

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ: Rozprawy. Przypadek naturalnego doświadczalnego drażnienia nerwów błędnych na szyi u człowieka. Napisał dr. M. MASZKOWSKI.—Kazulstyka. O niespodzianem znajdowaniu ciał obcych w nosie u dzieci. Podał dr. S. MEYERSON. — Streszczenia i wyciągi. 218. Przyczynę do symptomatologii władu mleczu piersiowego. 219. Przymiot wrodzony u bliźniąt. 220. O stwardnieniu tętnic wieńcowych serca i o stanach chorobowych przez to spowodowanych. 221. Skombinowane psychozy. 222. Silny krwotok żołądkowy po wypłukaniu żołądka i skuteczna działalność przelania roztworu soli kuchennej.—Przegląd bibliograficzny. *Diagnose und operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft* v. E. Fränkel. Sprawozdawca dr. J. Rogoziński. — O łaseczulku cholery swojskiej i jego hodowlę przez prof. Finkler'a. (Dokończenie).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

PRZYPADEK NATURALNEGO DOŚWIADCZALNEGO DRAŻNIENIA nerwów błędnych na szyi u człowieka.

Napisał dr. M. Maszkowski.

Przypadki zaburzenia funkcji nerwów błędnych w formie porażenia ich gałęzi z jednej strony szyi, wywołanego rozwijającym się w tej okolicy guzem, nie należą do rzadkości. Widziano np. przypadki, w których obrzmiałe gruczoły limfatyczne na szyi, oraz nowotwory różnych postaci na szyi, wywoływały porażenie strun głosowych, napady duszności etc. Ale przypadki podrażnienia nerwów błędnych przy tych samych okolicznościach daleko są radsze. Bardzo interesujący przypadek tego ostatniego rodzaju opisany jest przez BRÜCKE'GO ¹⁾: do lekarza zgłosił się chory, który się uzał, iż ma od czasu do czasu uczucie wielkiej obawy, przyczem bicie serca ustaje w zupełności. Przy oględzinach pośmiertnych tego pacyenta przekonano się, iż jedna gałąź nerwu błędnego otoczona była całym pakietem obrzmiatych gruczołów limfatycznych.

Przypadek, który tu opisać pragnę jest interesujący: 1) jako rzadki przykład podrażnienia nerwów błędnych z powodu patologicznych zmian na szyi; 2) dla tego, że zmiany patologiczne u mojego chorego po obu stronach zupełnie symetrycznie się rozwijały.

Stanisław Cieślak urodzony w gubernii Radomskiej, 21 lat liczący, wstąpił do szpitala wojskowego w Kijowie d. 9 Lutego 1882 r. W wieku dziecięcym cieszył się on względnie dobrem zdrowiem. Przypomina sobie, iż w 9 roku życia po obu stronach szyi miał obrzmienia, skutkiem których w dolnej części szyi utworzyły się zatoki, które niejednokrotnie na czas krótki się goiły, ale się później znowu otwierały. Mając lat 18 pacjent przebył durzycę, która jednak nie pozostawiła po sobie żadnych śladów. Przed pięcioma laty był też silnie pobity po lewej stronie piersi.

Stat. praesens. Pacjent jest silnie zbudowany, tak mięśnie, jak układ

¹⁾ *Handbuch der Physiologie des Menschen.*

kostny i tkanka tłuszczowa podskóra dobrze rozwinięte. Skóra na twarzy i na rękach jest sinawa. Po stronie prawej szyi w okolicy podszczękowej znajduje się niewielkie, mało bolesne, rozlane obrzmienie (*periatenitis*). Na wysokości półtora centymetra ku górze od piersiowego końca lewego obojczyka znajduje się otwór, do którego wprowadzić tylko można cieniutki zgłębnik, i który otoczony jest podatną tkanką bliznową. Taki sam otwór, tylko nieco niżej, znajduje się też ponad piersiowym końcem prawego obojczyka. W obydwu otwory zgłębnik wchodzi na znacznej przestrzeni ku górze i nieco na zewnątrz. Po naciśnięciu tego otworu czasem wycieka nieznaczna ilość mętnej cieczy; z lewej zatoki częściej i więcej cieczy tej wypływa i ma ona więcej charakter ropny. Przy badaniu drobnowidzowem tej cieczy znaleziono komórki ropne mniej lub więcej zmienione i ziarenka rozpadowe. Kształt klatki piersiowej był prawidłowy. Oddech normalny 18—20 na minutę. Uderzenie sercowe normalne między 4 a 5 żebrzem. Serce bije 42—52 razy na minutę w położeniu poziomem chorego, a 72 razy po gwałtownych ruchach ciała. Granice tępości serca normalne. Ton systoliczny u wierzchołka serca nieco przyciszony, dyastoliczny zupełnie wyraźny i normalny; przy ujściu aorty tony mają ten sam charakter; szmeru żadnego nie słyhać. Czasem, zwłaszcza po usilnym ruchu zjawia się arytmia, zasadzająca się na tem, że czasem dwa uderzenia serca tak szybko po sobie następują, jakby się z sobą zlewały i wtedy przerwa pomiędzy tem uderzeniem a następny wyda się dłuższą.

Podobnemu podwójnemu skurczowi serca odpowiada jakby jedna fala tętna, więcej lub mniej rozdwojona (*pulsus bigeminus*). Z tego powodu niekiedy ilość wyczuwanych palcem tętnień w tętnicy promieniowej zdaje się być o kilka uderzeń na minutę mniejszą od ilości uderzeń serca.

Ze strony płuc przy opukiwaniu i wysłuchiowaniu nie znaleziono zmian widocznych; brzegi płuc są ruchome. Przelknięcie i czynności przewodzenia pokarmowego są prawidłowe. Ilość dobową moczu wynosi około 1500 cent. sześciennych, białka nie ma, ciężar właściwy i części składowe moczu nie przedstawiają zboczeń. Na szczególną uwagę i bardziej szczegółowy opis zasługuje zachowanie się tętna.

Przy spokojnem położeniu poziomem ilość tętna wynosi około 46 na minutę, przy czem arytmii zwykle nie ma. Przypatrując się falom tętna na sfigmografie widzimy co następuje: Bezwzględna wysokość fali prawie normalna, na części wstępującej blisko wierzchołka widać wywyższenie zazębione, wierzchołek fali zaokrąglony, część zstępująca bardzo długa, lekko pochyła, na niej widać kilka drobnych falistości, odpowiadających drganiu elastycznych ścianek tętnicy. Czas trwania skurczu a szczególnie rozkurczu jest dłuższy niż w stanie normalnym. (Rys. 1).

Przy drażnieniu zatok na szyi, drogą mechaniczną, za pomocą pociągania brzegów, wprowadzania zgłębnika, lub nawet przy połykaniu, (przy czem otwór lewej zatoki się nieco unosi), widać następujące zmiany w krzywiznie tętna: liczba uderzeń zmniejsza się o 4—8 na minutę, bezwzględna wysokość fali nieco się powiększa, niekiedy pokazuje się arytmia w postaci dwóch szybko idących po sobie fal tętna. (Rys. 2).

Po szybszym ruchu (np. bieganiu) linia zmienia się w sposób następujący: ilość uderzeń pozostaje ta sama, lub nieco się powiększa. Zazębienie na części wstępującej blisko wierzchołka często znika, wierzchołek staje się bardziej ostrym, arytmia pojawia się stale w postaci podwójnego tętna, wysokość fali się powiększa. (Rys. 3).

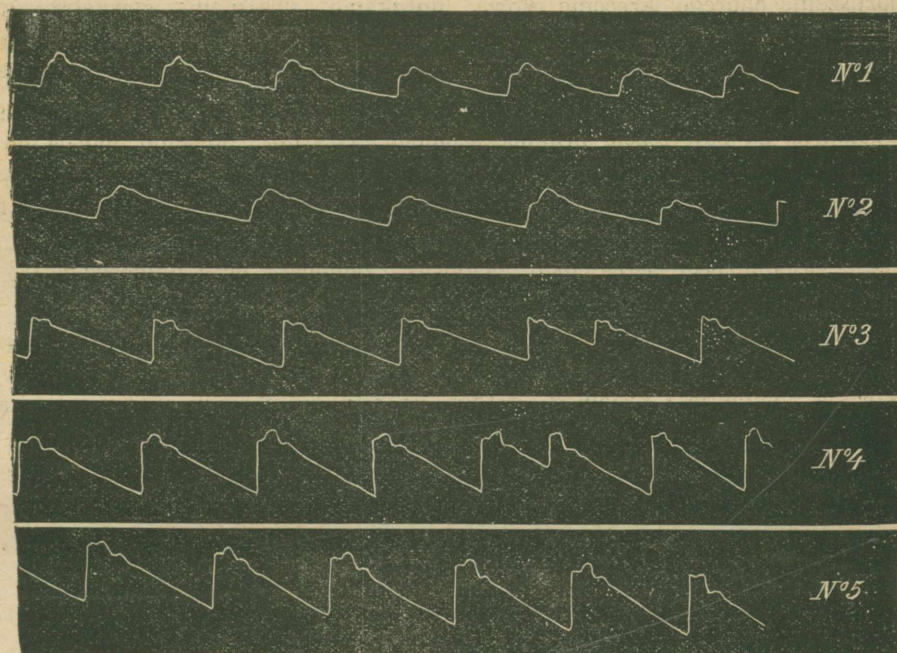


Fig. 9.

Dla lepszego wyjaśnienia tego przypadku, podawałem choremu środki, których działanie ma bezpośredni wpływ na unerwienie serca, mianowicie naparstnicę i eter (podskórnice).

Przeglądając linię tętna otrzymaną po przyjęciu 2 skr. *digitalis* w przeciągu 2 dni, widzimy: 1) że ilość uderzeń w przybliżeniu zostaje ta sama, jak i przed użyciem naparstnicy, 2) że charakter fali się zmienia, a mianowicie wysokość jej znacznie się powiększa, wywyższenie zazębione na części wstępującej zbliża się do wierzchołka fali, na części zstępującej wahania są wyraźniejsze. 3) Od czasu do czasu otrzymuje się *pulsus bigeminus*. (Rys. 4). Podobnie wygląda krzywa otrzymana w 1/2 godziny po podskórnym wstrzyknięciu eteru. (Rys. 5).

Chory znajdował się pod obserwacją przez czas około 3 miesięcy, następnie uznany jako niezdolny do służby wojskowej, uwolniony został ze szpitala. Przez przeciąg tego czasu otwory zatok to się zamykały, to otwierały na nowo, własności i ilości wydzieliny zatok również się zmieniały. Objawy ze strony serca pozostawały bez zmiany.

Postaramy się teraz wytłumaczyć opisane powyżej objawy. Zdaniem

mojem za przyczynę zwalniania i nieprawidłowego rytmu serca u chorego należy nważać więcej lub mniej stałe podrażnienie nerwów błędnych na szyi. Ponieważ pomiędzy zwalnianiem tętna i arytmia z jednej strony, a zatokami na szyi z drugiej strony daje się zauważyć pewien związek, jakto wyżej powiedziano, przeto należy przypuścić możność przyrośnięcia bliznowatych ścianek zatok do pochewek nerwów błędnych; wtedy każde poruszenie chorego, kręcenie głową, połykanie, drażnienie zewnętrznego otworu zatoki i t. d. wywołuje drogą mechaniczną podrażnienie nerwów błędnych na szyi, a jako następstwo jego zwolnienie uderzeń serca. Brak zwolnienia uderzeń serca po przyjęciu średnich dawek naparstnicy także przemawia za powyższem przypuszczeniem. Arytmia objaśnić można naruszeniem prawidłowego rytmu serca wskutek wzmagającego się od czasu do czasu wpływu nerwów przyspieszających. Nie podobna w tym razie tłumaczyć nieprawidłową działalność serca obecnością jakiego bądź cierpienia organicznego serca, jego zastawek, ponieważ przy najbardziej troskliwym badaniu nie znaleziono ani szmerów, ani też przerostu serca.

Przeciw wypowiedzianemu przez niektórych kolegów pogładowi na zatoki te, jako na pozostałości zarodkowych szczelin skrzelowych, przemawia i anamneza i przebieg: zatoki na szyi u chorego otworzyły się w 9-m roku życia, od czasu do czasu to się zamykały, to znów się otwierały, wydzielina ich to była nieznaczna, to znów się powiększała. Symetryczność ich położenia tłumaczy się jednakowem ułożeniem powięzi szyjowej, tworzącej pochewki naczyń i nerwów po obu stronach szyi.

KAZUISTYKA LEKARSKA.

O niespodzianem znajdowaniu ciał obcych w nosie u dzieci.

Podał dr. S. Meyerson.

Przypadki dostawania się się ciał obcych do nosa u dzieci należą do rzeczy zwykłych i częstych, przy znanej skłonności dzieci do wkładania sobie drobnych przedmiotów do jam przystępnych; opis też podobnych przypadków usprawiedliwionym byłby tylko w tych razach, gdy dotyczy przedmiotów niezwyklej objętości lub postaci, albo też, gdy usunięcie takowych wymagało użycia jakiejś szczególnej metody operacyjnej. Zwykle też w takim razie lekarza zawiadamiają o tem, prosząc o wyjęcie obcego ciała. Inaczej rzecz się ma, gdy rodzice o obecności ciała obcego nic nie wiedzą, a wyradzające się ztąd cierpienie nosa tłumaczą bądź rozmaitemi szkodliwościami, jakie dziecięciu się w tymże czasie przytrafiły, lub też wcale nie są w stanie podać przyczyny. W pierwszym razie lekarz przez podanie odpowiedniej anamnezy może być łatwo w błąd wprowadzonym i wyrobić sobie fałszywe o chorobie pojęcie. Wpływ ropiasty z nosa, nieraz cuchnący, krwawienie częste, połączone z obrzmieniem, może przy obecności innych objawów cierpienia żołądowego, a nawet i bez nich, być łatwo poczytywanym za objaw żołądów i dziecię poddawane leczeniu prze-

ciwskrofulicznem, w innych razach choroba może być przypisaną uszkodzeniu nosa przy upadnięciu i t. d.

Dla usprawiedliwienia uwag ogólnych chcę przedewszystkiem przytoczyć pokrótce dwa tego rodzaju przypadki.

1) W dniu 2 Września r. b. przyprowadzono mi dziewczynkę 3 letnią Basię T., u której zauważono od $1\frac{1}{2}$ roku krwawienie dość częste i obfite, oraz wypływ ropiasty cuchnący z prawej jamy nosowej. Dziecię przez czas ten poddawane było leczeniu rozmaitemi środkami, jak nastrzykiwania do nosa, kąpiele i t. d. wszystko to jednak bezskutecznie. Dziewczynka błąda i słabo odżywiona, zresztą zdrowa. Przy badaniu jam nosowych wykryłem w prawej jamie ciało twarde koloru ciemnego i wydobyłem za pomocą zagiętych szczypczyków kolankowatych guzik okrągły, kulisty z uszkiem metalowem, 9 milim. w średnicy mający.

2) 3-letnia dziewczynka Ch. L. przed 3 miesiącami upadła i uderzyła się w głowę i nos. Od tego czasu wystąpiły częste krwawienia i wypływ ropiasty z prawej jamy nosowej. Nos zaczerwieniony i obrzmiały szczególnie z prawej strony. Rodzice przypuszczali uszkodzenie nosa z powodu upadnięcia. Przy troskliwym badaniu nosa znalazłem w głębi między muszlą dolną a przegródką na $1\frac{1}{2}$ centymetra od otworu zewnętrznego ciało twarde nieruchomo pomiędzy obu ścianami uwięzione. Po podważeniu ciała odpowiednio haczykowato zagiętym zgłębnikiem, wydobyłem szczypczykami kolankowatymi łupinę od orzecha $1\frac{1}{2}$ ctm. długą a 8 mil. szeroką, kształtu trójkątnego, o kątach bardzo ostrych.

Widzimy więc, iż w przypadkach powyższych anamneza bardzo łatwo mogła w błąd wprowadzić, w pierwszym, przy ogólnym upadku odżywiania, dziecię było uważane za skrofuliczne, w drugim naturalnie nasuwało się podejrzenie uszkodzenia nosa przy upadnięciu. Okoliczność ta skłoniła mnie do skreślenia tych kilku uwag, które mogą przedstawić pewien interes dla lekarza praktycznego; mianowicie we wszystkich tych razach, gdy pojawia się wypływ ropiasty i krwawienie z jednej strony nosa, wskazaniem jest, bez względu na podawaną przez rodziców przyczynę, troskliwe zbadanie nosa na obecność w nim ciała obcego. Nie potrzebuję tu dodać, iż nie wystarcza tu zwykłe zajrzenie do nosa przy prostym oświetleniu, przy niem bowiem staje się przystępną dla oka tylko wewnętrzna powierzchnia skrzydeł nosowych, przedni koniec przegrody, oraz przedni koniec muszli dolnej; przyczem części te nieraz są obrzmiałe i pokryte wydzieliną, tak, iż często nawet i tak daleko oko nie sięga. Zbadanie za pomocą światła odbitego (reflektora), przy użyciu wziernika, staje się tu niezbędnem. Dodać tu muszę, iż najlepsze usługi oddają mi przy badaniu nosa u dzieci wzierniki uszne GRUBERA (owalne), odpowiedniej wielkości.

W końcu chcę jeszcze dodać słów kilka o technice wyjmowania ciał obcych z nosa. Użycie zwykłych kleszczyków (kornecangów) powinno być bezwarunkowo unikanem, gdyż instrument wprowadzony na ślepo może jeszcze głębiej wepchnąć przedmiot. Najlepiej nadają się do tego narzędzia, używane do wydobywania ciał obcych z ucha, mianowicie kolanko-

we szczypczyki uszne o końcach skrzyżowanych, a w niektórych razach zgłębnik zgięty kolankowato i na końcu odpowiednio haczykowato zakrzywiony, którym można ciało uruchomić, a ewentualnie i wydalić.

Zaletą szczypczyków kolankowych jest, iż ręka trzymająca narzędzie znajduje się poniżej, nie zasłania zatem pola widzenia, tak iż oko może śledzić koniec narzędzia w czasie wprowadzania tegoż i chwytania ciała obcego.

Należy się również wystrzegać wstrzykiwań do otworu wolnego nosa, w celu by strumień wody usiłujący wypłynąć stroną, w której znajduje się ciało, takowe wypłókał, a to mianowicie w tych razach, gdy otwór, w którym znajduje się ciało obce, przez to ostatnie i obrzmienie błony śluzowej jest znacznie zwężony. Przy wysokim bowiem ciśnieniu w jamie nosogardzielowej woda łatwo dostaje się przez otwory trąbek Eustachiusza do jam bębnekowych i może wywołać w nich gwałtowne zapalenie z przedziurawieniem błon bębnekowych.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

218. Przyczynę do symptomatologii władu mlecza paciierzowego prof. BERGERA (*Bresl. ärztl. Zeitschr.* 13). Okres początkowy władu „bólów błyskawicznych” jest b. ważny pod względem rozpoznawczym, i nerwobóle, występujące w formie napadów w większości przypadków powinny wzbudzić podejrzenie na poczynający się wład. W przypadkach, w których nie ma właściwych napadów neuralgicznych, a tylko bywają chwilowe, kilka sekund trwające bóle błyskawiczne z nadczułością skóry, można łatwo przeoczyć w anamnezie okres bólów. Bardzo rzadko tylko brak jest przeżywających bólów w ciągu całego przebiegu władu, według BERGERA na 380 przypadków tylko w 14,5%. Nerwobóle nie wladowego pochodzenia, a podobne tylko do wladowych zdarzają się b. rzadko. Okres bezładowy (ataktyczny), który odpowiada pełni w rozwoju choroby, wskazuje na zaburzenia w porządkowaniu ruchów. Ale i tego głównego objawu może brakować w pewnej liczbie przypadków aż do śmierci, lub też może być wyrażony w b. nieznacznym stopniu. Ma to swoją anatomiczną podstawę. STRÜMPPELL bowiem wykazał, że szare zwyrodnienie tylnych pęczków nie jest rozlane, a tylko pewne odcinki w przecięciu poprzecznym przeważnie są dotknięte, kiedy inne zupełnie lub w części są wolne. Brak tego lub innego objawu w przebiegu władu zależy od nienaruszenia pewnego pola w tylnych pęczkach, które jest umiejscowieniem dla tego objawu. Najważniejszym objawem przedmiotowym dla rozpoznania władu jest tak zwany „objaw WESTPHALA” (brak odruchu ścięgna rzepkowego) i równoczesny z nim brak odruchu ścięgna Achillesa, a drugi objaw „odruchowa nieruchomość żreń”. Co się tyczy jeszcze okresu nerwobólów, to B. spostrzegł w wielu przypadkach przez dłuższy czas bóle nie w członkach, ani tułowiu, tylko w głowie, często w obrębie n. trójdzielnego z następczą nieczułością; w jednym przypadku był uparty nerwoból potylicowy, a w niektórych przypadkach B. spostrzegł migreniczne bóle głowy pochodzenia wladowego, czego dotąd nikt nie opisał. Pojawiały się one w formie napadów w jednej lub obu skroniach lub ciemionach, błyskawiczne lub podobne do krajania nożem. U dwóch kobiet napady były szczególnie silne w czasie miesiączki. Bóle głowy wogóle z początku pojawiały się w pre-stankach 3—4 tygodniowych, później częściej, zawsze z towarzyszeniem

nudności i wymiot. W dwóch przypadkach nastąpił w okresie tych bólów obustronny zanik nerwu wzrokowego, a następnie dopiero pojawiły się inne objawy typowe władu. We wszystkich tych przypadkach brak było odruchu ścięgna rzepki, z zachowaniem jednak mechanicznej i elektrycznej kurczliwości odpowiednich mięśni. Wiadomo, że taka symptomatyczna migrena może się rozwijać na tle innych ciężkich chorób (*nephritis chronica*, *diabetes*, pierwszy okres *paralysis progressivae*), brak jednak przy migrenie odruchu ścięgniętego przemawia bardzo za rozpoczynającym się władem mlecza. Drugim ważnym objawem, który przez długie lata może być jedynym—są zaburzenia ze strony pęcherza moczowego. Takie przypadki B. nazywa „*tabes dysurica*” i spostrzegał ich 15. Z tych w 3 przypadkach znalazł odruchową nieruchomość źrenic. Okres utajenia, w którym tylko były objawy ze strony pęcherza, trwał od 8 miesięcy do 7 lat. Jeżeli zatem u mężczyzny w sile wieku spotykamy przewlekły nieżył pęcherza bez żadnych, dających się wykazać, zmian w przyrządzie moczowym, należy przypuścić możebność początku władu mlecza. Sprawdzenie więc w takich przypadkach objawu WESTPHALA jest niezbędnym. Według BUSZARDA *cystitis tabetica* daje często powód do tworzenia się kamieni z fosforanów, BERGER jednak nie widział żadnego przypadku kamienia pęcherza między tabetykami. W końcu B. przychodzi do następujących wniosków. 1) Wład mlecza pacierzowego może przebiegać do samej śmierci bez zaburzeń ataktycznych. W większości przypadków przeszywające bóle mają szczególną ważność pod względem rozpoznawczym. Istotne znaczenie dla rozpoznania mają dwa objawy: objaw WESTPHALA i odruchowa nieruchomość źrenic. Dosyć wcześnie pojawiają się objawy skórne i brzuszne nerwobóle (*gastroenteralgia*), bezwład mięśni ocznych, zmęczenie i niepewność w nogach, wahanie się przy zamkniętych oczach, analgesia, które to objawy rozpoznanie potwierdzają. 2) Początkowe nerwobóle mogą występować w formie migreny. 3) Przewlekłe cierpienia pęcherza bez miejscowych zmian wzbudzają podejrzenie cierpienia mlecza pacierzowego (*Tabes dysurica*).

J. R-i.

219. **Przymiot wrodzony u bliźniąt.** Dr. J. HEIM'A (42 sprawozd. szpitala S-go Józefa w Wiedniu 1884.—*Rundschau* 9 H.—84). W opisanym przypadku choroba jest różnego natężenia u dwojga bliźniąt. Drugi noworodek w 4 tygodnie miał guziczki około kąta ust i na brwiach, *psoriasis palmaris* i *plantaris*, śledziona i wątroba były wyczuwalne pod żebrami, wysokie wychudnienie i bezkrwistość. Pierwszy zaś w tym czasie był zupełnie zdrow i dobrze odżywiony. Pierwszy umarł po 6 tygodniach życia, u drugiego po 7 tygodniach pojawiły się guziczki na podszewkach, które jednak znikły przy leczeniu kalomelem. W 4 miesiącu znowu się pokazały lepiej płaskie około odbyticy, chociaż dziecko dobrze wyglądało. Matka B. bezkrwista i źle odżywiana nie miała żadnych objawów przymiotu, przed 6 laty jednak poroniła, potem urodziła jeszcze 3 dzieci, które wszystkie przyszły na świat w swoim czasie i żadnych objawów przymiotu nie zdradzały, jednak wszystkie umarły. Ojciec jakoby miał być zdrow.

J. R-i.

220. **O stwardnieniu (*sclerosis*) tętnic wieńcowych serca i o stanach chorobowych przez to spowodowanych** prof. LEYDENA (*Zeitschr. f. klin. med.* V—VI 1884.—*Med. chir. Rundschau* 9 H. Sempt. 1884. Klinicznie autor rozróżnia. 1) Przypadki z przebiegiem ostrym. Po krócej lub dłużej trwających objawach zwiastunowych, występują dolegliwości ze strony serca, które dochodzą do ciężkich napadów i do prędkiego zejścia niepomyślnego. Objawami zwiastunowymi bywają: ściskanie, omdlenia, bóle serca i bóle rozpromieniające się, które przypominają dusznicę bolesną. Po tych zapowie-

dziach następuje mniej więcej nagle nawet bez ważniejszego powodu ciężki napad z gwałtownymi bólami w okolicy serca, z wielkiem uczuciem obawy, bez szczególnej duszności. Puls nieco przyspieszony, niekiedy nieregularny, ale czasami zupełnie prawidłowy. W rzadkich tylko przypadkach puls bywa znacznie zwolniony (SAMUELSON). Zmienione rysy twarzy z wyrazem obawy nadają znaczenie napadowi. Taki napad sprowadza wprost śmierć, lub powtarza się jeszcze. Objawy duszniczy bolesnej mogą ustąpić, tak że napady przebiegają jako zemdlenie lub ostry obrzęk płuc. Sinicy może brakować, lub może ona wystąpić w ostatnich chwilach. Do puchliny nie dochodzi nigdy, w moczu mała ilość lub zupełny brak białka. Przytomność do ostatniej chwili życia zachowana, w innych razach wcześniej występuje senność, potem obłąd, a wreszcie *coma*. 2) Przypadki z przebiegiem podostrym. Tak wyraźnie nie odznaczają się od pierwszej grupy, tylko przebieg jest wielotygodniowy. Od dłuższego lub krótszego czasu były zwiastuny, niekiedy jeden ciężki napad, który jednak przeszedł. Zwiastuny te stanowią: kaszel, krótki oddech, ściskanie, często napady duszniczy bolesnej, niekiedy nawet puchlina. W końcu po występującym naprzemian polepszeniu i pogorszeniu, lub po ciągle wzrastającym nasileniu w objawach, lub nagle następuje śmierć. 3) Przypadki przewlekłe. Są to zwykle przypadki przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego. Można przytem rozróżnić 3 okresy. W pierwszym okresie, który szczególnie ważnym jest dla rozpoznania i leczenia, choroba przebiega przy podobnych objawach jak w formie ostrej lub podostrej. W drugim okresie następuje równowaga, choremu dolega tylko krótkość oddechu, zmniejszona zdolność do zajęć, w 3 okresie następuje zaburzenie równowagi pod postacią osłabienia działalności serca, napadów duszniczy bolesnej, obrzęku płuc i po jednym napadzie, lub w czasie przebiegu ostrawego, następuje śmierć. Autor objaśnia bliżej niektóre objawy i ich pochodzenie. Czynność serca może być zwolnioną, przyspieszoną, prawidłową lub nieprawidłową. Zwolnienie bywa rzadko. Badanie fizykalne serca nie wykazuje nic charakterystycznego. Napięcie tętnic może być b. znaczne, szczególnie przy powikłaniu z ogólną miażdżycą tętnic, zmianami w nerkach itd. Co się tyczy rozróżnienia powyższej choroby od stłuszczenia serca, to według L. napady duszniczy bolesnej bywają daleko cięższe przy *arteriosclerosis*. Ważną rzeczą dla rozpoznania tej choroby jest obecność ogólnej *arteriosclerosis*. Najgwałtowniejsze i najostrzejsze przypadki zdarzają się między 50—60 rokiem. Później rozpoczynające się przypadki przebiegają mniej ostro. Rzadko występuje miażdżyc naczyń już w 40 lub 30 roku. Mężczyźni więcej są usposobieni jak kobiety, ludzie silnej budowy więcej jak słabej. Przyczynowym momentem ważnym jest nadużycie w napojach wyskokowych. Wpływ ma także dziedziczność, ciężka praca, wzruszenia umysłowe. Co się tyczy leczenia, to LEYDEN w czasie napadu radzi podawanie środków pobudzających, ośrodki odciągające, bańki suche i t. d. Ostrożne użycie środków odurzających szczególnie morfiny jest często pożytecznem. Amylnitritu, nitrogliceryny, natriumnitritu autor nie poleca w czasie napadu. Naparstnica ostrożnie zastosowana, powinna w przewlekłych przypadkach oddać dobre usługi. Działanie zimna na serce jest przeciwwskazane. Anatomicznie autor odróżnia następujące formy: 1) Stwardnienie tętnic wieńcowych bez zmian (ani rozszerzenia ani zwężenia). 2) Stwardnienie może prowadzić do ostrego rozmiękania zakrzepowego i utworzenia krwistego zawału, co może spowodować pęknięcie. 3) Zakrzepowe pole może się przekształcić w tkankę łączną. 4) Często spotykamy świeże rozmięczenie połączone ze starymi bliznami. Przebieg podobnych przypadków pozwala często rozpoznać stosunki zmian anatomicznych.

J. R-i.

221. Skombinowane psychozy d-ra SIEMENSA (*Neur. Ctrbl.* 10/84). Melancholia, mania i paranoia (*Verrücktheit*) są zbiorem objawów, które: 1) mogą powstawać jako samodzielne czynnościowe neurozy organu ośrodkowego i dalej się jako takie rozwijać. 2) Mogą się rozwijać w przebiegu innego stanu chorobliwego mózgu, a więc rozwijać się już na przygotowanym gruncie i temu cierpieniu towarzyszyć. Z czystych form tylko melancholia i mania mogą zmieniać się wzajemnie, oba te stany nigdy nie przechodzą w paranoia, jak i odwrotnie. Jeżeli zaś te czynnościowe psychozy towarzyszą organicznemu cierpieniu mózgu, lub powstają na gruncie jakiegokolwiek choroby, usposabiającej do cierpienia mózgu, to rzadko pozostaje forma psychoz czystą, powstają rozmaite kombinacje i nieprawidłowe przejścia. Powód do wystąpienia skombinowanych psychoz dają: 1) zaburzenia w rozwoju, 2) uderzenie, zator, krwotok, pasożyty, guzy, stwardnienia, ropnie, 3) choroby ciała dotykające i mózgu, 4) padaczka, 5) u kobiet zaburzenia w organach rodnych (regularność, ciąża, połóg, climacterium), starcza inwolucja mózgu. Te stosunki są ogromnego znaczenia pod względem rokowania i rozpoznania, gdyż jeżeli znajdujemy czy w anamnezie, czy w obecnym stanie skombinowane psychozy, to musimy podejrzewać, że istnieje jeden z powyższych wskazanych stanów mózgu.

(*D. m. Z.* 64—84).

222. Silny krwotok żołądkowy po wypłukaniu żołądka i skuteczna działalność przelania roztworu soli kuchennej d-ra MICHAELIS. Chory 37 letni, przedstawiający objawy zwykłego nieżytu żołądka, jak palenie i ciśnienie w dołku, utratę łaknienia, zaparcie stolca, uczucie pełności po przyjęciu małej ilości pokarmu. Bólów i wymiotów nigdy nie doświadczał. Przy napełnieniu żołądka CO₂ takowy dosięgał do pępka. Postawiono rozpoznanie na rozszerzenie żołądka i zrobiono przepłukanie takowego. W 1½ godziny potem chory dostał silnego krwotoku żołądkowego, który powtarzał się kilkakrotnie ze znaczną utratą krwi, mimo wstrzykiwań ergotyny, stosowania lodu zewnętrznie i wewnętrznie, podawania *liq. ferri*, morfiny, tak że puls w końcu był niewyczuwalny. Autor zdecydował się wstrzyknąć do żyły pośrodkowej ramienia roztwór soli kuchennej, co też dopełnił w ilości 350 ccm. Chory wkrótce znacznie się poprawił, krwotoki już więcej nie powtarzały się, w końcu po tygodniu zupełnie przyszedł do siebie. Autor przypuszcza w tym przypadku nierozpoznany wrzód żołądka. (Chociaż erozje przy przewlekłych nieżytach również mogą dać powód do krwotoków). Pomimo zastrzyknięcia 0,8 ergotyny w przeciągu 12 godzin, autor nie widział żadnego wpływu takowej na powstrzymanie krwotoku. Wstrzykiwanie roztworu soli kuchennej nie tylko że zapobiega śmierci, mogącej nastąpić przez niestosunek między ilością krwi i światłem naczyń *resp.* serca, przez co mogłoby się wstrzymać krążenie krwi, ale korzystnie wpływa na wstrzymanie samego krwotoku.

(*Berl. kl. W.* 25—84). J. R-i.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Diagnose und operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft
v. E. FRÄNKEL (*Sammlung Klin. Vortr. Volkmanna.* Nr. 217).

Opisawszy szczegółowo przypadek z własnej praktyki ciąży *tubo-intraligamentosae*, która bywa dosyć rzadką i spotykaną była tylko p. FRÄNKLA, LAWSON-TAIT'a, GUSSEROWA i KALTENBACHA, autor przechodzi do skreślenia cech i objawów ciąży pozamacicznej. Stary HEIM, Berliński lekarz, który połowę swego życia temu przedmiotowi poświęcił, podaje jako

cechy ciąży pozamaciczej więcej podmiotowe objawy, jak: bóle podobne do porodowych już od 3 miesiąca, czerwony śluz wypływający z pochwy pomieszany ze krwią, niemożebność leżenia na boku, w którym jest płód, bóle na ograniczonym punkcie na tejże stronie, zmiana rysów twarzy i t. d. Dziś na tak chwiejnych podstawach nie można stawiać rozpoznania i sam HEIM raz rozciął pokrywę brzuszne, nie znalazłszy płodu. F. w zebranych 98 przypadkach *grav. extraut.* znalazł 9 razy błędy w rozpoznaniu, które wykryte zostały czy to w dalszym przebiegu ciąży, czy to podczas niewłaściwie podjętych operacyi, lub wręście podczas sekcyi. SPENCER-WELLS mówi, że należy zawsze mieć w pamięci przy rozpoznaniu guzów brzusznych możebność ciąży pozamaciczej.

Dane, po których rozpoznaje się ciążę pozamaciczną, są następujące: ogólne objawy ciąży, bóle i kolki nie dające się odnieść do innej przyczyny, nieprawidłowe odpływy krwawe z macicy; wydalenie wcześniejsze lub późniejsze błony doczesnej; dające się słyszeć niekiedy bicie serca; wyczuwanie części płodu, jeżeli nie ma nadmiaru tłuszczu w pokrywach brzusznych i nadmiaru wód płodowych. Niestety spotykamy zwykle niestalość tych objawów. I tak: regularności może nie być aż do końca ciąży; niekiedy odbywa się w sposób prawidłowy w pierwszych miesiącach ciąży, w późniejszych zaś może być zastąpioną przez krwawe, lub śluzo-krwawe wypływy z macicy, tak że chore nie orjentują się, czy straciły swoją regularność. Dolegliwości żołądkowe, jako *emesis* lub *hyperemesis gravidarum*, jako objaw podrażnienia otrzewny często chorym dokuczają, chociaż wszelkich bólów i kolek może nie być aż do początku usiłowanego porodu. Chore czują się nieco inaczej niż za poprzednich porodów, przedmiotowe objawy ciąży na sutkach, pokrywach brzusznych, organach płciowych są równie zmienne, również to się odnosi i do przerostu macicy, raz ją autor znalazł 20 ctm. długą, a w opisanym przypadku tylko 9 ctm. Również różną bywa wielkość, położenie i forma worka płodowego i jego stosunek do macicy. Jedynym stałym i pewnym objawem jest tworzenie się błony doczesnej i wydalenie jej nienaruszonej z pustej macicy, tylko niestety nie zawsze da się takowa wykazać, lub może jej już nie być, gdy chore radzą się lekarza. Należy jednak pamiętać, że i przy *dysmenorrhoea membranacea* bywa wydalany z macicy odlew błoniasty przy bólach, podobny do decidua ciężarnych. Dzięki pracom WYDERA możemy dziś odróżnić błonę przy *dysm. membr.* od *decidua gravidarum* w pierwszych miesiącach ciąży. Różnica ta polega na wyglądzie gruczołów, nabłonka, a szczególnie tkanki międzygruczołowej. Gruczoły przy *decid. menstr.* są wężykowato poskręcane, nieco rozszerzone, ale nie dają obrazu gąbkowatego; zaś przy *decid. gravid.* tworzą siatkę z wązkami beleczkami a szerokiem światłem.

Nabłonek przy *decid. menstr.* w gruczołach jest cylindryczny, zaś przy *dec. grav.* dno gruczołu pokryte cylindrycznym nabłonkiem a stopniowo ku ujściu przechodzi w płaski. Tkanka międzygruczołowa przy *dec. menstr.* jest budowy drobno-komórkowej, komórki okrągłe są prawie całe wypełnione jądrem, protoplazma zaś jest b. cienka; przy *dec. gravid.* komórki są duże, jądro jest mniejsze jak protoplazma komórki. RUGE jednak i MOERICKE znaleźli podobne komórki: pierwszy przy *endometritis* w połączeniu z *metritis* a drugi u miesiączkującej kobiety. Zatem według nich niedostatecznem jett wyskrobanie kawałka błony i wykazanie podobieństwa jej do *decidua vera* dla ciąży pozamaciczej, ale należy brać pod uwagę anamnezę i inne kliniczne objawy. Zatem dłuższy lub krótszy czas zatrzymania peryodu z innymi objawami ciąży, rozszerzenie ujścia macicznego, podatność szyjki macicznej przy jednorazowem odejściu doczesnej gru-

bej, w formie zakrytého worka (HAUSMANN) przemawiają za ciążą; zaś kilkakrotne wydalenie błon przy objawach bolesnej miesiączki, bez poprzedniego wstrzymania peryodu przy równoczesnem cierpieniu macicy lub jej dodatków przemawiają za *dysmenor. membranacea*. Rzadko przestanie miesiączki odpowiada miesiącowi ciąży pozamacicznej zwykle przy obecnej ciąży jeszcze regularność 1—2 razy się powtarza. Niekiedy bywają krwotoki maciczne od początku do końca ciąży bez prawidłowego typu, lub w pierwszych 4—5 miesiącach, przyczem śluzo-krwiste odczyny zmieniają się naprzemian z krwotokami. Co się tyczy badania zgłębnikiem macicy, to autor uważa je nie tylko za zbyteczne, ale wprost za niebezpieczne, gdyż pobudza to do kureczów macicę i worek płodowy, powodując wydalenie doczesnej z macicy i nieraz pęknięcie worka płodowego (GERVIS, GUICHARD, WILLIAMS, MARTIN). Przed samą zaś operacją (laparo- lub elytrotomią) dla pewności uniknięcia błędów należy zbadać zgłębnikiem. Daleko ważniejszem jest podwójne badanie, które w połączeniu z anamnezą często wystarcza do określenia prawdopodobieństwa ciąży pozamacicznej. W pierwszych miesiącach wyczuwa się elastyczny okrągły gładki guz przylegający ściśle do macicy.

Jaje płodowe w jajowodzie przy stanie lekko gorączkowym można wziąć za wysięk około maciczny przy ciąży macicznej, przy dalszej jednak obserwacji, szybki wzrost guza, w stosunku do macicy, rzecz wyjaśnia, tembardziej, że zapalenie więzów szerokich łatwo prowadziłoby do poronienia. Przy dalszym wzroście worka płodowego łatwo go odróżnić od mało powiększonej macicy. Przy końcu ciąży niekiedy tak są ściśle połączenia jaja płodowego z macicą, że trudno je oddzielić. Wypełnione tylne sklepienie pochwy brano niekiedy za tyłopochylną macicę ciężarną. Rozstrzygnąć się dają podobne trudności za pomocą uśpienia, chociaż nie zawsze. W podobnych przypadkach decydujące znaczenie ma zondowanie macicy lub próbek cię probne, chociaż w późniejszych miesiącach ciąży pozwala się takowe, gdy się jest zdecydowanym robić zaraz radykalną operację. Jako *ultima ratio* dla zupełnie ciemnego wypadku pozostaje próbne nacięcie (*incisio*) (GRODEL, MARTIN). Nakłócie worka płodowego nieraz prowadzi do krwotoków i peritonitis, również u zachloroformowanych chorych podczas wymiotów pęka niekiedy worek płodowy, co również może się zdarzyć przy badaniu i bez chloroformu; wszystkie te możliwości należy przewidzieć. Co się tyczy siedliska ciąży pozamacicznej, to nader trudno określić takowe. Według SCHRÖDERA, jeżeli pęknięcie nastąpiło w pierwszych 4 miesiącach, to prawdopodobnie jaje usadowione było w jajowodzie a tylko wyjątkowo w jajniku, jeżeli zaś rozwija się po 4 miesiącu, to jest czysta brzuszna lub jajnikowa ciąża, chociaż bywają ciążę jajowodowe, które rozwijają się do normalnego kresu ciąży, lub nawet przekraczają takowy. Za jajawodową ciążą przemawia także forma jaja podłużno-owalna, jeżeli periodycznie worek płodowy ściąga się (LITZMAN), lub przy dłuższem macaniu silniej jest naprężony (VEIT), lub nawet wtedy kurcze macicy występują (FRÄNKEL). Jeżeli w dalszym ciągu ciąży worek płodowy jest dosyć wolny bez cięższych dolegliwości ze strony otrzewny, to prawdopodobna będzie jajnikowa ciąża. Jeżeli trudno wyczuć worek płodowy i uciążliwe są ruchy płodu, to przypuszczamy ciążę brzuszną, która jeżeli usadowiona w jamie Douglasa, to silne są dolegliwości ze strony pęcherza i odbytnicy.

Co się tyczy operacyjnego leczenia ciąży pozamacicznej, to należy rozebrać następujące się pytania: odnośnie wyboru miejsca operacji, czy przez przecięcie ścian brzusznych czy przez pochwę, 2) czy wydaląc płód przed dojściem do kresu ciąży, czy po dojściu do owego czasu, czy też

plód usunąć bezpośrednio po jego obumarcu lub też po pewnym dłuższym przeciągu czasu po śmierci płodu. 3) Co czynić należy, gdy po pęknięciu worka płodowego nastąpiło wypadnięcie płodu i wylew krwi do jamy brzusznej. Czy otworzyć takową i usunąć plód, jego dodatki i skrzepy krwi, naczynia krwawiąco podwiązać (KIWISCH, KÖBERLE, MARTIN, VEIT), czy też sprawę nadal zestawić naturze jako krwistek pozamaciczny, otorbienie jego lub przedostanie się takowego na zewnątrz.

Co się tyczy pytania pierwszego, to baczyć należy, by przy przecięciu nie natrafić na łożysko. Jeżeli poprzedzająca duża część płodu głęboko wciśnięta jest ku dołowi w sklepienie pochwy i ostatnie jest cienkie, to przyczepienie łożyska do sklepienia pochwy da się wykluczyć i operację można dokonać przez przecięcie pochwy (KALTENBACH). Przy żywym i dużym płodzie jednak lepiej wykonać laparotomię. Przy siedlisku jaja wśród więzu tem lepiej robić elytrotomię, gdyż można tym sposobem operować zewnątrz otrzewny. Jeżeli wyczuwa się łożysko w odcinku miednicy przez pochwę, to należy operować przez przecięcie ścian brzusznych—w przypadkach niepewnych co do miejsca przyczepienia łożyska, także należy dać pierwszeństwo laparatomii, w ostatnim razie HALBERTSMA radzi przekłócić próbne. Co się tyczy czasu operacji, to prawie wszyscy się zgadzają, że należy do 4 miesięcy w przypadkach pewnego rozpoznania starać się o śmierć płodu i o następne wsiąknięcie takowego. Najlepiej sprowadzić śmierć płodu przez wyciągnięcie wody płodowej szprycą Pravatza z długą kaniulą przez pochwę, odbytnicę lub ściany brzuszne. Jeżeli 4 miesiące przeszły, to należy czekać blisko do końca prawidłowej ciąży. Jeżeli zaś wcześniej przyjdzie do pęknięcia błon płodowych wskutek znacznego wyczerpania ciężarnej i często powtarzających się usiłowań wydalania płodu, to należy zrobić radykalną operację za pomocą laparatomii. Jeżeli zaś plód osiągnął prawie końca ciąży, to niektórzy (GUSSEROW) radzą wydobyć plód w 32 tygodniu, a inni (LITZMANN) radzą czekać do końca. Zasługą LITZMANA jest, że wykazał, że tem mniejsze niebezpieczeństwo krwotoku przy operacji bywa, im dłuższy czas upłynął po śmierci płodu i po 6 tygodniach nie bywa gwałtownych krwotoków, gdyż naczynia łożyskowe matki zatykają się. Trzeba jednak nie zwlekać z operacją po śmierci płodu, jeżeli matka wiele cierpi (jeżeli są uporczywe wymioty, ogólne wycieńczenie, gorączkowe wahania).

Jeżeli worek płodowy już pękł, to jak się mamy zachować? Zależy to od czasu ciąży. Jeżeli do 3 miesiąca, to należy objawowo wstrzymać krwotok (lód), a następnie haematocela zwykle wsiąka, lub chociaż przechodzi w ropienie, to kończy się wyzdrowieniem, po wypuszczeniu ropy przez otworzenie ropnia. Jeżeli zaś krwotok nie daje się wstrzymać, to czy mamy zaraz otworzyć jamę brzuszną (KIWISCH) i odszukać źródło krwawiące, czy też na podobny rękoczyn nie zdecydować się (SCHRÖDER). Autor także twierdzi, że trudno, żeby osoba wysoce już bezkrwista mogła wytrzymać operację tak ciężką, jak laparotomię. Od 4 miesiąca do końca ciąży rzadko się zdarza pęknięcie worka płodowego. Jako zapobiegawczy środek należy zalecić chorej spokój, regularne trawienie, zwalczać gorączkowe stany i objawy ze strony otrzewny. Jeżeli zaś pęknięcie nastąpiło, a lekarz jest obecnym, to należy ocalić życie płodu i matki, zrobić laparotomię, wyciąć worek płodowy i nałożyć szwy (MARTIN). Jeżeli zaś plód już nieżywy, to należy działać objawowo zależnie od kierunku, jaki przyjmie dalszy przebieg, czy następuje otorbienie, czy też zropienie lub spoleczenie płodu.

J. Rogoziński.

O laseczniku cholery swojskiej (*cholera nostras*) i jego hodowli.

Odczyt wygłoszony na 56 zjeździe przyrodn. i lek. w Magdeburgu w dniu 20 Wrześ. r. b.
Przez prof. Finkler'a z Bonn.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 42).

Wykrycie jednak ustroju drobnowidzowego nie wystarcza jeszcze do wskazania związku, jaki istnieje między nim a chorobą, przy której znalezionym został. Należy dalej wykazać, iż ustrój ten posiada własności swoiste. W tym celu służy czysta hodowla, t. j. szczepi go się z jednej hodowli na drugą, dopóki inne ustroje z powodu niekorzystnych dla nich warunków nie zostaną usunięte i nie pozostanie jedyny tylko określony ustrój drobnowidzowy. Tym sposobem udaje się wykazać, iż lasecznik ten posiada pewne własności wyróżniające go od zwykłych obojętnych lub gnilnych laseczników. Usiłowaliśmy przeprowadzić hodowlę taką dla lasecznika cholery swojskiej i przed 3 tygodniami jeszcze skutek był ujemny.

Obecnie posiadamy już w y n i k i d o d a t n i e, a dla czego początkowe wyniki były ujemne, okaże się z dalszych naszych wywodów.

Szczepiliśmy małe kłaczki stoleców cholerycznych napełnione lasecznikami na rozmaitych przetworach odżywczych jakoto: na rosole, żelatynie, kartoflach, mleku. Trzymając przetwory te w wilgotnej komorze przy ciepłocie 25—85° C. otrzymaliśmy w ciągu 2—3 dni hodowlę laseczników przecinkowych. Przeszczepiając hodowlę te do 6 lub 7 pokolenia otrzymywaliśmy coraz czystsze obrazy, t. j. laseczniki przecinkowe coraz mniej zmieszane z innemi prątkami. Badając hodowlę po upływie dalszych 24 godzin, widzimy, że takowe już przeszły okres swego najwyższego rozwoju, a nieco później znajdujemy zamiast laseczników tylko prątki kuliste (*cocci*), małe czarne massy rozpadowe, nie przedstawiające już żadnej określonej postaci. Przemiana ta następuje tak szybko, że lasecznik przecinkowy znajdujący bywa tylko przez czas krótki.

Przy poprzednich naszych hodowlach widzieliśmy właśnie często ten okres, kiedy nie było już laseczników, a zamiast nich owe massy rozpadowe. Tłumaczyliśmy sobie to w ten sposób, że po pewnym czasie pozostają w hodowli tylko prątki okrągłe. Opieraliśmy się przy tem na wskazówkach KOCH'a, iż po jakimś czasie rozwój lasecznika zostaje wstrzymanym przez rozrost współcześnie zaszczipionych prątków kulistych. Rozwój tych ostatnich jakoby miał być powolniejszym od lasecznika przecinkowego, lecz po jakimś czasie miał brać górę, tak iż lasecznik przecinkowy zniknął, a pozostawały w hodowli same prątki kuliste. Ponieważ KOCH twierdził, że lasecznik choleryczny ma być tak przelotny, przeto sądziliśmy, że mamy do czynienia z tym samym przejawem u lasecznika cholery swojskiej. Lecz przekonaliśmy się następnie, że rzecz w tym razie nie jest tak prostą, jak to KOCH sądził, lecz że z wszelkiem prawdopodobieństwem zachodzi tu rozpad z utworzeniem zarodników (*Sporen*). Lasecznik zatem przecinkowy przedstawia małą trwałość, trudno, jest znaleźć go w postaci czystej hodowli, ponieważ nie rozmnąża się wyłączenie tylko ilościowo, lecz przechodzi jeszcze i stany pośrednie. Jeżeli przeto pragniemy otrzymać postać czystą, to należy wybrać okres czasu, kiedy rozwój jego jest skończonym, a przemiany następne jeszcze nie nastąpiły. Okresem tym jest druga doba trwania hodowli, a zatem czas, w jakim także rozwijały się hodowle KOCHA.

Przekonawszy się o tem szczepiliśmy nowe stolce cholery swojskiej

na rozmaitych przetworach, a mianowicie na takich, jakie KOCH nważa za najlepsze do hodowania lasecznika przecinkowego. Udało się wtedy uzyskać czyste hodowle lasecznika w właściwym czasie zarówno na rosółce, kartoflach, wilgotnem płótnie jak i szczególnie na żelatynie odżywczej.

Tem samem wykazaliśmy, że lasecznik cholery swojskiej podlega tym samym warunkom hodowli, co i lasecznik KOCH'A, a to zarówno co się tyczy czasu, jak i własności istoty odżywczej. Pozostaje nam jeszcze omówić dwie kwestye, mianowicie: 1) rozmaite okresy w rozwoju lasecznika i 2) związaną z tem kwestyą postaci trwałej (Dauerform) lasecznika. Jeżeli weźmiemy pod uwagę czystą hodowlę lasecznika, to widzimy, iż takowa przedstawia nam tylko okres przejściowy. Po pewnym czasie laseczники grubieją, pęcznieją, stają się przezroczyście, tak iż przyjmują postać zbliżoną do oselki, a na końcach osadza się jakby kolec, podobnie jak przedstawionym jest w pierwszym tomie prac państwowego urzędu zdrowia okres rozwoju prątków róży. Postać tę nazywamy zarodnikową (*Sporenträger*). Małe ciało wypycha ze siebie oba zarodniki, które poruszają się w polu widzenia, a między nimi leżą próżne otoczki zarodnikowe. Same zarodniki wyrastają w laseczniki, które jeszcze po części są proste, a wyginają się doszedłszy już do pewnej długości. Lecz i te zagięte laseczники nie są jeszcze postacią stałą, wyrastają one w długie nitki, kilkakrotnie zagięte spirylle, znajdujące w rozmaitej długości i postaci. Spirylle te grubieją, pęcznieją, tworząc masy nieforemne, lub jeszcze pewną formę posiadające, jak np. maczugowate lub postacie esowate, we środku mocno napęczniałe.

Po pewnym czasie na preparatach takich spirylli widzimy mnóstwo małych wyraźnie zagiętych laseczników przecinkowych. Czasem nawet można znaleźć miejsca, w których laseczники leżą ściśnięte i ułożone zupełnie w postaci spirylli, w innych laseczники już porozpadały się, a niektóre łączą się jeszcze końcami, tak jak to KOCH odrysował twory podobne do spirylli w swoich hodowlach. Rozrzucone laseczники przecinkowe znajdują się w polu drobnowidza w niezmiernej ilości, przedstawiają one pewną właściwość: w wielu miejscach leżą one skupione ciśnień, tak iż tworzą ciemne punkty na preparacie, przypominające punkty krystalizacyjne przy badaniach chemicznych. Są to gęste masy laseczników dopiero co wypadłych, składają się one z młodych laseczników przecinkowych. Wszystkie te laseczники dochodzą tylko do pewnej wielkości, a zaledwie doszedłszy do najwyższego stopnia rozwoju, wytwarzają w sobie zarodniki przyjmując postać oselkowatą powyżej opisaną. Cały obraz rozwoju zaczyna się tedy na nowo, tak iż w jednej hodowli możemy kilka pokoleń w ten sposób wytworzonych wykazać, a co jest ważniejszym, możemy stosownie do czasu z tej samej hodowli przedstawić czyste laseczники, postacie zawierające zarodniki, lub też spirylle. Nie tajem nam jest, iż tym sposobem przedstawiliśmy obraz rozwoju, jaki zupełnie nowym jest dla należących tu drobnoustrojów. Możliwem wszak jest, iż rozwój istot najrozmaitszych dał nam te zmieniające się obrazy, a tem samem w błąd nas wprowadził; lecz na poparcie dodać musimy, iż cała czysta hodowla lasecznika, znajdującego się w szóstym pokoleniu, przechodziła rozwój wyższy, a powtóre, iż na niezliczonych preparatach jakie przeglądaliśmy, widzieliśmy wszystkie postacie przejściowe.

Drugim punktem wymagającym rozbiórki, a na który kładziemy nacisk jest, iż najładniejsze hodowle czyste otrzymaliśmy ze stolca który był zachowany przez 14 dni, zupełnie się był rozplynął z powodu gnicia i nie okazywał pod mikroskopem ani jednego lasecznika, ani jednej spirylli lub czegoś podobnego, a tylko wyłącznie prątki kuliste i masy rozpadową.

Staje się tedy niewątpliwem, iż lasecznik przecinkowy cholery swojskiej może się rozwijać z innej postaci, czyli innemi słowy z zarodników. Wzmagające się gnicie może być w stanie wywołać zniknięcie lasecznika, lecz zarodniki nie tracą i tu zdolności wyrastania przy sprzyjających okolicznościach. Lasecznik zatem cholery swojskiej może istnieć w postaci odpornej na wpływy obce, czyli innemi słowy posiada postać trwałą, a tą są zarodniki.

O ile inne czynniki, prócz gnicia, mogą mieć wpływ na życie zarodników, a szczegółowo czy wysychanie lub jady chemiczne je niszczą, co do tego poszukiwania nasze jeszcze nie są ukończone, lecz będziemy mogli już wkrótce dać co do tego wskazówki. Rozumie się, że należy odróżnić, jakie szkodliwości znosi postać trwała, jakie zaś znikoma postać samego lasecznika.

Teraz przedstawia się pytanie: czy mieliśmy w Bonn do czynienia z cholerą swojską, czy też z azjatycką?

Jeżeli się zwrócimy teraz do symptomatologii obu chorób, to należy przyjąć przedewszystkiem za zasadę, że co do objawów nie ma stanowczej różnicy między obiema postaciami. Gdyby objawy miały rozstrzygać, skłaniałibyśmy się do przyjęcia cholery swojskiej, ponieważ przedstawiała ona obraz niebezpiecznego i prędko przechodzącego cierpienia kiszek. Przebieg przeto, brak zejścia śmiertelnego, rozstrzyga na korzyść cholery swojskiej. Gdyby w tym czasie nie było w Europie cholery azjatyckiej, uważałoby się za śmieszne, gdyby ktoś nagle mówił o epidemii cholery azjatyckiej w Bonn. Lecz jak się rzecz ma obecnie, możliwem by było zawleczenie choroby z Francji. Pomimo wszelkich usiłowań nie mogliśmy znaleźć żadnego punktu oparcia dla takiego przypuszczenia.

Tak samo jak nie wykryło się zaniesienie zarazka cholery, tak samo też należy dodać, że i w Bonn nie zauważono zaraźliwości. Gdzie kilka przypadków zaszło w jednym domu, wystąpiły one u kilku członków jednej rodziny w tym samym czasie, robiło to wrażenie, jak gdyby chorzy ci równocześnie ulegli chorobie wskutek spożycia jakiegoś pokarmu, lub innej jakiejś szkodliwości. Przed znalezieniem jeszcze lasecznika uważaliśmy chorobę w Bonn za cholerę swojską, a wyborny klinicysta RÜHLE przedstawił wypadki te w klinice. Czyż mamy po znalezieniu lasecznika twierdzić, iż choroba spostrzegana była cholerą azjatycką? Należałoby przedtem wykazać, iż lasecznik przecinkowy właściwym jest tylko cholerze azjatyckiej, a nie swojskiej, co jednak dotychczas nie zostało dowiedzionem. Lub też ponieważ w pierwszych przypadkach nie znaleźliśmy laseczników, czy mamy uważać przypadki te za cholerę swojską, a późniejsze, w których znaleźliśmy laseczniki, za łagodną postać cholery azjatyckiej? Z większą słusnością można wnioskować, że jeżeli objawy i przebieg cholery swojskiej przedstawiają lżejszy stopień azjatyckiej i przy obu cierpieniach znajdują się też same ustroje drobnowidzowe, przeto staje się w ogóle wątpliwem, czy cholera swojska może być uważaną za chorobę *sui generis*.

Jeżeli teraz dochodzimy do wyników badań naszych, to widzimy, iż takowe odnoszą się nietylko do znalezionych przez nas faktów, lecz także do kwestyi znaczenia tychże dla diagnostyki i patologii. Dla diagnostyki znalezienie lasecznika przecinkowego miałoby ważne znaczenie w tym razie, gdyby, jak to KOCH sądził, lasecznik ten znajdował się tylko przy cholerze azjatyckiej; gdy jednak widzimy go także i przy cholerze swojskiej, przeto należałoby szukać jeszcze innych środków rozpoznawczych. Takim np. mogłoby być rozmaite zachowywanie się obu laseczników przy hodowli. Nie znajdujemy jednak różnicy, ani co do czasu, ani co do ro-

dzaju istoty odżywczej, ani też co do ciepłoty. Co jest właściwem naszemu lasecznikowi, to historia jego rozwoju, jego stan trwały jego stosunek do spirylli. Jeżeli o laseczniku KOCH'A nie podobnego nie jest wiadomem, to nie dowodzi jeszcze, by toż samo nie istniało. Jeżeli jednak się okaże, że lasecznik KOCH'A nie okazuje się w podobnie rozmaitych postaciach, w takim razie na różnicę tę należy szczególny położyć nacisk. Mamy jednak powody do przypuszczenia, szczególnie opierając się na fotografii z Marsylii, że też same spirille i te same skupienia laseczników, jakieśmy opisali, znajdują się też przy cholerze azyatyckiej. Jeżeli się to potwierdzi, w takim razie lasecznik przecinkowy utraci swą wartość rozpoznawczą. Co się tyczy wartości patologicznej poszukiwań tych, obiecujemy sobie największy pożytek dla teorii i praktyki z badań robionych podług naszego sposobu z lasecznikiem cholery azyatyckiej. Nie wątpliwem jest, iż rozmaite okresy rozwoju mają rozmałą siłę życiową, a z tą rozmałą energią musimy się liczyć przy zwalczaniu choroby i jej rozprzestrzeniania się. Uważamy za niebezpieczne skierowanie wszystkich olbrzymich wysiłków, jakie ludzkość ponosi w walce ze strasznym nieprzyjacielem, jedynie przeciw nieodpornej postaci lasecznika przecinkowego. Ze świeżą odwagą tedy chcemy pracować dalej na tem polu i spodziewamy się dojść do poznania naukowej prawdy i utwierdzenia jej wyników.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Mamy przed sobą wyszły świeżo z pod prasy „Wykład anatomii patologicznej” d-ra BIRCH-ILIRSCHFELDA, przełożył dr. MAXZEL. Ponieważ w literaturze naszej dawał się uczuć brak podobnego podręcznika, przeto dzieło to będzie mile powitaniem przez uczących się i lekarzy. Książka przedstawia wykład treściwy, i ozdobiona jest licznymi drzeworytami.

Z Cesarstwa. Odeski inspektor lekarski wystąpił do władzy z żądaniem podniesienia pensyi lekarzy miejskich do 1000 rs. t. j. summy otrzymywanej przez lekarzy miejskich w Moskwie.

Zagraniczne. Prof. H. BRAUN z Heidelberga powołanym został na dyrektora kliniki chirurgicznej Uniwersytetu w Jena.

— Prof. KRONECKER powołanym został na dyrektora instytutu fizyologicznego w Bernie.

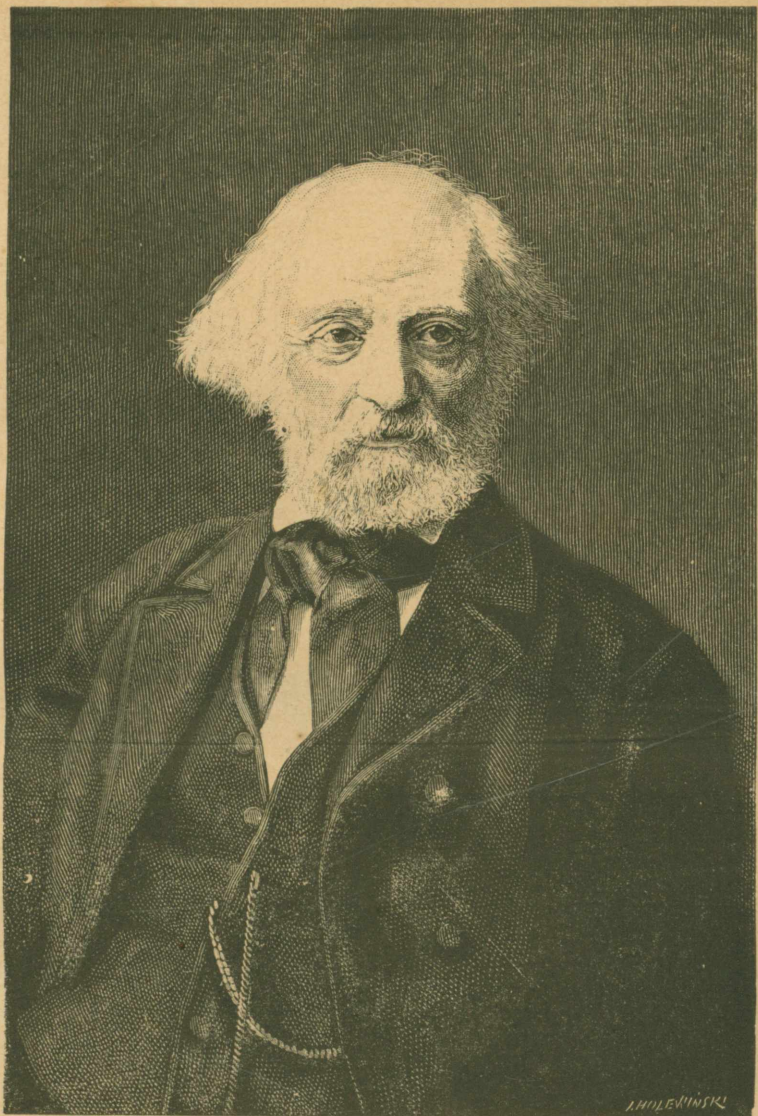
— W Niemczech wydanym został wyrok, który niewątpliwie sprawi wielkie wrażenie w kołach lekarskich. W Kwietniu r. b. pewien służący otrzymał nożem ranę w pierś. Przywołany lekarz nie zastosował metody antyseptycznej i usiłował wyleczyć ranę według dawniejszej metody. 30 Kwietnia chory zmarł na posocznicę. Lekarz wskutek tego został oskarżony o przyczynienie się do śmierci wskutek niedbalstwa i skazany został przez sąd z uwagi, że lekarz praktyczny powinien o tyle stać na wysokości nauki, by znać uznane przez nowoczesną naukę prawa leczenia i takowe stosować, i że w danym przypadku dr. N. powinien był wiedzieć, że stosowane przez niego leczenie może pociągnąć za sobą śmierć chorego. Sąd państwowy, do którego dr. N. się odwołał, nie uwzględnił jego objaśnień i wyrok sądu karnego potwierdził.

— W dniu 17 Września poświęcono w Hanowerze pomnik znakomitemu chirurgowi Stromeyer'owi.

— Znany z handlu fałszywymi dyplomami uniwersytet w Filadelfii, jak donoszą *Times* znowu został przywrócony.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. FRITSCHKE.

Дозволено Цензурою. Варшава 11 Октября 1884. Друк Зiemkiewiczа Krak.-Przedm. N. 15.



PROF. DR. MED. W. F. SZOKALSKI

OJCIEC OKULISTYKI POLSKIEJ

Jubilat r. 1884.

Druk M. Ziembkiewicza.