

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Leczenie rzeżączki przewlekłej u mężczyzny. Podał J. Funk. Uwagi nad działaniem filtrów. Sposoby oczyszczania wody do picia. Podał O. Bujwid. (Dokończenie). Kilka słów o etyologii błylczy noworodków (*Pemphigus neonatorum*). Podał D-r Mikołaj Warman (Kielce). (Dokończenie). — **Bibliografia i Krytyka.** Błonica. Przez D-ra H. Bourges. — **Streszczenia i wyciągi.** 124. Stan obecny bakteriologicznego rozpoznania cholery. 125. O przenoszeniu się laszczuków cholery z kurzem przez powietrze. 126. O przewlekłym włóknikowym zapaleniu oskrzeli. 127. Przypadek jednoczesnej ciąży zewnątrz-maciecznej i wewnątrz-maciecznej. Zestawienie i uwagi, dotyczące tego rodzaju przypadków. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

LECZENIE RZEŻĄCZKI PRZEWLEKŁEJ U MĘŻCZYZN. ¹⁾

Podał J. Funk.

Z punktu teoretycznego rozumiemy pod mianem rzeżączki przewlekłej, jak i ostrej, jedynie sprawy wywołane i podtrzymywane przez gonokoki. Poszukiwanie jednak gonokoków, tak łatwe przy rzeżączkach ostrych, daje wyniki ujemne przynajmniej w trzeciej części przypadków rzeżączki przewlekłej. Że i w tych przypadkach gonokoki znajdować się mogą w tkance chorej, najlepszym dowodem jest zjawianie się ich w wydzielinie, w pewnych warunkach, np. przy obostrzeniu sprawy tryprowej. Możemy też nie znaleźć gonokoków tylko dlatego, że rozproszone pojedynczo w bardzo małej ilości, tracą swe cechy rozpoznawcze. Jedynie przeto rozstrzygającym byłoby w przypadkach wątpliwych szczepienie wydzieliny na płytkach (z dwiema częściami surowicy i jedną agaru). W praktyce lekarz rzadko zbłądzi, jeśli do spraw tryprowych zaliczy każdy nieżyt przewlekły cewki, którego punktem wyjścia był typowy tryper, chociażby gonokoków przy kilkakrotnem badaniu nie znalazł.

Błędem byłoby jednak jednaczyć pod utartem mianem trypra przewlekłego wszelakie nieżyty przewlekłe dróg moczowych. Mamy tu na myśli trzy zwłaszcza cierpienia dość częste, a całkiem od spraw tryprowych odrębne. Pierwszem z nich jest nieżyt śluzowy tylnej części cewki moczowej, który powstaje wskutek długotrwałych pobudzeń płciowych lub samogwałtu, nieraz już u młodych chłopców; towarzyszy sprawie tej bardzo często *prostatorrhoea* i *spermatorrhoea* (*post defaecationem*), *urethrorrhoea* ²⁾, *phosphaturia* i wiele innych objawów neurastenii płciowej. Drugiem, rzadszem cierpieniem jest nieżyt śluzowy, lub śluzoropny cewki, powstający u starszych osobników wskutek długotrwałego drażnienia cewki kwasem moczowym krystalicznym w większych lub mniejszych złożach i obfitości moczanami. Trzecim stanem jest gruźlica pierwotna narządów moczopłciowych, która w okresie początkowym dać może obraz bardzo niejasny. Płuca

¹⁾ Medycyna. 1893. N-r 8. Leczenie rzeżączki ostrej u mężczyzny.

²⁾ Zwiększona wydzielina śluzowa gruczołów Cooper'a i Littré'go.

są w tych przypadkach zwykle nietknięte, laseczników gruczliczych bardzo często niema w moczu, brak też często w okresie wczesnym wydatnych zmian w gruczole krokowym, pęcherzykach nasiennych, przyjądrzach i sznurkach, istnieje tylko pierwotny śluzo-ropny nieżyt szyi pęcherza. Nieznaczne krwawienia zwiastunowe, pogorszenia pod wpływem zimna, obecność grzylcy w rodzinie ułatwi rozpoznanie.

Wszystkie wymienione sprawy powstają pierwotnie w tylnej części cewki, posiadają charakter przewlekły; w wydzielinie niema gonokoków. Pamiętać jednak trzeba, że przy usposobieniu do grzylcy tryper ułatwia rozwój grzylcy w narządach moczopłciowych.

Istotą anatomiczną rzeżączki przewlekłej w części przedniej cewki są nacieczenia w tkance łącznej podnabłonkowej, powierzchowne lub głębokie; te ostatnie obejmują ciało jamiste cewki, zwłaszcza powierzchowne jego warstwy. Nacieczenia są rozlane, tworzą jednak w pewnych przypadkach ogniska dokoła torebek MORGAGNI'ego i gruczołków LITTRÉ'ego, które to zmiany są punktem wyjścia dla głębokich nacieczeń ciała jamistego. Zależnie od zmian podścieliska łączno-tkankowego zmienia się i nabłonek w mniejszym lub większym stopniu; częstokroć ulega zwyrodnieniu śluzowemu i złuszczeniu, przy późniejszych zaś zmianach podścieliska staje się z cylindrycznego płaskim, warstwowatym.

W okresie późniejszym przeistaczają się nacieczenia w tkankę bliznowatą, torebki i gruczoły ulegają zniszczeniu, lub dają początek torbielom. Zwężenia powstają tylko przy głębokich i obszernych zmianach ciała jamistego cewki (FINGER).

Zmiany części tylnej cewki bywają również powierzchowne lub głębokie. Pierwsze dotyczą powierzchownych warstw błony śluzowej, drugie obejmują gruczoł krokowy. W gruczole tym powstają nacieczenia z następczem wytworzeniem tkanki bliznowatej w *caput gallinaginis*, w ścianie przewodów wytryskowych i prostatycznych i dokoła gruczołów prostatycznych. W tych ostatnich znajdujemy ważne pod względem klinicznym zmiany, mianowicie nieżyt z rozrostem i złuszczeniem obfitem nabłonka, z ropieniem lub bez ropienia (FINGER).

Ze względów praktycznych podzielimy sprawy tu należące w sposób następujący:

- a) Rzeżączka świeża, ostrawa, ropna części przedniej, lub części przedniej i tylnej.
- b) Rzeżączka przewlekła części przedniej ze zmianami powierzchownymi.
- c) Rzeżączka przewlekła części przedniej ze zmianami głębokimi.
- d) Rzeżączka przewlekła części tylnej powierzchowna.
- e) Rzeżączka przewlekła części tylnej głęboka, t. j. tryper przewlekły gruczołu krokowego.

Leczenie rzeżączki ostrawej.

Rzeżączki ostrawej, trwające parę do kilku miesięcy—to najwdzięczniejszy stosunkowo materiał do leczenia. Są to sprawy, ogólnie biorąc, powierzchowne, umiejscowione tylko w błonie śluzowej. Ale właśnie trypery ostrawej o wydzielinie przeważnie ropnej, przepełnionej gonokokami, dają największy odsetek powikłań; zadaniem przeto leczenia najważniejszym będzie uprzedzić

powikłania, nie zaś usunąć jaknajszybciej wydzielinę. Podstawę naszego leczenia pozyskamy przez dokładne zbadanie natężenia sprawy zapalnej, jej umiejscowienia, i przyczyn, podtrzymujących sprawę chorobową.

1) O natężeniu sprawy tryprowej nie należy sądzić z pozorów. Wstrzykiwania, środki balsamiczne, przyżegania maskują bardzo często natężenie sprawy tryprowej, które może być znaczne pomimo skąpej wydzieliny. W każdym bez wyjątku przypadku trypra, leczonym bez skutku przez czas dłuższy zapomocą wstrzykiwań, przyżegań, lub środków wewnętrznych należy przedewszystkiem leczenie to zawiesić. Bardzo często występuje wtedy na jaw ostrawy, a nawet ostry nieżyt ropny, do tej chwili działaniem środków leczniczych zamaskowany, lecz nieusunięty. W przypadkach tych zastosować należy przedewszystkiem leczenie przeciwzapalne (kąpiele, okłady, obfity napój, mleko i t. d.) w ciągu dni kilkunastu, t. j. do chwili gdy wydzielina stanie się skąpą, śluzoropną, wszelkie zaś objawy podrażnienia ustąpią.

2) Ażeby określić umiejscowienie trypra ostrawego posługujemy się powszechnie znaną metodą, polegającą na oddaniu moczu rannego do dwu szklanek. Za cierpieniem części tylnej cewki przemawia też najlżejsze chociażby parcie na mocz, ból przy oddawaniu ostatnich kropel moczu, częste zmyzy nocne, i istniejące lub świeżo przebyte zapalenie przyjądrzy lub gruczołu krokowego. Oznaki wymienione określają dokładnie umiejscowienie trypra ostrawego; badanie zapomocą zgłębnika jest przy tych sprawach zbyteczne a nawet nieodpowiednie, gdyż daje ono mniej ściśle wyniki, drażni niepotrzebnie cewkę i przenieść może gonokoki głębiej do nietkniętej jeszcze części tylnej cewki.

3). Bardzo ważne jest wreszcie zbadanie przyczyny przedłużającej sprawę tryprową. Do najczęstszych przyczyn należy: leczenie środkami balsamicznymi i wstrzykiwaniami w okresie ostrym trypra, wprowadzanie do cewki narzędzi w nieodpowiednim czasie, wadliwy tryb życia i błędy w zachowaniu się chorych (pobudzenia płciowe, użycie napojów drażniących, sport, bezsenne noce), złe odżywianie chorych, nieprawidłowy skład moczu (*uraturia*).

Leczenie prowadzić należy w kierunku odpowiednim, pomnąc, że środki wzmacniające i możliwie prawidłowy tryb życia daje najlepsze, nieraz niespodziane wyniki. Prawie w każdym przypadku można bardzo skutecznie zastosować wodolecznictwo, latem kąpiele rzeczne, zimą nacierania, kąpiele słone i t. p.

Wracam teraz do dalszego leczenia tryprów ostrawych. Po złagodzeniu i ograniczeniu sprawy zapalnej, czy to w części przedniej tylko, czy w przedniej i tylnej, gdy wydzielina stała się skąpą, ubogą w gonokoki, podaję olejek santalowy, w sposób wskazany przy leczeniu trypra ostrego³⁾ Jeśli część przednia wyłącznie jest zajęta, zalecam, po upływie kilku dni, obok santalu wstrzykiwania mieszanki RICORDA, lub roztworu lapisu (1 : 4000) naprzemian z mieszanką RICORD'a, 1 — 2 razy dziennie za pomocą zwykłej strzykawki. Tu jest najwłaściwsze pole dla tyle nadużywanych wstrzykiwań. Roztwór lapisu (1 : 4000, później 1 : 2000) jest najskuteczniejszy, często jednak drażni — oto dlaczego podaję obok lapisu kojącą mieszankę RICORD'a, lub bismut 1 : 100 (który trzeba co parę dni zamienić na świeży)⁴⁾. Na tem miejscu zwracam

³⁾ Patrz N-r 8. „Medycyny“. 1893. „O leczeniu ostrej rzeżączki“.

⁴⁾ Zalecany ostatniemi czasy ichtyol, o ile z nielicznych prób sądzić mi wolno, nie dorównywa lapisowi.

też uwagę na konieczność oczyszczania strzykawki, chociażby wodą gorącą i mydłem.

Przy zajęciu części przedniej i tylnej, podaje olejek santalowy w ciągu kilkunastu dni; przypadki wyleczenia zupełnego tryprów ostrawych w ten prosty sposób nie należą wcale do rzadkich. Gdy zaś po dniach kilkunastu wyleczenia zupełnego nie osiągnięto, należy zastosować obok santalu, wstrzykiwania głębokie. Te ostatnie wykonywam wyłącznie za pomocą srebrnego injektora ULTMANN⁵⁾ a strzykawką dwugramową (o zwyczajnym tłoku); wstrzykuje prawie zawsze do części tylnej dwa gramy 1—2% roztworu lapisu przy umiarkowanie napełnionym pęcherzu moczowym, mniej więcej raz na 5 dni; cała ta ilość płynu przechodzi natychmiast do pęcherza, gdzie zostaje przez moc strąconą.

Przekonałem się, że chorzy najlepiej znoszą dwugramową ilość leku, silniejsze zaś parcie i ból występuje po wprowadzeniu tylko paru kropel roztworu lapisowego do części tylnej. Roztwór lapisu w ilości dwugramowej działa przytem daleko skuteczniej. Wyprowadzając narzędzie, wstrzykuje 2—3 kropel do części opuszkowej, nieraz też i do innego bolesnego miejsca cewki przedniej. Część przednia cewki nie znosi ilości większej nad parę kropel roztworu lapisowego⁵⁾. Dwa do czterech wstrzykiwań głębokich starczy zazwyczaj do zupełnego wyleczenia.

Z powyższego widzimy, że leczenie trypra opiera się na ścisłym, wielokrotnem badaniu chorego i warunków w jakich się znajduje. Stosowanie narzędzi przy ropnych sprawach tryprowych w rzadkich tylko przypadkach prowadzi do celu, częściej zaś nierównie przynosi szkodę.

Nim przejdę do leczenia tryprów przewlekłych, pragnę zwrócić uwagę na t. z. obostrzenia sprawy tryprowej i leczenie ich. W dotkniętej trypremm tkance znajdują się niewątpliwie gonokoki żywe i rozmnażające się; występują one z tkanki i przechodzą do wydzieliny stale lub w pewnych tylko warunkach. Od czasu do czasu pod wpływem podrażnień, a skutkiem tego obfitego dopływu soków, mnożą się gonokoki energicznej i wywołują obostrzenie t. j. mniej lub więcej ostry odczyn tkanki; ilość gonokoków w wydzielinie wzmagą się znakomicie. Energiczniejsze rozmnażanie się gonokoków wywołuje nie tylko obostrzenie miejscowej sprawy tryprowej, ale częstokroć i powikłania, jako to: zajęcie części tylnej, zapalenie przyjądrzy, gruczołu krokowego, ropień okołocewkowy i t. p. Im sprawa tryprowa jest świeższą, tem łatwiej, a gwałtowniej występują obostrzenia; lecz i kilkomiesięczny okres utajenia nie chroni od obostrzeń i powikłań.

Otóż, inna rzecz jest leczyć sprawę tryprową w stanie przewlekłym, a inna leczyć w okresie obostrzenia. Obostrzenie należy przeczekać, stosując metodę przeciwwzapalną, wszelkie zaś środki drażniące (narzędzia, wstrzykiwania, środki balsamiczne) winny być zaniechane. Gdy obostrzenie minie, podaje zazwyczaj, korzystając z ożywienia się sprawy przewlekłej, olejek santalowy i łagodne środki miejscowe, z doskonałym niekiedy skutkiem. (D. n.)

⁵⁾ Przestrzykiwaniom cewki przedniej i tylnej znaczną ilością lżejszych roztworów lapisu, cynku i t. p., mogę zarzucić tylko, że antyseptyka cewników miękkich i dużych strzykawek jest trudna i zabiera wiele czasu. Dostyć jest natomiast ogrzać mocno injektor srebrny w płomieniu spirytusowym, a małą strzykawkę napełnić 1—2% roztworem lapisu, aby osiągnąć antyseptykę w ciągu kilku minut.

UWAGI NAD DZIAŁANIEM FILTRÓW.

SPOSÓBY OCZYSZCZANIA WODY DO PICIA.

Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 6 Czerwca r. b.

Podał **0. Bujwid.**

(Dokończenie.—Zob. Nr. 32).

Dawniej sądzono, że woda gruntowa, jako przechodząca z powierzchni zanieczyszczonej do warstw głębszych, nie tylko sama pociąga za sobą pierwiastki szkodliwe, zarazki i ich produkty, ale nawet stopniowo zanieczyszcza sam grunt i czyni go niezdrowym. Badania nowsze, przez szkołę Koch'a i pod wpływem odkrycia istoty chorób zakaźnych dokonane, dowiodły przeciwnie, że zarazki powstają na powierzchni gruntu, tak iż pod powierzchnią w głębokości 1 metra zwykle już się bakterii nie spotyka. Liczne badania, poczynione i przez nas podczas rozkopów kanalizacyjnych w r. 1888 i 1889, dowiodły wprawdzie, że grunt Warszawy zanieczyszczony jest na większej głębokości, wszelako próby ziemi, wzięte wówczas na głębokości 3,5—5 metrów z okolic, bardzo zanieczyszczony grunt mających (Stare miasto, Zapiecek, Dunaj), wcale nie zawierały bakterii.

W jednym ctm. sześć. ziemi z wykopu na ul. Zgoda znajdowało się w głębokości 1,38 metra 6,800 bakterii, w głębokości 1,20 metra 320,000 bakterii, w głębokości 50 ctm. 430,000 bakterii, w głębokości 12 ctm. 1,000,000 bakterii, w głębokości 6 ctm. 1,500,000 bakterii.

W bardzo mocno zanieczyszczonym gruncie szpitala Dz. Jezus, na starym cmentarzu w głębokości 2 metrów znaleźliśmy 1,200,000 bakterii, w głębokości 1,50 metra znaleźliśmy 1,800,000 bakterii, w głębokości 30 ctm. znaleźliśmy 10,000,000.

Na tej głębokości znajdowała się już silnie znawożona ziemia ogrodowa.

Widać z powyższych cyfr, że i w Warszawie, sięgając w głąb gruntu, znajdujemy coraz mniej bakterii, zaś w głębokości 3 metrów nawet zanieczyszczonego gruntu już ich nie bywa.

Dlatego to w ostatnich czasach, skutkiem prób w różnych miejscach poczynionych, zaczęto uciekać się do studzien, a raczej pomp świdrowych, które czerpią wodę gruntową zupełnie wolną od wszelkich dopływów z zewnątrz, co ma miejsce w zwykłych pompach i studniach cembrowanych. Cembrowina nigdy nie jest o tyle uszczelniona, ażeby ścieki nie mogły się przedostawać przez szpary i zakażać wodę. To też woda takich studzien zawiera liczne bakterie. Badania około 400 warszawskich studzien wykonane przezemnie ze współudziałem W. i J. PALMIRSKICH w pracowni miejskiej wykryły prawie we wszystkich od 2,000 do 300,000 i więcej bakterii w 1 ctm. sześć.

Natomiast badania wody z pomp abisyńskich, wykonane na różnych stacyach kolei Nadwiślańskiej, gdzie te pompy za moją poradą zaprowadzono, wykryły wodę wyjałowioną (Celestynów, Praga i Otwock) lub też nieznaczne ilości bakterii zawierającą, pochodzącą z zanieczyszczeń tłoka i kłap (Otwock).

Jednogodnie z temi poszukiwaniami brzmią wyniki różnych badaczy. C. FRAENKEL w poszukiwaniach swych również dowiódł, że woda otrzymana z głębszych warstw gruntu Berlina jest zupełnie pozbawiona bakterii.

W studni abisyńskiej mamy zatem przyrząd, który pozwala nam wszędzie otrzymać wodę czystą, pozbawioną zarazków. O ile głębokość, na której znajduje się woda przenosi 26 stóp, oczywiście pompa zwykła wody nie pociągnie, gdyż ciśnienie słupa atmosfery zrównoważa na tej wysokości słup wody. Można wtedy użyć pomp artezyjskich, które posiadają podwojoną lub potrójną wysokość pompy abisyńskiej, gdzie co 26 stóp mamy zbiornik podniesionej wody. Oczywiście koszt zwykłej pompy abisyńskiej, wynoszący w Warszawie 40—60 rubli, będzie znacznie wyższy przy zastosowaniu pompy artezyjskiej.

W krótkości postaram się przedstawić wygląd i sposób działania pompy abisyńskiej. Jest to zwykła pompa, (która może być ssącą i ssąco-tłoczącą (zależnie od budowy), zakończona świdrem, ponad którym rura posiada otworki zakryte miedzianą droбноoczkową siatką. Przed wkręceniem należy wykopać dół możliwie głęboki, ażeby pracę świdra ułatwić. Następnie ująwszy rurę zapomocą rękojeści, poruszanej przez 2 ludzi, zakręcamy świder zapomocą niezbyt gwałtownych ruchów, stopniowo postępując i nieco cofając w tył, ażeby powoli wyrobić wgłębienie; gdy wnioskujemy, że rura dostała się do wody, probujemy zapomocą pompy, czy już ją wydostaje. Tłok powinien o tyle dokładnie przystawać, ażeby woda wydostawała się sama bez dolewania z góry. Inaczej woda może się zanieczyszczać. Zwykle jednak tłok i kłapa pod nim umieszczona zaczynają działać dokładnie dopiero po pewnym czasie, gdy nieco namokną, lub też gdy kłapa jest gumowa.

Po kilku miesiącach lub roku pompa zaczyna dawać mniej wody i z większym trudem. Natenczas należy rurę wykręcić i siatkę z rdzy oczyścić. Dlatego to zwracać należy uwagę na to, ażeby siatka była nie przylutowana; podobno obecnie wyrabiane bywają rury nie rdzewiejące. Szczegółów udzielić mogą większe składki machin i narzędzi rolniczych; specjalnie sprowadzają takie pompy do Warszawy Pp: Ostrowski oraz Jantzen.

Gdy grunt jest twardy, skalisty, lub też mułkowaty, gliniasty, niedający wody czystej, należy wykopać dół sięgający na metr lub głębiej poniżej poziomu wody, wstawić rurę i obsypać naokoło gruboziarnistym piaskiem. Sposób ten można zastosować wszędzie, gdzie woda jest niedaleko pod powierzchnią.

Słówek dodać muszę o sposobach przerobienia zwykłej pompy na abisyńską. W tym celu należy rurę wkręcić w dno cembrowiny, a na głębokości 1 metra pod powierzchnią cembrowinę zakryć deskami i zasypać gliną z piaskiem dla możliwego uszczelnienia. Wtedy otrzymujemy zupełne zabezpieczenie od ścieków zewnętrznych.

W zimie pompy abisyńskie należy okrywać słomą, ażeby woda ponad tłokiem nie zamarzała.

Już po napisaniu niniejszego artykułu pojawiła się w N-rze 25 Gaz. Lek. praca NENCKIEGO i TRZCIŃSKIEGO p. t. „w sprawie pochodzenia i badania wód studziennych“. Praca ta zasługuje z wielu względów na rozpatrzenie.

Przedewszystkiem autorzy nie odróżniają zanieczyszczenia od zakażenia wody. Zanieczyszczenie produktami gnicia jak chlor, azotany, siarczany wystarcza, ich zdaniem, do oznaczenia wody mianem niezdatnej, a nawet szkodliwej. Zdanie to jest mylne na zasadzie przytoczonych w mej pracy powodów a mianowicie, że nie produkty, ale ich wytwórcy i towarzysze t. j. bakterye

mogą dopiero być uważane stosownie do ilości i jakości za mniej lub więcej szkodliwy czynnik w wodzie do picia.

Podział wody studziennej na dwa rodzaje: pierwszy, pochodzący z płytszej, drugi z głębszej warstwy wodonośnej jest dowolny. Zdaniem znacznej większości obecnych badaczy, każda woda źródłana jest właściwie zaskórną czyli gruntową, bo przez warstwy przepuszczalne przechodzi, zanim do nieprzepuszczalnej się dostanie ⁴⁾ Warstwy przepuszczalne i nieprzepuszczalne mogą być tak ułożone, że w dwóch studniach obok siebie położonych woda może z różnych warstw pochodzić i niemamy właściwie możności oznaczyć, jakie warstwy woda taka przeszła, zanim się do naszej studni dostała.

Zdaniem autorów, wody zaskórne, przesiąkające do cembrowiny studziennej zakażają wodę. Tymczasem zdaniem higienistów zakażenie cholerą i tyfusem następuje wprost przez ścieki, płynące po powierzchni gruntu, sąsiadujące z cembrowiną, nie zaś przez pośrednictwo wody gruntowej.

Dlatego to ani drewniana cembrowina, ani polecana przez autorów cementowa (bardzo droga i do wprowadzenia po wsiach niemożliwa) nie zabezpieczy studni od przesiąkania, jeżeli tylko będą rynsztoki, ścieki od prania bielizny i t. p. w pobliżu takich studni, co nawiasem mówiąc, zawsze bywa. Cement na granicy powierzchni gruntu i powietrza pod wpływem mrozów popęka już pierwszej zimy, a cembrowina przestanie celowi odpowiadać bardzo prędko.

Co upoważniło autorów do twierdzenia, że studnie abisyńskie nie odpowiadają celowi — niewiem. To tylko twierdzić mogę, że zdania swego nie wypowiadaliby z taką stanowczością, gdyby w tej kwestyi osobiście więcej badań przeprowadzić zechcieli (nawiasem nadmienię, że żadna studnia abisyńska nie sięga do 30 stóp, gdyż jest to wysokość przewyższająca ciśnienie słupa atmosfery). Jak widać jednak z powyżej przeczemnie przytoczonych badań gruntu, jest on wolny od zarazków już na znacznie mniejszej głębokości.

Studnie abisyńskie w istocie za mało są dotąd u nas zbadane i rozpoznacone względnie do pożytku, jaki niewątpliwie przynieść mogą.

Jeszcze słówko co bakteriologicznego badania wody. I dawniej i teraz, chcąc zbadać wodę na ilość zawartych w niej bakteryi, bierzemy po $\frac{1}{2}$ —1 ctm. sześć. wody do pewnej ilości galarety odżywczej w celu przygotowania płytki. Liczne badania udowadniają, że dwie porcje tej samej wody nigdy nie dają tak wielkich różnic, ażeby już z pierwszego badania nie można było ocenić w badanej wodzie ilości bakteryi, należy tylko brać ściśle odmierzone ilości, nie zadawalniając się liczeniem kropel. Do badania specjalnie na bakterye cholery w istocie poleciłem niedawno metodę odmienną ⁵⁾ świeżo i przez Koch'a przyjętą ⁶⁾, którą to metodę NENCKI i TRZCIŃSKI polecają do badania bakteryi wogólności. Sposób ten wcale nie pozwala ocenić ilości ani jakości bakteryi w wodzie zawartych, gdyż ułatwia rozwój tylko przeważnie jednego rodzaju mianowicie *vibrio*. Polega on na dodaniu do kolbki, zawierającej około 100 ctm. sz. wody badanej, nieco peptonu. Niektórzy badacze polecają dodanie soli oraz mocne zalkalizowanie wody. Badając wodę taką, umieszczoną w termostacie,

⁴⁾ Tiemann Gärtner. Chemische und Bacteriologische Untersuchung des Wassers.

⁵⁾ P. Nowiny Lekarskie N-r 12. 1892.

⁶⁾ Robert Koch. Wasserfiltration und Cholera. Zeitschr. für Hygiene. Czerwiec. 1893.

po kilku godzinach, przy 37°, spostrzegamy na powierzchni silne rozmnożenie się różnych bakterii śrubowatych (*vibrio*).

Badanie chemiczne, raz jeszcze zaznaczam, wykrywa tylko produkty, a zatem musi ustępować badaniu bakteriologicznemu, które wykrywa istotną przyczynę. Co do możliwości istnienia w wodzie toksyn, przez bakterie wytworzonych, twierdzenie to nie zostało dotąd przez nikogo udowodnione, pozostaje więc teoria, z którą zostaje w sprzeczności fakt, że toksyny wytwarzają się tylko wówczas, gdy ośrodek hodowlany zawiera dość dużo ciał białkowych oraz znacznie większe ilości bakterii, niż te, jakie się w najbardziej zanieczyszczonej wodzie studziennej znaleźć mogą.

KILKA SŁÓW O ETYOLOGII BĄBLICY NOWORODKÓW.

(*Pemphigus neonatorum*).

Podał **D-r Mikołaj Warman** (Kielce).

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 32).

DOHRN, największy antagonistą tego poglądu, sam przypuszcza, że zawartość jednego pęcherzyka dostawszy się na miejsce zranione, wywołuje nowe ognisko bąblicy. Już z tego należy przypuszczać, że zawartość ta zawiera w sobie zarazek swoisty, który wywołuje na skórze noworodka pewne stałe zmiany chorobowe. Ale fakt, że bąblica zwykła występować na pewnych stałych miejscach (na brzuszku, szyjce, główce), rzadziej na kończynach, a nigdy na dłoniach i piętach, nie nasuwa nam bynajmniej myśli, że ta lub owa część skóry bywa u noworodków stale zranioną, lub nie, a prędzej przemawia za istnieniem pewnych na skórze noworodka punktów, wrażliwych na dany zarazek. W ośmiu moich przypadkach bąblicy u chłopców, wyłącznie żydowskich, rana po obrzezaniu i brzegi jej pozostały zupełnie wolne, podczas gdy sprawa chorobowa szerzyła się w blizkim jej sąsiedztwie, już to na dolnej części brzuszka, w pachwinach, na mosznie i nawet u osady prącia. Powstanie bąblicy D. tłumaczy w ten sposób, że skóra noworodków posiada pewną własność oddziaływania na wpływy mechaniczne, termiczne (na równi z Bohnem) i chemiczne wysypką pęcherzykową. Że ostatnie dwa wpływy wywołują często stan zapalny skóry, któremu towarzyszą pęcherzyki z zawartością podobną do tej, jaką widzimy przy bąblicy, nie ulega wątpliwości; ale po większej części powstaje w tych razach ognisko ograniczone, które bynajmniej nie rozszerza się tak, jak bąblica; zapalny stan może zająć całą skórę i nawet punkty nie wrażliwe na bąblicę, skoro przyczyna dotknęła skórę w całości, jak np. gorącą kąpiel.

Dla celów rozpoznania różniczkowego ważną jest rzeczą obecność w tych razach oparzeń pierwszego stopnia, obok objawów oparzeń drugiego stopnia; tymczasem przy bąblicy obok pęcherzyków, chociażby i większych, widzimy skórę zupełnie zdrową. Co się tyczy podrażnienia mechanicznego, to wobec przypuszczalnej wrażliwości skóry, jak tego chce DOHRN, bąblica powinna by stale występować u dzieci, urodzonych w stanie bezdechu (*asphyxia*), a pobudzonych do życia przez znane nam dobrze rękoczyny, zarówno jak u chłopców żydowskich po obrzezaniu, po którym używa się celem zatamowania krwawienia sposobów takich, jak wysysania, ucisku, obcisłego okręcania rany galgan-

kiem, zmaczanym w wodzie zimnej a nawet occie. Wreszcie odnośnie akuszerki, DOHRN sądzi, że ona skutkiem licznej praktyki przyzwyczaiła się do pospiesznego i szorstkiego obchodzenia się z dzieckiem, a przez to bąbllica występowała zwykle w miejscach, przez nią dotykanych, jak na głowie, brzuszku, pachwinach i t. d. Z twierdzeniem tem stanowczo zgodzić się nie można, gdyż częste wykonywanie pewnych rękoczynów i w dodatku tak pospolitych, jakich wymaga pielęgnowanie noworodków, wyrabia w krótkim czasie ogromną wprawę i zręczność, przy których daleko mniej uszkodzić można ciało noworodka, aniżeli przy niezgrabnem wprawianiu się uczennic i młodych akuszerok. Dziwnem wydaje się też, dla czego u tej samej akuszerki przed epidemicznem wystąpieniem choroby, nie zdarzały się od czasu do czasu częstsze sporadyczne przypadki bąbllicy, i skąd powstała tak raptowna zmiana w sposobie wykonywania przez nią rękoczynów, z którymi była znakomicie obytą. Zmiany takie częściej mają miejsce u początkujących. Sądzę, że fakt pojawienia się bąbllicy w praktyce akuszerki doświadczonej, co i w moich przypadkach miało miejsce, najlepiej świadczy o przypadkowem udzieleniu się akuszerkom tym zarazka, który bezpośrednio przy ich rękoczynach (*Contactinfection*) przechodził na dzieci. Że ten sposób szerzenia się bąbllicy ma rację bytu, o tem przekonywa nas fakt, iż w większości przypadków epidemia choroby podtrzymywana była przez jedną i tę samą osobę, dalej, że choroba często udziela się osobom dorosłym, które w bezpośredniej lub pośredniej pozostają styczności z noworodkiem i wreszcie, że bąbllica zwykła występować w tych miejscach, gdzie najczęściej dotykają się dzieci. W epidemii, opisaney przez KOCH'a bąbllica wystąpiła na narządach płciowych u dziecka z wrodzoną stulejką (*phimosis*), której akuszerka zmuszoną była częściej dotykać się; zwykle choroba zaczyna się na brzuszku, koło pępownicy, na pachwinach i główce, t. j. na miejscach, które wymagają największego pielęgnowania, a zatem narażone są na częste dotykanie. W przypadkach WINCKEL'a bąbllicy uległo kilka położnic i piastunek. ZECHMEISTER widział bąbllice u starszych dzieci i dorosłych, które dotykały się noworodka. U BODENSTAB'a czytamy o udzielaniu się bąbllicy matce, piastunce jej dziecka, pokojówce i kilku innym osobom. ALMQUIST i KOCH wspominają każdy o dwóch matkach, u których skutkiem karmienia, bąbllica wystąpiła na sutkach; wyżej zaś przytoczyłem przypadek udzielenia się choroby przez ręcznik (KOCH). Podczas epidemii bąbllicy w Lipskim instytucie położniczym (AHLFELD) choroba zawleczona została z zakładu tego na miasto.

Fakty te wspólnie z wieloma epidemiami, opisanymi przez RIGBY, HERVIEUX, OHLSHAUSEN i MEKUS, KLEMM'a, KOCH'a, AHLFELD'a HOMOLLE, MOLDENHAUER'a, DOHRN'a, BARBEL'a, PADOS'a, WINCKEL'a, ZECHMEISTER'a, FABER'a, BODENSTAB'a i ALMQUIST'a, dostatecznie przemawiają za tem, że bąbllicę noworodków uważać należy za chorobę, powstałą przez pierwiastek zakaźający i zaraźliwy. Na pierwiastek ten, jak nas przekonywają spostrzeżenia kliniczne, najwrażliwszą okazuje się skóra noworodków, podczas gdy skóra dorosłych przedstawia bardzo słaby grunt dla jego rozwoju. Na zasadzie spostrzeżenia tego przedsięwzięto cały szereg szczepień u dorosłych (KOCH, VIDAL, BLOMBERG, MOLDENHAUER), które dały wynik bezwzględnie pomyślny, gdyż wywołały pojedyncze ogniska, pozbawione możności szerzenia się po skórze. Znalezione w zawartości ognisk tych diplokokki DEMME uważa za przyczynę bąbllicy, te same diplokokki znalazł ZECHMEISTER, a STRELITZ zauważył żółte i białe koki i sądzi, że te ostatnie bardzo podobne są do znale-

zionych przez DEMME'go drobnoustrojów. Wreszcie ALMQUIST wyhodował z zawartości tej drobnoustrój, który, zaszczipiony na ramieniu autora, wywołał pęcherzyki bąblcowe, zawierające znaczną jego ilość. Czy wobec tego można etylogię bąblicy uważać za dostatecznie wyjaśnioną, trudno jest w danej chwili orzec, gdyż pojedyncze spostrzeżenie ALMQUIST'a nie daje nam jeszcze prawa do tego. W każdym razie wyniki badań tych prędzej trafiają nam do przekonania, niż przypuszczenie RIEHL'a, że bąblica jest chorobą pasorzytniczą, wywołaną przez grzybek bardzo podobny do *Trichophyton tonsurans*, a znaleziony u dziecka, które uległo chorobie podobnej do bąblicy. Aczkolwiek o tak ścisłym rozgraniczeniu natury bąblicy obecnie, gdy nauka o jej etylogii ostatniego słowa nie wypowiedziała, i mowy być nie może, sądzę jednakże, że wszystko, co widzimy przy łóżku chorego i co pewne rzucić może światło na istotę choroby, zasługuje na naszą uwagę. Wyżej wspomniałem, że LESSER odmawia bąblicy, wszelkich cech choroby infekcyjnej, a uważa ją za pasorzytniczą, t. j. miejscową, ograniczającą się tylko do pewnych zmian w skórze. Nie przeczę, że co się tyczy przebiegu klinicznego bąblicy, panuje w literaturze wielka zgodność; z małymi wyjątkami, widzimy przed sobą sprawę chorobową, która trwa nieraz kilka tygodni, a pomimo to zwykle kończy się pomyślnie, przyczem ogólne odżywianie chorego upada, a przypadki śmierci pomimo zatrważających cyfr ZECHMEISTER'a 6:15 (40%) albo ROESER'a — 7:35 (20%) należą do wyjątków. Ale z tem wszystkiem nie możemy z całą pewnością wykluczyć ogólnego zakażenia organizmu. Pamiętać bowiem należy, że mamy do czynienia z noworodkami, u których rozwój zmysłów i wrażliwość systematu nerwowego jest nieznaczna, a to pozbawia nas punktu oparcia, do wydania sądu o wpływie wytworów choroby na stan ogólny. Za zajęciem całego ustroju świadczy podwyższenie ciepłoty, co podług niektórych rzadko, a według innych często występuje. W obserwowanych przezemnie przypadkach objaw ten stale widziałem, jeżeli zaś w niektórych razach niema go, to fakt ten przedewszystkiem zależeć może od tego, że zwykle widzimy chorego już po przejściu początkowego okresu choroby (porównaj odrę). Znamy również niektóre choroby *par excellence* zakaźne, którym towarzyszyć może stan bezgorączkowy, jak np. niektóre przypadki róży. Ileż to razy zdarza nam się widzieć błonicę, której toksyny silnie paraliżują mięsień sercowy i powodują przez to zejście śmiertelne, a przebieg pomimo to pozostaje bezgorączkowym. Wreszcie, jak wykazał EPSTEIN, ciepłota ciała u chorych noworodków podlega częstemu i znacznemu wahaniu i tylko częste jej mierzenie w krótko po sobie następujących przerwach może mieć jakąkolwiek wartość kliniczną.

Wszystkie dane powyższe, jakoteż tendencja bąblicy do epidemicznego szerzenia się (a nawet endemicznego, jak w Instytucie położniczym w Kopenhadze) (FABER), obok spostrzeganych powikłań ze strony kiszek, opłucnej (OHLSHAUSEN) i jak w jednym z naszych przypadków ze strony otrzewny, każą mocno podejrzwać infekcyjny charakter bąblicy. Ma się rozumieć, że do ostatecznego wyjaśnienia istoty bąblicy potrzeba jeszcze studyów bakteriologicznych, w rodzaju dokonanych przez ALMQUIST'a. Pozwolę sobie nadmienić, że z zebranych przezemnie spostrzeżeń doszedłem do przekonania, iż zarazek bąblicy najłatwiej przenosi się przez ubranie. Ta okoliczność, że choroba omawiana najczęściej zdarza się w praktyce jednej i tej samej akuszerki, zdaje się być zależną od przyjętego przez wszystkie akuszerki (to samo widziałem u akuszerki berlińskiej) zwyczaju przypinania sobie pieluszki do

ubrania na czas przygotowania kąpeli dla dziecka. Pozostając długi czas w bezpośrednim zetknięciu z ubraniem, ta sama pieluszka służy następnie do owinięcia dziecka i obtarcia skóry, znakomicie przez kąpiel rozmiękczonej, przez co wzmagają się warunki do przyjęcia przypadkowo zaszczepionego zarazka. Spostrzeżenie to, osnute na fakcie udzielenia się bąblicy osobie dorosłej przez ręcznik, używany przez akuszerkę, jeszcze większego nabiera znaczenia wobec samowolnego zakończenia się obserwowanej przezemnie epidemii i to wtedy, gdy wszystkie warunki do jej trwania pozostały niezmienione, a zmianie uległo tylko ubranie akuszerki. Nie bez znaczenia pozostaje fakt tak szybkiego usunięcia długotrwałej bąblicy u M. L. i znakomitego ograniczenia czasu trwania choroby u dwojga ostatnich dzieci przez ścisłe wyjałowienie ich ubrania i pościeli ¹⁾.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Błonica

przez D-ra H. Bourges.

(La diphtherie, Paris 1892, stron 226).

Pod powyższym tytułem ukazało się w końcu roku przeszłego w „*Bibliothèque médicale Charcot-Debove*“ wychodzącej w Paryżu od roku przeszłego, dziełko znanego z licznych prac nad błonicą autora, streszczające obecny stan nauki o błonicy w sposób nadzwyczaj dokładny, bo uwzględniające wszystko prawie prace o tej chorobie (w ilości stu kilkudziesięciu), jakie się w ostatnich kilkunastu latach w różnych językach pojawiły.

W krótkim wstępie historycznym przedstawia autor stopniowy rozwój nauki o błonicy od najdawniejszych aż do najnowszych czasów i podnosi szczególnie zasługi BRETONNEAU (1818—1826), który wyosobnił i dał nazwę cierpieniu, KLEBS'a i LOEFFLER'a (1883—84), którzy odkryli lasecznika błonicowego, ROUX i YERSIN'a, którzy otrzymali jad błonicowy i wykazali jego działanie. Dalej przechodzi autor do najważniejszego i najobszerniej opracowanego działu, a tym jest: etyologia i bakteryologia błonicy.

Jedyną przyczyną błonicy jest bezsprzecznie lasecznik błonicowy KLEBS-LOEFFLER'a. Sposób, w jaki on przenosi chorobę z jednego osobnika na drugi, raczej w jaki choroba się szerzy, poznano jeszcze przed wykryciem przyrody zarazka błonicowego. W początkach b. wieku pojawiała się błonica pod postacią odosobnionych epidemii najczęściej w ważniejszych centrach; dziś stała się epidemiczną w wielkich miastach i częściej, aniżeli dawniej, szerzy się między ludnością wiejską.

Błonica pojawia się wogóle pod postacią epidemii. W okolicy, w której dotąd nigdy nie została stwierdzona, albo oddawna znikła, najprzód nagabuje kilku osobników, następnie rozszerza się, a potem znowu znika. Najczęściej zarazek zostają zanieśione przez chorego, przybyłego z okolicy, w której już epidemia panuje, lub też zarodek chorobotwórczy w danej miejscowości, pochodzący i pozostały z dawniejszych epidemii, odzyskuje swą siłę zakaźną.

Zarażenie błonicą może mieć miejsce w dwojaki sposób: może ono być bezpośrednio i pośrednio. Pierwszy sposób przeniesienia nie ulega wątpliwości; odbywa

¹⁾ *Przyp. Red.* Henoch w pracy swojej o bąblicy ostrej (Charité-Annalen, 1889), opisując kilka ciekawych jej przypadków pod względem przebiegu i powikłań, zaznacza z przyciskiem bezwzględną niezależność jej od przymiotu i twierdzi, że dotąd nie wykazano pewnej bakterii chorobotwórczej, którąby można uważać za swoistą dla bąblicy. Wyraża raczej przypuszczenie, że choroba ta powstaje pod wpływem ptomain, wytworzonych skutkiem działania różnych bakterii i że rozmaite tego rodzaju substancje, krążące we krwi, mogą wywołać tworzenie się pęcherzy na skórze.

się ono przez zetknięcie lub przez zaszczepienie. Częściej jednak jest przeniesienie pośrednie choroby. Osoby, otaczające chorego, rodzice lub lekarze, często przenoszą chorobę za pomocą swych palców lub w fałdach odzieży, za pomocą narzędzi i t. p. Powozy do przewożenia chorych, pokarmy, a szczególnie mleko, zawierające lasoczniki błonicowe, są częstym źródłem błonicy. Powietrze wydechane nie zawiera prawdopodobnie lasoczników, lecz cząsteczki błon rzekomych i śluz mogą być uniesione z powietrzem wydechanem i przenieść chorobę. Pewna ilość autorów przypuszcza, i zwierzęta: psy, koty, gołębie, króliki i t. p. mogą udzielić błonicy człowiekowi.

Co się tyczy okresu, w jakim błonica jest zaraźliwą, możliwem jest, że jeszcze przed pojawieniem się błon rzekomych zarażenie ma miejsce; pewnem jest jednak, że najbardziej zaraźliwą jest błonica w okresie rozwoju błon, a szczególnie w rekonwalescencji. Bakteryologia w zupełności potwierdziła fakt ten zdobyty obserwacją, wiadomo dziś, że ślina po zniknięciu błon rzekomych może zawierać lasoczniki błonicowe.

Błonica jest chorobą wieku dziecięcego; rzadką jest jednak u niemowląt. U dorosłych zdarza się nie często, najrzadziej u starców.

Zima jest porą roku, w której błonica najczęściej panuje.

Pewne cierpienia ostre i przewlekłe jamy ustnej, nosowej i gardzielowej; gorączki wysypkowe, połów, złe warunki higieniczne, nędza stanowią momenty, usposabiające do błonicy.

Działającą jednak przyczyną jest zawsze lasecznik LOEFFLER'owski, który zetknąwszy się z błoną śluzową lub obnażoną skórą na niej się usadawia, wywołuje rozwój błony rzekomej, w powierzchownych jej warstwach się rozmnaża, lecz nie wnika do obiegu krwi, a wydzielając jad, który przechodząc do obiegu krwi spowodować może swoiste otrucie.

Lecz to jeszcze nie wszystko; obok laseczniaka błonicowego spotyka się wspólnie z nim w błonach rzekomych i inne drobnoustroje niestające wprawdzie, lecz niektóre z nich są chorobotwórczymi i mogą modyfikować przebieg choroby, wywołując wtórne zakażenie. Skąd rozpatrzyć oddzielnie należy laseczniaka błonicowego, ciało trujące przez niego wydzielane i zakażenie wtórne przy błonicy.

Lasecznik błonicowy. Autor podaje sposoby przygotowania preparatów do badań bakteryologicznych nad laseczniakiem błonicowym, a mianowicie sposoby otrzymania kawałków błony fałszywej z gardzieli, sposoby barwienia LOEFFLER'a, ROUX; następnie krośli własności morfologiczne laseczniaka błonicowego, jego czyste hodowle na różnych ośrodkach, jak surowicy LOEFFLER'a, surowicy zwyczajnej, żelatynie, bulionie, a następnie przechodzi do bardziej interesującego pod względem praktycznym działu, t. j. do badań doświadczalnych nad laseczniakiem błonicowym, a mianowicie do szczepień. Od czasu BRETONNEAU robiono próby szczepienia błon rzekomych zwierzętom; wyniki otrzymane nie były jednak decydujące. Dopiero od czasu, gdy udało się odosobnić z błon czyste hodowle laseczniaka błonicowego, próby szczepienia dokonane na zwierzętach dostarczyły pewniejszych danych. Obnażywszy błonę śluzową gardzieli u kur i gołębi, łącznicę u królików, pochwę u świń morskich i umieściwszy na tak obnażonej powierzchni cząsteczki czystych hodowli laseczniaka błonicowego zapomocą platynowej igły otrzymamy błony zupełnie analogiczne z błonami rzekomymi u ludzi przy błonicy. Te same wyniki otrzymamy, szczepiąc czyste hodowle na obnażonej zapomocą pryszczydła skórze ucha królika, tchawicy u królika lub gołębia, u których też zauważymy objawy krupowe.

Przy tego rodzaju cierpieniach, jakoteż przy szczepieniach zapomocą zastrzykiwań czystych hodowli do żył otrzymamy na drodze doświadczalnej porażenia tak charakterystyczne dla sprawy błonicowej (ROUX i YERSIN). Oprócz tego u królików w ten sposób szczepionych znaleziono przy oględzinach pośmiertnych tłuszczowe zwyrodnienie wątroby, obrzmienie gruczołów i przekrwienie trzewiów brzusznych i ostre zapalenie nerek.

Nakoniec u zwierząt szczepionych podobnie jak u ludzi przy błonicy lasecznik błonicowy wywołuje swoiste otrucie. Tak LOEFFLER, jak i ROUX i YERSIN znajdowali lasoczniki błonicowe tylko w miejscu szczepienia, nigdy zaś we krwi; nawet przy zastrzykiwaniu do żył już po 16 godzinach nigdy go nie znajdowali we krwi i w narządach wewnętrznych.

Stale znajdowanie laseczniaka LOEFFLER'owskiego w błonach rzekomych u chorych na błonicę, jako też szczepienia, dokonane na zwierzętach, dowodzą niezbicie, że

lasecznik ten, sprowadzający z początku zakażenia miejscowe z wytworzeniem błony rzekomej, następnie szybko ogólne otrucie ustroju, wyrażające się porażeniami, białkomooczem i t. p. jest chorobotwórczy i swoisty dla sprawy błonicowej.

Lasecznik błonicowy zachowuje swą żywotność tak w ustroju jak i po za ustrojem przez długi czas.

Gdy błony znikły, a zatem gdy nastąpiło wyzdrowienie z błonicy często zarazek błonicowy jeszcze istnieje. Znajdywano go w jamie ustnej rokonwalescentów w 3 lub 4 nawet w 13, 14 dni po wyzdrowieniu z błonicy, a otrzymane hodowle posiadały siłę zakaźną dla zwierząt. Fakt ten ma bardzo ważne znaczenie praktyczne i objaśnia prawdopodobnie przyczyny powrotów choroby.

Po za ustrojem lasecznik błonicowy przechowuje się jeszcze dłużej. Można w ciągu wielu miesięcy stwierdzić jego siłę zakaźną w hodowlach, przechowywanych na surowicy, bulionie przy ciepłocie pokojowej.

Ciepłota do 45°, wysychanie nie niszczy jego żywotności, stąd bezpożytecznem jest stosowanie przeciw szerzeniu się błonicy suchego ciepła. Błona rzekoma, zasuszona w bieliźnie i umieszczona w zamkniętem miejscu, pozbawiona wilgoci i światła, w ciepłocie pokojowej dają jeszcze po kilku miesiącach hodowle lasecznika błonicowego.

Zniszczenie lasecznika błonicowego następuje w różny sposób. Może ono być samodzielnem jak w ustroju, w którym laseczniki błonicowe znikają, w miarę jak stan chorego się poprawia, lub też po za ustrojem w starych hodowlach, w których po dłuższym lub krótszym czasie zaszczipione nanowce nie dają więcej hodowli. Laseczniki zasuszone przechowane w ciepłocie 45° w ciągu 5 dni jałowiej. Wilgoć i światło niszczy ich żywotność. Laseczniki błonicowe, zawieszone w powietrzu i wystawione na deszcz i na działanie słońca, w ciągu 1½ miesiący giną niewątpliwie. Ciepło wilgotne 58° zabija zawsze laseczniki błonicowe w ciągu kilku minut, tem się tłumać pięknie pod względem profilaktyki wyniki otrzymywane w szpitalach zapomocą gorącej pary.

Zniszczenie lasecznika błonicowego zapomocą środków przeciwnilnych następuje bardzo łatwo. Roztwór sublimatu 1 na 8000, kwasu karbolowego 1 na 100, nadmanganianu potasu 1 na 200 wystarcza do bezpośredniego zniszczenia najbardziej jadowitych laseczników.

Mieszanina, która dotąd dała najlepsze wyniki, jest następująca: Kwasu karbolowego 5 grm., kamfory 20 grm., gliceryny 25 grm.. BARBIER niedawno wykazał, że fenol sulforycynowy jest jeszcze skuteczniejszy.

Na nieszczenie, wyniki, w ten sposób osiągnięte po za ustrojem, nie są ani tak dokładne, ani tak szybkie, gdy idzie o ustrój ludzki zakażony błonicą, co się tłumaczy trudnością osiągnięcia swoistego lasecznika we wszystkich zagłębieniach jamy ustnej i gardziolowej.

Nie wszystkie laseczniki błonicowe, nagromadzone w gardzieli chorych na błonicę, są obdarzone jednakową siłą zakaźną; przekonać się o tem łatwo przy doświadczeniach na zwierzętach, które po zaszczipieniu równych ilości hodowli zdychają nie w jednakowym czasie. Nie zawsze jednak stosunek między siłą zakaźną lasecznika błonicowego, a ciężkością cierpienia jest proporcjonalny, co jeszcze bardziej dowodzi, że lasecznik błonicowy sam nie wystarcza do wywołania choroby i że przy rozwoju jej wielką rolę przypisać należy podłożu i zakażeniom wtórnym. (D. c. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

124. Prof. R. KOCH. Stan obecny bakteriologicznego rozpoznania cholery. Na tysiące dające się obliczyć bakteriologiczne doświadczenia, poczynione w czasie ubiegłych epidemii cholery we Francyi, Hiszpanii, Włoszech i południowej Ameryce, wreszcie w ciągu zeszłorocznej ogólnoeuropejskiej epidemii, pozwalają nam ustalić prawo, że lasecznik cholery stale towarzyszy każdemu przypadkowi tej choroby i że wykazanie tych mikrobow jest równoznaczne z rozpoznaniem cholery azyatyckiej. Nie znaczy to bynajmniej by i *vice versa*, ujemne wyniki poszczególnych poszukiwań mogły nas uspokoić co do jakiego podejrzanego przypadku. Wyniki takie mogą łatwo powstać wskutek technicznych braków badania lub nieod-

powiednio wybranej do badania chwili, nie osłabia to jednak zupełnie wyżej przytoczonego prawa. Co się tyczy swoistego charakteru laseczników cholerycznych, jest to fakt, o którym nie może zwątpić nikt, kto posiada dostateczne wiadomości z bakteriologii i nauki o chorobach zakaźnych; jeżeli zaś autor wspomina o tem, a nawet podkreśla te słowa we wstępie do swej pracy, czyni to tylko dlatego, że jeszcze obecnie mamy lekarzy, którzy wątpią o przyczynowym stosunku omawianych laseczników do cholery, pomimo, że nie posiadają najmniejszego dowodu, aby swe poglądy uzasadnić.

Pojedynczy przypadek cholery azyatyckiej bywa nieraz bardzo trudno odróżnić klinicznie od cholery swojskiej, cholery dziecięcej, niektórych postaci zapalenia otrzewny, zatrucia arsenikiem oraz pewnymi organicznymi jadami. Dopiero zakaźny, epidemiczny charakter choroby, wyrażający się w powstawaniu grup zachorowań i obejmowaniu coraz szerszych terytoriów, wraz ze znacznym procentem zejść śmiertelnych, pozwalają nam przeprowadzić różniczkowanie na korzyść cholery azyatyckiej. Na szczycie (*acme*) epidemii badanie bakteriologiczne każdego poszczególnego przypadku nie jest konieczne, chociaż byłoby ono pożądanę, przynajmniej w mniej wyraźnie przebiegających przypadkach, a to w celu uchronienia się od możliwych błędów. W szpitalach zaś należałoby prowadzić takie badanie na przyszłość w daleko szerszym zakresie, chociażby z tego powodu, że wyjaśnionem zostało, iż wypróbnienia cholerycznych jeszcze długi czas po właściwym napadzie zawierają laseczniki cholery; pozwalałoby to dokładnie określić czas, w jakim chorzy mogą szpital opuszczać. Właściwe wszakże pole dla bakteriologicznych poszukiwań tworzą początek i koniec epidemii, te dwie chwile, kiedy nieraz o dzień jeden opóźnione lub przedłużone rozpoznanie może spowodować nieobliczone nieszczęście na przyszłość. Stosuje się to przedewszystkiem do najłżejszych przypadków cholery, a nawet takich, gdzie laseczniki tej choroby wykrywane były w stałych wypróżnieniach, zdawałoby się, zupełnie zdrowych robotników.

Metoda, podana pierwotnie przez autora, a polegająca na zasadzie płytek żelatynowych, jak wykazała ostatnia pandemia, nie zawiodła nigdy, przynajmniej w zręcznych i wprawnych rękach. Posiada ona jednak dwie niedogodności: nie jest zupełnie pewna, gdy chodzi właśnie o te najłżejsze przypadki niewątpliwiej cholery, w których ilość laseczników bywa niekiedy bardzo nieznaczną i zostawia nieco do życzenia, gdy chodzi o szybkość rozpoznania. Te względy wywołały cały szereg prac różnych autorów, które się wreszcie złożyły na pewną systematyczną całość metody, używanej obecnie w instytucie chorób zakaźnych w Berlinie.

1) **B a d a n i e m i k r o s k o p o w e.** Przygotowujemy przedewszystkiem preparat mikroskopowy z zawartości kiszek trupa, lub wypróżnień chorego. Wybieramy do tego zwykle kłaczki śluzowe, pływające w płynie, rozpościeramy na szkiełku pokrywkowym i barwimy słabym roztworem fuksyny ZIEHL'a. Pod mikroskopem możemy otrzymać różne obrazy. Nieraz mamy prawie czystą kulturę laseczników cholerycznych, innym razem obok tych ostatnich spotykamy zwykle bakterie przewodu pokarmowego, przeważnie *bac. coli*, w najrozmaitszej ilości. Charakterystycznym jednak dla cholery azyatyckiej jest ugrupowanie prątków cholerycznych w tych razach, jeżeli ilość ich przeważa nad ilością innych bakterii. Grupują się one przeważnie w tych miejscach preparatu, gdzie śluz bywa wyciągnięty w długie niteczki i tworzy równoległe rzędy z najdłuższą osią, zwróconą zawsze w jednym kierunku. Jeżeli jednak w danym przypadku brak nam takiego ugrupowania, a pomimo to obok rozrzuconych laseczników, podobnych do cholerycznych, znajdujemy wyłącznie *bac. coli*, to również możemy być pewni, że mamy do czynienia z cholera; są to dwie cechy, na zasadzie których możemy postawić prawie nieomylną dyagnozę. Nie potrzeba chyba dodawać, że wprawne oko przy odróżnianiu pojedynczych laseczników gra tutaj, jak zwykle, niepoślednią rolę.

2) **H o d o w l e p e p t o n o w e.** Do hodowli tych używamy 1% wodnego roztworu peptonu z dodatkiem (1 na 100) soli kuchennej. Roztwór taki powinien być wyraźnie alkaliczny; ilość jednak dodawanego alkali określić z góry niepodobna, gdyż nie każdy gatunek peptonu zawiera go w jednakowej ilości; prócz tego należałoby się upewnić i co do dobroci kupionego peptonu, robiąc próbną szczepionkę cholery, gdyż i pod tym względem spotykamy w handlu rozmaite gatunki peptonu. Otóż do pewnej ilości takiego wyjałowionego roztworu peptonu doda-

jemy kilka kropelek wypróżnień zaczerpniętych uszkiem platynowego druczka, lub wyłowiony kłaczek śluzu i wstawiamy do termostatu przy 37° C. Laseczniki cholery odznaczają się wyraźnem dążeniem do tlenu i nader szybko się w takim roztworze rozwijają. Wskutek tego wznoszą się one ku powierzchni płynu, podczas gdy inne bakterye kałowe, przynajmniej do pewnego czasu, przeważnie opadają na dno. Nieraz już po 6 godzinach od chwili zaszczepienia można otrzymać na powierzchni peptonu czystą hodowlę przecinkowców. Chwilę tę, owe *optimum* rozwoju, należy uchwycić dla każdej analizy z osobną; wogóle mówiąc, waha się ona pomiędzy 6 i 12 godziną od czasu zaszczepienia. Jest to metoda łatwa, dogodna, względnie szybko dająca pewne wyniki i daleko pewniejsza od metody płytek żelatynowych, szczególnie w niewyraźnie przebiegających przypadkach.

3) *Hodowle na płytkach żelatynowych*. Metoda ta powinna być zawsze uzupełnieniem poprzednio opisanej, ze względu na te charakterystyczne obrazy, które przy stosowaniu jej otrzymujemy. Jest ona powszechnie znana i we wszystkich podręcznikach opisywana. Autor nie dopełnia jej żadnemi szczegółami, zwraca tylko uwagę, że najlepiej robić trzy rozcieńczenia i wylewać żelatynę na płytki PETRI'ego. Chcąc otrzymać możliwie szybkie wyniki, należy płytki trzymać w jednostajnej ciepłocie, mianowicie w termostacie przy 22° C. Dla do-brze spreparowanej 10% żelatyny jest to właśnie punkt, leżący bezpośrednio poniżej punktu jej topnienia. Przy takim postępowaniu już po 15 do 20 godzinach otrzymujemy na płytkach typowe obrazy kolonii bakteryi cholery.

4) *Hodowle na płytkach agarowych*. Metoda ta jest tylko odmianą poprzedniej. Nie przedstawiałaby ona sama przez się zbyt znacznych dogodności, gdyby nie ta okoliczność, że pozwala na trzymanie płytek przy 37° C. w termostacie--a więc już po 8 do 10 godzinach daje nam zupełnie rozwinięte kolonie. Co się tyczy samej techniki przygotowania tych płytek, to jest ona nieco odmienna od postępowania z płytkami żelatynowymi. Rozlewamy przede wszystkim czysty agar na płytki PETRI'ego; gdy się już na powierzchni agaru zbierze woda kondensacyjna, wstawiamy płytki do termostatu, by ułatwić wyparowanie tej ostatniej. Dopiero teraz po powierzchni tak przygotowanych płytek rozcieramy uszkiem platynowem nieznaczna ilość wypróżnień i zostawiamy płytki w termostacie przy 37° C. Kolonie laseczników cholery nie dają nam takich typowych obrazów na płytkach agarowych, jak na żelatynowych. Są to dosyć duże kolonie o jasnym, szarawo-brunatnym, przejrzystym wyglądzie, podczas gdy inne bakterye wodne i kałowe, tworzą bardziej matowe kolonie. Wobec tego kontrola za pomocą preparatów mikroskopowych jest tutaj konieczna. Metoda ta jest dosyć dogodnem uzupełnieniem metody hodowli peptonowych.

5) *Odczyn indolowy*. Odczyn ten, odkryty jednocześnie przez BUJWIDA i DUNHAMA ¹⁾, polega na tem, że po dodaniu kwasu siarczanego lub solnego do hodowli p. cholery, zawierających indol i kwas azotawy, powstaje czerwone zabarwienie. Inne bakterye wytwarzają podobnie jak i laseczniki cholery indol, lub redukują kwas azotny do kwasu azotowego, być może zresztą, że istnieją również mikroby, które posiadają obydwie te własności wspólne z bakteryami cholery, ale żaden gatunek podobny z postaci do laseczników cholery nie wydziela indolu i kw. azotawego jednocześnie tak szybko. Jest to właśnie przyczyna, dla której nadajemy tej reakcyi takie pierwszorzędne znaczenie rozpoznawcze. Ażeby jednak otrzymać próbę indolową w należytej czystości, należy zwrócić uwagę, żeby reakcyę tę robić z czystą hodowlą peptonową laseczników cholery, żeby gatunek peptonu zawarty w odżywce był odpowiednio dobrany (pepton handlowy zawiera rozmaite ilości azotonów, czem się prawdopodobnie objaśnia, że nie każdy gatunek daje jednakowo dobre wyniki przy tej reakcyi), i żeby wreszcie kw. siarczany, dodawany do hodowli, był zupełnie wolny od kw. azotawego.

¹⁾ W N-rze 31 Deut. med. Woch. prof. Schottelius prostuje cytate Koch'a jakoby D-r Dunham z Bujwidem jednocześnie podał reakcyę na cholere (Choleraroth). Schottelius dodaje, że Bujwid pracę swą opublikował w drugim tomie Zeitschr. f. Hyg. 1887 r. zaś D-r Dunham wprowadzie w tym samym roczniku Zeitschr. f. Hyg. lecz znacznie później. Prócz tego Dunham powołuje się na pracę Bujwida. (*Przypisek Redakcyi*).

6) **Próba na zwierzętach.** Do tego celu używamy zwykle morskich świnek, którym szczepimy do jamy otrzewny za pomocą strzykawki pewną ilość czystej hodowli laseczników cholery. Podług przepisu podanego Przez PFEIFFER'a wykonywamy to w następujący sposób: z hodowli stałej, nie płynnej, najlepiej agarowej (np. płytki), zeszkrobujemy za pomocą uszka platynowego około 1,5 mgr. Hodowli na 300—350 grm. wagi zwierzęcia, mieszamy to z 1 ctm. sz. wyjałowionego bulionu i wstrzykujemy do otrzewny. Przy tym rękoźcznie należy pilnie baczyć, by nie przebić igłą wraz z otrzewną i jakiej pętlcy kiszk; cała próba mogłaby tym sposobem chybić zupełnie celu. Próba ta jest bardzo ważna, gdyż objawy, wywołane przez takie zastrzyknięcie, między innymi szybki spadek ciepłoty i śmierć, są charakterystyczne dla laseczników cholery.

Sześć wyżej opisanych manipulacji przedstawia to wszystko, co się obecnie robi w pracowniach przy rozpoznawaniu laseczników cholery.

Następujący sposób prowadzi do celu w najkrótszym czasie.

1. Przedewszystkiem przygotowujemy preparaty mikroskopowe, o ile to możliwe, z kłacek śluzowych. Jeżeli otrzymujemy charakterystyczne ugrupowanie laseczników, lub jeżeli preparat wykazuje czystą ich hodowlę, to już wtedy możemy powiedzieć, że mamy do czynienia z cholerą azyatyką. Dla pewności jednak przygotowujemy natychmiast płytkę żelatynową i hodowlę peptonową i pierwszą umieszczamy w termostacie przy 22°C. drugą w termostacie przy 37°C. Po 8 godzinach mniej więcej otrzymujemy na powierzchni hodowli peptonowej czystą kulturę laseczników cholery; z hodowlą tą przerabiamy wtedy reakcję indolową. Na płytce żelatynowej już po 20 godzinach rozpoznajemy charakterystyczne formy kolonii.

2. Jeżeli wyniki badań mikroskopowych nie są pewne, przygotowujemy natychmiast płytki żelatynowe, hodowle peptonowe i, o ile to możliwe, płytki agarowe. Już po 6 godzinach zaczynamy poszukiwać laseczników cholery na powierzchni hodowli peptonowych. W razie znalezienia, robimy natychmiast z tej hodowli nowe płytki agarowe. Po 10 godzinach te ostatnie wraz z pierwotnymi płytkami żelatynowymi są już gotowe—rozpoznanie więc nasze można jeszcze sprawdzić za pomocą nowej hodowli peptonowej i reakcji indolowej.

3. Może się jednak zdarzyć taki przypadek, że z hodowli peptonowej otrzymujemy laseczniki cholery dosyć późno i w nieznacznej ilości, a na płytkach żelatynowych znajdujemy tylko pojedyncze, lub nietypowe kolonie. Przygotowujemy wtedy z hodowli peptonowych świeże płytki agarowe; jeżeli te ostatnie jeszcze nam nie dają pewnych wyników, robimy z nich znów świeże płytki agarowe, żelatynowe i hodowle peptonowe, w końcu reakcję indolową i próbę na zwierzętach. Nawet w tego rodzaju trudnych przypadkach już po 2 dniach jesteśmy w stanie nasze rozpoznanie ustalić.

Co się tyczy poszukiwań laseczników cholery w wodzie (studziennej, rzecznej i t. p.), to i wtedy metoda badania powinna być zmieniona w myśl wyżej opisanych procedur. Uwzględnić tutaj musimy jednak dwie okoliczności: laseczniki cholery mogą znajdować się w wodzie w znacznym rozcieńczeniu, a liczne wodne bakterie bardzo łatwo mogą przeważać w hodowlach poszukiwane przecinkowce. Z tych względów używamy obecnie w takich poszukiwaniach metody, na myśl której wpadli jednocześnie autor, BUJWID, van ERMENGEM i AREUS: do możliwie dużej ilości (np. 100 ctm.) badanej wody dodajemy wprost peptonu i soli kuchennej w stosunku 1 na 100 i wstawiamy tę mieszaninę do termostatu przy 37°C. Po 10, 15 i 20 godzinach przygotowujemy z tej hodowli peptonowej płytki agarowe, badamy pod mikroskopem te kolonie, które nam się wydają podejrzanymi i jeżeli one rzeczywiście składają się z laseczników, podobnych do p. cholery, hodujemy je dalej, żeby otrzymać czyste hodowle i ażeby zużytkować je do reakcji indolowej i próby na zwierzętach. Musimy przypomnieć tutaj, że w wodach rzecznych i studziennych spotykamy nieraz laseczniki, podobne do p. cholery i morfologicznie i ze względu na swój rozwój na powierzchni hodowli peptonowych. Rosną one jednak inaczej na płytkach żelatynowych i agarowych, nie dają reakcji indolowej i na morskie świnki nie działają chorobotwórczo.

Wact. Orłowski.

(*Zeitsch. f. Hyg. u. Infektionsks. I. XVI. 1893*).

125. UFFELMANN. O przenoszeniu się laseczników cholery z kurzem przez powietrze. Autor na podstawie doświadczeń swych z ziemią ogrodową, piaskiem i kurzem, nasyonami wodą lub kałem, w których znajdowały się w dużej ilości

laseczniki cholery, przychodzi do następujących wniosków: przy wysuszeniu na powietrzu przy 15—17° R. cienkiej warstwy ziemi, piasku lub kurzu bez dostępu światła słonecznego, większość laseczników cholery przeważnie ginie już po 24 godzinach, część jednakże, przy przeszczepianiu ziemi na żelatynę lub przy rozdmuchiowaniu górnej warstwy wysuszonej ziemi pod płytkami z żelatyną lub miseczkami z mlekiem, może być wykryta po 48 godzinach, w wyjątkowych zaś razach nawet po 3 dobach. Wobec tej własności laseczników cholery możliwym jest, że wraz z unoszonym przez wiatr lub przez mechaniczne działanie np. zamiatanie kurzem przedostawać się one mogą do przewodu pokarmowego ludzi, do wody jezior, rzek i t. p.

Autor przyznaje jednak, że tego rodzaju przenoszenie się w naturze zdarza się nie często, ponieważ z chwilą wysuszenia ziemi albo kurzu ilość laseczników zmniejsza się w nich dość szybko, i ponieważ światło słoneczne zabójczo działa na laseczniki cholery, doświadczenia jednak autora dowiodły możliwości przenoszenia się żywych laseczników cholery z kurzem i pyłem powietrza.

(*Berliner Klin. Woch.* 1893 N. 26).

F. Sylwestrowicz.

126. O. BESCHORNER. **O przewlekłym włóknikowym zapaleniu oskrzeli.** Włóknikowe zapalenie oskrzeli jest cierpieniem bardzo rzadkiem. Występuje ono pierwotnie lub wtórnie, przebieg jego może być ostry, podostry i przewlekły. U dzieci spotyka się tylko postać pierwszą. Jedynym objawem patognomonicznym jest charakterystyczna plwocina, składająca się z widłowato rozgałęzionych pasemek i nitek. Wydzielina ta pojawia się w 2-jej połowie pierwszego, lub pierwszej połowie drugiego tygodnia choroby i trwa dłużej lub krócej w miarę tego, czy choroba przechodzi w stan chroniczny, czy też kończy się zupełnym wyzdrowieniem. Postać ostra zaczyna się najczęściej od gorączki, dochodzącej nawet do 40°, towarzyszy jej suchy, męczący, kurczowy kaszel, ból w piersiach, poty i nieobfita, niekiedy krwawo zabarwiona plwocina—słowem wszystkie objawy ostrego zapalenia oskrzeli.

Po kilku dniach duszność i sinica wzrastają, kaszel się wzmaga i w plwocinie zjawia się skrzep, który w wodzie rozwija się i przyjmuje kształt odlewu z bocznymi rozgałęzieniami. Wtedy następuje znaczna poprawa, trwająca aż do wystąpienia nowego napadu. 50% przypadków kończy się śmiercią przez zatrucie kwasem węglanym lub przez uduszenie, jeżeli liczne skrzepy, odrywając się, zatkają tchawicę i głośnię; do rzadkich wyjątków należy stopniowe słabnięcie objawów chorobowych, prowadzące do zupełnego wyzdrowienia po 2 tygodniach trwania choroby; reszta przypadków przechodzi w postać podostrą, a z tej w chroniczną.

Zwykle jednak typowa chroniczna postać rozpoczyna się inaczej. Do trwającego lata całe nieżyty oskrzeli z astmatycznymi napadami lub bez nich, przyłącza się naraz bez dreszczów i gorączki, bez żadnej wyraźnej przyczyny ból w piersiach, niepokój, duszność, nawet objawy duszenia się; wszystko to ustępuje wnet po wykrztuszeniu jednego lub kilku kłębków skrzepłego włóknika. Podczas samych napadów i w przerwach pomiędzy nimi chory czuje się zupełnie dobrze, nie przerywa swych zajęć; siły, waga ciała, odżywianie nie ulegają żadnym lub bardzo małym zmianom. Postać ta przebiega zawsze bez gorączki.

Opukiwanie i osłuchiwanie żadnych charakterystycznych objawów nie dostarcza.

Ostra postać włóknikowego zapalenia oskrzeli trwa do 2 tygodni, długość trwania dla postaci przewlekłej oznaczyć niepodobna.

Wyleczenie zupełne postaci przewlekłej jest rzeczą nader wątpliwą, cierpienie to nie jest jednak wcale dla ustroju groźne.

Etyologia i patogenesa tego cierpienia jest jeszcze bardzo ciemna i poglądy autorów różnią się znacznie.

Co się tyczy zmian anatomicznych przy włóknikowym zapaleniu oskrzeli, to odróżniać należy zmiany rozlane od ograniczonych. Pierwsze, dotyczące tchawicy i oskrzeli aż do najdrobniejszych ich rozgałęzień, towarzyszą tylko postaci ostrej; drugie polegają na zaczerwienieniu, przekrwieniu i obrzęku błony śluzowej zajętych oskrzeli. Sam skrzep bezpośrednio po wypluciu ma kształt białawego kłęбка, otoczonego śluzowo-krwawym płynem i dochodzącego wielkości gołębiego jaja. Rzucony w wodę, skrzep rozwija się stopniowo i przyjmuje wyżej opisany kształt; długość, grubość i forma skrzepu odpowiadają miejscu pochodzenia; na końcach najcieńszych rozgałęzień znajdują się często włókna spiralne CURSCHMANN'a a w nich, kryształ LEYDEN'a.

Badając budowę skrzepów pod drobnowidzem, widać, że składają się one z włóknistej tkanki, w której leży wiele leukocytów, kropelek tłuszczu i komórek nabłonkowych.

Twierdzenie, iż są to skrzepy włóknika, opierają wszyscy autorowie na fakcie, że woda i roztwór soli nie rozpuszczają ich, zaś rozpuszczają się one w wodzie wapiennej. Od kwasu octowego skrzepy pęcznieją, od jodu barwią się na żółto. Dla sprawdzenia natury włóknikowej nie używał żaden z autorów metody barwienia WEIGERT'a. Ilość skrzepów jest bardzo zmienna.

Leczenie ma za zadanie: 1) rozmiękczyć utworzone skrzepy, 2) zapobiedz tworzeniu się nowych, 3) usunąć nieżyty oskrzeli oraz inne powikłania i podnieść siły chorego. Najlepsze usługi oddaje wdychanie pary i inhalacye składające się z *Aq. Calcis* 2,5 *Aq. destillatae* 40,0 *Liq. natr. caust. gtt. XX*.

Srodek wymiotny, w odpowiedniej chwili zaordynowany, może się okazać nader skutecznym, zalecać tu trzeba przedewszystkiem podskórne zastrzykiwanie apomorfiny 0,006—0,008 p. dosi; działa ona szybko i nie ujawnia żadnego działania ubocznego. WUNDERLICH zaleca jodek potasu, BIERMER preparaty ręcione.

Badanie wydzielonych skrzepów w przypadku autora wykonane wraz z prof. NEELSEN'em doprowadziły do przeciwnych wyników, niż wyżej wspomniane i powszechnie przyjęte. W przypadku tym skrzepy nie były skrzepami włóknika, ponieważ nie pęczniały w kwasie octowym i nie barwiły się wcale według metody WEIGERT'a, lecz składały się ze zgęszczonego śluzu. Ponieważ przypadek ten odpowiadał najzupełniej typowi przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli, a jednak na miano to nie zasługiwał, przeto mniema autor, że wszystkie znane z literatury przypadki nie były rzeczywistymi, lecz wrzekomo—włóknikowym zapaleniem oskrzeli (*pseudocroup*). Tym sposobem zdanie MARELAURINE'a, że przy pewnych postaciach zapalenia oskrzeli tworzą się skrzepy ze zgęszczonego śluzu, osiadającego na ścianach oskrzeli, zdanie wypowiedziane przed stu laty, musi być uznane za słuszne, samą zaś chorobę, nazwać trzeba zapaleniem oskrzeli śluzowem (*bronchitis mucinosa plastica*). (*Samml. Klin. Vort. Vollmann's N. 73*). S. P.

127. H. GUTZWILLER. **Przypadek jednoczesnej ciąży zewnątrz-maciczej i wewnątrz-maciczej. Zestawienie i uwagi, dotyczące tego rodzaju przypadków.** Pomimo, iż przypadki jednoczesnej ciąży zewnątrz-maciczej i wewnątrz-maciczej, są bardzo rzadkie, autor zebrał jednak z literatury 17 tego rodzaju przypadków, nie uwzględniając przytem przypadków, t. zw. płodu skamieniałego (*lithopaedion*). Do treściwego opisu tych przypadków autor dodaje szczegółowy jeszcze opis jednego, operowanego przez prof. COURVOISIER'a w Bazylei, w którym u 35-letniej wielorodki rozpoznano ciążę zewnątrz-maciczną, i z powodu ropienia worka płodowego dokonano cięcia brzuszego. Wydobyty płód, obumarły od dłuższego czasu, odpowiadał ósmemu miesiącowi ciąży (długość 43 ctm., waga 2150 grm.). Następnego dnia po dokonany rękoczyn nastąpiło poronienie płodu trzymiesięcznego (długość 9 ctm.). Operowana wyzdrowiała.

W końcowych uwagach, autor zaznacza, że w przebiegu przypadków jednoczesnej ciąży zewnątrz-maciczej i wewnątrz-maciczej napotyka się wielkie różnice, a mianowicie: w niektórych przypadkach worek płodowy ulega pęknięciu, a ciężarna umiera, przyczem niekiedy kilka godzin przed śmiercią roni; w innych znowu następuje poronienie płodu wewnątrz-macicznego, a zewnątrz-maciczy rozwija się dalej lub też ulega zmianom, właściwym ciąży zewnątrz-maciczej; wreszcie oba płody rozwijają się do kresu ciąży i powikłania występują dopiero podczas porodu, a wtedy: a) może nastąpić poród naturalny, lub sztuką dokonany płód wewnątrz-macicznego, a płód zewnątrz-maciczy pozostaje i bądź to obumiera i ulega skamienieniu lub zropieniu; bądź też zostaje wydalony przez cięcie brzuszne; bądź wreszcie worek płodowy ulega pęknięciu i sprowadza zgon ciężarnej; albo też b) płód zewnątrz-maciczy zostaje usunięty przez cięcie brzuszne i przytem przypadkowo wykrywa się współistnienie płodu wewnątrz-macicznego i wtedy można ciążę pozostawić jej własnemu losowi, albo też przerwać ją sztuką. Nadto, płód zewnątrz-maciczy może uleść obumarciu i po zropieniu worka płodowego, zostaje wydalony na zewnątrz, a płód wewnątrz-maciczy może się rozwijać prawidłowo. Nakoniec, jak to miało miejsce w opisanym przez autora przypadku, płód obumarły wskutek ropienia worka płodowego został wydalony przez cięcie brzuszne, a wkrótce potem nastąpiło poronienie płodu wewnątrz-macicznego.

Rokowanie co do życia ciężarnej i płodu w przypadkach tego rodzaju jest niepewne: większość bowiem ciężarnych zmarła (10 przypadków, z tych tylko w dwóch dokonano cięcia brzuszego); co do płodów, to tylko w jednym przypadku płody były donoszone i zachowane przy życiu, w pozostałych zaś było zaledwie sześć płodów żywych (wszystkie wewnątrz-maciczne). Rozpoznanie w tego rodzaju przypadkach jest bardzo trudne, prawie niemożliwe: dopiero jakieś zdarzenie nadzwyczajne, niespodziewane w przebiegu ciąży, rozpoznanie ułatwia, gdy np. po poronieniu płodu wewnątrz-macicznego lub po wydaleniu przez ropy części płodu z wewnątrz-macicznego, pozostały guz, *resp.* macica dalej się rozwija.

Leczenie winno mieć na celu przeważnie zachowanie życia matce.

Ciażę wewnątrz-maciczną należy traktować, jako niepewnikłą, o ile nie zachodzi przeszkoda ze strony zewnątrz-macicznego worka płodowego; wtedy należy przeszkodę usunąć przez dokonanie cięcia brzuszego, a następnie dopiero w razie bezwzględnej potrzeby należy przystąpić do wydobycia płodu wewnątrz-macicznego. W późniejszych okresach ciąży zewnątrz-macicznej należy podług autora zwracać uwagę, czy płód żyje, czy też obumarł. W pierwszym razie należy płód wraz z workiem płodowym przez cięcie brzuszne usunąć; w ostatnim zaś należy przedewszystkiem zachowywać się wyczekująco.

(*Archiv. f. Gynäkologie. Bd. 43. H. 2.*) A. Winawer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— HENOCH opisał w *Charité-Annalen* ciekawy przypadek zgorzeli ucha zewnętrznego i ucha średniego. Dotyczy on noworodka, przyniesionego do kliniki w tydzień po urodzeniu z powodu powierzchownej zgorzeli w okolicy prawego guza ciemieniowego. Po upływie dwóch tygodni nastąpiło zagojenie, natomiast pojawił się wypływ z lewego ucha, z początku śluzopłyny, a potem krwawy. Silne obrzmienie przewodu słuchowego. W dalszym przebiegu choroby wyciek zamienił się na brudno-czarny z zapachem zgorzelinowym. W czwartym tygodniu choroby skóra przewodu słuchowego szczeniała i zaczęła się rozpadać zgorzelinowo. Stan ogólny pomimo to dobry. W kilka dni potem wystąpiły napady padaczkowe. Badanie ucha wykazało zgorzel muszli usznej, oddzielonej zapomocą zgorzelinowej bruzdy od czaszki, wyrostek sutkowy obnażony i zgorzelinowo nadżarty, błona bębenkowa zniszczona, jak również chrząstka i kostny przewód słuchowy. Zupełne porażenie nerwu twarzowego. Ciężota ciała 37,0^o. Dziecko wkrótce zmarło. Sekcja wykazała, że zgorzel wnikała do jamy bębenkowej, czarno-zabarwione kosteczki słuchowe leżały w szarej masie rozpadowej. Staw żuchwowy zupełnie zniszczony. Lewa kość skalista szersza aniżeli prawa, opona twarda, pokrywająca kość skalistą zgrubiała w jednym miejscu, pokryta nalotem w rodzaju błony rzekomej i oddzielona od kości ropą. W odpowiednim miejscu lewy brzeg mózdzku pokryty zmętniałą błoną pajęczą. Zatoka poprzeczna wypełniona rozmiękczo-nymi zakrzepami, gruczoły chłonne po lewej stronie szyi silnie obrzmiały. II. sądzi, że w danym

przypadku mieliśmy do czynienia z nagromadzeniem ropy w jamie bębenkowej, które było punktem wyjścia choroby.

— Niebezpieczeństwo przewlekłego zatrucia rtęcią przy dezynfekcyi mieszkań sublimatem nie musi być tak wielkie, gdyż dotychczas nie ogłoszono przypadku takiego zatrucia. SJOEQUIST badał moczu osób zamieszkujących w Sztokholmie mieszkania odkażane sublimatem. W mieście tem dezynfekcja mieszkań odbywa się zapomocą zmywania ścian i podłóg gąbkami lub penszlami zmoczonymi w roztworze sublimatu 1:6000. Następnie już przesiąknięte ściany wyciera się kawałkami sukna lub szczotką. Ilość zużytego środka wynosi 3—4 grm. na pokój. Mocz, we wszystkich przypadkach, w których dezynfekcja dokonywana była podług przepisów powyższych, nie zawierał rtęci. U mieszkańców zaś jednego pokoju, w którym ściany nie zostały następnie wytarte znaleziono ją w moczu. Trudno wogóle orzec, w jaki sposób sublimat się ulatnia. Sublimat z parami wodnymi jest tak mało lotnym, że nawet przy destylacji płynów zawierających sublimat i długotrwałem ich gotowaniu minimalne ilości sublimatu się ulatniają. Przyjąć zatem musimy, że przy temperaturze pokojowej sublimat wogóle wcale się ulotnić nie może. W moczu osobników, dokonywających dezynfekcyi, również rtęci wykazać nie można. Autor twierdzi, że z tapet bardzo niewiele rtęci się ulatnia, gdyż udało mu się jeszcze po upływie roku, od chwili dezynfekcyi, wykazać znaczne jej ilości i to nie tylko jako związki rozpuszczalne w wodzie, lecz i jako nierozpuszczalne. Kwestya jednak, czy to

były związki rtęci z białkami, czy też związki rtęci z metalami, pozostają nierozstrzygnięte. (Oestr. Ung. Centr. N-r 19—93).

— Dotychczas powszechnie przyjętem jest zdanie, że koklusz przebywa się raz tylko w życiu. Dr. F. THEODOR na 353 przypadki tej choroby spotkał 5 chorych, którzy po raz wtóry ulegli kokluszowi. (Jahrb. f. Kinderh. XV. Heft. V. VI).

— Prof. KOŁACZEK podaje następujący sposób leczenia róży; cała powierzchnia skóry zajęta różą pokrywa się papierem gumowym zmoczonym w 5% roztworze kwasu karbolowego. Papier taki powinien obejmować również skórę zdrową na szerokość dłoni po za miejsca zajęte różą. Na papier nakłada się warstwę waty równomiernie i ściśle przylegający bandaż. W razie szerzenia się róży zmienia się opatrunek i odpowiednio go się zwiększa. Znakomite wyniki osiąga się za pomocą takiego leczenia szczególnie przy różą kończyn, mniej dobre przy różą tułowia i głowy, gdyż opatrunek w tych przypadkach nie tak ściśle przylega. Z początku K. zmieniał w razie szerzenia się róży cały opatrunek, następnie jednak pierwszego opatrunku nie zdejmował, a tylko na granicy pierwotnego siedliska różą dodawał świeże paski papieru. Zaniechał również potem zwilżania kwasem karbolowym. Po kilku dniach papier tak mocno przylega do skóry, że zdjąć się tylko daje jednocześnie z płatami naskórka. K. objaśnia działanie swej metody zupełnem zniesieniem przeziwu w zajętej chorobowym procesem skórze. Zatrzymywanie w tkankach skóry trujących gazów wytworzonych przez składniki

łożu i potu mają powstrzymywać rozwój zarazków róży, a może i ptomainy przez nie wydzielane są wstrzymane i przez to nie przychodzi do rozwoju zarazków, które je wydzielają; w ten sam sposób tłumaczy K. działanie penzlowań kolodyonem przy różą. (Centralbl. f. Chirurgie. N-r 28—93).

— D-rzy CAZENEUVE i ROLLET zalecają gallanol zamiast kwasu pyrogallasowego i chryzofanowego. Gallanol otrzymuje się z kwasu gallusowego, nie posiada własności trujących, stosuje się w proszku sam lub w równych częściach z talkiem, w maści (1:30, 1:10, 1:4) lub w roztworze, jest bezwonny i nie plami. Ponieważ nie wywołuje zaczerwienienia, zapalenia, ani zabarwienia skóry, może być stosowany i na twarzy. (Lyon méd. Nr. 15. 1893).

— D-r PETIT zauważył przy cholery objawy, mający, zdaniem jego, groźne znaczenie dla rokowania. Objaw ten polega na zmianie wypróżnień z ryżowatych bezbarwnych i bezwonnnych na zabarwione na różowo, co zależnem jest od przesiąkania krwi z naczyń obnażonej błony śluzowej, i na cuchnące, wydające woń trupią, co trudnem jest do objaśnienia. We wszystkich przypadkach, w których objaw ten występował, śmierć następowała po 2 lub 3 godzinach.

(Semaine méd. N. 42—93).

— WERTH wyłuszczył torbiel skórzastą lewego jajnika u chorej, która przed 8 miesiącami przechodziła tyfus brzuszny. W ropnej po części zawartości torbieli z zupełną pewnością wykryto laseczniczki tyfusowe. (Deutsch. med. Woch. N-r. 21—93).

Wiadomości bieżące.

— Profesorem kliniki lekarskiej w Wiedniu (po BAMBERGERZE i KÄHLERZE) mianowany został ziomek nasz Dr Edmund NEUSSER, urodzony w Swoszowicach pod Krakowem, po ukończeniu wszechnicy Jagiellońskiej w r. 1877 udał się do Wiednia, był asystentem BAMBERGER'a, po śmierci jego zastępował przez rok profesora kliniki jako docent, przed czterema laty został lekarzem ordynującym (prymaryuszem) w szpitalu wiedeńskim Rudolfa.

— Prof. NEUSSER otrzymał wezwanie do

uorganizowania wydziału lekarskiego w Sofii w Bulgaryi.

— Wszechnarodowy kongres lekarski odbył się mający we Wrześniu r. b. w Rzymie odroczony został do Kwietnia r. 1894.

— Z powodu przypadku cholery, opisanego w ostatnim numerze naszego pisma, zawleczonego z Tulczyna, otrzymaliśmy wiadomość, że w miasteczku pomienionem od 12 Czerwca r. b. do Sierpnia było 45 przypadków cholery, z których 15 zakończyło się śmiercią. J. Sz.

Sprostowanie. W N-rze 32, str. 657 wiersz 6 od dołu, zamiast tężcem powinno być — tyfusem.