1 $\frac{1}{2}$ minuty i mieszaninę tę przetrzymać w spokoju około godziny. Samo polanie wypróżnień nie zabija przecinków nawet po upływie godziny.

(*Deut. med. Woch.*)

— GUTTMANN w Berlinie zwraca uwagę na to, jak ważnemi są badania bakteriologiczne przy rozpoznawaniu tych lekkich przypadków cholery azyjatyckiej, które nie dają pod względem klinicznym znanych objawów charakterystycznych. Spostrzegał on bowiem w szpitalu moabickim 3 przypadki podejrzone, w których, oprócz rozwolnienia, nie było żadnych innych objawów, stanowiących zwykły obraz cholery [ani wymiotów, ani też bólów kurczowych w łydkach] i ogólny stan chorych był zupełnie dobry, a jednak z wypróżnień ich zdołał wyhodować liczne kolonije przecinkowców KOCH'a. Ze spostrzeżenia tego G. wyprowadza praktyczny wniosek, że w czasie obecnym należy poddawać ściślej dezynfekcyi wszystkie bez wyjątku wypróżnienia, mające charakter rozwolnienia. (*Berl. klin. Woch.* 39).

Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. J. Z. w Czarnym Ostrowie. Psychrofor WINTERNITZ'a stosować należy co drugi dzień, rzadko codziennie. Trwanie każdego posiedzenia wynosi 5—10 minut, co zależy od temperatury przepuszczanej wody i od wrażliwości indywidualnej chorego. Po 5—6 posiedzeniach zwykle widocznym być zaczyna możliwy do osiągnięcia rezultat.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Sprostowanie. W N-rze 40 Gaz. Lek. w artykule W. JANOWSKIEGO p. t.: „Badanie bakteriologiczne pierwszych dwóch przypadków cholery w Warszawie“, na str. 854 wiersz 3 od góry i 855 wiersz 8 od góry zamiast „w termostacie“ powinno być „na termostacie“.

Nazwisko flisaka, który pierwszy zachorował na cholere jest: Łyjak, a nie Łysiak.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 24 Сентября 1892 г. Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска № 29.