

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Polip krtaniowy operowany po uprzednim znieczuleniu kokainą. Opisał S. MEYERSON.—**Streszczenia i wyciągi.** 249. Hysteria u mężczyzn. 250. Przyczynę do chirurgii serca. Tamponowanie serca.—**Przegląd bibliograficzny.** Choroby serca i wielkich pni naczyńnych. Przez d-ra Oskar Widmana. Sprawozdawca dr. Dobrzycki. (Dokończenie). **Odcinek.** O lasceznikach cholerycznych. Przez d-ra R. Kocha.—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

POLIP KRTANIOWY operowany po uprzednim znieczuleniu kokainą.

Opisał S. Meyerson

b. asystent kliniki lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego.

Mamy do zanotowania nowy postępek w sztuce lekarskiej. Zadanie miejscowego znieczulania na błonach śluzowych zdaje się być rozwiązaniem. Dotychczas, w razach potrzeby wykonywania rękoczynów na błonach śluzowych, zmuszeni byliśmy uciekać się do ogólnego znieczulania lub też narażać chorych na nieuchronne przy rękoczynach tych uczucie bólu. Dodać tu jeszcze należy, iż usypianie chorego przy operacjach w jamie ustnej natrafia na znaczne trudności, a przy rękoczynach w krtani, wymagających współdziałania ze strony chorego mogło być tylko w wyjątkowych razach stosowaniem. Że pewna, i to znaczna, ilość chorych, z obawy bólu, usuwa się zupełnie od rękoczynu i woli znosić najdokuczliwsze nieraz cierpienie, każdemu z nas jest chyba wiadomem, i dla tego wzbogacenie naszego arsenału lekarskiego środkiem miejscowo błony śluzowej znieczulającym jest nabytkiem nieocenionym dla nauki i cierpiącej ludzkości.

Specjalnie przy rękoczynach w krtani nie idzie już tak o ból, który przy nich bywa bardzo nieznacznym, lecz w ogóle o możliwość wykonania samego rękoczynu. U wielu bowiem chorych już wprowadzenie zwierciadełka krtaniowego wywołuje ksztuszenie się, a tembardziej wprowadzanie narzędzi do samej krtani. Podczas skurczu zaś odruchowego mięśni gardzieli i krtani wykonanie rękoczynu pod kierunkiem oka, t. j. nie na ślepo, jest niemożliwym. Z tego też powodu przy operacjach w krtani u osób wrażliwych potrzebne jest długie, niekiedy kilkotygodniowe przyzwyczajanie chorych do wprowadzenia narzędzi do krtani, tak iż dopiero, gdy uzyskaną będzie pewna nieczułość na nie—brak odruchów kurczowych—rękoczyn może być wykonanym. U wielu chorych jednak

wprawianie to trwa bardzo długo, a pomimo tego nie prowadzi do celu. Dla tego też zdawien dawna laryngologowie starali się wynaleźć sposób miejscowego znieczulania krtani, a metoda TÜRCK'A ulepszonej przez SCHRÖTTER'A była wynikiem tych starań. Metoda ta polega na wielokrotnym zapenzlowaniu krtani czystym chloroformem, a w godzinę potem roztworem morfiny. Penzlowania chloroformem przygotowują błonę śluzową przez wywołanie przyływu krwi do wchłonięcia zastosowanej następnie morfiny. Metoda ta, jakkolwiek prowadzi zawsze do celu, daleką jest jednak od odpowiedzenia zasadzie „*tuto cito et jucunde*”, występują bowiem często objawy zatrucia morfiną, tak iż chory przez dzień prawie cały musi być pod opieką lekarza, dalej czas od zapenzlowania do chwili wykonania ręko-czynu wynosi około dwunastu godzin, a wreszcie penzlowanie chloroformem jest bardzo przykrem i bolesnem dla chorego.

Jakkolwiek kokaina znana już była dawniej, sekundaryuszowi jednak wiedeńskiego szpitala powszechnego, KOLLER'OWI ¹⁾ należy się zasługa stwierdzenia jego wpływu znieczulającego na oko, o czem autor ten doniósł, dla zapewnienia sobie pierwszeństwa, na zebraniu niemieckich okulistów w Heidelbergu, w dniach 15 i 16 Września r. b. Współcześnie z nim, na wezwanie FREUD'A, KÖNIGSTEIN ²⁾ doszedł do podobnych wyników, które stwierdzili potem SCHENKL ³⁾ i inni okuliści, przekonawszy się, iż po wkraplaniu roztworu kokainy do oka, możliwemi są rękoczyny na tym narzędzie bez wywołania uczucia bólu i odruchów.

Świetne wyniki okulistów skłoniły do rozpoczęcia prób w klinice prof. SCHRÖTTER'A, z których sprawozdanie złożył asystent kliniki dr. JELLINEK na posiedzeniu towarzystwa lekarzy w Wiedniu ⁴⁾. Próby te przekonały, iż po zapenzlowaniu miejsc odpowiednich, t. j. gardzieli, podniebienia i krtani, dały się wykonać bez dalszych przygotowań rękoczyny w krtani, a badanie rhinoskopijne u osób z wrażliwą gardzielią przez zastosowanie kokainy dawało się uskutecznić bez przeszkody.

Zachęcony powodzeniem JELLINEK'A HANC ⁵⁾ zastosował w przypadku polipa krtaniowego znieczulenie kokainą, przyczem usunięcie polipa udało się bez przeszkody.

ZAUFAL ⁶⁾ wykonał próby w praktyce usznej; po wkraplaniu roztwo-

¹⁾ Sitzungsbericht der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien von 17 October 1884 (*Wiener med. Blätter* 1884—43).

²⁾ Ueber das Cocainum muriaticum in seiner Anwendung in der Okulistik (*Wiener med. Presse* 1884. Nr. 42 i 43).

³⁾ Das Cocain, ein Mittel zur localen Anaesthesirung des Auges (*Prag. med. Woch.* 1884. Nr. 45).

⁴⁾ *Wiener med. Blätter* 1884. Nr. 44. Sitzungsbericht der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien (p. sprawozdanie w Medycynie z r. b. Nr. 45).

⁵⁾ Exstirpation eines Kehlkopfpolyphen unter Anwendung von Cocain. *Wiener med. Blätter* 1884—45.

⁶⁾ Verwendung des Cocains in der Ohrenheilkunde (*Prager med. Woch.* 1884. 47).

ru kokainy do przewodu usznego, znalazł w jednym przypadku znieczulenie całkowite, a w 2 połowy błony bębenkowej, a w tyłuż przypadkach otrzymał wyniki ujemne, które tłumaczy tem, iż przewód uszny wysłany jest warstwą skóry i to jeszcze pokrytej zwykle tłuszczem, co wchłanianie leku znacznie utrudnia. W jamie bębenkowej ZAUFAL otrzymywał znieczulenie, tak iż mógł wyjąć ziarninę za pomocą pętli zupełnie bez bólu, w dwóch jednak przypadkach znieczulenie to osiągnąć się nie dało. Stwierdził również znieczulenie błony śluzowej nosa, tak iż przyżeganie galwanokaustyczne mogło być dokonane bez bólu.

WEBER-LIEL ⁷⁾ w krótkiej wzmiance wspomina, iż już od 3 miesięcy używa kokainy do znieczulania przy rękoczynach w uchu i środek ten w celu powyższym polecić może.

BETTELHEIM ⁸⁾ wreszcie użył czopków z kokainy u chorego, u którego z powodu przypuszczalnego przerostu gruczołu krokowego były ciągle napierania na stolce i oddawanie moczu, przy czem napierania te pod wpływem leku czasowo ustępowały.

Po krótkiej tej wzmiance o literaturze, która z powodu nowości przedmiotu zdaje mi się usprawiedliwioną, przejdźmy do naszego przypadku.

Michał Rowiński, wieku lat 44 liczący, rymarz z Piaseczna, już od 5 lat cierpi na chrypkę, która pogarszając się ciągle, doszła w ostatnich czasach do zupełnego bezgłosu. Od czasu do czasu odczuwa chory duszność, a bardzo często łaskocze go coś w gardle przy oddychaniu, tak iż zmuszony jest kasłać. Chory przed kilku tygodniami udał się o poradę do kol. DOBRSKIEGO, który, rozpoznawszy polipa krtaniowego, był łaskaw przysłać go do mnie. Chory jednak z powodu interesów familijnych wyjechał do domu i dopiero w 25 Listopada zgłosił się do mnie. Chory szczupły i słabo odżywiony. Przy badaniu jamy gardzielowej widzimy, iż takowa dotknięta jest przewlekłym ziarnistym zapaleniem (*pharyngitis granulosa*), języczek mocno zgrubiały i bardzo długi przeszkadza trochę przy badaniu laryngoskopowem, wymykając się z pod zwierciadélka i zasłaniając tym sposobem od czasu do czasu pole widzenia. W krtani widzimy w szparze głosowej polip długości około 1 ctm., postaci kłójkąta, którego podstawa wolna i zaokrąglona, szerokości około pół ctm., zwróconą jest ku tyłowi, wierzchołek zaś powoli zwężający się zmierza ku przodowi i na prawo do punktu przyczepienia polipa. Przyczep ten wązki znajduje się tuż pod struną głosową prawą, prawie przy końcu jej przednim. Polip w przedniej części koloru bladego-różowego, jednostajny, ku tyłowi przyjmuje wygląd nierówny gronkowaty, przy czem widać liczne gronka szaro-przezroczystego koloru, wielkości główki większej szpilki. Przy wdychaniu polip wciągany jest do krtani, tak iż schodzi pod struny głosowe, odkrywając takowe w zupełności; przy wydychaniu przemyka się pomiędzy brzegami strun głosowych i wystę-

⁷⁾ Monatschr. f. Ohrenheilkunde etc. 1884. Nr. 10.

⁸⁾ Ein Beitrag zur Wirkung des Cocainum muriaticum. Wiener med. Presse 1884. 45.

puje na ich powierzchnię, zakrywając je na przestrzeni $\frac{2}{3}$ części przednich. Podczas usiłowania wydawania głosu, struny głosowe zbliżając się do siebie chwytają pomiędzy siebie polipa i przygniatają go z boków, zwężając go znacznie, tak iż szpara pomiędzy strunami wynosi około 2 milimetrów. Tem się tłumaczy zupełny bezgłos chorego, ponieważ zbliżenie się strun głosowych, z powodu więźnięcia pomiędzy nimi polipa, jest niemożliwym.

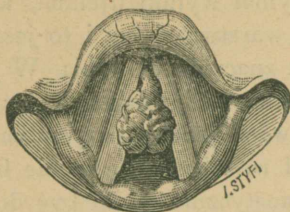


Fig. 10.

Struna głosowa lewa ma brzeg równy, jest nieco zaczerwienioną, struna prawa w miejscu odpowiadającem wyrostkowi głosowemu przedstawia zgrubienie w postaci małego występu, przed którym jest małe zagłębienie, przyjmujące do wklęsłości swej zaokrąglony brzeg prawy końca tylnego polipa.

Rysunek załączony przedstawia widok polipa podczas wydychania.

Ponieważ przy wprowadzaniu narzędzi do krtani występowały skurcze odruchowe, przeto zamiast powolnego przyzwyczajania chorego do manipulacyi w krtani, postanowiłem skorzystać ze świeżego odkrycia znieczulającego działania kokainy, a zarazem sprawdzić działanie tego nowego środka. Otrzymaną z trudem kokainę przygotowałem najprzód w roztworze 10% podług przepisu JELLINER'A w 8 cz. wody i 2 częściach wysokości i przede wszystkim wypróbowałem ją na sobie. W tym celu koniec języka i wargę dolną posmarowałem roztworem tym, przy czem znalazłem, iż kokaina ma smak gorzkawy i sprawia uczucie cierpienia języka i wargi. Znieczulenie było nieznaczne, tak iż ukłócia szpilką odczuwałem po stronie posmarowanej nieco tylko słabiej, niż po stronie wolnej. Wzmocniłem tedy roztwór kokainy do 16% i z roztworem tym otrzymałem wyniki dosyć zadawalające. Strona posmarowana języka, prócz uczucia cierpienia, była na słabe ukłócia zupełnie nieczuła, głębsze ukłócia odczuwały się, lecz daleko słabiej niż po stronie wolnej. Smak był po stronie posmarowanej zniesiony. Takież znieczulenie znalazłem na wardze. Uznałem tedy roztwór 16% za wystarczający i przy pomocy jego wykonałem w dniu 28 zeszłego miesiąca operacyą w sposób następujący. Przede wszystkim zapenzlowałem podniebienie miękkie, języczek na obu powierzchniach, następnie tylną ścianę gardzieli, nagłośnię i przylegającą doń część języka (*valleculae*), dalej wewnątrz krtani. We dwie minuty później wprowadziłem pod kierunkiem zwierciadła krtaniowego pętlę krytą STÖRKA i nie wywołując odruchów w krtani mogłem, przy zupełnie spokojnem zachowaniu się chorego nowotwór pochwycić u jego przyczepu u przedniego końca struny głosowej prawej i po zaciągnięciu pętli wydałem nowotwór w całości bez bólu. Chory natychmiast po wyjęciu polipa ku wielkiej radości swojej i obecnego brata swego przemówił głosem donośnym, jakkolwiek nieco ochrypłym, co się tłumaczy wspomnianem powyżej zgrubieniem na strunie głosowej prawej.

W dniu 2 b. m. chorego oglądał wraz ze mną powtórnie kol. DOBRSKI i stwierdził doszczętne usunięcie polipa u samego przyczepu jego.

Przypadek ten jako stwierdzający znieczulające działanie kokainy na błonę śluzową gardzieli i krtani, każe się spodziewać szerokiego zastosowania środka tego w chirurgii błon śluzowych, a przez ułatwienie rękoczynów w jamach odda przedewszystkiem niewątpliwe usługi laryngologii i pokrewnym z nią działom nauki lekarskiej.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

249. **Hysteria u mężczyzn.** Wykład miany w Tow. Berlińskiem v. MEN-
DLA (*Deut. med. Woch.* 16—1884). Chociaż wyraz hysteria pochodzi od ὁστέρᾱ—macica, i chociaż przez 2000 lat łączono tę chorobę w związku z macicą, jednak dziś wiadomo, że każdy organ chory może dać początek rozwinięciu się tego cierpienia przy odpowiedniem usposobieniu, że kobiety bez macicy również mogą być histeryczkami, że w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ przypadków hysterii brak jest wszelkich zmian w macicy, że w końcu hysteria może być u mężczyzny, wynika zatem jasno niewłaściwość użycia wyrazu hysteria (tembardziej u nas „macinnica”). Toż samo się odnosi i do jajnika któremu przypisywali przez pewien czas rolę też samą w stosunkach do hysterii co dawniej macicy (NÉGRIER, SCHÜTZENBERGER). Francuzom należy się pierwsza zasługa za badania ich pierwsze nad hysteria u mężczyzn. Według LEROIS już BRIQUET w 1859 r. traktował ten przedmiot. Hysteria u mężczyzn, tak jak i u kobiet może się zjawiać w formach najłagodniejszych lub najcięższych napadach hystero-padaczki. Ze swojej praktyki autor przytacza 2 przypadki hysterii u mężczyzn, jeden u 10-letniego chłopca, jako hysteria *gravis s. major*, drugi u dorosłego mężczyzny. Co się tyczy pierwszej historii choroby, to chłopiec ten usposobiony dziedzicznie nerwowo, w pierwszych latach cierpiał często na zaburzenia żołądko-kiszkowe, był żywy, uczył się chętnie. Sen zwykle niespokojny, przy małym zaburzeniu wysoka gorączka. W 1879 przebył silny nieżyt kiszek w 1880 r. zapadł na neurozę, zdradzającą się silnym bólem w zakresie n. trójdzielnego, później w innych częściach ciała, bez ścisłego umiejscowienia. W czasie napadów silnych bólów występowało uczucie zimna, drżenie i lekkie przykurczenia w dolnych kończynach. To trwało około 6 tygodni, poczem chory poszedł do szkoły, jednak pozostał pewien niepokój w mięśniach górnych i dolnych kończyn, który objawił się także i w sferze psychicznej w formie niewytrwałości, w końcu pacjent zaczął podczas dnia mimowolnie oddawać mocz, który to objaw pozostał nadal. Zresztą przez następne $1\frac{3}{4}$ roku był zdrow, dopiero w Listopadzie 1882 r. dostał bólów głowy, wymiot, ambliopii prawego oka, przytem wychudł. W lecie 1883 r. te objawy znikły, był tylko drażliwy. W Sierpniu 1883 r. dostał następującego napadu: w czasie siedzenia tupał nogami, uskarżał się na poruszanie przedmiotów, potem dostał tępcą przodowego (*emprosthotos*). Napady powtarzały się codziennie w ciągu 12 dni. Pocieranie prawej strony klatki piersiowej między brodawką i pachą zmniejszało siłę napadów, lub ich przerywało. Potem charakter napadów się zmienił, zamiast kurczów tonicznych było kurczowe trzęsienie, kurczowy płacz lub śmiech, przywidzenia. Ludzie wydawali mu się zwierzętami, które go przejmowały zgrozą. Taki napad ze zniesioną samowiedzą trwał około 4 godzin. 21 Sierpnia pojawił się niedowład (*paresis*) ramienia prawego, d. 25 znieczulenie prawej dłoni a niedowład ramienia znikł. Po południu napad $1\frac{1}{2}$ godzinny z przykurzeniami, trzęsie-

niami, wesołemi i smutnemi przywidzeniami, nadezłość prawej nogi, która przechodzi w nadezłość całego ciała, tak że każde dotknięcie wywołuje kloniczne kurecze. D. 26 nic nie pamięta o zaszłym napadzie, a w czasie napadu tańczy. D. 30 *amaurosis sinistra*. D. 31 *amaurosis* znika. Przez następne 14 dni powracają napady zmieniając do pewnego stopnia objawy, napady te trwały 1—2 godzin i powtarzały się 2—3 razy dziennie. W odstępach między napadami chory był psychicznie zdrow. Uskarżał się tylko na bóle w biodrach, w palcach lewej nogi, w worku mosznowym. Te napady nie mogły być przerywane ani silną faradyzacją twarzy, ani przez zimne zawijania, ani przez natryski, ani przez ucisk jądra. Wewnętrzne organy były zdrowe. We wrześniu chory był oddany do zakładu gdzie tylko miał jeden napad i odąd już po upływie 7 miesięcy chory ma tylko zmienność usposobienia, pewną drażliwość, zresztą był zupełnie zdrow. Te napady tak są podobne do napadów u kobiet, że trudno ich nie odróżnić od płasawicy. Od padaczki odróżniają się zmiennością objawów tak w sferze ruchu jak i uczucia, zupełną nieskutecznością bromku potassu, i że ze zmianą miejsca pobytu, napady również zupełnie znikły. Chociaż chory przytem tracił podczas napadu przytomność umysłu, jednak spostrzegano pewne przypadki hysterii z utratą przytomności, jak również bywają przypadki padaczki z nieznaczną utratą przytomności. Na wyróżnienie zasługuje podwójne życie duchowe u tego chłopca: w czasie napadów obłąd i przywidzenia, w przestankach wolnych od napadów zupełnie prawidłowy stan psychiczny. Takie przypadki zdarzają się czasem u obłąkanych, w przypadkach t. zw. lunatyzmu, które w większości należą do hysterii. Główne objawy znowu, jakie bywają u hysteryczek, jak: 1) ból przy ucisku w okolicy biodrowej (jajnika), 2) ból w dołku sercowym, 3) kurcz przelyku, zwany globus, 4) *clavus*, były właśnie u mężczyzny w opisanym przez autora drugim przypadku. Ból w okolicy biodrowej, szczególnie prawej ma ważne znaczenie rozpoznawcze dla hysterii i nie pochodzi on od jajnika, u kobiet nawet nie ma, a najprawdopodobniej jest mięśniowej natury, zależny od m. skośnego brzucha (BRIQUET) i odpowiada bólowi w krzyżu, w mięśniach piersiowych u osób hysterycznych. Autor nie mógł stwierdzić poglądu, że jądro pod względem hysterii u mężczyzny odpowiada jajnikowi, że jego ucisk może wywołać lub przerwać napad hysteryczny, niekiedy była bolesność jądra, ale i ta nie miała wpływu na napady, co u chłopca powyższego można było stwierdzić. Co się tyczy objawu t. zw. *globus*, to takowy bywa i przy organicznych cierpieniach (epilepsja, drgawki przy guzach w moście Varola) (GOWERS) Rzadziej jak u kobiet zdarza się *anästhesia* i *hemianästhesia* przy *hyst. virilis*, również i *anästhesia n. optici* (*amaurosis*) zdarza się rzadko, częściej bywa nadezłość. Połowiczny hysteryczny bezwład bywa i u mężczyzny (POTAIN) i nie trzeba się ludzi ść środkami leczniczymi, jeżeli po nich przechodzi, arthralgia bywa bardzo rzadko, przykurczenia również, a kaszel hysteryczny, który częściej bywa u dziewczyn niż u kobiet, u mężczyzny należy do rzadkości, kaszel ten już opisał SYDENHAM. Co się tyczy etiologii, to dziedziczność gra tu główną rolę, szczególnie z matki hysteryczki. KLEIN w 30 przypadkach *hyst. virilis* znalazł w 23 usposobienie dziedziczne. Onanizm ma pewien wpływ osłabiający. Najczęściej hysteria bywa u 14—16 letnich chłopców, według REYNOLDA między 20—40 rokiem, ale bywa i między 5—14 rokiem. Bezkrwiste i osłabione osobniki częściej podlegają (u majtków częściej), szczególnie po natężonej pracy umysłowej (egzamina). Pod względem rozpoznawczym należy baczyć na zmienność cierpienia układu nerwowego, co w zastosowaniu nie daje nam obrazu organicznego cierpienia, na wykazanie bolesnego punktu i *globus*, i na bar-

dzo zmienny obraz objawów. Czasami zdarzają się kombinacje padaczki i hysterii. Co się tyczy czasu trwania i zejścia hysterii u mężczyzn, to co do pierwszego nic stanowczego nie można powiedzieć, co do drugiego, rzadko osiągamy trwałe wyleczenie, a zwykle następują powroty. Dla tego i z rokowaniem trzeba być ostrożnym, a szczególnie to się odnosi do chłopców. U nich niekiedy naraz występuje napad padaczki, chociaż przez pewien czas już nie było żadnych objawów hysterii; w innych przypadkach występuje u nich w 3 dziesiątku lat psychoza, która bywa czasami nieuleczona. Wogóle hysteria, jest to choroba daleko cięższa u mężczyzn niż u kobiet. Co się tyczy leczenia, to nie mamy żadnego pewnego środka. *Kali bromatum*, które tak zwykle dziś przepisujemy przy każdym cierpieniu układu nerwowego w hysterii nie odpowiada nadziejom. Wiadome są skutki w hysterii nieraz z pigułek z *mica panis*, lub innych obojętnych środków. Również dobrych skutków z zalecanego leczenia miejscowego jąder autor nie mógł stwierdzić (ucisk jądra, chłodne okłady i t. d.). Najważniejszym leczeniem u młodych osobników będzie usunięcie ich z domu, umieszczenie w zakładzie, na pensyi, co również jest dobrym i dla dorosłych, wskutek wzorowej karności w zakładzie, zajęcia fizycznego, chociaż pomoc zwykle bywa tylko czasową.

J. R-i.

250. Przyczynek do chirurgii serca. Tamponowanie serca (*Herztamponade*). Dr. ROSE w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 1884. Bd. XX. Hft 5, opisuje 20 przypadków ran serca, z których tylko 4, badał przy dochodzeniu pośmiertnem sądowo-lekarskiem, 16 zaś, leczył osobiście. Rany serca, nie są bynajmniej, według spostrzeżeń autora, bezwarunkowo śmiertelne jak to dotychczas mniemano. Z 4 przyp. badanych przy sekcyi jeden był tylko śmiertelnym, trzech inni chorzy umarli skutkiem innych obrażeń, a jeden z nich dopiero w 14 dni, przy jednoczesnych ranach płuc. W tych 3 ostatnich, rany serca były, w chwili śmierci, prawie zagojone. Pod względem rozpoznawczym R. dzieli je na trzy grupy: do pierwszej należą rany tego organu, z jednoczesnem obrażeniem lewego płuca, są one najłatwiejsze do rozpoznania bo występują wybitne, przy nich objawy: zapalenia płuc i osierdzia (*pneumo-pericarditis*). Drugą grupę stanowią rany serca, bez uszkodzenia płuc, ale z obfitym zewnętrznym krwotokiem. Za najłżejsze uważa rany trzeciej grupy, obrażenia serca, bez rany, albo z raną szybko gojącą się, najpospolitsze przy ułłóciu tego organu, albo narzędziem jakimś, albo złamanem żebrzem i t. p. Przy tych ranach, należy ciągle badać czynność serca, największe tu grozi niebezpieczeństwo choremu, skutkiem możliwości wypełnienia worka sercowego krwią, a przez to z a t o m o w a n i e j e g o c z y n n o ś c i co ROSE nazywa: tamponowanie serca. Przy takim przypadku, występuje gwałtowna sinica (*cyanosis*), osłabienie serca następnie śmierć z zaduszenia. Podobnemu przypadkowi zatamowania, należy zapobiegać, przez położenie chorego na krzyż, okłady lodowe na okolicę serca, bardzo ścisłą dyetę i t. p. Jeżeli zaś do owego tamponowania przyjdzie, należy zastosować upust krwi, albo nakłócie worka sercowego (*paracentesis*). Paracentezy jednak R. nie stosował, albowiem, uważa ją za operacyę, równie a nawet bardziej niebezpieczną niż przecięcie tchawicy (*tracheotomia*); w chwili bowiem, opróżnienia worka sercowego, rana serca się otworzyć może i krew z niej odpływać zacznie na zewnątrz, podczas operacyi. Za to R. przytacza, ze świetnym skutkiem uleczaną przez się u pewnego młodego lekarza, ranę serca—z tamponowaniem (*mit Herztamponade*). Został on pchnięty puginalem w okolicę serca. Przy zachowaniu zupełnej przytomności, wystąpiła gwałtowna duszność, twarz zsiniała, tętno stało się niewyczuwalne. W górnej okolicy serca, przedstawiła się rana kłóta, szerokości palca, nie krwawiąca. Wtedy R. zastoso-

wał obfity krwi upust, i wówczas tętno odrazu się podniosło, zaduszenie zaczęło ustępować. Dwa funty jednak potrzeba było upuścić krwi, aż póki tętno odzyskało prawidłową falę. W 5 tygodni chory wyzdrowiał, a wy-nacznienie zostało zupełnie wessane. R. również zaleca przebiecia worka sercowego, i wypuszczenie płynów z innych przyczyn się tam dostać mogących.

Z. D.

PRZEGŁĄD BIBLIOGRAFICZNY.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 47 i 48).

Choroby serca i wielkich pni naczyniowych. Skreślił wedle dzisiejszego stanu nauki dr. Oskar WIDMANN prymaryusz szpitala Powszechnego we Lwowie. Warszawa rok 1884.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Zaznaczywszy dodatne strony dzieła, niemożemy przemilczeć o ujemnych. W ogóle, są one nieliczne i rzeczy mniej ważnych dotyczące. Polegają one raczej na pewnych opuszczeniach (które bardzo łatwo byłoby uzupełnić autorowi) aniżeli na jakichś niezgodnościach z faktami. Oto zdaniem naszym ważniejsze: od czasu gdy BIRCH-HIRSCHFELD pierwszy uznał za właściwe wyróżnić z pośród innych postaci zapaleń mięśnia sercowego tak nazwaną przez siebie *myocarditis interstitialis diphtheritica*, a STEFFEN zwrócił uwagę na ostre rozszerzenie serca, LEYDEN zaś na zapalenie mięśnia sercowego po błonicy, zaczęto baczniejszą zwracać uwagę na to groźne powikłanie tej ostatniej choroby. Wprawdzie zapalenie mięśnia sercowego z następstwem zwyrodnieniem tłuszczowem nie przy jednej tylko błonicy występuje i w przebiegu każdej zakaźnej choroby wydalczącej się może, wszelako przy błonicy zdarza się ono może najczęściej tak, iż niezależnie od niebezpieczeństwa jakie choroba główna (dyfteryja) przedstawia, przybywa jeszcze nowy moment zabójczy jakim jest możebność nagłej śmierci skutkiem wyczerpania czynności serca. Przypadki raptownie nastą-pionej śmierci już po upływie pewnego czasu po przebyciu dyfterytu, nawet przy wcale niezłym stanie ogólnym konwalescenta, skłoniły klinicystów do troskliwych poszukiwań przyczyny tego. W tym względzie na uwagę zasługuje gruntowna praca UNRUH'a dyrektora szpitala dziecięcego w Dreźnie który rorządzając obfitym materiałem podał cechy kliniczne tego powikłania dość charakterystycznie występującego ¹⁾. Nie sądzę, aby kwestyja w mowie będąca pod względem praktycznym nie miała znaczenia, bo jeżeli nasze postępowanie lecznicze nie może w sposób stanowczy zapobiedz pojawieniu się fatalnego zejścia na tej drodze przyjsć do skutku mogące-go, to pod względem rokowania ważną jest rzeczą dla lekarza wiedzieć, iż w przypadkach w których ostre powiększenie serca przy dyfterycie ma miejsce, rokowanie to dwakroć powinno być ostrożniejsze. Otóż, fakt groźnego powikłania dyfteryi ostro występującem zapaleniem mięśnia sercowego z następstwem przeistoczeniem tłuszczowem tak dobrze jakby był w dziele autora pominięty. Wprawdzie na str. 197 autor opisując rozlaną postać zapalenia mięśnia sercowego mówi „Forma ta towarzyszy chorobom zakaźnym” a na str. 202 wyliczając szereg tychże chorób kończy, iż „wszystkie ostre choroby zakaźne, jako bezpośrednie przyczyny zapalenia mięśnia sercowego przytaczają” wszelako sądzimy, że jestto tylko ogólnik. Inne choć nie wszystkie choroby zakaźne autor wymienia, a dyfteryja nawet wzmiankowana nie została. Zdaniem naszym powinien był autor w spo-

¹⁾ Patrz: Medycyna z r. 1883 str. 646. Obszerne sprawozdanie KOSMOWSKIEGO z pracy UNRUH'a zamieszczonej w *Jahrb. f. Kinderheilk.* r. 1883, T. XX. Zeszyt I.

sób wyróżniający położyć na powyższe powikłanie nacisk, które kto wie czy nie jest częstsze przy dyfteryi niż przy innych chorobach zakaźnych zwłaszcza, że taki gruntowny badacz jak BIRCH-HIRSCHFELD z punktu widzenia anatomo-patologicznego swoistą postać zapalenia mięśnia serca przy dyfteryi wyróżnił.

Nie jest dla nas jasnem, dla czego autor w dziele tak obszernych rozmiarów, naukę o tętnie oraz metodę badania tętna wykreślną (sphygmografią) całkiem pominął, zwłaszcza, że w swej poprzedniej książce daleko mniejszych rozmiarów, naukę o tętnie uwzględnił. Wszakże zbadanie tętna oraz wyróżnienie jego typowych charakterów opiera się na ścisłych hydrodynamicznych podstawach, a pod względem klinicznym częstokroć badania serca jest uzupełnieniem i rozpoznaniu naszemu daje jeden punkt oparcia więcej; dla czegoż więc, mamy sprowadzać do zera jeden ze znaków semiotycznych który dla pewnych cierpień nader jest charakterystycznym? Co się tycze wykreślnego badania tętna, to metoda ta zyskała w całej nauce zupełne uznanie i jest bodaj czy nie najlepiej ze wszystkich metod wykreślnych opracowaną. Nie ulega wątpliwości, że wielu badaczy jak LANDOIS, NEUMANN, PAWIŃSKI, KUSSMAUL, RIEGEL, SOMMERBRODT i w. i. za wiele sobie obiecywali pod względem praktycznym z tej metody; wiemy też z kądinąd, iż autor zbyt mało do niej przywiązuje znaczenie; nie mniej jednak wykreślne badanie tętna w niejednym przypadku ważnym staje się środkiem rozpoznawczym, że tylko wspomniemy o rozpoznawaniu wytwarzających się i badaniu niedostępnych tętniaków, lub zwyrodnieniu ścian naczyńowych. Chociaż korzyści praktyczne z tej metody dotąd nie odpowiadają oczekiwaniu, niemożna jednak przesądzać czy w przyszłości korzyści te nie będą większe. W każdym razie byłoby pożądanem aby autor był przynajmniej usprawiedliwił pominięcie rzeczonyj metody w swem dziele, poddawszy ją krytycznemu rozbirowi.

Do rzędu daleko ważniejszych opuszczeń zaliczyć należy pominięcie całego szeregu stanów mających swoje źródło w zmianach chorobnych tętnic wieńcowych serca, tembardziej, że stany te należą do najgroźniejszych tak ze względu na ból bez granic jaki choremu sprawiają jak również i na śmiertelne zejścia. Najnowsze badania wykazały ¹⁾, że tak zwana dusznica bolesna (*stenocardia vel angina pectoris*) i do niej podobna t. z. epilepsyja sercowa (DA COSTA) oraz długotrwałe omdlenia często kończące się śmiercią jak również inne stany chorobne, których źródła dotąd wyjaśnić niebyło można, polegają na zmianach patologicznych tętnic odżywiających serce i że badanie pośmiertne w razach takich wykazuje, albo tętnic tych zatkanie, albo ich zwężenie, albo też wrzescie sprawę miażdżycową. Trudno przypuścić aby odnośne badania mogły ująć uwagi autora tak obeznanego z literaturą przedmiotu, pominięcie przeto działu zboczeń o których mowa, uważać musimy za wynik prostego przeoczenia.

Kończąc nasze uwagi winniśmy jeszcze zaznaczyć, że kwestyją ostrego rozszerzenia się serca zbywa autor zaledwie kilku wyrazami, niekresląc obrazu klinicznego tego stanu tak różnego od rozszerzenia, które jako następstwo zwyrodnienia tłuszczowego przychodzi do skutku. Wszystko co autor o ostrym serca rozszerzeniu mówi zawiera się w tej uwadze „że ono może dość ostro się rozwinąć” (str. 241) gdy tymczasem HEITLER w niedawno ogłoszonej pracy (*Wien. Med. Wchft.* NN. 22—23 r. 82) wykazał, że ono jest zjawiskiem które pod względem klinicznym bardzo ważnego jest znaczenia, że ono powstać może w ciągu godzin kilku lub nawet godziny,

¹⁾ Patrz pracę Pawińskiego: Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca i t. d. (Gaz. Lek. NN. 35 do 38 r. 1883).

że może być zjawiskiem efemerycznem i kilkakrotnie się powtarzającym, że jest jedną z najczęstszych przyczyn powstawania niedomykalności względnej, że może dać powód do błędów rozpoznawczych itd. że zatem z tego względu zasługuje na szczególowsze rozpatrzenie. W związku z nieuwzględnieniem przez autora powyższej kwestyi stoi jego teoria powstawania niedomykalności względnej, która to teoria zdaniami naszym nie wytrzymuje krytyki. Autor zdaje się, nie jest skłonny do przypuszczenia aby przez samo rozszerzenie jam sercowych mogła powstać t. z. niedomykalność względna (str. 240), natomiast ma ona powstawać „przez zwątlenie przyrzędu mięśniowego zastawek (str. 240)”. W innem zaś miejscu o tymże samym przedmiocie mówi: „względna niedomykalność powstaje wtedy, jeżeli albo mięśnie brodawkowe, albo nitki ścięgniaste, przez to, że są chorobowo zmienione, stały się krótszemi i grubsze i niedozwalają prądowi krwi zawrzeć należycie zastawek, albo jeżeli zwątłone mięśnie okrężne około ujścia żylnego, powodują rozszerzenie pierścienia chrząstkowego, czyli ujścia przedsionkowo-komórkowego (str. 304)”. Nieulega wątpliwości, że zmiany zaszły w mięśniach brodawkowych serca lub nitek ścięgniastych, mogą w mniejszym lub większym stopniu wpłynąć na uposledzenie mechanizmu zawierania się zastawek skutkiem czego powstanie niedomykalność, wszelako niedomykalność ta, nie będzie niedomykalnością względną. Obecnie przynajmniej, pod niedomykalnością względną albo jak chce słusznie WALDENBURG, czynnościową, rozumiemy taką niedomykalność, której przyczyna spoczywa zewnątrz zastawek; gdy przeciwnie, wszelkie zmiany chorobne części składowych samych zastawek dotyczące, niedomykalności w zwykłym znaczeniu (organicznej) stają się przyczyną. Zaliczając przeto zmiany chorobne mięśni brodawkowych do przyczyn wywołujących niedomykalność względną, jakto autor wraz z Lewińskim czyni, zacieramy różnicę pomiędzy obydwojma rodzajami niedomykalności, które pod wieloma względami są znaczne. Gdy nadto punktem wyjścia zmian w mięśniach brodawkowych bywa zapalenie wsierdza, którego następstwa stanowią typową przyczynę niedomykalności organicznej, nie istnieje zatem i ze względu na patogenezę dostateczna podstawa aby jedną i tę samą sprawę chorobną, raz za przyczynę jednej, drugi raz drugiej niedomykalności przyjmować. Zmiany tedy zaszły bądź to w mięśniach brodawkowych serca bądź w nitkach ścięgniastych zastawek, z liczby przyczyn niedomykalność względną powodujących wykluczyć musimy. Zatem, jako przyczyna powstawania tej ostatniej (niedomykalności) wedle autora pozostanie: rozszerzenie pierścienia chrząstkowego (właściwie nie jestto pierścień chrząstkowy lecz ścięgniasty—*annulus fibrosus atrioventricularis*—*przyp. Spraw.*) spowodowane zwątlaniem mięśni okrężnych około ujścia żylnego. Wszelako w jakim stosunku jest owo zwątlenie do rozszerzenia, czyli jaki jest przyczynowy związek pomiędzy zwątlaniem mięśni a rozszerzeniem pierścienia przedsionkowo-komórkowego, tego zrozumieć nie można, gdyż autor tego nie wyjaśnia. Gdyby taki związek przyczynowy rzeczywiście istniał, to podczas agonii a przynajmniej na czas krótki przed śmiercią, zwłaszcza po chorobach wycieńczających t. j. w chwili w której zwątlenie mięśnia sercowego staje się największem, choć słabe szmery w sercu słyszeć by się dały. Jednakże tak nie jest. Z drugiej znów strony, owo rozszerzenie się pierścienia przedsionkowo-komórkowego, który ze względu na swą ścięgniastą budowę bardzo jest niepodatny, należy raczej do przypuszczeń, gdyż jeżeli w niektórych chorobach jak np. rozedmie płuc rozszerzenie pierścienia przedsionkowo-komórkowego ma miejsce w wysokim nawet stopniu (str. 332), to chorobom tym towarzyszy znaczne podkopanie odżywiania długi czas trwające, które tak dobrze zwątlenia mięśni jak i samego pier-

ścienia ścięgnistego stać się może powodem. Jednakże w przypadkach niedomykalności względnej powstałej w ciągu niedługiego czasu, przypuszczenie rozszerzenia pierścienia ścięgnistego bez niemożności wykazania siły w każdym razie bardzo znacznej, któraby to rozciągnięcie spowodować mogła, nie da się uzasadnić. Musimy zatem jako najczęstszą jeżeli nie wyłączną przyczynę niedomykalności względnej przyjąć rozszerzenie komor serca zwłaszcza w przypadkach szybkiego jej wytworzenia się, zaczem przemawiają zarówno spostrzeżenia kliniczne (HEITLER) jak i bezpośrednie na zwierzętach doświadczenia (COUTY); występuje ona bowiem przy rozszerzeniu serca w przebiegu wielu chorób gorączkowych w których mięsień sercowy skutkiem zmian w odżywianiu utraciłszy prawidłowy stopień oporności, pod naciskiem krwi ulega rozłęciu; pojawia się także przy przeroście serca odśrodkowym, słowem, przy rozszerzeniu serca, gdyż wtedy wymiary zastawek względnie do zwiększonych komór stają się za małe, a więc domknąć się w zupełności nie mogą. Szmerzy słyszalne przy wierzchołku serca w przebiegu chorób gorączkowych są właśnie następstwem niedomykalności powstałej na skutek ostrego serca rozszerzenia a nie zwątlenia mięśnia sercowego lub ogólnej niedokrwistości, jak chcą mieć niektórzy. Musimy tu zauważyć, iż nazywanie podobnych szmerów przygorączkowych szmerami „przypadkowymi” jest nielogicznym z powodu, że pod względem hydrodynamicznym mechanizm powstawania wszelkich szmerów jest jednaki; właściwiej więc za przykładem HEITLER’a byłoby je nazywać „czasowymi” dla odróżnienia od szmerów stałych wadami organicznymi wywołanych.

Nakoniec niech nam będzie wolno wypowiedzieć uwagę, że w dziele tak obszernem powinnyby się znaleźć tablica synoptyczna zestawiająca cechy rozpoznawcze wszelkich wad serca, co szczególnie dla poczynających studyja byłoby rzeczą pożądaną.

Z powyższego przeglądu przekonywamy się, że jeżeli w dziele WIDMANN’a istnieją jakoweś niedostatki, to polegają one raczej na pewnych opuszczeniach, które jak wspomnieliśmy na wstępie, łatwo dałyby się uzupełnić; w porównaniu zaś z wielkimi zaletami całości pracy, są one mało znaczącymi. Smiało więc powiedzieć możemy, że piśmiennictwu naszemu przybyło wyborne dzieło, zapewniające autorowi poważne na polu chorób serca stanowisko. Wydawcom należy się uznanie za staranne ze wszech miar wydanie.

H. Dobrzycki.

ODCINEK.

O lasecznikach cholerycznych.

Przez d-ra R. Kocha.

Istnieje kilka rodzajów bakteryi, które mają postać tak charakterystyczną, iż już wyglądu samego mogą być wyróżnione od innych im podobnych, jak np. laseczniki spiralne gorączki powrotnej (*spirochaete recurrentis*). Zwykle jednak własności morfologiczne bakteryi nie wystarczają dla dokładnego ich odróżnienia, a wówczas okazuje się konieczność uwzględnienia innych własności. I tak np. laseczniki gruźlicze rozpoznawają się po zachowaniu się ich względem niektórych barwników. Najłatwiej jednak rozpoznać można bakteryę wtedy, gdy udaje się zbadać zachowanie się ich w czystych hodowlach. Wówczas dopiero dają się określić najważniejsze własności biologiczne laseczników, jak rozmnażanie się i zachowanie na rozmaitych pożywkach, przy rozmaitej ciepłocie, tworzenie się postaci trwa-

łych, własności chorobotwórcze i t. d. Im większe postępy się czyni w badaniu laseczników, tem nieodzowniejsem okazuje się wszechstronne zbadanie własności pewnego rodzaju prątków, zanim możliwem jest wyrzeczenie zdania o podobieństwie lub różności danego rodzaju w stosunku do innych laseczników posiadających niektóre wspólne z nim cechy. I tak, znane są niektóre rodzaje laseczników, nie różniących się wcale morfologicznie, lecz zachowujących się zupełnie odrębnie w hodowli.

Toż samo daje się powiedzieć o lasecznikach cholerycznych. Mogą one co do niektórych własności być tak podobne do innych laseczników, iż odróżnienie ich w danym razie okazałoby się niemożliwem. I tak np. hodowle ich na kartoflach są nadzwyczaj podobne pod względem wyglądu makroskopijnego do hodowli lasecznika nosaciznowego, a z wielu innymi rodzajami łączy je własność powolnego rozpuszczania żelatyny odżywczej, do innych podobne są pod względem morfologicznym i t. d. Było by jednak niewłaściwem, gdyby je uważać miano za tożsame z lasecznikami nosaciznowymi z powodu wyglądu hodowli na kartoflach, lub z innymi z powodu jednakowego rozpuszczania żelatyny, z innymi wreszcie z powodu jednakożo zagiętej postaci. I laseczniki choleryczne cechują się, tak jak inne, całą summą własności i tylko przy uwzględnieniu wszystkich znanych nam właściwości mogą być rozpoznawane. Musimy tu jeszcze zauważyć, iż dotychczas nie wszystkie jeszcze własności laseczników cholerycznych są nam znane. Nawet w razie znalezienia w przyszłości laseczników przedstawiających cechy, uważane dotychczas za charakterystyczne dla laseczników cholerycznych, nie będziemy jeszcze mieli prawa uważania ich za tożsame, lecz trzeba będzie troskliwie poszukiwać, czy nie ma między nimi jakich różnic, dotychczas nie zauważonych.

Na wymaganie to, co się tyczy wykazania laseczników cholerycznych, kładłem nacisk, ile razy ku temu nadarzała się sposobność. Była o tem w szczególności mowa na konferencyi w kwestyi cholery, jaka odbyła się w urzędzie zdrowia. Spodziewałem się przeto, że wywody moje o laseczniku cholerycznym lub przeciwnym, nie będą inaczej zrozumiane, jak tylko, że idzie tu o laseczniki posiadające pewną ilość określonych bliżej własności, znalezione przezemnie w kioskach cholerycznych. Pomimo to jednak przez niejednego nie zostałem zrozumianym, i dla tego muszę jeszcze raz oświadczyć, iż tylko takie laseczniki mogłyby być wziętymi pod uwagę pod względem tożsamości ich z cholerycznymi, któreby przedstawiały też same własności we wszystkich wskazanych przezemnie punktach.

Względ ten jest bardzo ważnym, ponieważ dowód związku przyczynowego między lasecznikiem a cholerą polega na tem, iż laseczniki znalezione w kioskach cholerycznych tworzą rodzaj odrębny i tylko sprawie cholerycznej właściwy. Gdyby gdziekolwiek niezależnie od cholery znalezionym został rodzaj lasecznika, którego by obecnymi środkami nie podobna było odróżnić od lasecznika cholerycznego, w takim razie dowód ten straciłby na pewności, a w razie, gdyby laseczniki tego rodzaju znajdowanymi były w stolcach chorych lub w przewodzie pokarmowym u człowieka, wykazanie laseczników cholerycznych nie miałoby wartości rozpoznawczej w razach wątpliwych.

Jak ważnem zaś jest spożytkowanie naszych wiadomości o laseczniku cholerycznym, nie potrzebuję wykazywać, ponieważ rzecz ta dokładnie rozzebraną została na konferencyi. Idzie tu o najważniejsze środki ochrony przed cholerą i należałoby się spodziewać, iż ci, którzy chcą się zająć badaniem lasecznika cholerycznego i związanemi z niem kwestyami, znajdą wielką odpowiedzialność, jaką biorą na siebie i nie zajmą się tem nie tak łatwem zadaniem

bez należytego przygotowania. Niestety przypuszczenie to nie ziściło się. Nie mała ilość zajęła się sprawą tą z wielkim zapałem, lecz z powodu braku odpowiedniego przygotowania doszła do wyników, które nie przyczyniły się do postępu tej sprawy.

Nawet tacy badacze, którzy nie mieli jeszcze potrzeby wprawy w mikroskopowem odróżnianiu bakteryi, uważali za stosowne rozpocząć badania nad lasecznikami cholerycznymi. I tak nadesłano mi pewną liczbę preparatów mikroskopowych i substancyi, w których wysyłający jakoby znajdowali laseczники przecinkowe, lecz ani w jednym z nich nie udało mi się tego stwierdzić, a nieraz pozostawało zagadką, co mogło być uważane za lasecznik przecinkowy. Tylko o jednym z korespondentów, d-rze KLAMANN'IE w Luckenwalde chcę tu wspomnieć, ponieważ tenże robił wzmiankę o poszukiwaniach swych na zjeździe przyrodników w Magdeburgu, takowej zaś dotychczas nie sprostował. Powiedzianiem tam jest, iż KLAMANN znalazł w Sierpniu r. b. w wypróżnieniach cholerycznych zagięte laseczники i twory podobne do spirylli, odpowiadające zupełnie okazywanym przez FINKLER'A. Dr. KLAMANN był łaskaw przesłać mi kilka swych preparatów częścią z wypróżnień, częścią zaś z hodowli, lecz ani ja, ani też inni mikroskopisci, nie byli w stanie wykryć w nich cośkolwiek, co by wyglądało jak laseczники zagięte lub prątki kręte.

Nie jest zamiarem mym przedstawić tu krytykę wszystkiego tego, co w ostatnich czasach pisano o lasecznikach cholerycznych, chcę tylko poczynić kilka uwag nad dwiema pracami, którym przypisywano większe znaczenie, by na przykładach tych wykazać najważniejsze błędy, jakie pod tym względem były robione.

Jedną z prac tych jest T. R. LEWIS'A i ogłoszona w piśmie *Lancet* (20 Września 1884 p. 513). LEWIS wykazał, iż w ślinie znajdują się zagięte laseczники, zbliżone bardzo co do wielkości do laseczników cholerycznych. Spostrzeżenie to nie jest nowem. Już od lat wielu wiadomem było, iż laseczники takie znajdują się w ślinie, a szczególnie w śluzie zębów. Dla tego też na punkt ten zwróciłem troskliwą uwagę i wielokrotnie badałem ślinę zawierającą podobne laseczники za pomocą żelatyny odżywczej, i doszedłem do przekonania, iż takowe zupełnie inaczej się zachowują i nie mogą być wzięte za laseczники przecinkowe. Na konferencyi też wyraźnie wzmiankowałem o tem, iż ślina i śluz zębów były badane przeze mnie z wynikiem ujemnym. Tem bardziej LEWIS nie powinien się być ograniczyć na badaniu mikroskopowem laseczników śliny, jak to uczynił. Zresztą każdemu wprawmemu mikroskopiscie rzuca się w oczy, iż laseczники zagięte śliny są nieco większe, cieńsze, a na końcach swych mniej przytępione niż laseczники choleryczne. Gdy zabarwienie nie jest bardzo mocne, końce laseczników ślinowych są mniej zabarwione, niż środek. Już morfologiczne przeto cechy wystarczające są do odróżnienia obu rodzajów, nawet gdy, jak wykazał LEWIS, pojedyncze osobniki mało się różnią co do wielkości. Wymierzeniem przeto kilku osobników obu rodzajów praca ta nie powinna była się ograniczyć, jakkolwiek nie można jej odmówić staranności i pracowitości. Czasy w których ograniczano się jedynie mierzeniem bakteryi i na tej zasadzie wydawano sąd o nich, już dawno minęły. Gdyby LEWIS zadał sobie niewielki trud i badał ślinę zawierającą laseczники za pomocą żelatyny odżywczej, przekonałby się, że jego laseczники przecinkowe wcale nie rozmnażają się w obojętnej lub słabo zasadowej pożywce (*Fleischwasser-Pepton-Gelatine*), podczas gdy laseczники przecinkowe cholery rozwijają się w niej bez wyjątku. Oba przeto rodzaje prątków odróżniają się od siebie wyraźnie wła-

snościami biologicznymi i nie łatwiejszego jak odróżnić laseczники uważane przez LEWIS'A za tożsame z lasecznikami cholerycznymi od tych ostatnich.

Druga tu należąca praca jest FINKLER'A i PRIOR'A. Tych obu badaczy przedewszystkiem spotyka zarzut, iż przystąpili do trudnego i odpowiedzialnego zadania swego bez należytego przygotowania. Dla uzasadnienia sądu tego potrzebuję przytoczyć co następuje. O metodzie odosabniania laseczników w celu otrzymania czystej hodowli na stałej pożywce pisano w ostatnich latach bardzo wiele, podczas zeszłorocznej wystawy higienicznej metoda ta była przedstawiana setkom lekarzy w pawilonie urzędu zdrowia, a w sprawozdaniu z konferencji sposób, w jaki laseczники przecinkowe winny być odosobnione i hodowane w czystych hodowlach, ściśle opisany został. Każdy przeto, co się sprawą tą interesował, miał sposobność zapoznania się z metodami badania. Szczególniej zaś w ostatnich latach przy rozbieraniu kwestyi etiologii gruźlicy tak często mowa była o używaniu pożywek stałych dla hodowli laseczników, oraz o wielkich korzyściach, jakie metoda ta daje przy poszukiwaniach nad lasecznikami chorobotwórczymi, iż nawet kto nie zajmował się specjalnie bakteriologią, nie może się tłomaczyć nieznośnością tej metody. FINKLER i PRIOR wzmiankują wyraźnie, iż już niejednokrotnie zajmowali się poszukiwaniami nad prątkami, i wyliczają dla wylegitymowania się poprzednie swe prace, powiadają również, iż posiadają „pewne doświadczenie co do hodowli”, i twierdzą iż użyli do badań swych „metody, do jakiej już przyzwyczaili się przy poszukiwaniach tego rodzaju”. Na czem jednak polegała metoda FINKLER'A i PRIOR'A. niech własne słowa ich objaśnią. „Bierzemy z wypróżeń małe cząsteczki i szczepimy je po części na wilgotnem płótnie, po części na kawałkach kartofla”. W sprawozdaniu ze zjazdu przyrodników czytamy dosłownie: „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”.

Zwykła metoda hodowli na pożywce stałej polega, jak wiadomo, na tem, iż usiłuje się pojedyncze zarodniki umieścić jaknajdalej od siebie, by oddzielnie mogły się rozwinąć. W tym celu masę zawierającą prątki wprowadza się do rozpuszczonej żelatyny odżywczej, rozdziela ją się o ile możliwości, a następnie dozwala się żelatynie rozlanej na płycie szklanej prędko skrzepnąć. W ten sposób daje się osiągnąć, iż pojedyncze laseczники rozmieszczone w żelatynie usadawiają się oddzielnie, i każdy zarodek może rozmnażać się w swoim miejscu, nie doznając przeszkody od innych, a w końcu przyjąć postać czystej hodowli, widocznej dla gołego oka. Cała więc metoda zasadza się na tem, iż usiłuje się z pojedynczych osobników otrzymać całe kolonje. Na kartoflach odosobnienie wielu zmieszanych ze sobą rodzajów laseczników udaje się daleko trudniej niż na żelatynie. Najczęściej odosobnienie chorobotwórczych prątków od obojętnych wcale się na kartoflach nie udaje, dla tego, iż znajdujące się wszędzie prątki gnilne tak bujnie rosną na kartoflach, iż zagłuszają wszystkie inne. Używa się przeto kartofli do hodowli laseczników chorobotwórczych tylko wtedy, gdy takowe znajdują się już w stanie czystej hodowli, a idzie tylko o zbadanie, czy rozwój ich udaje się także na pożywkach roślinnych.

Postępowanie FINKLER'A i PRIOR'A przy hodowli laseczników polega na zupełnie innej zasadzie. Hodowla rozpoczyna się od szczepienia małych cząstek wypróżeń na płótnie lub kartoflach. Jakkolwiek małemi są te cząstki, zawierają one wszakże zawsze tysiące laseczników, mogących należeć do

najrozmaitszych gatunków, które też, o ile w stanie są wyrastać na kartoflach, będą się rozmnażać pomieszane ze sobą. Odosobnienie oddzielnych zarodków wogóle miejsca mieć tu nie będzie, nie leży ono też w planie wynalazców tej metody, ponieważ liczą oni na to, iż przy dalszych drogą tą robionych szczepieniach, jeden ze szczepionych ustrojów zagłuszy inne i w końcu zwycięży w walce o byt, tworząc czystą hodowlę. Przy tem jeszcze koniecznem jest przypuszczenie, iż pozostający rodzaj lasecznika jest właśnie tym, którym się FINKLER i PRIOR szczególnie interesują.

Widać z tego, iż metoda FINKLER'a i PRIOR'a nie ma nic wspólnego ze zwykłą metodą hodowania, lecz zdąża do celu zupełnie przeciwnego. Dowodzi to jednak zarazem, iż wynalazcy metody tej, jakkolwiek posiadają jakoby pewne doświadczenie co do hodowli, nie znają zwykłej metody żelatynowej, ani też zajmowali się nigdy hodowlą na kartoflach, gdyż w przeciwnym razie nie wiedzieliby, iż tą drogą niepodobna w ogóle otrzymać czystej hodowli. Gdyż w mieszaninie laseczników, zawartych w wypróżnieniach, znajduje się zawsze kilka gatunków, które rosną dosyć obficie na kartoflach i rozwijają się obok siebie, nie przeszkadzając sobie wzajemnie. Dalej niepodobna przy metodzie tej odróżnić dostawających się później zanieczyszczeń, tak iż po pewnej liczbie szczepień, zawsze jeszcze znajduje się mieszanina laseczników o której nawet nie podobna twierdzić, iż wszystko, co się w niej znajduje, zależnem jest od pierwotnego szczepienia. (d. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Na posiedzeniu Towarzystwa lek. odbytem d. 2 b. m. kol. POLAK odczytał sprawozdanie z prac kol. MACZEWSKIEGO, a kol. DUNIN z prac kol. RUPPERTA. Obadwaj sprawozdawcy polecają wymienionych kolegów na członków Towarzystwa. Następnie kol. ORZOWSKI odczytał zapowiedzianą rzecz: *de sectione hypogastrica*.

— Komitet sanitarny Towarzystwa lek. rozpoczął swoje czynności i odbył już cztery posiedzenia, na których rozmaite kwestye higieniczne żywotne, nie cierpiące zwłoki dyskutowane były. Rozprawy są w ogóle bardzo ożywione, a protokoły rozpraw starannie przez sekretarza prowadzone. Na rok bieżący prezesem pozostał nadal kol. NATANSON, a sekretarzem kol. JUL. KRAMSZYK.

— Dnia 30 Listopada r. b. o godz. 1-ej po południu odbyło się pod przewodnictwem prof. WŁ. BRODOWSKIEGO posiedzenie Wydziału lekarskiego Warszaw. Towarzystwa Dobroczynności, na które liczniej niż kiedykolwiek się zebrano. Przedmiotem dyskusyi miał być projekt wypracowany przez kol. DOBRZAŃSKIEGO uorganizowania bezpłatnej pomocy lekarskiej dla biednych, a przedstawiony Towarzystwu Dobroczynności. Gdy jednak prezes Towarzystwa Ks. Tad. Lubomirski, który jest w posiadaniu owego projektu i który posiedzenie niedzielne zwołał nie tylko sam nie przybył, ale nawet obiektu mającego być wątkiem do dyskusyi nie nadesłał, oraz absencyi swojej niczem nie usprawiedliwił, zebranie najważniejszej swej czynności nie spełniło, a na ogólne żądanie postąpienie to prezesa wciągnięte zostało do protokołu. Ograniczono się do dopełnienia wyborów, przyczem prezesem został nadal prof. BRODOWSKI, wice-prezesem kol. DOBRZAŃSKI, a sekretarzem kol. LUBELSKI. Lekarze ochron pozostali bez zmiany ci sami co w roku ubiegłym.

— Przepis ministerjalny nakazuje, iżby każdy zakład przemysłowy zajmujący stu lub więcej robotników miał stałego, rocznie płatnego lekarza; tymczasem przepis ten w licznych przypadkach pozostaje martwą literą. Władze administracyjne, na których spada obowiązek dopilnowania ścisłego wykonywania tego przepisu wiedzieć powinny jak wadliwie owa pomoc lekarska w wielu fabrykach się odbywa. W Rosyi rzecz ta przed-

stawia się w daleko opłakańszym stanie. Ze sprawozdania p. Janschula nowo-mianowanego Inspektora fabrycznego dowiadujemy się, iż z 174 fabryk będących pod jego nadzorem tylko w dziesięciu pomoc daje chorym stale płatny lekarz. Bardzo ciekawi jesteśmy pierwszego sprawozdania naszego Inspektora fabrycznego. Wiadomo iż na Królestwo wyznaczono jednego takiego Inspektora.

Rapport wspomnianego p. Janschula'a podaje ciekawe wiadomości pod względem pracy dzieci w niektórych zakładach przemysłowych. Dzieci począwszy od czwartego roku życia po całych nocach ciężko pracują (od godz. 9-ej wieczorem do 9-oj rano, a czasem do 1-ej popoł.). Procent tak pracujących dzieci jest rozmaity, ale dochodzi do 38% ogólnej liczby robotników. Na jakich pracowników, na jakich członków społeczeństwa dzieci takie wyrastają, łatwo możemy sobie wyobrazić. Wielki czas ukrócić te krzyżące nadużycia.

— Warszawska Rada Dobr. publ. cierpi jak wiadomo oddawna na brak funduszy, gdyż dochody jakimi rozporządza nie mogą wystarczyć na bardzo liczne wydatki, które opędzić musi, a wydatki te z każdym rokiem, w miarę zwiększającej się liczby mieszkańców w naszym mieście, w miarę podnoszenia się skali wymagań, wobec ciągle powiększającej się stagnacji i bezrobocia, stają się liczniejsze. Chcąc dochody swoje pomnożyć R. D. p. projektuje podniesienie zapłaty za leczenie w szpitalach z 25 na 30 kop. dziennie. Ze względu na to, iż dopłata ta ciężać będzie na ludziach biednych ciężko na chleb pracujących, projekt ten wywołał niezadowolenie niektórych organów prasy które jednak nie wchodzą w krytyczne położenie i nie podają środków opędzenia licznych wydatków, o których tylko co wspominaliśmy. Środek ten zapewne nie należy do pierwszych, o którychbyśmy pomyśleli, ale potępiać go nie możemy, lecz winniśmy raczej zwrócić uwagę władz policyjnych na to, iż w ściąganiu należności za kuracoye szpitalną z ludzi zupełnie biednych powinny one być pobłażliwsiemi. Nie należy zabierać ostatniej ciepłej spódnicy biednej stróżce lnb służącej dla pokrycia kosztów kuracyjnych, ani skazywać na odsiedzenie aresztu tych, którzy nawet takiego obiektu w posiadaniu nie mają.

Zagraniczne. Cholera w Paryżu słabnie, ale z północnej Hiszpanii donoszą o jej pojawieniu się.

— Dr. ARTHUR HILL HASSAL w liście do *Lanceta* reklamuje pierwszeństwo odkrycia laseczników cholerycznych. Podaje on iż w sprawozdaniu z epidemii cholery w r. 1854 twierdził iż w wodzie z Tamizy znajdują się wibryony, które odszukał w ryżowych stolcach cholerycznych.

— W Paryżu zajmują się obecnie kwestyą dopuszczenia kobiet-lekarek do asystentury w szpitalach (*internes*). W towarzystwie chirurgicznem 87 przeciwko a 8 za tą innowacją głosowało.

— Sprawa nowo-mianowanego professora Uniwersytetu Berlińskiego SCHWENINGERA w dalszym ciągu w ten sposób się rozgrywa iż miał on d. 30 Listopada odczyt wstępny, na który przez ciekawość zebrało się koło 200 studentów. S. wygłosił program swojego wykładu i puścił w bieg arkusz papieru z ołówkiem prosząc obecnych iżby wpisali na nim swoje nazwisko ci z nich, którzy pragną odczytów jego słuchać, ale papier powrócił na katedrę bez żadnego podpisu. Ani jeden słuchacz się niezapisał. S. był, jak wiadomo, docentem Uniwersytetu w Monachium, ale go tam zmusili do podania się do dymissyi, otóż dla dowiedzenia się o przyczynie tego faktu, dziekan fakultetu lek. Berl. LEYDEN udał się do Monachium.