

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery. Podał J. Szwajcer. O odporności (immunitas). Podał M. Sadowski. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 14-go i 21-go Marca 1892 roku. — **Streszczenia i wyciągi.** 60. Scopolaminum hydrochloricum. 61. Znaczenie szwów przy leczeniu ran ciętych krtani. 62. Leczenie trypra za pomocą ichtyolu. 63. Wstrzykiwanie sublimatu pod łącznicę oka w celach leczniczych. — List otwarty do Redakcyi Medycyny. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

ZE SZPITALA ZAPASOWEGO.

Przyczynek do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. d. 28 Marca 1893 r.)

Podał J. Szwajcer.

Dnia 31 Stycznia r. b. przybył z Jabłonn do szpitala Zapasowego, wraz z kilku swoimi towarzyszami, Piotr Czysciakow, cieśla, 24 lata mający. Przybyły wraz z wielu swoimi rodakami pracuje przy fortach pod Jabłonną, gdzie od kilku miesięcy stale panuje tyfus wysypkowy i skąd wielu już chorych do szpitala naszego odesłano. Chory nasz, mieszkający we wspólnym dla wszystkich robotników baraku, zasłabł jednocześnie z kilku innymi, i od tych właśnie dowiadujemy się, że C. chory jest już blisko 2 tygodnie, że przedtem był zdrow i że mocno nadużywał *in Baccho*. Sam chory bardzo mało daje objaśnień i bardzo leniwo i niechętnie odpowiada na pytanie, jest nie zupełnie przytomny, odurzony, apatyczny; skarży się na ból głowy i ogólne osłabienie. Przy bliższem badaniu znaleziono:

Chory jest dobrze zbudowany, odżywiony miernie, gorączkuje; ciepłota 39,0°, tętno 104. Na tułowi i kończynach obfita wysypka petociowa. Na twarzy i kończynach lekka sinica. Oczy zamglone, łącznice nastrzyknięte. Głos przytłumiony, język obłożony, suchy. Śledziona powiększona, wyczuwa się dobrze, górna jej granica na 8-em żebrze. Brzuch ciastowaty, niebolesny. Mięśnie łydkowe bolesne. W płucach i sercu nic nieprawidłowego.

W nocy chory był bardzo niespokojny, zrywał się z łóżka, co zmusiło do nałożenia mu kaftana.

Dnia 1. II. Ciepłota 39,5°, tętno 104, oddechów 36. Spokojny, apatyczny. Jedno wypróżnienie. W moczu nieznaczna ilość białka.

Wieczorem ciepłota 39,0°, tętno 100, miękkie, oddechów 36. Niespokojny, rzuca się.

Dnia 2. II. Ciepłota $37,6^{\circ}$, tętno 84, oddechów 24. Wysypka mniejsza, bledsza. Brzuch wzdęty. Stolica nie było. Wieczorem ciepłota $37,8^{\circ}$, tętno 96, nie chce przyjmować lekarstwa, ani napojów, przy podawaniu ich gniewa się, rzuca, wymyśla i ucieka z sali. Nałożono kaftan.

Dnia 3. II. Ciepłota $37,2^{\circ}$, tętno 96, oddechów 28. Nie odpowiada na pytania, języka nie wysuwa. Mocz oddaje bezwiednie. Drganie mięśni twarzowych. Zaparcie stolca. Wieczorem ciepłota $36,9^{\circ}$, tętno 92, oddechów 24. Zatrzymanie moczu; pęcherz wypełnony. Lekarstwa, ani napojów nie przyjmuje, mocno zaciskając zęby.

Dnia 4. II. Ciepłota $36,8^{\circ}$, tętno 68, miękkie. Nieprzytomny. *Sopor, trismus*, nie połyka, lekarstwo przemocą wlane napowrót się wylewa. Zatrzymanie moczu, sinica na twarzy i stopach większa. Stolica nie było. Zalecono lawatywę czyszczącą, kateter, kamionki gorące do nóg, zastrzykiwania podskórne eteru z kamforą, co godzinę, naprzemian z kofeiną.

Wieczorem ciepłota $36,5^{\circ}$, tętno 88, oddechów 24.

Dnia 5. II. Ciepłota $36,4^{\circ}$, *status comatosus*, tętno około 90, nie daje się zliczyć; jest bardzo nieprawidłowe, nierówne: po kilku mocniejszych uderzeniach następuje szereg zaledwie wyczuwalnych, nierównych. Nos, czoło, palce zimne, sine. Oddech powierzchowny, przyspieszony. Pod prawą łopatką lekkie stłumienie i rżenia drobno-pęcherzykowe. Wieczorem ciepłota $36,3^{\circ}$.

Dnia 6. II. Ciepłota $36,6^{\circ}$, tętno jak wczoraj, zliczyć się nie daje. Łącznice mocno nastrzyknięte, źrenice prawie nie oddziałują na światło. Sinica większa. Oddech bardzo przyspieszony, chrapliwy.

O godzinie 3-ej popołudniu chory zmarł.

Przystępując dnia następnego do badania zwłok, od razu uderzeni zostaliśmy niezwykłym w tyfusie wyglądem trupa, przypominającym cholerycznego. W 22 godziny po śmierci, po trzytygodniowym prawie tyfusie wysypkowym, przy ciepłocie powietrza 0° , ani śladu gnicia, stężenie pośmiertne bardzo silne, kończyny górne zgięte, oczy mocno zapadłe z sinemi podkrążeniami. Powieki i usta na wpół otwarte. Wargi i paznogie mocno sine. Zdziwienie nasze wzrastało, gdy po otworzeniu zwłok, wszystkie błony surowicze, a szczególnie otrzewna, okazały się mocno błyszczącymi, niesłychanie śliskimi i lepkiemi, a nici ze śluzu, powstałe przy odchyłaniu ściany brzusznej od sieci, do kilkunastu ctm. dochodziły.

Wobec takiego stanu rzeczy, mając tak wybitny objaw, cechujący cholerę azjatycką (PRZEWOSKI), uważałem za konieczne, dalsze badanie zwłok wstrzymać, zawiadomić o tem p. Inspektora szpitali i uprosić prof. PRZEWOSKIEGO o dokonanie rozpoczętej sekcji.

Z powodu spóźnionej pory zrobiona ona została dopiero nazajutrz o godzinie 11-ej rano, a więc w 44 godziny po śmierci, w obecności prof. CZAUSOWA i kol. WEBERA, przez prof. PRZEWOSKIEGO.

Wyniki badania zwłok były następujące:

Trup wzrostu średniego, prawidłowej budowy. Wyniszczenie dość znaczne. Stężenie pośmiertne (po 44-ch godzinach) jeszcze dosyć silne. Twarz i kończyny sine, szczególnie wargi i paznogie. Oczy mocno zapadłe, śladów gnicia niema.

Skóra sucha, mięśnie suche, mocno czerwone.

Lewe płuco nieprzyrośnięte, zwykłej wielkości, żadnych stwardnień nie przedstawia. Opłuczna gładka, błyszcząca, bardzo lepka. Na powierzchni rozkroju płuco nieco blade, suche. Z przeciętych naczyń wycieka dosyć

dużo czarnej, gęstej i lepkiej krwi. Prawe płuco u góry lekko przyrośnięte. Powierzchnia wolna opłucnej błyszcząca, lepka. Górny płat na powierzchni rozkroju przedstawia te same zmiany, co w lewym płuca. Dolny płat powiększony, stwardniały, na powierzchni rozkroju widać płyn gęstawy, czarny, nieco pienisty. *Pneumonia cachecticorum lobaris acuta dextra*.

Powierzchnia osierdzia śliska, pokryta lepkim płynem. Serce nieco powiększone w wymiarze poprzecznym. *Ostium venosum sin.* przepuszcza 2 palce. Lewa komórka prawidłowych rozmiarów. Mięsień serca czerwony. *Ostium venosum dextr.* przepuszcza 3 palce. Mięsień prawej komórki zwykłej grubości, czerwony. W komórcie nieco ciemnej, gęstej krwi i odbarwionych miękkich skrzepów. Aorta i tętnica płucna nic szczególnego nie przedstawiają. W pierwszej odbarwiony skrzep krwi.

Śledziona dwójnasób powiększona. Otoczka cienka, błyszcząca; powierzchnia rozkroju ciemno-czerwona, miękka, rozrywa się łatwo.

Wątroba zwykłej wielkości, powierzchnia jej gładka, błyszcząca. Powierzchnia rozkroju bladej, mętna. Z przeciętych, większych żył wycieka dość dużo ciemnej, gęstej, lepkiej krwi.

Lewa nerka o połowę większa, powłoka cienka, schodzi łatwo. Powierzchnia jej gładka, ciemno czerwona, usiana licznymi, punkcikowatymi wykwadami krwi. Istota korowa zgrubiała, ciemno-czerwona, zmętniała. Piramidy u podstawy czerwone. *Nephritis diffusa acuta*. W nerce prawej zmiany też same.

Pęcherz moczowy wypełniony moczem.

Powierzchnia otrzewnej gładka, śliska, wszędzie pokryta lepkim płynem, ciągnącym się w dość długie nici.

Błona śluzowa kiszek cienkich zgrubiała, obrzmiała, ciemno-czerwona; gruczołki odosobnione (*gl. solitariae*) znacznie powiększone i otoczone obwódką pigmentowaną. Miejscami na błonie śluzowej widać punkcikowate wynaczynienia. Zawartość kiszek – gęsty śluz, w niektórych miejscach zabarwiony żółcią.

W kiszkiach grubych: błona śluzowa zgrubiała, czerwona, usiana punkcikowatymi wynaczynieniami. Gruczołki odosobnione powiększone. W dolnym odcinku kiszki grubej błona śluzowa bladej.

Błona śluzowa żołądka zgrubiała, zaczerwieniona i pokryta śluzem.

Mózg i opony jego nic szczególnego nie przedstawiają.

Jak więc widzimy, prócz powiększonej śledziony i napelnionego moczem pęcherza, które to objawy tylko za tyfusem przemawiać mogą, inne, jak: suchość tkanek, zmiany w płucach, wątrobie, a po części w nerkach i kiszkiach, właściwe mogą być i cholerze i tyfusowi wysypkowemu. Natomiast takie objawy, jak: stężenie pośmiertne, sinica, zmiany we krwi, kiszkiach, a przede wszystkim tak wybitna lepkość błon surowicznych stanowiącymi cechującymi cholerę azjatycką. Prócz prof. PRZEWOSKIEGO, który ostatni ten objaw uważa niemal za patognomoniczny dla cholery, inni autorzy, jak: LEBERT, GRIESINGER, NIEMEYER, COHNHEIM, ZIEGLER, EICHHORST, również zawsze o nim wspominają, nie wysuwając go jednak na pierwszy plan obrazu pośmiertnego cholery.

Wobec takiego stanu rzeczy, wobec tak wyraźnych objawów pośmiertnych cholery, przy objawach tyfusowych za życia, nie mogąc stanowiącymi orzec, z czym właściwie mamy do czynienia: z tyfusem wysypkowym, cholerą, czy też z obu cierpieniami razem, zwłoki zmarłego, na wszelki przypadek, za radą prof. PRZEWOSKIEGO, pochowaliśmy z „honorami cholerycznymi“, a ce-

lem stanowczego rozpoznania choroby uciekliśmy się do *superarbitra*: do badania bakteriologicznego, które miało nas na właściwe tory rozpoznawcze zaprowadzić.

Mając już wprzód wszystko do założenia hodowli przygotowane, zaszczepiliśmy, podczas badania zwłok, zawartość kilku miejsc dolnego odcinka *ilei* na bulionie i żelatynie, następnie, z trzechkrotnych szczepień hodowli bulionowej na żelatynie, przygotowano hodowlę na płytce. Ale i te zachody niewiele nam sprawę rozjaśniły. Niebawem bowiem dowiedzieliśmy się, że nic dalej nie wiemy. Wprawdzie po 2-ch dniach, w ciepłocie pokojowej, otrzymaliśmy wyraźne zmętnienie hodowli bulionowej, ale bez charakterystycznej błonki SCHOTELIUS'a na powierzchni bulionu; pod drobnowidzem zaś preparaty przedstawiały mieszaninę różnych pasorzytów, wśród których przeważały laseczniki, ale nie przecinkowate.

Z hodowli żelatynowej otrzymaliśmy niejednostajne zmętnienie wzdłuż nakłucia, na powierzchni zaś żelatyny nalot dość gruby, błyszczący, o brzegach równych, rozszerzający się następnie po całej powierzchni żelatyny, nigdzie jej nie rozpuszczając. Hodowle te były demonstrowane prof. PRZEWOSKIEMU. Pod drobnowidzem hodowla ta składała się przeważnie z krótkich, dosyć grubych, prostych laseczników, wśród których tu i owdzie rozrzucone koki, pojedynczo i kupkami.

Hodowla na płytce w ciepłocie pokojowej po 2-ch dniach dała równomierne, rozlane zmętnienie całej żelatyny, na powierzchni i w głębi, bardzo delikatne, przejrzyste i jednostajne. Następnego dnia gdzieś widoczne były wyraźniejsze, ciemniejsze punkciki, nigdzie zaś śladu rozpuszczenia żelatyny. Hodowla ta zachowuje się w takim samym stanie do dnia dzisiejszego (po 10-iu dniach).

Hodowla bulionowa z drugiego odcinka kiszki, przeszczepiona na żelatynie, dała wprawdzie kolonie, rozpuszczające żelatynę, ale tylko po powierzchni, nie charakterystyczne dla cholery. Pod drobnowidzem hodowla ta składa się przeważnie z koków i nieznacznej ilości laseczników krótkich, prostych, dość grubych.

Tak więc, ani hodowle, ani badanie drobnowidzowe nic charakterystycznego dla cholery nie wykazały. Czy jednak nieobecność laseczników cholerycznych w naszym przypadku, w tym okresie choroby, może napewno wykluczyć cholere? Jak wiadomo, najwięcej znajdujemy ich u chorych cholerycznych w ciągu pierwszych 3-ch dni. Później wykrywają się coraz trudniej, a w okresie odczynowym, około 6-go, 7-go dnia, w wypróżnieniach wykazać już ich nie można, a znajdujemy natomiast niezliczoną ilość mikrobów kałowych. Dotychczas raz tylko wykryto je 11-go dnia choroby ¹⁾. W naszym przypadku badanie wykonano dopiero, według wszelkiego prawdopodobieństwa, w połowie 3-go tygodnia, a więc w tym czasie, kiedy już i śladu przecinkowców niema ²⁾. Wobec więc tego, nieobecność przecinków cholerycznych w naszym przypadku nie może być dla nas miarodajną.

¹⁾ Kronika Lekarska. Nr. 8—1892.

²⁾ W ostatnich dopiero dniach E. Fraenkel (Deutsche medic. Woch. 1893. Nr. 7) znalazł podobno spiryllę choleryczną w zawartości kiszki u chorego po 18-tu dniach cierpienia, a Reineke (Wiener klin. Woch. 1893. Nr. 9) w kale 23 go dnia po wyzdrowieniu.

Dane wywiadowe również nam sprawy nie rozjaśniają. O ile bowiem wiemy, w Jabłonie przypadków cholery nie notowano. Warunki mieszkalne chorego naszego, jak to od żony i towarzyszków jego słyszeliśmy, jakkolwiek nieświeższe, były jednak nienajgorsze. Co się tyczy wody, to napewno wiślanej nie używali, gdyż mają tam dostateczną ilość studzien wierconych. Czy zaś chory w pierwszym okresie swojej choroby miał jakieś objawy cholery (biegunkę, wymioty, kurcze i t. p.), o tem nie dowiedzieć się nie mogłem.

Jak więc widzimy, żaden ze sposobów badania, kliniczny, anatomo-patologiczny, bakteryologiczny ani epidemiologiczny nie daje nam dokładnej odpowiedzi na pytanie: z czem właściwie mieliśmy do czynienia? Możliwe więc są tylko przypuszczenia. Zdawałoby się dość trafnem, iż mieliśmy do czynienia z cholerą w okresie odczynowym, z tyfusem cholerycznym, której pierwszy okres miał miejsce przed przybyciem chorego do szpitala. Przemawiałyby za tem przede wszystkim dane anatomo-patologiczne, a po części i niektóre kliniczne. Ale byłby to przypadek cholery zupełnie niezwykły i, jako taki, przy braku innych danych, mało na zaufanie zasługujący. Zgodziwszy się znowu z prof. PRZEWOSKIM, który z powodu ujemnych wyników bakteryologicznych, w swoim czasie mu przedstawionych, skłania się na stronę tyfusu wysypkowego z ciężkim przebiegiem, musielibyśmy się również zgodzić i na to, że zmiany anatomo-patologiczne w cholerze, a przede wszystkim zmiany błon surowiczych, owa, tak cechować mająca cholerę, lepkość ich, przestaje być charakterystyczną dla tego cierpienia, i że tyfusowi wysypkowemu przybywa nowy, dotychczas nigdzie nie notowany objaw pośmiertny. Na kilkadziesiąt sekcji u tyfusowych, wykonanych w roku zeszłym, ani razu lepkości błon surowiczych nie zauważyłem. Była zaś ona w naszym przypadku tak rzucająca się w oczy, że trudno nieobecność jej we wszystkich innych przypadkach, położyć tylko na karb prostego przeoczenia. Nie mogę też również pominąć milczeniem, iż w trakcie pisania powyższego, zmarł w szpitalu naszym drugi chory tyfusowy z Jabłony, towarzysz i współlokator pierwszego. Przebieg tyfusu był i tu bardzo ciężki, z niezmiernie obfitą wysypką peteciową, zapaleniem płuc i t. p.. Badanie jednak pośmiertne w tym przypadku nie wykazało ani śladu lepkości błon surowiczych, ani też żadnych zmian w kiszkiach. Oba przypadki w przebiegu swoim różniły się tylko tem, że gdy drugi nasz chory dosyć dużo płynów przyjmował, to pierwszy, w ciągu ostatnich 4—5 dni, ani kropli ich nie przełknął. Przytaczam zaś ten szczegół dlatego, że mimowoli nasuwa on myśl, czy czasami brak płynów, bądź wskutek znacznej utraty ich, jak w cholerze; bądź wskutek braku dowozu, jak w naszym tyfusie; czy brak ten, powtarzam, nie stoi w przyczynowym związku z lepkością błon surowiczych w cholerze i, ewentualnie, w tyfusie?

U 3-ch chorych sekowanych przez prof. PRZEWOSKIEGO ³⁾ w Lublinie, typową lepkość błon surowiczych zauważono tylko u 2-ch pierwszych, u których były obfite wypróżnienia i wymioty. U trzeciego zaś, gdzie objawów tych nie było, powierzchnia otrzewnej wyraźnej śliskości nie przedstawiała. W moim przypadku cholery (Gadomska) w szpitalu Zapasowym ⁴⁾, przy bardzo obfitych wypróżnieniach lepkość błon surowiczych była bardzo wy-

³⁾ Przewoski. Sprawozdanie z wycieczki do Lublina i okolic i t. d.. Gazeta Lek. Nr. 40—1892.

⁴⁾ Szwajcer: Pierwszy przypadek cholery azjatyckiej w Warszawie. Medycyna Nr. 41—1892.

bitną. W przypadku kol. ŚWIĄTECKIEGO ⁵⁾ (Łyjak) wprowadzie dość wyraźna lepkość była przy braku biegunki, ale biegunki nie było tylko w dzień przybycia chorego do szpitala, nazajutrz jednak i 4 dni przed tem była ona dość obfita. I na drodze doświadczalnej wywołane objawy cholery u świnek morskich także same dały wyniki. Przy bardzo obfitych wypróżnieniach, wywołanych szczepieniem odpowiednio przygotowanych hodowli laseczników i ich produktów życiowych (DOYEN ⁶⁾, GAMALEÏA ⁷⁾, otrzewna świnek morskich zawsze przedstawiała się nadzwyczaj lepką.

Skąd pochodzi owa lepkość błon surowiczych, dotychczas napewno nie wiemy. Według STRAUSS'a, płyn lepki na błonach surowiczych ma być wytworem zwyrodnienia śluzowego komórek endotelialnych, według innych natomiast, jestto (normalny) płyn surowiczy, który stał się bardzo lepkiem wskutek zagęszczenia, spowodowanego utratą płynów i zgęszczenia krwi.

Że znaczny ubytek płynów może wywołać zgęszczenie krwi i zmiany na błonach surowiczych, bez względu z jakiej powstał przyczyny, przekonywają doświadczenia COHNHEIM'a ⁸⁾, WAGNER'a, MAAS'a i innych, według których, przy bardzo obfitych potach, albo wodnistych prześiekach w przewodzie pokarmowym, jak to ma miejsce w cholery lub po użyciu silnych środków czyszczących (jak to sprawdzili i u nas J. ZAWADZKI i BIERNACKI) otrzymujemy zgęszczenie krwi z odpowiedniami następstwami, nie mniejsze niż w cholery. Jak przy zwodnieniu krwi, mówi COHNHEIM, mamy obrzęki, tak tutaj znowu występuje nieprawidłowa suchość tkanek, a powierzchnia błon surowiczych pokrywa się nieobfitym, lepkiem, gęstawym i ciągnącym się sokiem.

Zobaczmy teraz, czy i sam brak płynów, wskutek niedostarczania ich zzewnątrz, jak to miało miejsce u naszego chorego tyfusowego, może spowodować zgęszczenie krwi i lepkość błon surowiczych? Według COHNHEIM'a, krew staje się przez to gęstą tylko do pewnego stopnia. Nie znajdując nigdzie więcej pewnego punktu oparcia dla naszego przypuszczenia, postanowiłem szukać go na drodze doświadczalnej. W tym celu, wspólnie z kol. WEBEREM, skazaliśmy dwa króliki wyłącznie na suchą dyetę, z zupełnem pozbawieniem wody.

Dnia 11 Marca umieściliśmy 2 króliki, samice, do jednej klatki, dając im tylko za pokarm suchy owies. Królik Nr. 1, wagi 3 funt. 27 łut., ciepłoty ciała prawidłowej — $39,5^{\circ}\text{C}$, w ciągu następnych 3 dni jadł owies, ale znacznie mniej, niż kiedy dostawał wodę lub kapustę, i widocznie bez apetytu; stolce były mniej obfite i suchsze, a ciepłota ciała wahała się wciąż około $39,5^{\circ}$. Następnego dnia zupełnie przestał jeść, wypróżnień bardzo mało. Zachowuje się zupełnie spokojnie, porusza się tylko widocznie żywiej, gdy do sąsiedniego przedziału klatki podają wodę innym królikom. Ciepłota ciała spadła o $0,5^{\circ}$. W ciągu następnych 3 dni owsa nie rusza, stolca niema. Ciągłe siedzi spokojnie, mocno przytulony do swej towarzyszki niedoli, wcale się nie ruszając i mając ciągle oczy zamknięte. Ciepłota ciała co raz mocniej zaczęła spadać, z $39,0^{\circ}$ do $35,2^{\circ}$. Waga ciała = 2 funt. i 22 łut., czyli że w ciągu 8 dni pacjent nasz stracił 1 funt i 5 łut. t. j. prawie $\frac{1}{3}$ pierwotnej swej wagi. Dnia

⁵⁾ Pamiętn. Tow. Lek. 1892. str. 873.

⁶⁾ Arch. de Med. experi. Nr. 2—1892. Cyt. Pruszyński Gaz. Lek. 1892. str. 777.

⁷⁾ Arch. de phys. normale et pathol. T. VII. 1885. Cyt. Pruszyński Gazeta Lekarska 1892.

⁸⁾ Cohnheim: Odczyty z patologii ogólnej. T. 1.

następnego, 9-go postu, ciepłota ciała $33,9^{\circ}$, wieczorem nastąpiły silne drgawki kloniczne wszystkich kończyn, retroklinacja głowy i w ciągu 2 minut śmierć.

Sekcja (z powodów ubocznych) wykonaną została dopiero 3-go dnia i wykazała zmiany następujące:

Skóra i mięśnie suche, blade, na brzuchu zaledwie dostrzegalne ślady gnicia. Płuca blado-różowe, opłucna połyskująca, nieco lepka; powierzchnia rozkroju sucha, skórzasta, blada. W dolnym płacie lewego, od tyłu, nacieczenie rozlane, brudno-czerwone. W sercu nieco ciemnej, gęstej krwi. Śledziona w kształcie spłaszczonej pijawki, skurczona, sucha. Wątroba ciemno-czerwona, gładka, powierzchnia nieco lepka, błyszcząca, na rozkroju sucha. Pęcherzyk żółciowy mocno wypełniony gęstą, ciemną żółcią. Otrzewna kiszki połyskująca, sucha, lepka, przy odejmowaniu palca po dotknięciu napotyka się pewien opór, jakby był przylepiony. Przy przybliżaniu i odchylaniu bocznej ściany brzucha od kiszki cienkich, występują nieliczne, delikatne nici do 2 cm. długie. Kiszki są ściągnięte, puste, nieco przekrwione. Kiszki grube ciemno-szare, lepkie, wypełnione znaczną ilością kału, w kształcie szarej, lepkiej masy, zajmującej całe światło kiszki. Taką zawartość znajdujemy w żołądku, na którego błonie śluzowej spotykamy nieliczne wybroczyny. Nerki ciemno-czerwone, przekrwione, piramidy mocno się odznaczają, otoczka schodzi łatwo. Pęcherz moczowy przepełniony przezroczystym moczem.

Co się tyczy drugiego królika, to losy jego mniej są ciekawe; nie był on tak ściśle badany jak pierwszy, przy tem, dla urozmaicenia doświadczenia, pierwszego dnia postu, zastrzyknięto mu pod skórę całą szprykę hodowli bulionowej, otrzymanej z zawartości kiszki u naszego chorego. Próba ta jednak nie wpłynęła wcale na przebieg całego doświadczenia. I ten bowiem królik przy podobnych objawach, tylko bez drgawek przedśmiertnych, życie zakończył, zaledwie na 2 godziny przed pierwszym, a zmiany anatomiczne różniły się tylko tem, że śledziona zdawała się nieco większą, kiszki mniej lepkie i puste. Pęcherz zaś i tu był mocno wypełniony ⁹⁾.

Jak więc widzimy, w obu doświadczeniach, przypuszczenia nasze, co do zależności zgęszczenia krwi i zmian na błonach surowiczych od braku wody, znalazły pewne potwierdzenie. Jeśli zmiany te w naszych doświadczeniach nie były tak wybitne, jak u cholerycznych i u naszego chorego, to zależeć to może od wielu innych czynników ubocznych i osobniczych, które niewątpliwie wpływają dodatnio lub ujemnie na sprawę zgęszczenia krwi wszędzie, gdzie ono ma miejsce. Nie wchodząc w szczegóły, przedewszystkiem musimy zauważyć, że zarówno w cholerycznej, jak i w tyfusowej, mechaniczna teoria zgęszczenia krwi nie może dla nas być wystarczającą. Chcąc bowiem być w zgodzie

⁹⁾ Doświadczenia nasze mimochodem nasuwają kilka ciekawych pod względem biologicznym uwag. Zastanawia przedewszystkiem, iż przy ogólnej suchości tkanek i braku wody, pęcherz moczowy zarówno u królików jak i u naszego chorego były przepełnione. Pełne były również kiszki, w których kał był względnie jeszcze dość wodnistym. Fakt ten możnaby tłumaczyć albo osłabieniem (porażeniem) masy mięśniowej pęcherza i kiszki, lub też przezornością gospodarki ustroju w szafowaniu wodnistymi swojemi wydzielinami. Dalej na uwagę zasługuje zachowanie się królików, które z każdym dniem było coraz spokojniejsze, mniej ruchliwe, celem widocznie oszczędzania energii i sprawy utleniania. Tuliły się one do siebie co raz ściślej, serdeczniej, jakby szukając nawzajem moralnej podnieci w cierpieniu i otuchy na przyszłość. Lżej bowiem cierpieć razem. Gdy podnieci tej zabrakło przez śmierć jednego, i drugi niebawem życie zakończył, chociaż drugi królik był znacznie zdrowszym od pierwszego.

z teorią pasorzytniczą. musimy przyjąć, iż w powstawaniu obchodzących nas zmian, prócz warunków mechanicznych, pierwszorzędny udział brać muszą i zmiany chemizmu krwi, wywołane toksynami odpowiednich mikrobów chorobotwórczych.

Zresztą, pojedyncze fakty i doświadczenia sprawy rozstrzygnąć nie mogą, i rad byłbym bardzo, gdyby inni doświadczenia nasze sprawdzić zechcieli. Wszelako sądzę, iż uwzględniając wszystkie nasze dane, z dużem prawdopodobieństwem wnioskować można:

1) Że tak charakterystyczna dotychczas dla cholery lepkość błon surowiczych, nie jest specyficzną dla tego cierpienia.

2) Że objaw ten pośmiertny wystąpić może we wszystkich tych cierpieniach, gdzie ma miejsce zgęszczenie krwi, wskutek znacznej utraty lub braku dowozu płynów.

3) Że ewentualnym współczynnikiem zgęszczenia krwi i dalszych jego następstw, mogą być toksyny nie tylko łasiecznika cholerycznego, lecz i innych mikrobów chorobotwórczych.

O odporności (immunitas).

Rozbiór krytyczny istniejących teorii.

Podał D. r. M. Sadowski.

Nauka o drobnoustrojach zrobiła w ostatnim lat dziesiątku znaczne postępy; niezależnie od pojawiających się od czasu do czasu opisów nowych drobnoustrojów, jako swoistej przyczyny danej choroby, pojawiły się cenne prace, dotyczące biologii i morfologii znanych już i dokładniej zbadanych drobnoustrojów. Produkty życia bakterii zwróciły także na się należyłą uwagę wielu badaczy. Starano się zbadać ich chemiczne własności, starano się wydzielić ich głównie działające części składowe i, jak wiemy, chciano zastosować je nawet do terapii. Co prawda, starania w tym ostatnim kierunku, np. co do gruźlicy (KOCH, KLEBS), nie tylko nie zostały uwieńczone pomyślnym rezultatem, lecz nawet do pewnego stopnia zniechęciły innych pracowników, a przynajmniej ostudziły zapał i zmniejszyły wiarę w przyszłość bakteryoterapii. Nie są jednak i te badania bez znaczenia dla medycyny w ogóle. Śmiemy twierdzić, że po niefortunnych zastrzykiwaniach tuberkuliny, że po zabraniu głosu przez VIRCHOWA z powodu licznych sekcji w samym Berlinie, nastąpił oniemal pewien znaczący zwrot i w samej bakteriologii. Zostawione cokolwiek na uboczu badania kliniczne chorego, zaniedbywane w pewnym stopniu badania zwłok zmarłych na choroby zakaźne, wobec ciągłych i gorliwych poszukiwań drobnoustrojów w wydzielinach lub krwi chorego, zaczęły odzyskiwać swoje arcy-ważne stanowisko; jednym słowem, nie tylko znalezione u danego chorego chorobotwórcze drobnoustroje, lecz i sam organizm chorego, nie przestał zwracać na siebie należytej uwagi. Słowem, nastąpiła większa równowaga pomiędzy badaniem klinicznym i bakteriologicznym. Gdyby w samej rzeczy np. tuberkulina KOCH'a okazała się tak zbawienną w gruźlicy

pluc, jak to obiecywał w swoich pierwszych artykułach jej wynalazca, dowodziłoby to, mojem zdaniem, wielkiej prostoty, że tak powiem, tej choroby. Lasecznik gruźlicy dostaje się tą lub inną drogą do ustroju i wywołuje szereg zmian, które po zastrzyknięciu do ustroju produktów życia laseczników, wyrównywiają się w dłuższym lub krótszym czasie. Że nietylko swoiste drobnoustroje wpływają na powstawanie danego cierpienia, że do powstawania jego potrzeba jeszcze całego szeregu warunków usposabiających, o tem przekonywa nas codzienna obserwacja. Rzecz prosta i naturalna zatem, że zwracać należyta uwagę powinniśmy nie tylko na tę swoistą bezpośrednią przyczynę choroby, lecz i na wszelkie inne warunki, przy których ona powstaje, a warunki te mogą się znajdować w samym organizmie, który danej chorobie ulega, lub w jego otoczeniu zewnętrznym, a więc we wpływach i bodźcach otaczających go. W samej rzeczy, obserwacja codzienna, a zwłaszcza podczas panujących epidemii, uczy nas, że nie wszystkie osobniki, znajdujące się pozornie lub rzeczywiście w jednakowych warunkach, ulegają danej chorobie, jakkolwiek narażone są (osobniki) na wpływ przyczyny swoistej danej choroby t. j. na wpływ pewnych drobnoustrojów, oniemal w równym stopniu. Dalej widzimy, że jeżeli już pewne osobniki uległy pewnej chorobie, to jednak nie wszystkie przez nią giną; jedne umierają, inne ulegają wyzdrowieniu, jedne chorują ciężiej, inne mniej ciężko.

Osobniki szczepione ochronnie przeciwko pewnej chorobie, nie ulegają jej wcale, lub jeżeli ulegają, to wychodzą z niej szybko i obronną ręką. Raz przebyta choroba zakaźna daje ustrojowi, w niektórych chorobach, oniemal zupełną rękojmię, że drugi raz tej samej chorobie nie ulegnie. Słowem, na czem polega odporność danego ustroju zwierzęcego, jakim sposobem działają szczepienia ochronne, w jaki sposób następuje wyzdrowienie z pewnej choroby zakaźnej, oto szereg pytań, na które odpowiedzieć trudno w ogóle, a tembardziej na zasadzie li tylko badań nad samymi drobnoustrojami. Tu już zwrócić się trzeba do samego ustroju i starać się ściśle go obserwować w rozmaitych warunkach jego bytu. Że odpowiedzi na te pytania mogłyby mieć nawet praktyczne znaczenie, sądzę, iż nie ulega najmniejszej wątpliwości. Wszak znając ten mechanizm odporności, poznawszy te zmiany w ustroju, jakie zachodzą pod wpływem szczepień ochronnych, oraz po wyzdrowieniu, bo wszak szczepienie ochronne to jakby choroba w miniaturze, poznawszy warunki, w jakich odporność została utraconą, możnaby lepiej istniejącą utrzymać, wzmocnić ją lub stworzyć. Dowodem ważności tej kwestyi jest liczny poczet prac, zjawiających się niemal codziennie w tym kierunku, nietylko w pismach specjalnie bakteryologii lub higienie poświęconych, lecz i w pismach o treści ogólnie lekarskiej. Jakkolwiek w pismach lekarskich polskich nie spotykamy się zbyt często może z pracami oryginalnymi z tej dziedziny, to jednak w dziale referatów pojawiają się częściej już to pojedyncze, już to zbiorowe artykuły, kwestyę odporności traktujące. Jak wiadomo czytelnikom, w pracach tych autorowie powołują się często na istniejącą już teorię odporności, lub też na zasadzie własnych badań i doświadczeń tworzą nowe teorie, w mniej lub więcej zadawalniający sposób objaśniające istotę odporności. Teorii tych powstało już kilka, jedne są więcej znane, drugie mniej, jedne wygłaszane z całą, że tak powiem, pewnością siebie, inne więcej ogólnie.

Celem niniejszego artykułu jest właśnie krótkie zestawienie wszystkich tych teorii razem i krytyczny ich przegląd. Pracując od lat kilku nad kwestyą odporności na drodze doświadczalnej, starałem się obcznać, jak można

najdokładniej, z dostępną w tej kwestyi dla mnie literaturą, krytyczny więc rozbiór istniejących już teoryi odporności ośmielam się opierać jednak głównie na pracach w literaturze odporności mi znanych, gdyż rezultaty mych badań na drodze doświadczalnej, mam zamiar ogłosić innym razem. Drobną korzyść jaka może być osiągniętą z tej pracy przez czytelnika, przedstawia mi się w formie przypomnienia sobie tych teoryi, co staje się rzeczą konieczną i pożyteczną wobec mnogości zjawiających się prac w tym kierunku.

Pod pojęciem odporności rozumiemy właściwość pewnych osobników, lub też pewnego gatunku (*species*) zwierząt, które niepodlegają danej chorobie nawet wtedy, jeżeli im szczepimy takie drobnoustroje, które są swoistemi dla danej choroby i zaszczepione innym osobnikom, lub zwierzętom z innego gatunku, swoistą chorobę wywołują. Tak pojęta odporność stosuje się głównie do całego gatunku zwierząt. Jeżeli np. żaba w prawidłowych warunkach jej bytu jest, jak wiemy, zupełnie odporną względem laseczników i zarodników czarnej krosty, to znaczy, że każda żaba, której zaszczepimy dowolną ilość hodowli karbunkułowych, nie tylko nie zginie od karbunkułu, lecz nawet nie dozna żadnych zaburzeń. Co się zaś tyczy odporności indywidualnej, która spostrzegać się daje podczas panowania niektórych epidemii i której zawdzięczamy to, że nie wszyscy ludzie ulegają panującej epidemicznie chorobie, to na istnienie tego rodzaju odporności, która byłaby zależną od pewnych swoistych przyczyn wewnątrz ustroju naszego się znajdujących, nie wszyscy autorowie się zgadzają. BAUMGARTEN np., przyznając, że istnieje odporność względem pewnych chorobotwórczych drobnoustrojów całego gatunku, nie przypuszcza, aby pojedyncze osobniki należące do jednego i tegoż samego gatunku, jedno posiadały odporność względem pewnych bakteryi chorobotwórczych, inne zaś jej nie posiadały względem tychże samych drobnoustrojów. Przeciwnie, autor ten twierdzi, że jeżeli pewien rodzaj bakteryi jest chorobotwórczym dla danego gatunku zwierząt, to jest on zarazem chorobotwórczym dla każdego osobnika do tego gatunku należącego. Jeżeli zaś nie każdy osobnik działaniu jego podczas całego swego życia ulegnie, to fakt ten jest tylko kwestyą wypadku, skutkiem szczęśliwego zbiegu okoliczności, który pozwolił mu tej choroby oraz działania tych drobnoustrojów uniknąć.

Nie sądzimy jednak, aby można było przyjąć zdanie BAUMGARTEN'a. Wiele bowiem osobników, do jednego i tegoż samego gatunku należących i znajdujących się w jednych i tych samych prawie warunkach, danej chorobie nie ulega, kiedy inne osobniki, w tych samych warunkach, się znajdujące, temuż podpadają cierpieniu. Trzeba zatem, naszem zdaniem, uwzględnić i odporność indywidualną.

Według ZIEGLER'a, odporność może być zupełną t. j. że pewne zwierzę, lub pewien gatunek zwierząt nie ulega zupełnie działaniu pewnego chorobotwórczego ustroju, lub też względną t. j. że dane zwierzę, albo dany gatunek jest odpornym względem pewnego chorobotwórczego drobnoustroju, tylko przy użyciu tego, a nie innego sposobu zakażenia. Według tegoż autora, odporność względną posiadają i te zwierzęta, które nie ulegają działaniu pewnych drobnoustrojów zaszczepionych im w małych ilościach, ulegają zaś i giną po zaszczepieniu ilości większych tych samych drobnoustrojów. Zarówno odporność zupełna jak i względna może być wrodzoną, lub też nabytą już podczas życia zewnątrz-macicznego pewnego osobnika. Odporność wrodzona i odporność nabyta mogą trwać całe życie, lub też mogą z biegiem czasu zniknąć bez śladu. Odporność nabyta może powstać już to drogą na-

turalną, jak to ma miejsce u osobników, które już raz pewnej zakaźnej chorobie uległy i szczęśliwie ją przeżyły, już to drogą sztuczną, mianowicie zapomocą szczepień ochronnych. W tym ostatnim wypadku, t. j. wywołując odporność nabytą zapomocą szczepień ochronnych, naśladujemy do pewnego stopnia naturę, szczepienia bowiem ochronne warunkują lekką formę danej zakaźnej choroby, przez co organizm ma ułatwioną walkę z temi drobnoustrojami, które mogą z czasem napaść na niego, a względem których szczepienia ochronne otrzymał. Jakkolwiek szczepienia ochronne, przynajmniej co do ospy, znane były już w końcu zeszłego stulecia (JENNER 1796 r.), to jednak dopiero od czasu, kiedy PASTEUR pierwszy odkrył sposoby przygotowywania ochronnych szczepionek względem karbunkułu, zjawiają się prace doświadczalne, mające na celu wyjaśnienie na tej drodze przyczyny odporności w ogóle, w szczególności zaś wyjaśnienie odporności nabytej drogą szczepień ochronnych.

Dopiero w ostatnich czasach powstał cały szereg teorii, za pomocą których starano się objaśnić istotę odporności wogóle.

Wszystkie dotychczas w tym kierunku powstałe teorie, można podzielić na dwie główne grupy. Do pierwszej z nich zaliczyć należy te, które główną rolę w sprawie odporności przypisują komórkom zwierzęcego organizmu (komórkowe), do drugiej te, które główną rolę przypisują sokom organizmu (humoralne).

Pierwsze miejsce w grupie teorii objaśniających istotę odporności zapomocą komórek, słusznie zdaniem naszym należy się 1) teorii fagocytów Miecznikowa. Teoria ta nosi jeszcze miano teorii witalistycznej (vitalistische Theorie Sahli).

Według Miecznikowa, odporność organizmu wogóle, oraz wyzdrowienie przy chorobach zakaźnych, zależnemi są od działania fagocytów, które stanowią jakby przyrząd ochronny dla ustroju. Skoro tylko bakterye dostaną się tą lub inną drogą do organizmu, zaczyna się walka o byt pomiędzy fagocytami i drobnoustrojami. Fagocyty niejako napadają na bakterye, starają się je pochwycić, a jeśli im się to uda, bakterye wewnątrz fagocytów ulegają strawieniu i ostatecznemu zniszczeniu.

Jeżeli fagocyty szybko, oniemal odrazu pochwycą i strawią wszystkie napadające na ustrój bakterye — choroba nie zjawia się zupełnie. Innym razem następuje dłużej lub krócej trwająca walka pomiędzy fagocytami i drobnoustrojami, fagocyty potrzebują pewnego czasu, aby pochwycić i zniszczyć wszystkie te drobnoustroje, które się do organizmu dostały; walka ta przejawia się w postaci choroby. Jeżeli fagocyty ostatecznie zwyciężą, organizm powraca do zdrowia, w przeciwnym razie, jeżeli fagocyty z natury swej są zbyt słabe, lub też drobnoustroje posiadają znaczną odporność, wielką siłę żywotną, tak, że nawet pochłonięte przez fagocyty, nie ulegają ich zabójczym wpływom, same stają się ofiarą bakteryi, ulegają rozpadowi, a organizm ginie pod wpływem bakteryi. Tym sposobem przy odporności wrodzonej przypuścić musimy, że ustrój posiada od początku swego istnienia takie zwyciężkie fagocyty. Przy odporności nabytej, czy to drogą naturalną, czy też zapomocą szczepień ochronnych, fagocyty w obydwóch razach zahartowały się, wzmocniły przy pierwszej walce i zwycięzko odpierają napad powtórny tychże samych drobnoustrojów, przeciwko którym organizm zabezpieczonym został.

Fagocytami autor nazywa wszystkie te komórki, które posiadają własność pochłaniania w siebie małych ciałek, przetrawiania ich, oraz niszczenia. U wyż-

szych kręgowców MIECZNIKOW rozróżnia dwa rodzaje fagocytów: mikrofagi (białe ciała krwi, komórki wędrujące w tkance łącznej i t. p.) i makrofagi (duże, o jednym jądrze komórki *pulpae lienis*, komórki olbrzymie przy gruźlicy i t. p.). Zasadnicze poszukiwania, stanowiące jakby podstawę dla całej swej teorii, MIECZNIKOW czynił u *Daphnia maritima*. Zwierzątka te mają ciało przezroczyste i w całości, w stanie żywym mogą być obserwowane pod mikroskopem. Ulegają one pewnej chorobie, zależnej od grzybka *monospora bicuspadata*. Ascospory tego grzybka mają postać długich igieł. Zwierzę połyka grzybek razem z pożywieniem, ascospory przedziurawiają kanał pokarmowy, dostają się do ciała zwierzęcia, rozmnażają się w nim i zwierzę ginie. Jednakże w niektórych razach ascospory, dostawszy się już do kanału pokarmowego, spotykają się ze znaczną ilością fagocytów; fagocyty wchłaniają w siebie zarodniki grzybka, niszczą je i zwierzę tym sposobem zostaje ocalone; do dalszego rozmnażania się bowiem grzybka w ustroju zwierzęcia przeszkadzają w danym razie właśnie fagocyty.

Całą tę sprawę, jak już wspominaliśmy wyżej, autor spostrzegał na preparatach pod mikroskopem. Przekonawszy się o takim ochronnym znaczeniu fagocytów u *Daphnia maritima*, MIECZNIKOW zaczyna przypuszczać, że i u wyższych zwierząt fagocyty odgrywają podobną rolę.

W tym celu robi autor doświadczenia na żabach, posiadających wrodzoną odporność względem laseczników i zarodników czarnej krosty. Szczepiąc żabom do ich worka limfatycznego kawałki narządów (wątroby, płuc, śledziony) zwierząt ciepło-krwistych, padłych na karbunkuł, zauważył, że po niejakiem czasie, ilość fagocytów na miejscu szczepienia znacznie się zwiększa i niektóre z nich zawierają w sobie po jednym lub kilka laseczników karbunkułowych. Laseczniki te wewnątrz komórek, znów po upływie pewnego czasu ulegają zupełnemu rozpadowi. Otóż i tutaj żaba zawdzięcza swoje ocalenie głównie działaniu leukocytów. Jeżeli żabę umieścić w termostacie przy ciepłocie wyżej 28°C ., po zaszczepieniu jej w tenże sam sposób laseczników karbunkułowych, ginie ona po upływie pewnego czasu i ginie jakoby od karbunkułu. MIECZNIKOW objaśnia sobie utratę odporności żaby względem karbunkułu w ten sposób, że pod wpływem ciepłoty podniesionej, fagocyty, jakkolwiek w pierwszej chwili nawet zyskują na energii, to jednak po upływie pewnego czasu tracą ją, słabną, a nawet same ulegają rozpadowi. Gdy więc ich braknie, laseczniki swobodnie rozrastają się i rozmnażają, powodując śmierć zwierzęcia. Bynajmniej nie jest naszym zadaniem, szczegółowo przytaczać wszystkie prace MIECZNIKOWA, których on dokonał dla podtrzymania, rozwinięcia i udowodnienia prawdziwości swojej teorii fagocytów. Rozszerzyłoby to zanadto objętość niniejszego artykułu. Wspomnieć jednak musimy, że taką zabójczą działalność leukocytów MIECZNIKOW spostrzegł u żab i przy zaszczepieniu im zarodników czarnej krosty.

(C. d. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 14-go i 21-go Marca 1892 roku.

O nowotworach pęcherza moczowego.

Kol. STANKIEWICZ miał obszerny wykład pod powyższym tytułem, który będzie pomieszczony w Medycynie; następnie pokazywał cystoskop LEITER'a i sposób stosowania go celem badania chorych.

W dyskusyi kol. S. uzupełnił swój wykład następującemi uwagami: badanie drobnowidzowe guza, dokonane przez kol. RAUM'a, wykazało, że był to włókniak kosmaty (*Fibroma villosum*). Nawet nowotwory łagodne mogą stać się zgubnemi dla chorego, gdyż krwawiąca powierzchnia nowotworu łatwo sprzyja zakażeniu, które może przejść na nerki.

Kol. PERKOWSKI miał chorego z brodawczakiem pęcherza, który co pewien czas oddawał z moczem kawałek nowotworu; przez kilka dni przed odejściem takiego kawałka mocz był czysty, ponieważ przesączał się przez uwięzniętą w cewce częstkę nowotworu.

Prof. KOSIŃSKI. Cytowany przez kol. S. przypadek Pawlika, — wycięcie całkowite pęcherza moczowego, — nie jest jedynym, gdyż przed dwoma laty w przypadku raka macicy, z powodu że nowotwór przechodził na pęcherz moczowy, wyciął prof. K. przez pochwę wraz z macicą cały pęcherz moczowy i moczowody wszął do pochwy; chora wyszła z kliniki bez śladu nowotworu. Oprócz tego, z powodu nowotworów pęcherza robił prof. K. dwa razy cięcie pęcherza wysokie, raz z powodu włókniaka brodawkowego i raz z powodu raka; nadto miał bardzo rzadki przypadek nowotworu pęcherza, który kol. MAYZEL badał pod drobnowidzem i określił jak *sarcoma fusocellulare*; dotyczył on chorego przeszło 70-letniego, cierpiącego na obfite krwotoki z pęcherza. Przekonawszy się o miernej wielkości guza, prof. K. chciał zrobić tylko przecięcie cewki (*boutonnière THOMPSON'a*), gdy jednak okazało się, że cały pęcherz był wypełniony guzem, wyłuszczował go, o ile się dało, doszczętnie. Chory poprawił się i przez 2 lata miał się dobrze; przed miesiącem wystąpiło ponowne krwawienie, dotąd jednak chory do operacyi się nie zgłosił.

Co się tyczy cystoskopu, to prof. K. uważa go dla chirurga prawie za zbędny; na zasadzie badania ogólnego i miejscowego można określić miejsce i naturę guza. U kobiet pęcherz zdrowy można i tak dokładnie obejrzeć, w chorym zaś pęcherzu ten, co nie umie obchodzić się ze zgłębnikiem, może cystoskopem szkodę przynieść, a kto zgłębnikiem dobrze włada, ten się bez cystoskopu obejdzie, bo zgłębnik wszystko dokładnie wyczuje. Przy guzach większych cystoskop może dać obraz fałszywy i doprowadzić nieraz do błędnych wniosków; skrzep krwi np., może robić złudzenie kosmków włókniaka. Prof. K. znane są przypadki błędnie rozpoznawane zapomocą cystoskopu, w jednym przypadku wywołano przez wprowadzenie cystoskopu zapalenie pęcherza.

Objawów charakterystycznych dla nowotworu jest dużo: krwawienie długotrwałe, *fibrinuria* (uważana przez ULTMANN'a za objaw patognomoniczny), strzępki w moczu; za najważniejszy uważa prof. K. zgłębnik, który i miejsce i wielkość nowotworu doskonale określi. Zbyteczności cystoskopu dowodzi nawet przypadek kol. STANKIEWICZA, który badał cystoskopem, gdy miał już podejrzenie, że jest w pęcherzu nowotwór, a badając, nie dostrzegł dwóch mniejszych guzików znalezionych dopiero przy operacyi.

Kol. STANKIEWICZ. Co do cystoskopu, to zgadza się, że nie jest to przyrząd dla przeciętnego lekarza, kto jednak umie nim władać, ten ani szkody nie robi, ani do błędnych wniosków nie dojdzie. W wielu przypadkach wątpliwych cystoskop oddaje wielkie usługi; przy małych np. guzach pęcherza, umiejscowionych w okolicy otworu moczowodu i stanowiących tym sposobem przeszkodę do odpływu moczu, mogą wystąpić objawy, wzbudzające podejrzenie puchliny nerkowej; w tym, jak i w wielu innych przypadkach, rozstrzygnąć wątpliwości może tylko cystoskop. Fakt, że w swoim przypadku kol. S. dwóch małych guzików cystoskopem nie dostrzegł, tłumaczy tem, że mało miał jeszcze wprawy we władaniu tem narzędziem.

Opisywane są w literaturze przypadki, w których dopiero przy pomocy cystoskopu przed samą operacyą rozstrzygnięto, że nowotwór nie znajdował się w nerce, lecz w pęcherzu moczowym.

Prof. Kosiński nie odmawia bynajmniej znaczenia cystoskopowi, twierdzi jednak, że nawet w przypadkach cytowanych przez kol. S. można rozpoznać na innej drodze; należy przedewszystkiem uwzględnić objawy kliniczne i potwierdzić je zapomocą cystoskopu, zbyt wiele jednak na tym przyrządzie polegać nie można.

Kol. KRYSIŃSKI powiada, że cystoskop mógłby oddać usługi przy gruźlicy nerki, gdy chodzi o jej wycięcie i określenie, czy druga nerka jest zdrowa; gdyby można

w takich przypadkach widzieć mocę wypływający z moczowodu, określić, czy tak jest, czy inaczej, byłoby to bardzo pożądane; i tu jednak cystoskop dał już powody doomyśleć.

Kol. STANKIEWICZ twierdzi, że wątpliwości tego rodzaju rozstrzygnął już niejednokrotnie cystoskop, dzięki temu zwłaszcza, że ułatwia katetyzację moczowodu. Są przypadki wysokiej wrażliwości pęcherza, gdzie cystoskopu używać nie należy.

Kol. SZTEYNER. Nie ulega wątpliwości, że najważniejsze będzie badanie kliniczne, są jednak przypadki, w których dotychczasowe sposoby badania nie wystarczają do dokładnego rozpoznania siedliska krwawienia lub nowotworu. Spostrzegany przezeń przypadek jest tego dowodem. U chorego z objawami nowotworu pęcherza badanie drobnowidzowe strzępków wychodzących z moczem, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało istnienie włókniaka brodawkowego. Kateterem nie się w pęcherzu nie wyczuwało i krwawienia przy katetyzacji nie było. Po kilku tygodniach wystąpiło nagle zatrzymanie moczu w nerkach, trwające około 10-iu godzin. Wówczas rozpoznanie wahało się pomiędzy nowotworem nerki i pęcherza moczowego, a powtórne badanie chorego cewnikiem również nie rozstrzygnęło następujących się wątpliwości. Prócz tego chory ten miał lewą nerkę ruchomą, lecz nie powiększoną.

Kol. MAYZEL przedstawił zachowany w spirytusie duży kawałek nowotworu, który *spontaneo modo* odszedł przez cewkę; w danym przypadku nowotworu nie podejrzewano. Wspomina dalej o trudnościach rozpoznawczych, jakie się następują przy drobnowidzowym badaniu strzępków z moczu; w przypadku np. prof. KOŚŃSKIEGO był cały szereg komórek wrzecionowatych upoważniających do rozpoznania mięsaka.

Prof. BRODOWSKI nadmienia, że nawet cała grupa komórek wrzecionowatych bez tkanki międzykomórkowej, nie może stanowić dowodu istnienia nowotworu. Co do częstości, to najczęściej spotyka się nie raki, lecz włókniaki, które mogą niekiedy przystać się w raka. Nowotwory pęcherza złośliwe długo bywają umiejscowiono.

Prezes PRZEWOSKI zaznacza, że kawałki nowotworu, odchodzące przez cewkę, są przeważnie bardzo małe; bywają jednak niekiedy większe; sam otrzymał raz do zbadania kawałek wielkości orzecha włoskiego. Drobnowidzowe rozpoznanie nowotworu jest łatwe; z badania jedynie strzępków z moczu rozpoznał raz mięsaka. W przeciągu 20-tu lat spostrzegał na sekcji trzy razy mięsaka pęcherza: 2 w postaci guzów, raz w postaci brodawkowej.

Kol. SZTEYNER zapytuje, czy są nowotwory nerki, dające przy badaniu strzępków z moczem odchodzących, obraz drobnowidzowy taki, jaki bywa przy włókniaku brodawkowym pęcherza i jak często u nas na sekcjach spotyka się włókniaki pęcherza.

PREZES odpowiada, że w miedniczkach nerkowych i moczowodach nowotworów takich nie widział nigdy, w samej nerce bywają, ale z moczem cząstki ich nie odchodzą. Włókniaki pęcherza spostrzegamy na sekcjach co roku po kilka.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

60. RAEHLMANN. *Scopolaminum hydrochloricum*. Pod nazwą tą opisuje R. nowy środek rozszerzający źrenicę, który, podobnie jak atropina i hioscyna, jest alkaloidem z grupy tropeinów i otrzymuje się z korzenia *Scopolia atropoides*. Według poszukiwań KOBERT'a, środek ten posiada własności przeciwne atropinie o tyle, że na korę mózgową działa nie drażniaco, lecz porażająco, jakoteż, że nie przyspiesza tętna, lecz je zwalnia. R. utrzymuje, iż przewyższa on wszelkie inne używane tropeiny jako środek rozszerzający źrenicę i przeciwwapalny. Nie wywołuje żadnych ubocznych objawów właściwych atropinie (utrata łaknienia, suchosć gardła, niepokój nerwowy z zaczerwienieniem twarzy i szybkim tętnem). W 5-iu przypadkach *hypopyon* zauważono wyraźne zmniejszenie się sprawy chorobowej i bólu. Skopolamina nie wpływa na ciśnienie wewnątrz-oczne, bywa zatem znoszona i przy chorobliwym wzmożeniu tegoż. Działa ona 5 razy silniej od atropiny. Używa się roztworów 1—2 *pro mille*, odpowiadających $\frac{1}{2}$ —1% roztworom atropiny. (M. m. W. 8—93).

61. H. MORRIS. **Znaczenie szwów przy leczeniu ran ciętych krtani.** Wbrew wielu chirurgom, którzy w podobnych przypadkach zalecają leczenie wyczekujące, autor na zasadzie 4-ch przez siebie spostrzeganych przypadków, z których 3 zakończyły się wyzdrowieniem w ciągu 2-ch tygodni, zaleca natychmiastowe, dokładne takich ran zeszytanie. Zbija on twierdzenie DURHAM'a, który potępia szwy na zasadzie, iż: 1-o w podobnych ranach rzadko bywa rychłozrost, 2-o szwy wywołują powikłania, gdyż: a) przy krwawieniu, krew, dostając się do dróg oddechowych, może wywołać zaduszenie; b) przy następstwie ropienia, w ten sam sposób dostając się do dróg oddechowych ropa może powodować niebezpieczne powikłania; c) po zeszytaniu może nastąpić zapalenie i obrzęk części sąsiednich i błony śluzowej krtani, lub też zbieranie się gęstego śluzu, przy utrudnionem wydalaniu go, może wywołać duszność; d) wreszcie, zeszytanie rany zewnętrznej sprzyja rozwinięciu się odmy podskórnej.

W swoich przypadkach, autor, po dokładnej dezynfekcji i zatrzymaniu krwawienia nakładał szwy piętrowe z katgutem oddzielnie na każdy rodzaj tkanek, przy czem szczególną uwagę zwracał na dokładne połączenie przeciętych chrząstek szwami, nie przechodzącymi przez błonę śluzową. Skórę zeszywał jedwabiem, w końce zaś ran wstawiał sączki gumowe; na to suchy opatrunek borny lub jodoformowy. Głowę i szyję chorego unieruchomił M. zapomocą bandaży, idących od głowy przez piersi do pasa. W ciągu pierwszej doby chorych odżywiano ławatywami, później dopiero podawano płyny. W trzech przypadkach otrzymał zupełnie wyzdrowienie w ciągu 15 dni. Czworthy zaś przypadek zakończył się śmiercią wskutek zerwania opatrunku. Badanie pośmiertne wykazało obrzęk fałdów n a l e w k o w o - n a g ł o ś n i o w y c h i zrazikowe zapalenie płuc.

Jako strony dodatnie podobnego leczenia autor wskazuje: 1-o dokładne połączenie i zeszytanie rany zapewnia rychłozrost, 2-o szybkość gojenia się rany pozwala na krótkotrwałe odżywianie chorego zapomocą ławatyw, 3-o usuwa się tym sposobem niedogodność dłuższego karmienia 3 lub 4 razy dziennie przez zgłębnik żołądkowy, 4-o zapobiega się kurczowemu kaszlowi, wywoływanemu przez przesączenie się płynów z otwartej rany podczas polykania, 5-o zapobiega się przykurczeniom bliznowatym, co często zdarza się przy gojeniu przez ropienie, 6-o zapobiega się utworzeniu się czasowej lub stałej przetoki do dróg oddechowych lub pokarmowych, 7-o wreszcie, w przypadkach, w których przeciętą została nagłośnia, usuwa się niebezpieczeństwo zaduszenia przez wpadnięcie takiego kawałka do tchawicy.

(*The Lancet*. Dec. 24—92). W. H.

62. JADASSOHN. **Leczenie trypra zapomocą ichtyolu.** Autor wypróbował ten środek u 69 mężczyzn i 37 kobiet. Na przednią część cewki moczowej męskiej (*pars pendula et p. bulbosa*) stosował zastrzykiwania, zapomocą szprycki tryprowej, 10 ctm. sześciennych obejmujące; na część tylną (*p. membranacea et prostatica*) irygacje, a na cewkę moczową kobiecą, pochwę i kanał szyjki macicznej, wstrzykiwania, wycieranie i zakładanie pasków gazy, napojonych ichtyolem. 1—5% roztwory zupełnie dobrze były w tych wszystkich razach znoszone. W ostatnich czasach próbował autor nawet 7½% roztworów na przednią część, a 20% na tylną część cewki męskiej, na cewkę zaś kobiecą i kanał szyjki macicznej, zupełnie stężonych roztworów (ichtyolu 90, gliceryny 10), nie wywołując przez to znaczniejszych bólów. O wynikach leczenia tak silnemi roztworami autor jeszcze opiniować nie może.

Jednoprocentowe roztwory sprawiają bardzo nieznaczne, prawie żadne palenie. Przednia część cewki moczowej męskiej znosi dobrze i silniejsze roztwory, bardzo prędko do nich przywykając, jeżeli zwłaszcza stężenie roztworu stopniowo było powiększane, i dlatego nawet w praktyce prywatnej nie zdarza się konieczność zaniechania tego środka dla jakichkolwiek podmiotowych przykrości. Tylna część cewki moczowej, jako mniej wrażliwa, znosi bardzo dobrze silniejsze roztwory ichtyolu. Najczęstsze umiejscowienia trypra u kobiet: cewka moczowa, pochwa i część pochwoy macicy okazują się prawie nieczułymi na dotąd używane stężone roztwory ichtyolu.

Już jednoprocentowe roztwory ichtyolu okazują niewątpliwie i bardzo znaczne przeciw-tryprowe działanie ¹⁾. Porównawcze badania autora wykazały, że gono-

¹⁾ Czy to działanie polega na zabijaniu gonokoków, czy na tamowaniu rozwoju lub na swoistem osłabieniu ich wobec ichtyolu, lub też na szybszem wydalaniu wskutek przyspieszonego łuszczenia nabłonków? Pytań tych dziś rozstrzygnąć nie możemy. Przypuszczenie „swoistego osłabienia“ gonokoków wobec ichtyolu jest najprawdopodobniejsze.

kokki szybciej znikają z wydzieliny przy użyciu ichtyolu, niż przy innych środkach, jako to: rezorcynie, lekkich roztworach sublimatu, nadmanganianu potasu i t. d.. To znikanie gonokokków z wydzieliny tryprowej, bardzo prędkie i niepowrotne, nawet po zupełnem zaprzestaniu użycia ichtyolu, zauważył autor w uderzająco wielkiej liczbie przypadków. Lecz w wielu także przypadkach działanie to nie jest tak pewnem i trwałem, gdyż gonokokki wracają, co jednak i przy innych przeciwtryprowych środkach również spostrzegać się daje.

Ichtyol posiada własność szybkiego przeistaczania wydzieliny ropiastej na płynniejszą, surowiczą. Po pewnym czasie użycia tego środka znajdujemy w preparatach wielką ilość nabłonków. To przyspieszone łuszczenie jest, według NEISSER'a, nader pożądanem, gdyż najprzód dowodzi ono ustępowania objawów zapalnych, a potem uprawnia do przypuszczenia, że gonokokki, w głębszych warstwach leżące, łatwiej dostaną się na powierzchnię błony śluzowej, przez co i szybciej wydalone będą. Nie można też wątpić, że przez to przyspieszone łuszczenie nabłonków, zostaje ułatwionem dostawanie się środka leczniczego do coraz głębszych schronisk pasorzyta.

Taniość ichtyolu, jego prawie zupełna, w lekkich roztworach, bezwonność, nieplamienie bielizny (plamy łatwo wyprać się dają), kwalifikują ten środek do szerokiego użycia w praktyce prywatnej. Dodać jednak należy, że nie jest on idealnem *antigonorrhoeum*. Ze wszystkich jednak środków, używanych w klinice NEISSER'a, tylko jedno *argent. nitricum* okazało się równie jak ichtyol skutecznem.

Szczególniej zaleca autor użycie tego środka przy tryprowym zapaleniu narządów płciowych kobiecych.

Sonderabdruck aus d. „Deutsch. medicin. Wochenschrift“. 1892. J. Majkowski.

63. **Wstrzykiwanie sublimatu pod łącznicę oka w celach leczniczych.** 1) *Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire* (A. DARIER. *Bulletins et mémoires de la Société Française d'Ophthalmologie*. 1891. str. 112).

2) *Du traitement sous-conjonctival des ophthalmies intenses etc.* (prof. PFLUEGER. Tamże str. 126).

3) *Des injections sous-conjonctivales de sublimé dans les maladies de la choroidé et de la rétine.* (A. DARIER. *Bull. et mém. d. l. S. F. d' O.* 1892. str. 369).

4) *Die oertliche Behandlung von Krankheiten nicht oberflächlicher Gewebe* (van MOLL. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*. October. 1892. str. 329).

Podstawę do podłącznicowego stosowania sublimatu w leczeniu chorób oczu dały doświadczenia włocha GALLENGA, który, zastrzykując pod łącznicę drobno-ustroje, otrzymywał owrzodzenia rogówki. SECONDI, ziómek poprzedniego, użył tej samej drogi do stosowania sublimatu w celach leczniczych przy sprawach rogówkowych i otrzymał dobre wyniki. Dalej, w historii tej metody spotykamy REYMOND'a z Turynu, później holendrów WESTHOFF'a i SNELLEN'a. Były to jednak przeważnie próby w przypadkach odosobnionych. Dopiero na dorocznem zebraniu Tow. Okul. Franc. w Paryżu w Maju 1891 r. A. DARIER, asystent kliniki ABADIE'go, przedstawił wyniki swoich na szerszą skalę podjętych badań nad tym przedmiotem. Przetwory rtęci stosowano oddawna w leczeniu chorób oka, i to nietylko tam, gdzie można było przyjąć syfilis za podstawę sprawy chorobowej. Jeżeli zaś nikt nie pomyśli o nasycaniu ustroju atropiną w celu wywołania jej działania na tęczę, to dla czego nie stosować miejscowo rtęci w chorobach umiejscowionych w oku? (Takim rozumowaniem DARIER poprzedza sprawozdanie ze swych wyników). A więc wstrzykiwał on sublimat pod łącznicę naprzód w tych wszystkich przypadkach, gdzie za podstawę sprawy chorobowej można było przyjąć infekcję, a następnie wszędzie tam, gdzie dotąd ze skutkiem stosowano ogólne leczenie rtęcią. Do wstrzykiwań użyto roztworu 0,1%, wstrzykując na raz jedną przedziałkę strzykawki PRAVAZ'a czyli $\frac{1}{20}$ mgr. sublimatu.

Wyniki okazały się bardzo dobre. Ostre zapalenia tęczówki nawet ropnego charakteru, samoistne lub na tle ogólnej skazy powstałe, ustępowały po paru zaledwie zastrzyknięciach, co parę dni robionych. W jednym przypadku, gumat tęczówki wielkości ziarnka zboża znikł zupełnie w ciągu dziesięciu dni po dwu zastrzyknięciach. Tam gdzie wskutek zamglenia rogówki i zmętnienia cieczy wodnej w przebiegu zapalenia tęczówki ostrość widzenia spadła była do $\frac{1}{30}$ np., w tydzień, po 3-ch zastrzyknięciach podniosła się do $\frac{1}{3}$. Równie szybkie i zdumiewa-

jące wyniki otrzymywał DARIER w chorobach rogówki (*Keratitis ulcerosa, interstitialis, parenchymatosa*), i nawet w sprawach toczących się na dnie oka. Świeże przypadki zapaleń siatkówki i naczyńówki przechodziły po paru zastrzyknięciach. W wielu z tych przypadków stosowano poprzednio bez skutku ogólne leczenie rtęciowe. W przypadkach cięższych DARIER po leczeniu miejscowym stosował jeszcze podskórne zastrzykiwania sublimatu.

Zastrzykiwania robiono w odstępach parodniowych, w czterech głównych południkach oka, zapomocą strzykawki PRAVAZ'a, której igła miała koniec płaski, lancetowaty. Chorzy, według D., znoszą dobrze to leczenie; odczyn miejscowy bywa przeważnie nieznaczny; ból trwa godzin kilka, ale rzadko dochodzi znacznego natężenia; chorzy skarżą się głównie na uczucie zawadzenia w oku.

Przeciwwskazanie D. widzi tylko w ciężkich przypadkach *iridochorioiditis*, w których już jedno oko uległo było zniszczeniu. Przypadki takie wogóle nie znoszą żadnego energiczniejszego miejscowego leczenia, zarówno lekowego jak i operacyjnego.

Na tem samem zebraniu prof. PFLUEGER z Bernu Szwajcarskiego wygłosił odczyt, w którym chwali bardzo wyniki podłącznicowych zastrzykiwań środków odkażających. P. używał nie sublimatu, a trójskorku jodu, któremu wogóle przypisuje wyższość nad sublimatem w terapii ocznej.

DARIER prowadził dalej swoje badania, i na zeszłorocznem zebraniu Tow. Okul. Franc. wystąpił z nowym sprawozdaniem w tym przedmiocie. Tu główny nacisk położono na choroby naczyńówki. Oprócz spraw czysto zapalnych i zakaźnych, D. zastrzykiwał sublimat w *chorioiditis* i *retinitis* na tle krótkowzroczności. Zmniejszenie subiektywnych objawów w rodzaju *mouches volantes*, chwilowych zamgleń wzroku, podniesienie ostrości widzenia u krótkowzrocznych z $\frac{1}{10}$ na $\frac{1}{2}$, z $\frac{1}{3}$ na $\frac{2}{3}$, i t. d., oto wyniki zastrzykiwań podłącznicowych. Obecni na zebraniu, ci którzy rok przedtem bardzo sceptycznie na nową metodę się zapatrywali, tym razem okazali się przychylniej dla niej usposobionymi, a ABADIE wyraził się, że zastrzykiwania podłącznicowe sublimatu pozwalają poprawić wzrok tym nawet chorym, którzy inaczej leczeni, z pewnością by oślepli.

Wyniki DARIER'a częściowo potwierdza van MOLL z Rotterdamu, który stosował metodą podłącznicową sublimat, a także salicylan sodu w przypadkach *scleritis*, *episcleritis* i *kerat. diffusa*.
B. R. G.

List otwarty do Redakcyi Medycyny.

Od kolegi BUJWIDA otrzymujemy pismo następujące:

Szanowny Redaktorze! Ponieważ w ostatnich czasach znów powiększyła się ilość pokąsań przez psy wściekle, zwróć więc uwagę na pewien fakt, jaki miał miejsce w ostatnich dniach w naszym mieście, w celu ostrzeżenia wielu osób mogących być narażonemi na niebezpieczeństwo. Rzecz się miała w sposób następujący: przed tygodniem zgłosił się ktoś do mnie z psem, zachowanie się którego wzniciło pewne obawy w ostrożnym właścicielu. Jak zwykle w takich razach, poradziłem interesowanemu udać się do którego z pp. weterynarzy; ponieważ zaś w rzeczy samej, spostrzegane u psa objawy wydały mi się mocno podejrzanemi, zaleciłem pozostawienie go na obserwacyi. Nie wiem, czy właściciel posłuchał mojej rady; doszła mnie jednak wieść, iż p. weterynarz nie uznał potrzeby obserwacyi. Tymczasem faktem jest pewnym, iż tenże pies w ciągu 2-ech dni w okolicach Krakowskiego Przedmieścia pokąsał inne psy, poczem, po mocnem pokąsaniu jednego z ludzi, został zabity.

Ponieważ za 3—4 tygodnie, psy pokąsane obecnie, mogą dostać wścieklizny i stać się niebezpiecznemi, należałoby zatem, aby osoby, których psy w tym czasie mogły uleść pokąsaniu, miały się na baczności. Lepiej jest obecnie, póki psy są jeszcze zdrowe, usunąć je, aniżeli dopiero po wybuchu choroby u zwierząt, myśleć o środkach zapobiegawczych.

O. Bujwid.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— W Par. Tow. Biol. GIRODE przedstawiał preparaty włókien mięśniowych poprzecznie prążkowanych z macicy 24-letniej kobiety, zmarłej w okresie połogowym na szkarlatynę. Włókna te znajdowały się w $\frac{1}{3}$ wewnętrznej części ściany macicy, przebiegały w kierunku poprzecznym i równoległym do powierzchni macicy, lecz nie łączyły się w pęczki. (Sem. med. 7—92).

— Gdy jedni przypisują szmerom żylnym w niedokrewności wartość rozpoznawczą, inni przeciwnego są zdania, odmawiając objawowi temu wszelkiego znaczenia. BEWLEY przedsięwziął tedy badanie w tym kierunku u 200 osobników płci obojej, w wieku 16—26 lat. Badani pozostawali w pozycji stojącej, przyczem unikano najbliższego nacisku stetoskopem. 22 osoby były wyraźnie, 31 lekko niedokrewne, 147 osób było zupełnie zdrowych. Otóż w kategorii pierwszej znalazł autor szmery żyłne u 86%, w drugiej u 87%, w trzeciej u 58%. Jakkolwiek więc u ludzi anemicznych objaw ten występuje częściej, niemniej napotyka się go u połowy zdrowych zupełnie; tym sposobem nie posiada on żadnej wartości rozpoznawczej. (D. m. W. 8—93).

— NICOLL opisał dwa przypadki płasawicy krtaniowej (*chorea laryngea*), pod którą rozumie stwierdzone wznięciem nieprawidłowe ruchy mięśni krtaniowych, powstające nawet w czasie spokoju i analogiczne z płasawicą innych mięśni ustroju. Przypadki płasawicy ogólnej z udziałem krtani opisał już dawniej ZIEMSEN i inni, lecz u chorych autora zasługuje właśnie na uwagę pierwotne wystąpienie choroby w krtani. Objawiała się ona nagłym, suchym i ostrym kaszlem, którego powstawanie autor przypisuje odruchowemu drażnieniu krtani, skutkiem choreatycznych ruchów mięśni. Dowodem tego ma być fakt, iż w jednym z przypadków po zastosowaniu kokainy kaszel ustał mimo że ruchy mięśniowe trwały dalej (D. m. W. 8—93).

— BUCHNER i MINCK przeprowadzili szereg badań nad działaniem światła na zawieszone w wodzie mikroby, mianowicie: laseczniki tyfusowe, *Bac. coli com.*, *Bac. pyocyaneus*, przecinkowce cholery i rozmaite bakterie gnilne. Woda była wodociągowa, w części sterylizowana, w części nie. Otóż światło wywierało na nie silny wpływ dezynfekcyjny, zwłaszcza światło słoneczne, gdy rozproszone światło dzienne działało nieco słabiej. Fakt ten dowodzi ważnego udziału światła w samooczyszczaniu rzek i jezior. (C. f. Bakt. u. Paras. T. 11).

— W Par. Tow. Lek. szpit. MARIE poruszył interesującą kwestję, mianowicie sprawę odra-

stania grasicy, w chorobach niszczących gruczoły krwiotwórcze, szczególnie gruczoł tarczowy. W ogłupieniu u chorych na obrzęk śluzowy (*myxoedema*) BOURNEVILLE stwierdził istnienie grasicy; to samo znalazł MARIE w przypadku akromegalii, gdzie grasicą była duża, jakoteż w 6 przypadkach choroby Basedowa. Czy stan ten pozostaje także i po wyluszczeniu gruczołu tarczowego, niewiadomo. W razie istnienia grasicy u dorosłych, bywa to zwykle u ludzi dotkniętych jedną z powyżej wymienionych chorób, rzadko u zdrowych; MARIE przynajmniej nie napotkał jej ani razu przy badaniach zwłok w ciągu lat trzech. Należy pamiętać zresztą, iż grasicą nie zanika zupełnie, lecz pozostaje u dorosłych w stanie szczątkowym (G. d. hop. 22—93).

— FERRIER już w r. 1880-ym zwrócił uwagę na korzyść połączonego stosowania narkozy brometylowej i chloroformowej. Próbował on wówczas bromku etylu u zwierząt i ludzi; znieczulenie trwało tylko czas krótki, a po dłuższej narkozie następowały niekiedy objawy duszności. Wobec tego LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pierwszy wygłosił myśl połączenia etylu bromowego z chloroformem, ażeby uczynić narkotyzację mniej niebezpieczną, a z drugiej strony osiągnąć dłuższe jej trwanie. Odtąd FERRIER zastosował metodę wymienioną 66 razy. Technika jest następująca: smaruje się twarz pacjenta wazeliną i kładzie na minutę kompresy napojone bromkiem etylu; występuje zupełna narkoza z jednoczesnym dość mocnym zaczerwienieniem twarzy, oraz rozszerzeniem żył szyjowych i zrenic, t. j. objawami asfaktycznymi. W chwili ukazania się tych objawów, daje się zamiast bromku etylu, chloroform, i to w dawkach większych, niż przy wyłącznym usypianiu tym ostatnim. Zazwyczaj nie występuje tu zwykły okres pobudzenia, a narkoza może być przez czas długi stosowaną bez niebezpieczeństwa. (Sem. med. 56—92).

— Jako środek, mogący zastąpić kolloidum, polecają obecnie kamfoid: 1,0 pyroksyliny rozpuszcza się łatwo w mieszaninie równych części kamfory i wysoku absolutnego; tworzy się preparat, który na skórze daje elastyczną i przezroczystą warstwę. Środek ten rozpuszcza jodoform w stosunku 1:10, przyczem zapach ostatniego zrównoważonym zostaje przez kamforę. Można w nim rozpuszczać także: kwas karbolowy, salicylowy, rezorcyneę, jod, chryzaroabinę i ichtyol. (Pharm. Ztg. 31—92).

— KOBERT w Dorpacie przeprowadził szereg doświadczeń nad zbadaniem właściwie działającego składnika korzenia pa-

proci. Pod tym względem poglądy różnią się wielce, pewnen jest tylko, iż substancja przeciwrakowa znajduje się zarówno w korzeniu sproszkowanym, jakoteż w eterowym wyciągu tegoż. Według POULSSON'A, jedynie działającym składnikiem jest kwas paprociowy; ROBERT zaś, na podstawie badań fizjologicznych nad żywymi tasiemcami i askarydami, doszedł do wniosku, iż ciałem tem jest nie kwas, lecz olejek eteryczny, tworzący ściśłą mieszaninę lub może nawet luźne połączenie chemiczne z kwasem paprociowym. W tej właśnie formie zostaje on zemulsyonowanym w przewodzie kiszkowym, poczem otacza ze wszystkich stron glisty i ubezwładnia je tak, iż podany następnie środek czyszczący wyprowadza je przez odbytnicę. Glisty powracają szybko do życia w ciepłym roztworze odżywczym, co dowodzi, iż dawka środka przeciwrakowego nie powinna wcale być wysoka t. j. zabójczą (SP. m. W. 7—93).

— IRVIN obserwował w ciągu 1 i pół roku 5 przypadków zapalenia gruczołu krokowego u cyklistów; przypadłości zjawiały się w kilka godzin po jeździe welocypedowej. (N.Y. m. R. 93).

MILLER w Tow. Lek. i Chirur. Paryskim zwracał uwagę na przypadki ropiastego zapalenia cewki u cyklistów; najściślejsze badanie nie wykrywało rzeżączki. Prócz tego były u wielu objawy podrażnienia gruczołu krokowego z utrudnionem oddawaniem moczu. Dodać jednak należy, iż wszyscy prawie chorzy przebywali niegdyś rzeżączką, ale bardzo dawno temu, bicykl przeto był w tych razach bądź co bądź momentem wywołującym (Progr. méd. 8—93).

— Badając w dalszym ciągu własności środka nasennego chloralozy (patrz Nr. 6 „Medycyny“ str. 118), RICHER zwrócił uwagę na niektóre zaburzenia psychiczne, występujące u zwierząt pod wpływem tego środka. Pies, który otrzymał chloralozę w ilości 0,3 na kilo wagi, po upływie godziny nie zasypia wprawdzie (gdyż dawka jest za mała), lecz nie poznaje okazywanych mu przedmiotów; jest to więc ślepotą psychiczną. Inne zmysły pozostają bez zmiany. Wrażliwość na ból jest zupełnie zniszczoną; można po zaśnięciu psa, robić duże cięcia skórne bez wywołania jakiegokolwiek odzysku. (Trib. méd. 93).

— LYPKE opisuje 5 przypadków chorób nerwowych (2 apopleksyi, 2 wiału, 1 epilepsyi), w których po influency nastąpiło znaczne pogorszenie dotychczasowego stanu choroby. Oprócz pogorszenia się istniejących bezwładów i objawów wiału, L. zauważył też przytępienie świadomości, halucynacje i amnezję obok ogólnego wyczerpania. Prócz tego wystąpiły zaburzenia naczynioruchowe i odżywcze: odleżyny i obrzmienia w kończynach. Pierwsi 3

chorzy powrócili z czasem do stanu dawniejszego; lecz jeden z chorych na wiał (od lat 15) oraz epileptyk (18-letni chłopiec) zmarli po kilku tygodniach skutkiem wzmagającego się coraz bardziej osłabienia (D. m. Z. 16—93).

— Rzadki przypadek karbunkułu mózgowego spostrzegł MERKEL w Norymberdze. U młodego farbiarza, który przybył do szpitala w stanie nieprzytomnym, a w domu od 3—4 dni majaczył, miał biegunkę i wymioty, znaleziono na sekcji: korę mózgową usianą bardzo licznymi, drobnymi, czerwonymi plamkami krwawymi; to samo było w istocie szarej mózdzku; śledziona była miękką, obrzmiałą; błona śluzowa żołądka nastrożona, mnóstwo drobnych wynaczynień. Hodowle z soku śledziony wykazały niewątpliwe laseczniczki karbunkułowe z zarodnikami. Na skrawkach drobnowidzowych z mózgu, znaleziono naczynia zatkane lasecznikami. Jaką drogą one wnikły do ustroju, trudno było rozstrzygnąć. Chory nie miał nigdzie na skórze ani ranki ani ropnia; stwierdzono tylko, iż kupił przed tygodniem nowe penzle do farbowania. Być może, iż zakażenie nastąpiło przez przewód pokarmowy. Oprócz tego przypadku, spostrzegano jeszcze 4 inne—karbunkuły mózgowego; z tych u jednego chorego był obrzęk karbunkułowu na szyi, a jeden z chorych miał również do czynienia ze szczecina, gdyż był fabrykantem penzli. (M. m. W. 47—92).

— SEMMOLA zaleca przeciw przewlekłemu zatruciu ołowiowemu, zwłaszcza przeciw kolce i porażeniom mięśni wyprostnych, zastosowanie prądu stałego, jako środka radykalnie leczącego (D. m. W. 47—92).

— HOFMEISTER wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach, którym wycinał gruczoł tarczowy. Po upływie 1—1½ miesięcy młode króliki stawały się grubsze i ocieślały, brzuch mocno wzdęty. Śledziona i grasiczka tych zwierząt okazywały się na wagę o wiele cięższe, niż u zwierząt użytych do kontroli, t. j. ulegały przerostowi. Równocześnie następował i przerost gruczołu przydatkowego mózgu (hypophysis cerebri), a z drugiej strony powstrzymanie dalszego roztętu kości, zwłaszcza długich, miednicy i kręgosłupa, jak niemniej opóźnienie sprawy kostnienia nasad (epiphyses). Interesujące zmiany zauważono w jajnikach: liczne torebki (Follikel) dojrzewały bardzo wcześnie tak, iż jajniki były znacznie powiększone, a na przekroju niby sito podziurawione. Znalaziono również bez wyjątku ważne zmiany w nabłonku kanalików skręconych w nerkach, o których H. w oddzielnej pracy obszerniej pomówi. (Forts. d. Med. T. 10).

— VON NOORDEN obserwował 10 przypadków ostrego gośńca stawowego u ciężarnych i zauważył, iż przebieg choroby pod wpływem ciąży, staje się o wiele cięższym. Sprac-

wa przedłuża się, środki przeciwkoścowe nie wpływają tak skutecznie, jak to bywa u innych tego rodzaju chorych. Niekiedy mijają miesiące aż do zupełnego ustąpienia obrzmień stawowych i bólów. (Char. Annal. T. 17).

== BURGUBURU w Wyreburgu badał wydzielinę pochwową u 12-tu kobiet z drowych, które przedtem nigdy nie były badane ani dezynfekowane. Obok czwornika i grzybka drożdżowego (w 5-iu przyp.) znalazł autor diplokok szybko rozrzedzający żelatynę i cztery gatunki lasecznika, które przeszczepiane na zwierzęta, dawały wynik ujemny (4 przyp.); wreszcie znalazł gronkowca ropotwórczego białego (2 przyp.), gronkowca woskowego białego (1 przyp.) i paciorkowca (1 przyp.). Wstrzykiwania wewnątrztrzewnowe i wewnątrzżylnie gronkowca wywoływały u królików nieznaczne

wychudnienie; natomiast w komórce przedniej oka otrzymał B. po zaszczerpieniu ich tamże zapalenie ropne. Wszelkie próby z paciorkowcem nie dały wyniku. Badania te dowodzą, zdaniem autora, w każdym razie, iż możliwość samozakażenia u kobiet nie jest wykluczoną. (Inaug. Dissert. 1892).

== GRIMAUX i LABORDE przygotowali podwójną sól chininy—siarczano-chlorkową, bardzo łatwo rozpuszczalną w wodzie; przy ciepłocie zwykłej 1 część soli rozpuszcza się w 1 części wody. Zawartość chininy w tej nowej soli odpowiada prawie zupełnie ilości tejże w siarczanie, dawki będą więc jednakowe. Wstrzyknięta podskórną, sól podwójna nie wywołuje bólu i szybkiemu ulega wessaniu. (Med. mod. 93).

Wiadomości bieżące.

— V-ty zjazd chirurgów polskich. Prof. RYDYGIER dyrektor kliniki chirurgicznej w Krakowie, przypomina, iż i w roku bieżącym odbędzie się w Krakowie zjazd chirurgów polskich, a mianowicie w dniach: 11-ym, 12-ym i 13-ym Lipca, i uprasza Szan. Kolegów o jak-najliczniejszy udział w pracach zjazdu.

— Kol. M. BORSUK nasuwiadamia, iż w miasteczku Gorodok położonem w gub. Wileńskiej, powiecie Wilejskim, odległem od drogi żelaznej Libawsko-Romeńskiej wiorst 10, potrzebuje jest lekarz. Miasteczko ma około 2000 ludn. Pensyi stałe zarząd miasta wyznacza 250 rs. Po szczegóły zgłosić się należy albo do kol. M. BORSUKA (Mokotów pod Warszawą Nr. 7) albo do pana J. BORSUKA w Gorodku zamieszkującego.

— Osada Nur nad Bugiem w gub. Łomżyńskiej położona, licząca kilka tysięcy mieszkańców, jak zapewnia właściciel apteki w Nurze, pan S. Piasecki, potrzebuje lekarza. Osada posiada stacyę pocztową, urząd gminny, aptekę, parafię. Okolica gęsto zaludniona i zamożna. Najbliżsi lekarze zamieszkują w Czyżewie o wiorst 15, i Ciechanowcu, o wiorst 12 od Nura odległym. Po szczegóły zgłosić się należy do p. Piaseckiego aptekarza w Nurze.

— Departament lekarski ministerium spraw wewnętrznych opracował obecnie typ szpitali i lazaretów fabrycznych, których wprowadzenie będzie obowiązkiem dla właścicieli wszelkich zakładów przemysłowych, znajdujących się w miejscowościach zbyt odległych od punktów lekarskich. W każdej fabryce, w której pracuje więcej niż 300 robotników, winien się znajdować taki lazaret z odpowiednią liczbą łóżek (li-

cząc jedno łóżko na 100 robotników) i stałym lekarzem, jeżeli na 10 wioś w okolicy niema doktora, któryby mógł odwiedzać fabrykę w odpowiednich dniach i godzinach. Oprócz tego w fabrykach, obsługiwanych przez robotnice, winny się znajdować przytulki położnicze.

— FIAUX zwraca uwagę na fakt, iż w klasie robotniczej paryskiej choroby weneryczne wydarzają się rzadko. W czasie od 1 Września 1888 do 31 Grudnia 1892 badał on w tym kierunku 6579 robotników, wśród których znalazł tylko 11 razy rzeżączkę, 2 szankra miękkiego z gruczołami zropiałemi, raz przymiot. (G. d. hop. 28—93).

— Pod nazwą „Teleia“ utworzyło się w Peszcie stowarzyszenie, mające na celu walczenie przeciwprostytucyi, a przeważnie urządzenie bezpłatnych ambulatoryów lekarskich. Główną uwagę zwrócono na dzielnice robotnicze miasta. (Allg. Wien. med. Z. 8—93).

— W berlińskim zakładzie dezynfekcyjnym, poddano w ciągu roku zeszłego dezynfekcyi: 26,816 sukien, 44,935 sztuk bielizny, 38,781 łóżek, 11,185 materacy, 14,614 kołder i dywanów, 2,490 mebli, 3,980 sienników, 12,778 innych rzeczy. Prócz tego dezynfekowano 3,712 mieszkań i 7,152 osoby (Aerztl. Prakt. 11—93).

— Prof. PETTENKOFER w Monachium obchodził 20 Marca r. b. 50-letni jubileusz doktorski.

— Zmarli. D-r Józef KRYPIAKIEWICZ, asystent zakładu dla obłąkanych w Lainz pod Wiedniem, zmarł tamże, przeżywszy lat 34.

— W Paryżu zmarł znany psychiatra prof. BALL.

REDAKTOR i WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi: Obozna Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Мапра 1893 р.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.

Cena numeru pojedynczego kop. 15.