

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do porównawczej anatomii i fizjologii serca. Podał J. Dogiel. O przedmiotowych szmerach w uchu i głowie. Przez S. Goldflama i S. Meyersona. O zastosowaniu lecniczem tolysalu. Przez Stanisława Klejną. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 17 i 31 października r. b. — **Streszczenia i wyciągi.** 166. O przyczynach, rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki u kobiet. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

PRZYSZYNEK DO PORÓWNAWCZEJ ANATOMII I FIZJOLOGII SERCA.

Podał J. Dogiel.

Profesor kazańskiego uniwersytetu.

Nie tylko biologowie interesujący się funkcją serca, lecz filozofowie i poeci starali się odkryć wielką tajemnicę tego ważnego motoru najróżniejszych zjawisk organizmu zwierzęcego. Chęć uchylenia zasłony, pokrywającej tę tajemnicę, daje bodziec do poszukiwania prawdy, nie bacząc na liczne trudności; być może, iż prawda ta jest niedoścignioną.

Niepodobna nie zauważyć, że pomimo mnogich trudności, liczni pracownicy zbierają mniej lub więcej odpowiedni materiał, który może w dalekiej przyszłości posłużyć do zbudowania bardziej trwałego gmachu, a który wyjaśni nam wiele kwestyi, dotyczących przejawów życia serca ludzkiego.

Mając na względzie to, że nienależy odrzucać najmniejszej nowej a trwałej cegiełki, przydatnej do zbudowania przyszłego gmachu, pozwalam sobie skreślić niniejszą notatkę dla interesujących się tą kwestyą.

Niektórzy fizjologowie jeszcze po dziś dzień starają się uzasadnić, iż twierdzenie A. HALLER'a¹⁾, że mięśnie serca pobudzane przez krew są w stanie kurczyć się rytmicznie bez udziału nerwów, jest zgodne z prawdą.

Być może, że chęć ta uporczywa wspomnianych badaczy oparta jest na następujących danych anatomicznych i fizjologicznych. Budowa mięśni serca, zwłaszcza zwierząt wyższych i człowieka, jest bardziej złożona, niż budowa mięśni szkieletu. Niektóre trucizny działają na mięsień serca odmiennie, niż na mięśnie innych narządów. Dotychczas istnieje przekonanie, że są zwierzęta, w sercu których lub w pewnej części jego (wierzchołek serca żaby) nie ma wcale komórek nerwowych ani nerwów, a jednak serce takie kurczy się rytmicznie; także kurczenie się ma miejsce w odciętym wierzchołku serca żaby. Zwracają również uwagę na ten fakt, że serce zarodków, w którym niepodobna odróżnić elementów nerwowych, może rytmicznie kurczyć się.

¹⁾ Elementa physiologiae 1754.

W ostatnich czasach L. KREHL i E. ROMBERG²⁾, opierając się na historii rozwoju i na badaniach własnych nad sercem królika, przyszedli do przekonania, że sploty nerwowe nie przyjmują udziału w automatycznych ruchach serca i w regulowaniu działalności tegoż: „Według ich historii rozwoju zdaje się, że ono nie jest ani pod wpływem ośrodka automatycznego dla ruchów serca, ani pod wpływem narządów pośredniczących—*vagus* lub *accelerans*“.

Przytoczone tu fakta są tylko w części prawdziwe, w części zaś wątpliwe, wymagające potwierdzenia, lub też są zupełnie błędne.

W naukach przyrodniczych również jak w matematyce ostateczny wynik rozwiązywanego zadania będzie o tyle prawdziwy, o ile dane, służące do odśzukania niewiadomej, były prawdziwe lub fałszywe. I w pierwszym i w drugim razie otrzymamy odpowiedź, lecz zachodzi pytanie, czy zgadzać się ona będzie z prawdą; w pierwszym razie otrzymamy odpowiedź zgodną z prawdą, a w drugim otrzymamy wynik fałszywy, pomimo tego, że prawidłowo podług danych wiadomych zadanie rozwiązane było. Tak samo, ażeby otrzymać odpowiedź prawdziwą i ostateczną odnośnie do teorii czynności serca podanej przez A. HALLER'a, należy rozwiązanie tego zadania oprzeć na pewnych danych z fizjologii i anatomii, zdobytych przez danego badacza lub też zawartych w pracach innych badaczy. W przeciwnym bowiem razie wyniki doświadczeń nie mogą być uważane za pewne i przynoszące korzyść nauce, chociażby one były liczne i starannie przeprowadzone; takie wyniki nie zbliżają nas wcale do poznania prawdy, lecz oddalają od niej i wstrzymują rozwój nauki.

Do takich, niestety, zaliczyć można doświadczenia L. KREHL'a i E. ROMBERG'a nad mięśniami i splotami nerwowymi serca. Wyniki, otrzymane przez tych badaczy, są więcej niż wątpliwe, ponieważ do wniosków swoich posilkowali się oni takimi danymi anatomicznymi, które uważane są za błędne i które już straciły wartość swą naukową. Na 62 stronicy wzmiankowanej pracy KREHL i ROMBERG twierdzą, że wierzchołek serca żaby jest pozbawiony nie tylko splotów nerwowych, lecz i nerwów („Froschherzspitze bekanntlich nicht nur ganglien., sondern auch nervenfrei sein soll“). Tymczasem wiadomo, że *vena cava superior et inferior*, *sinus venosus*, przedsionki i ich przegroda, komórki i wierzchołek serca i *bulbus aortae* żaby, zawierają tyle nerwów, że trudno orzec, czy więcej nerwów czy więcej mięśni wchodzi w skład serca i jego wierzchołka³⁾.

Prace J. DOGIELA⁴⁾ i A. KAZEM-BEKA⁵⁾ były widocznie nieznane KREHL'owi i ROMBERG'owi. DOGIEL opisał grupy komórek nerwowych w górnej $\frac{1}{3}$ części komór serca niżej zastawek przedsionkowo-komórkowych i oddzielne komórki nerwowe poniżej górnej $\frac{1}{3}$ części komory serca (Fig 4 i 5 cyt. Archiwum). A. KAZEM-BEK zbadał w pracowni DOGIELA serca: owcy, cielęcia, psa, prosięcia, kaczkę, indyczki i kury i znajdował sploty nerwowe w odległo-

²⁾ Ueber die Bedeutung des Herzmuskels und der Herzganglien für die Herzthätigkeit des Säugethiers. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bnd. 30. S. 49.

³⁾ J. Dogiel und Tjumianzow. Zur Lehre über das Nervensystem des Herzens. Arch. f. mikr. Anat. Bnd. 36.

⁴⁾ J. Dogiel. Die Nervenzellen des Herzventrikels bei Fröschen. Arch. f. mikr. Anatomie. Bnd. 21.

⁵⁾ Kazem-Beck. Ueber das Vorkommen von Ganglien und einzelnen Nervenzellen auf d. Herzventrikeln des Menschen, der Säugethiere und d. Vögel. Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften. 1887. N-r 42.

ści 25 milimetrów od podstawy komory serca owcy w kierunku *sulcus longitudinalis anterior* i oddzielne komórki nerwowe w odległości 35 milim. Na *sulcus longitudinalis posterior* znajdował on grupy komórek nerwowych w odległości 20—25 mm. od podstawy komory i oddzielne komórki nerwowe w lewej komorze serca wzdłuż przebiegu nerwów (w 10 mm. od *sulcus long.*) w odległości 50 milimetrów od podstawy komory serca. Długość serca badanego (owcy) od podstawy do wierzchołka wynosiła 75 milim. Prócz tego KAZEM-BEK znajdował grupy komórek nerwowych w komorze serca cielęcia, psa i prosięcia na znacznej odległości od podstawy, bo w pobliżu wierzchołka serca. Jeżeli KAZEM-BECK nie miał sposobności zbadania w tym kierunku serca królika, to wszak trudno przypuścić, aby czynności i budowa serca królika jaskrawo różniła się w tym względzie od serc innych zbadanych ssawców. Dla tego też trudno pojąć, że KREHL i ROMBERG nie znajdowali wcale tkanki nerwowej na powierzchni komory serca królika. „Komory serca nie mają żadnych splotów, tylko pojedyncze komórki nerwowe u górnego brzegu *coni arteriosi*; a w szczególności wolną jest od splotów przegroda komorowa serca, a zatem to miejsce, w którym KRONECKER i SCHMEY poszukiwali ośrodka koordynacyjnego”. Brak ten anatomicznych danych objaśnia nam, dla czego autorowie ci uważają poniekąd kwestyę automatycznego kurczenia się serca, niezależnie od splotów nerwowych za rozstrzygniętą; w samej rzeczy, wyniki ich winny być inaczej zrozumiane; w każdym razie wyniki te dowodzą nie tego co KREHL i ROMBERG dowieść chcieli.

Celem obecnej pracy nie jest roztrząsanie dowodów przytoczonych przez obrońców teorii HALLER'a. Chcę tu podać tylko niektóre dane anatomiczne i fizyologiczne, odnoszące się do serca raka rzeczno (*Astacus fluviatilis*), podawanego przez długi czas za przykład zwierząt, których serce pozbawione jest komórek nerwowych i nerwów. A. BRANDT ⁶⁾ robił doświadczenia w pracowni N. SECZENOWA i stosując fizyczne i chemiczne podrażnienie, nie mógł przekonać się o istnieniu nerwów w sercu raka rzeczno, gdy mówi: „O nerwach serca zdaje się nie posiadamy żadnych bliższych wiadomości”.

Przypuszczenie WARNEK'a ⁷⁾, C. CARUS'a ⁸⁾, NEWPORT'a ⁹⁾ i HAECKEL'a ¹⁰⁾, że serce raka otrzymuje unerwienie od nerwu *stomatogastricus*, pozostaje zdaniem BRANDT'a jedynem możebnem przypuszczeniem. „Nie jest nieprawdopodobnem, że serce otrzymuje swe nerwy od *n. stomatogastricus* i od splotu brzuszno”. Prócz tego BRANDT wskazuje nieudaną próbę JARZYŃSKIEGO wykrycia splotów nerwowych w sercu raka. Również A. MEYER'owi ¹¹⁾ nie udało się wykryć takich nerwowych splotów. Wreszcie ECKHARD ¹²⁾, badając serce raka *cancer pagurus*, też nie był w stanie wykryć splotów nerwowych, aczkolwiek wykazał nerw, który, podobnie jak błędny nerw u innych zwierząt, będąc podrażniony, wstrzymywał serce w rozkurczu przez dwie minuty.

⁶⁾ A. Brandt. Physiologische Beobachtungen am Herzen des Flusskrebses. Mélanges biologiques de l'Académie des sciences de St.-Petersbourg. T. V. (1865—1866).

⁷⁾ Warnck. Pieczeń raka w anatom. i fizyolog. odnoszeniu. Diss. St.-Petersbourg 1847.

⁸⁾ C. G. Carus. Von den äusseren Lebensbedingungen d. heiss und kaltblütigen Thiere. Leipzig 1824. 4. (Beilage N. 2. Ueber Herzschlag und Blut der Weinberg-Schnecke u. d. Flusskrebses).

⁹⁾ Newport. On the nervous system of the sphinx ligustri. Philosoph. transactions. 1832—1834.

¹⁰⁾ Haeckel. Ueber die Gewebe des Flusskrebses. Müllers Archiv, 1857.

¹¹⁾ A. Meyer. Das Hemmungsnervensystem d. Herzens. Berlin 1869.

¹²⁾ Eckhard. Beiträge etc. IV. 1867.

Na mocy niektórych faktów fizyologicznych, dostarczonych przez C. CARUS'a i A. BRANDT'a i wychodząc z zasady, że u niektórych ustrojów, stojących niżej w rozwoju swym, niż rak, znajdowałem w sercu (owadu — *Corethra plumicornis*) komórki nerwowe ¹³⁾, wątpliwym wydawał mi się brak elementów nerwowych w sercu raków.

W roku 1875 zajmowałem się badaniem serca niektórych mięczaków i raka morskiego (homara, langusty i kraba) i wyniki tych poszukiwań podałem Paryskiej akademii nauk ¹⁴⁾ a w roku następnym obszerniejszą pracę pomieściłem w specjalnem archiwum. ¹⁵⁾ Studya nad czynnością i budową serca wówczas homara, a ostatnio raka rzecznego, polegały na bezpośrednim makro- i mikroskopowem badaniu tego organu, pod wpływem podrażnienia mechanicznego i elektrycznego, a także pod wpływem ciepłoty i niektórych trucizn. (D. n.).

O PRZEDMIOTOWYCH SZMERACH W UCHU I GŁOWIE.

Przez

S. Goldflama i S. Meyersona.

Czytane w sekcji otiatrycznej na zjeździe przyrodników i lekarzy w Norymberdze w r. b.

Chorzy dotknięci cierpieniami ucha, bardzo często skarżą się na dźwięki i szmery, których powstawanie pospolicie odnoszą do tego narządu, rzadziej do głowy, a w niektórych przypadkach poza ustrój. Nazywamy te wrażenia słuchowe podmiotowemi, o ile nie polegają na rzeczywiście istniejącem, dostępnem badaniu źródle dźwiękowem, i przypuszczamy, że narządy odbierające te wrażenia zmysłowe (nerw słuchowy, jego zakończenia w błędniku, kora zrazów skroniowych) znajdują się w stanie podrażnienia. Podrażnienia te powstają bardzo łatwo, narząd bowiem słuchowy z pomiędzy innych zmysłów wyróżnia się tem, iż już często w stanie zdrowym, a nadewszystko w stanach chorobowych na wszelkie bodźce odpowiada wrażeniami subiektywnymi (LUCAE) ¹⁾. Każde zboczenie bądź w zakończeniach nerwu słuchowego, bądź też narządach, które zakończenia te otrzymują, lub wreszcie służą do przewodnictwa fal głosowych, wystarcza do wywołania szmerów i tym podobnych wrażeń słuchowych u chorego. Szmery te są nadzwyczaj dokuczliwe i, stanowiąc nie-raz jedyny powód do skargi chorych, są prawdziwym *crux medicorum* z powodu swej uporczywości.

Wrażeniami przedmiotowemi nazywamy takie, które powstanie swe zawdzięczają istotnemu szmerowi, mającemu swe siedlisko bądź w uchu (wewnątrzne), bądź w jego sąsiedztwie, skąd ze szczególnem natężeniem rozprzestrzeniają się w kierunku narządów odbierających wrażenia słuchowe.

Szmery uszne podmiotowe są częstym objawem, gdyż towarzyszą nie tylko zaburzeniom w narządzie słuchowym, lecz również ogólnym cierpieniom

¹³⁾ Anatomie und Physiologie des Herzens d. Larve von *Corethra plumicornis*. Mem. de l'Acad. d. sc. d. St.-Petersbourg, 1877.

¹⁴⁾ Compt. rend. des séances de l'Acad. d. sc. Paris. 1876.

¹⁵⁾ Archives de physiologie normale et patholog. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian. 1877.

¹⁾ Zur Entstehung und Behandlung der subjectiven Gehörsempfindungen. Berlin 1884. str. 1.

ustroju (choroby gorączkowe, niedokrwistość i t. d.) i zatruciom (chinina, kwas salicylowy, alkohol i t. d.).

Szmeru uszne przedmiotowe przytrafiają się rzadziej; są one pochodzenia mięśniowego lub naczyniowego. Pierwsze zawdzięczają powstawanie swe skurczom mięśniowym, a mianowicie m. unoszącego podniebienie (*m. tensor veli*), rzadziej *m. tensoris tympani* lub *stapedii*, ostatnie mogą mieć źródło swe w szmerze powstającym bądź w tętnicach, bądź też w żyłach. Pomijamy tutaj szmeru przedmiotowe, powstające przy zmianie położenia ciała obcych, przy wdmuchiowaniu powietrza, połykaniu i t. d., jako występujące tylko wskutek działania przyczyny chwilowej.

Przy szmerach przedmiotowych pochodzenia mięśniowego, najczęściej spotykamy skurcz mięśnia unoszącego podniebienie miękkie, przyczem każdemu szmerowi towarzyszy unoszenie się podniebienia do góry, a współcześnie z niem następuje odmykanie się otworu trąbki EUSTACHIUSZA.

Przypadki szmeru takiego między innymi spostrzegali POLITZER²⁾, HOLMES³⁾, BOECK⁴⁾, BRUNNER⁵⁾. SWAN M. BURNETT⁶⁾ i BREMER⁷⁾ opisują przypadki, w których pacjenci mogli dowolnie wywoływać szmer, w przypadku jednak BREMER'a sposób powstawania szmeru nie mógł być przez autora określonym. Dalej KÜPPER⁸⁾ opisuje przypadek, w którym skurczom podniebienia towarzyszyły także skurcze mięśni twarzy i szyi (unoszenie się krtani, dna jamy ustnej, języka i nosa). URBANTSCHITSCH⁹⁾ widział przypadek u 12-letniej dziewczynki, u której po przestraszeniu wystąpiły drgawki *m. tens. palati* wraz ze szmerem, które to objawy we śnie zniknęły. Autor uważa cierpienie to za *chorea minor*, co potwierdza fakt, iż chora przed laty, również skutkiem przestraszenia, już cierpiała na napady *choreae generalis*. SZENES¹⁰⁾ opisuje 2 przypadki szmeru wskutek skurczu *m. tensoris veli palati*, z których w jednym osiągnął wyleczenie za pomocą masażu *ostii pharyngei tubae*. Ponieważ szmer zależnym jest od skurczu mięśnia napinającego podniebienie, przeto przeszkoda mechaniczna, jak np. ucisk na podniebienie za pomocą palca, wstrzymuje występowanie szmeru (POLITZER, URBANTSCHITSCH i przypadek spostrzegany przez nas).

Następujący przypadek, do tej kategorii należący, jaki jeden z nas miał sposobność spostrzegać, pozwolimy sobie tu przytoczyć:

36-letni pomocnik notaryusza N. zgłosił się ze skargą na szmer „przykający“ w uchu lewym, na który cierpi już od kilku lat; szmer ten słyszalny jest dla otoczenia. Rzeczywiście, zbliżywszy ucho swe do ucha pacjenta na kilka centymetrów, słyhać szmer trzeszczący, podobny do otrzymywanego przy poruszaniu końca jednego paznokcia o drugi. Szmer ten był bardzo częsty, 80—

2) Lehrbuch der Ohrenheilkunde, II Bd. Stuttgart 1882. s. 749.

3) Ein Fall von objectivem Ohrgeräusch. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. Bd. VIII. s. 295.

4) Archiv f. Ohrenh. Bd. II. p. 202.

5) Kleinere Mittheilungen. Zeitschr. f. Ohrenh. Bd. X. s. 175.

6) Objective Wahrnehmung von Tönen im Ohr in Folge von willkürlicher Contraction der Tubenmuskeln. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde Bd. IX. s. 1.

7) Ein Fall von objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen. Mon. f. Ohrenheilkunde. 1879. N-r 10.

8) Ueber clonische Krämpfe der Schlingmuskeln. Arch. f. Ohrenh. 1873.

9) Handbuch der Ohrenheilkunde herausgegeben von Schwartze. 1892. T. 1. Allgemeines Symptomatologie von Victor Urbantschitsch. p. 413—415.

10) Bericht über die zweite Versammlung der deutschen Otologischen Gesellschaft zu Frankfurt, Monatschr. f. Ohrenheilk. 1893. N-r 10.

100 razy na minutę. Przy badaniu uszu znaleziono błony bębenkowe trochę zmętniałe, bez refleksu, słuch na prawem i lewem uchu jednakowy, nieco osłabiony (zegarek kieszonkowy słyszy w odległości 1 1/2 łokcia). Ruchów na błonie bębenkowej podczas szmeru nie widać, natomiast badanie jamy nosogardzieliowej wykazuje, iż każdemu szmerowi odpowiada rytmiczny skurcz podniebienia miękkiego, przy czym języczek ruchem skaczącym unosi się do góry. Uciskając podniebienie za pomocą palca, chory jest w stanie wstrzymać skurcz i szmer trzeszczący na ten czas ustaje. Wszelkie zabiegi lecznicze okazały się bezskutecznymi.

Posiadamy w literaturze szereg spostrzeżeń, w których szmer powyższy okazał się zależnym jedynie od skurczu mięśnia napinacza bębenka (*m. tensor tympani*), przy czym podczas szmeru dawały się zauważyć ruchy błony bębenkowej za pomocą oka, lub też przy pomocy badania manometrycznego, które polega na tem, iż do przewodu słuchowego wprowadza się kolanko manometru szczelnie do ścian jego przystające, a wtedy wahania w ciśnieniu powietrza w przewodzie usznym, zależne od drgania błony bębenkowej, wyrażają się unoszeniem się i spadaniem słupa płynu w drugim kolanie manometru. Manometr winien być napełniony zabarwionym alkoholem, gdyż rtęć, z powodu swej ciężkości, nie nadaje się do mierzenia tak drobnych wahań w ciśnieniu. POLITZER w podręczniku swym przytacza przypadki SCHWARTZE'go, LUCAE'go, SCHAPPRINGER'a i swoje, WOLFF ¹¹⁾ podaje 3 przypadki, w których następował skurcz *m. tensoris tympani* z wciąganiem błony bębenkowej. FREUND i KAYSER ¹²⁾ opisują przypadek skurczów *tens. tympani*, jaki występował przy zamykaniu oczu. Zazwyczaj silne zaciśnięcie powiek już u ludzi zdrowych wywołuje szmer w uszach, zależny od współczesnego skurczu m. strzemiennego (LUCAE, GOWERS ¹³⁾), co się tłumaczy tem, iż mięśnie te otrzymują gałązki od nerwu twarzowego, znajdują się zatem w ośrodku w bliskim związku. Związek ten może się objawiać i w stanach patologicznych. I tak, GOTTSTEIN ¹⁴⁾ opisuje przypadek skurczu powiek (*blepharospasmus*), w którym podczas napadu występował szum w obu uszach, i sądzi, iż szum ten należy uważać za następstwo klonicznego kurczu m. strzemiennego.

Niekiedy zachodzi współcześnie skurcz dwóch mięśni, i tak SCHWARTZE ¹⁵⁾ i Ch. H. BURNETT ¹⁶⁾ spostrzegali przypadek szmeru przedmiotowego w uchu, przy którym następował skurcz zarówno *m. tensoris palati*, jak i *tensoris tympani*.

Do innej już kategorii zaliczyć należy jedyny w swoim rodzaju przypadek, opisany przez WAGNER'a ¹⁷⁾, w którym, w odległości 20 ctm. od ucha lewego, co 5 sekund słyhać było szmer trzeszczący. Połykanie i nadymanie się chorego powiększały częstość szmeru. Z prawej strony słyhać było tenże szmer, lecz znacznie słabiej. Badanie wykryło w lewej błonie bębenkowej wąską szparę, długości 2 milimetrów, poniżej rękojeści młotka, która się pod-

¹¹⁾ Unterbindung der Art. Carotis comm. wegen Schussverletzung etc. Arch. f. Augen und Ohrenheilkunde. II Bd. 2 Abtheil. s. 63.

¹²⁾ Deutsche med. Wochenschrift. 1891. N. 31.

¹³⁾ A manual of diseases of nervous system. T. II. s. 248.

¹⁴⁾ Archiv f. Ohrenheilkunde. Bd. XVI, cytowane według Politzer'a.

¹⁵⁾ Archiv für Ohrenheilkunde Bd. II. s. 4.

¹⁶⁾ An objectiv noise in the ear accompanied by spasmodic retraction of the membran tympanic and of the velum palati. Phil. med. Times 1875. Monatschrift f. Ohrenheilkunde. 1875. N. 5.

¹⁷⁾ Ein höchst eigenthümlicher Fall von auch objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen. Allg. med. Cl. Zg. 1890. N. 36.

czas szmeru otwiera i natychmiast zamyka. Źródłem zatem szmeru było w przypadku tym drganie brzegów szpary pod wpływem zmieniającego się w uchu średnim ciśnienia powietrza.

Szmary przedmiotowe pochodzenia naczyniowego tem się odznaczają, iż są przepuszczające, a jednocześnie z tętnem. Musimy tu odróżnić szmary tętnicze i żyłne, a cechą ich wspólną jest znikanie szmeru przy ucisku na tętnicę, *resp.* żyłę odpowiednią. Zajmiemy się przedewszystkiem szmerami tętnicznymi. Szmer, powstający gdzie bądź w tętnicach czaszki, może być przeniesiony na narząd słuchowy, a w takim razie wywołuje u chorego wrażenie szumu w jednym lub obu uszach. Warunki powstawania tego szmeru są rozmaite. I tak, TRÖLTSCHE w podręczniku swoim zaznacza, iż zwężenie *canalis carotici* może łatwo wywołać powstawanie szmerów naczyniowych. Zdanie to popiera URBANTSCHITSCH, który na kilku preparatach stwierdził znaczne zwężenie tego kanału. HYRTL znajdował niekiedy nadmierny rozwój *art. stapediae*, który może dać powód do powstawania słyszalnych szmerów. W niektórych przypadkach szmer naczyniowy można było tylko odnieść do rozszerzenia naczyń i zmniejszenia napięcia ich ścian pod wpływem nerwu współczulnego (*vaso-dilatatores*). I tak, URBANTSCHITSCH spostrzegał podobne szmary przy chorobie BASEDOW'a, oraz w przypadku po nagłym ochłodzeniu zmoczonej głowy, w którym wyleczenie osiągnięte zostało po zastosowaniu strumienia faradycznego. GOWERS drogą nerwów naczynioruchowych objaśnia dwa przypadki szmerów przez siebie spostrzegane, z których w jednym miało miejsce cierpienie kręgów szyjowych z uciskiem tętnicy kręgowej, wzdłuż której włókna nerwu sympatycznego przebiegają; w drugim zaś szmer zależny był od ucisku gruczołów na nerw sympatyczny na szyi i ustąpił wraz ze zmniejszeniem się tychże gruczołów. ORNE GREEN¹⁸⁾ opisuje 2 przypadki szmerów, które ustępowały przy ucisku *art. carotis com.* W przypadkach tych zauważył autor znaczną wrażliwość nerwów naczynioruchowych i nią objaśnia wystąpienie tego objawu. Znane są szmary naczyniowe, powstające przy wysiłku mięśniowym, t. z. nawałach do głowy, przy wadach zastawkowych serca, bardzo rzadko jednak szmary te dają się stwierdzić obiektywnie. MICHAEL¹⁹⁾ opisuje chorego z niedomykalnością zastawki aorty, który swój sercowy szmer głośny i muzykalny ciągle słyszał. ODNO²⁰⁾ opisał niedawno przypadek niedomykalności i zwężenia zastawki dwudzielnej, gdzie szmer rozprzestrzeniał się za pośrednictwem naczyń wzdłuż kości kończyn; nałożenie opaski ESMARCH'a przerywało przenoszenie się szmeru. PERRET²¹⁾ zauważył, że szmer sercowy przenosi się u dzieci łatwo nie tylko na tułów i kończyny, ale i na czaszkę.

Tętniaki, znajdujące się w jamie czaszkowej lub jej bliskości, wywołują przedmiotowy szmer naczyniowy. CHIMANI²²⁾ wyleczył szmer taki przez operacyjne usunięcie *aneurism. cirsoidei*, który z muszli usznej przeszedł na przewód słuchowy zewnętrzny. BAYER²³⁾ opisał w r. 1854 przypadek szmeru, który zniknął natychmiast przy ucisku *art. auric posterior.* HUTCHINSON²⁴⁾

¹⁸⁾ Transact. of the Americ. otologic. Soc.—Mon. f. Ohrenh. 1879. N. 12.

¹⁹⁾ Deutsche Med. Zeitung. 1884. H. 10.

²⁰⁾ Med. moderno. 1893. N. 57.

²¹⁾ Ref. w Cbl. f. Klin. Med. 1892. N. 19.

²²⁾ Arch. f. Ohrenh. Bd. VIII. s. 62.

²³⁾ Comptes rendus des seances et Memoires de la societe de Biologie 1854, cytow. u Poorten'a. Mon. f. Ohrenh. 1878. N. 4.

²⁴⁾ Med. Times 1875 p. 563. cyt. u. Poorten'a, ibidem.

opisuje przypadek szmeru systolicznego na głowie u kobiety cierpiącej na tętniaka *art. carotidis internae*. POORTEN ²⁵⁾ opisuje przypadek szmeru systolicznego u 45 l. kobiety, który wystąpił w 2 tygodnie po uderzeniu w głowę. Szmer ten podobny był do huku bałwanów morskich. Ucisk na tętnicę szyjową oraz uszną tylną nie wpływał na szmer. Przyczyny objawu tego autor nie mógł wyjaśnić.

HERZOG ²⁶⁾ opisuje przypadek szmeru usznego wywołanego przez tętniak *art. auric. post.*

TELEKY ²⁷⁾ przedstawił w tow. lek. wied. chorą, która od 6 lat skarży się na szmer w uchu. Chora miała napady zawrotów głowy i podwójnego widzenia. Po czteroletnim trwaniu szmer ustąpił na 2 lata, a od pół roku znowu powrócił. Przy badaniu słycać szmer współczesny z tętnem na całej głowie, najsilniejszy jednak koło lewego ucha, a ucisk *ar. carotis com.* usuwa szmer zarówno podmiotowo jak i przedmiotowo. T. jest zdania iż szmer, zależnym jest od tętniaka *art. carotis externae*, podwiązanie jednak tętnicy szyjowej w przypadku tym okazało się bezskutecznym. Autor nadmienia nadto, iż przed 3 laty v. EISELSBERG przedstawiał przypadek podobnego szmeru, wyleczony po podwiązaniu *art. temporalis profundae*.

W następującym spostrzegany przez nas przypadku, szmer tętniczny, słyszalny na całej czaszce i twarzy, był niezwykle natężenia.

P. C., lat 24 licząca, zgłosiła się do nas 2 lutego 1892 roku, skarżąc się na nieznosne huczenie w lewym uchu i silne bóle głowy. Choroba zaczęła się na początku lata 91 roku, od bólów głowy i w lewym uchu, następnie przyłączył się szum w uchu oraz częste wymioty. Podobno współcześnie występowała czasowo gorączka, robiło się wtedy chorej gorzej, była ona jakby oszołomiona, lecz przytomności nie traciła. Od 6 tygodni zaczęła gorzej widzieć, a obecnie wzrok znacznie jest osłabiony. Chora jest zamężna, miała 3 dzieci, przed rokiem ostatnie, które do ostatnich dni karmiła, poronienie miała. Mąż często bił ją po głowie. Chorób żadnych nie przechodziła.

Kobieta średniego wzrostu, o dobrej budowie i dobrze odżywiona. Wyraz twarzy ogłupiały, chora nie jest w stanie opowiedzieć dokładnie o swojej chorobie, a wyręcza ją w tem towarzyszący jej ojciec. Narządy wewnętrzne zdrowe. Tętno 90. Szmerów w sercu nie ma.

Przy badaniu uszu okazuje się co następuje. Przewody uszne zewnętrzne wolne, błony bębenkowe lekko wciągnięte i zmętniałe, refleks świetlny na nich niewyraźny. Lewym uchem chora słyszy zegarek kieszonkowy w odległości 6 cali, prawem zaś w odległości 1 1/2 łokcia. Po założeniu otoskopu dla kategoryzacji, w celu zbadania drożności trąbki EUSTACHIUSZA, uderzyło nas następujące zjawisko: za pomocą otoskopu słycać w uchu lewym chorej szmer miarowy, chuchający. Szmer ten jest zupełnie współczesny z tętnem, ma charakter podmuchu „ch“, podczas skurczu serca powiększa się, podczas rozkurczu zmniejsza się, ale nie znika zupełnie, tak, iż każde chuchnięcie zlewa się zarówno z poprzedzającym, jak i następnym. Przy wdmuchiowaniu powietrza do jamy bębenkowej przez kateter, trąbka EUSTACHIUSZA okazała się wolną.

²⁵⁾ Ein Fall von objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen. Mon. f. Ohrenheilkunde. 1878. N. 4.

²⁶⁾ Ein Fall von Ohrgeräusch bedingt d. eine aneurysmatische Erweiterung im Boreiche d. Art. Auric. post. sin. Monatsehr. f. Ohrenheilk. 1881. N. 8.

²⁷⁾ Sitzungsbericht der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Wr. Med. Presse 1893. N. 6.

Przy dalszem badaniu znaleziono, iż zjawisko to wysłuchowe występuje z takim samem natężeniem i charakterem przy przyłożeniu stetoskopu do muszli usznej, co więcej, słyhać je na całej czaszce, gałkach ocznych i kościach twarzy; wszakże szmer słabnie stopniowo w miarę posuwania stetoskopu ku stronie prawej, tak, iż najslabiej, ale jeszcze bardzo wyraźnie, słyhać go przy przyłożeniu stetoskopu do muszli ucha prawego, przy połączeniu zaś ucha tego z uchem badającego za pomocą otoskopu, szmeru już nie słyhać. Na dolnej szczęce szmer był głośniejszy przy zwartych szczękach, aniżeli przy rozwartych.

Przy dalszych poszukiwaniach okazało się, iż ucisk lewej tętnicy szyjowej wspólnej (*art. carotis communis sin.*) szmer ten obiektywnie i subiektywnie zupełnie znosi na czas trwania ucisku, ucisk zaś prawej tętnicy szyjowej zmniejsza jego natężenie w słabym stopniu.

Oczy chorej szeroko rozwarłe, gałki oczne nieco wypukłe, nie pulsują, ruchy boczne gałek ocznych są ograniczone, t. j. nie dochodzą do kątów powiekowych, a i zbieżność ich nie jest zupełna. Badanie oftalmoskopowe, dokonane przez kol. F. WINAWERA, wykazało: Tarcze nerwów wzrokowych lekko obrzmiałe, tętnice bardzo wąskie, ledwie widoczne, żyły grube, granice tarczy zatarte; zmiany jak przy tarczy zastoinowej. W lewem oku widać jeszcze na siatkówce małe, białe plamki i gdzieś tam wylewy krwi. Siła widzenia w obu oczach bardzo mała, chora liczy palce w odległości 15 stóp, pole widzenia mocno zwężone we wszystkich kierunkach. Żrenice umiarkowanej szerokości na światło oddziałują dość dobrze. Powieki górne mało pofałdowane, nie ma również fałd na twarzy, która wskutek tego pozbawiona jest wyrazu. Porażeń w obrębie nerwów czaszkowych nie ma.

Badanie nosa, jamy nosogardzieliowej i krtani nie wykazuje zmian anatomicznych. Połykanie odbywa się prawidłowo bez krztuszenia się, pokarmy nosem nie wracają. Mechaniczne drażnienie podniebienia, gardzieli i krtani nie wywołuje odruchu.

Ból głowy nie jest umiejscowiony w jakimś odcinku czaszki, ale jest ogólny, przyczem „głowa cięży chorej“, tak, iż jej utrzymać nie może. Czaszka przy opukiwaniu nie jest bolesna.

Siła lewej ręki słabsza, aniżeli prawej, w lewej wynosi 4 kilogr., w prawej zaś 18 kil.; lewą górną kończynę podnosi mniej wysoko, niż prawą, lewa dolna kończyna jest w słabym stopniu niedowładna. Chora czuje się słabą, ma chód powolny, a z powodu osłabienia wzroku prowadzona jest przez ojca. Odruch kolanowy lewy jest mocniejszy, aniżeli prawy, po stronie lewej istnieje słaby odruch stopowy. Mocz oddaje od kilku tygodni pod siebie, zarówno w nocy jak i w ciągu dnia. Rozbiór jego nie wykrywa obecności ani białka, ani cukru.

(D. c. n.).

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ SZPITALNEJ.

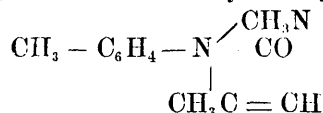
O zastosowaniu lecniczem tolysalu.

Przez

Stanisława Klejną, ordynatora kliniki.

Wobec ubocznych i nieprzyjemnych następstw, jakie pociąga za sobą stosowanie cennych skądinąd przetworów salicylowych i antypiryny, czuć się zawsze dawał brak środka, odpowiadającego w działaniu poprzednim, lecz pozbawionego przykrych tych

skutków. Dwa nowe środki Tolipiryna i Tolysal zdają się w zupełności ządaniami tym odpowiadać. Tolipiryna¹⁾ różni się chemicznie od antypiryny tem, że na miejscu dającego się zastąpić atomu wodoru w grupie fonylowej antypiryny, znajduje się grupa metylowa; w ten sposób zatem, gdy antypiryna przedstawia się jako phenyldimethylizopyrazolon, jest tolipiryna paratolyldimethylpyrazolonem. Tolysal²⁾ jest to salicylowa sól tolipiryny. Od salipiryny różni się on tem, iż wodór w grupie fonylowej zastąpiony został przez grupę metylową; formuła zatem tolysalu będzie: $C_{12}H_{14}N_2 \cdot O_6 C_7 H_6 O_3$



Opierając się na budowie chemicznej tolysalu i podobieństwie tejże do budowy salipiryny i antypiryny, rozpocząłem próby z tym środkiem³⁾ w przypadkach, gdzie zwykle zalecamy powyższe środki.

1) Gościec stawowy (12 przypadków). Po większej części mieliśmy tu do czynienia z ostrym gościem wielostawowym. Już po jednodniowym zastosowaniu tolysalu dało się zauważyć zniknięcie czerwoności i bolesności stawów oraz spadek ciepłoty, dochodzący prawie do normy; po 2-dniowym stosowaniu tolysalu obrzmienie stawów poczęło znikać, ciepłota spadała cokolwiek niżej normy i po 3 dniach, rzadziej dopiero na 4-ty dzień, mogłem uważać chorego za wyleczonego. W 2 jednak przypadkach pierwszy spadek ciepłoty nastąpił dopiero 3-go dnia leczenia; zanotować tu muszę, iż mieliśmy tu do czynienia z recydywą gościa, przed dwoma tygodniami niezupełnie wyleczonego, a więc z przypadkami o charakterze przewlekłym, trudniej, jak wiadomo, poddającymi się leczeniu. Powolniej ustępowały także objawy w 1 przypadku gościa przewlekłego stawów. Stosowane z początku salol i antypiryna w ciągu 10 dni żadnego nie wywoływały polepszenia; po tygodniowym jednak podawaniu tolysalu silna bolesność stawów powoli poczęła znikać, tak, że po 10 dniach leczenia chory wypisał się całkowicie wyleczony.

2) Influenza. Zachęcony dobrymi wynikami, otrzymanymi przy influenzy leczonej salipiryną, począłem stosować tu także tolysal. Miałem do czynienia przeważnie z postacią piersiową, z dominującą wysoką gorączką, silną dusznością i rozległym zajęciem dróg oddechowych, bez zgęszczeń w płucach. Przebieg tych przypadków, pomimo gwałtownych objawów wstępnych, był tak łagodny i szybki, że nie bacząc na niezbyt obfity materiał spostrzegawczy, nie waham się wypowiedzieć zdania, iż uważam tolysal jako środek bardzo skutecznie wpływający na influencję. Już po 2 dawkach nagle ciepłota opadała do normy, przyczem chorzy obficie się pocili, duszność znikiała, a suchy męczący kaszel, bóle w piersiach, bóle w krzyżu łagodniały i na drugi dzień po kilku następnych dawkach tolysalu zupełnie znikaly.

3) Nerwobóle. W 2 przypadkach typowej ostrej rwy kulszowej znakomite wyniki otrzymałem po 4 dniach. Bóle samoistne ustąpiły w zupełności, pozostały tylko punkty bolesne pomiędzy *tuber ischii* a *trochanter major*, oraz w dole podkolanowym, ale i te po tygodniu znikły. Dla dokładności dodać muszę, iż w jednym przypadku jednocześnie z pierwszymi dawkami tolysalu zastosowałem przyszczydło, w drugim jednak, zachęcony dobrym wynikiem, obyłem się bez wozykatoryi, bez żadnej dla chorego szkody.

W jednym przypadku przewlekłej rwy kulszowej polepszenie było bardzo problematyczne; chory czasami opowiadał, że bóle się zmniejszyły, potem jednakże pomimo ciągłego stosowania tolysalu wracały.

¹⁾ P. Guttman. Ueber Tolypyrin. Berl. kl. Woch. 1893. N-r, 11.

²⁾ A. Hennig. Ueber Tolysal. Deut. med. Woch. 1893. N-r 8.

³⁾ Tolysal sprowadzałem z fabryki berlińskiej J. Riedel'a

12 razy stosowałem tyłysal przy bólach głowy rozmaitego pochodzenia. Z wyjątkiem 2 przypadków (*tumor cerebri? tabes*), ból znikał w ciągu pół godziny. W jednym przypadku bardzo uporczywego bólu głowy, pochodzenia niewiadomego, stosowałem poprzednio antypirynę ($3 \times 1,0$) bez skutku, gdy tymczasem 2 dawki 1,5 tyłysalu ból w krótkim czasie usuwały.

4) Istnieje cały szereg przypadków zajęcia gardzieli i górnych dróg oddechowych, połączonego z gorączką, bez powiększenia śledziony; przypadków, czyniących wrażenie cierpienia zakaźnego, a zaliczanych zwykle bez wyboru do grupy cierpień reumatycznych (t. j. zależnych od zaziębienia). Otóż, na przebieg takich przypadków bardzo pomyślnie wpływał tyłysal. Jako ilustrację pozwolę sobie w krótkości przytoczyć przypadek obserwowany przeze mnie w klinice.

M. S. przybył do kliniki, skarżąc się na ból gardła, chrypkę, silną gorączkę i osłabienie. Choroba zaczęła się przed tygodniem, mocnym dreszczem, ogólnym rozłamaniem i bólem gardła; chrypka przyłączyła się na 3-ci dzień choroby. Przy badaniu znalazłem błonę śluzową jamy ust i gardzieli mocno zaczerwioną, suchą, migdały powiększone, bez nalotu. Śledziona niepowiększona. Inne narządy bez zmian. Ciężota $39,7-38,4^{\circ}$. Choremu zaleciłem natychmiast tyłysal i to wyłącznie, pominąłem zaś zupełnie wszelkie płukania, smarowania i okłady. Po 2 dniach ciężota spadła do normy, objawy ze strony ust i gardzieli w zupełności znikły, chory wypisał się zupełnie zdrow.

5) Zapalenie opłucnej. W 3 przypadkach samoistnego (?) surowiczowo-włóknikowego zapalenia opłucnej wyniki były mniej więcej takie samo, jak przy stosowaniu innych przetworów salicylowych. Po 2-3 dniach, wysięk poczyniał się zmniejszać, następowała dyureza, a następnych dni badanie fizyczne nie było już w stanie wykazać obecności wysięku.

Pod pewnym względem postawiłbym tu tyłysal wyżej od innych przetworów salicylowych; mówię tu o bólach, niezmiernie nieraz dokuczających choremu w początku choroby. W 2 przypadkach już pierwszego dnia po pierwszych dawkach ulga była widoczna; w 3-im bólów wcale nie było, sprawa miała charakter cokolwiek przewlekły (3 tygodnie), skutek jednak był dobry.

W 3 przypadkach ropnego zapalenia opłucnej (gruźlica) i w jednym przypadku zapalenia krwotocznego (posocznica), wyniki były ujemne.

W przypadkach, gdzie inne przetwory salicylowe nie skutkują, tam i tyłysal żadnego nie wywierał wpływu. Tak np. u osób gorączkujących (gruźlica płuc, róża, zimnica, zapalenie płuc etc.) tyłysal na samą sprawę wcale nie wpływał; jednakże zauważyć muszę, iż w przypadkach tych, ciężota spadała nieraz dość znacznie, bez potów, sinicy i bez dreszczów. Wobec częstych jednakże i zgola nieprzewidzianych spadków i podniesień ciężoty u chorych wspomnianych, trudno coś stanowczego orzec, czy spadek ten stał w związku ze stosowaniem tyłysalu.

Stosowałem także tyłysal u pewnego chorego, dotkniętego ciężką postacią moczówki. Wypróbowawszy bezskutecznie rozmaite zalecane przy tem cierpieniu metody leczenia, zastosowałem u chorego tyłysal z jednoczesną dyetą mleczną. Po 3 dniach ilość dobową cukru z 300 blisko gramów spadła do 200, po tygodniu do 40 (1,5%). Stan ten trwał 2 tygodnie przy ciągłym podawaniu tyłysalu. Chory usunął się następnie z pod mojej obserwacji. Sądzę, że w danym przypadku tyłysal wywarł pewien wpływ na ilość wydzielanego cukru, tembardziej, że już poprzednie stosowanie samej diety mlecznej przeszło bez wybitnego skutku. Być może, iż kombinowanie diety z tyłysalem, czy też z innym podobnym środkiem (salol), da nam podobne wyniki.

Wo wszystkich przypadkach powyższych nie zauważyłem żadnych złych ubocznych następstw, które widzimy często przy stosowaniu przetworów analogicznych (antypiryna, antyfebryna, salol). Zanotować tu jednak mu-

sze, iż chory dotknięty moczówką skarżył się zawsze, iż po przyjęciu tolysalu doznaje uczucia palenia wzdłuż mostka. Inni chorzy nie podobnego nie zauważyli.

Co się tyczy dawki, to najwyższa dobową wynosiła 8,0. Zwykle dawałem po 2,0 co 3 godziny. Niekiedy jednak wystarczyło już 6,0, w przypadkach zaś bólów głowy już 2—3,0. Środek ten, nie rozpuszczający się w wodzie, podawałem zawsze w opłatku.

Na zasadzie spostrzeżeń powyższych można dojść do wniosku, iż tolysal w wielu razach nie ustępuje wcale innym środkom o podobnym składzie chemicznym, często zaś należy go postawić wyżej od nich, gdyż nie wywołuje ubocznych następstw. Jako środek daleko tańszy od antypiryny, zasługuje na szerokie zastosowanie.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia z dnia 17 i 31 Października r. b.

Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił chorego 57-letniego z postępującym zanikiem mięśni (*Atrophia musculorum progressiva myopathica*). O ile sądzić można z wywiadów, cierpienie zaczęło się w młodym wieku chorego, od zaniku mięśni łopatki; rozszerzało się powoli, obejmując coraz to nowe grupy mięśniowe, i obecnie z wielu mięśni (*serratus anticus, cucullaris, rhomboidales, latissimus dorsi*) pozostały zaledwie strzępy, szczególnie po lewej stronie. Mięśnie ręki pozostały prawie nieatoniczne. Przed 12 laty zanik zajął i mięśnie kończyn dolnych, od tej daty bowiem rozpoczyna się uczucie osłabienia przy chodzeniu i odrębny chód chorego. Na pierwszy rzut oka zdaje się, że chory ma bezład ruchowy, wpatrując się jednak, zauważyć możemy, że nieprawidłowość w chodzeniu zależy głównie od zaniku mięśni kończyn dolnych. Badanie nie wykazało żadnych zmian uczucia, odruchy ścięgniste i skórno zachowane, pobudliwość na prąd indukcyjny cokolwiek zmniejszona, odczynu zwyrodnienia nie ma. Badanie pola widzenia wykazało znaczne zwężenie na wszystkich kolorach w lewym oku. Chory zjawiał się u R. skarżąc się na uczucie odrętwienia w lewej stopie i na poduszewie. Oprócz tego chory od czasu do czasu miowa silne bóle krzyża, które często nie pozwalają mu wykonać żadnego ruchu.

O leczeniu suchot płucnych kreozotem.

HEWELKE. W celu wywołania dyskusji nad kwestyą stosowania kreozotu w leczeniu suchot, względnie nad wartością leczniczą tego środka, prelegent przedstawia szczegółowo obecny stan literatury przedmiotu zarówno ze strony teoretycznej jak i praktycznej, oraz kilka swoich spostrzeżeń.

Co się tyczy strony teoretycznej, H. rozbiera kwestyę antyseptycznego działania na łascezniki gruźlicze kreozotu przez krew. Teorya ta nie ma obecnie racji bytu wobec doświadczeń (SEIFERT i HOELSCHER), według których krew zwierzęcia nasyczonego kreozotem, nie przedstawia własności antyseptycznych. Prelegent badając krew suchotników, ze względu na kwestyę zakażeń mieszaných, przekonał się na hodowlach ze krwi osób, zażywających duże ilości kreozotu, że zawiera ona nieraz żywe i zdolne do życia pasorzyty (gronkowce, paciorkowce i t. p.). Dalej, rozbiera H. teoryę KLEMPERER'a (działanie kreozotu na trawienie) i SEIFERT'a i HOELSCHER'a, według których gwajakol łączy się z produktami życia łascezników gruźliczych w związki trudniej rozpuszczalne i łatwiej ulegające spaleniowi i tym sposobem zubożeniowi szkodliwy ich wpływ na ustrój. Ze spostrzeżeń praktycznych przytacza autor cały szereg prac, szczególnie z ostatnich lat, w których autorowi mniej lub więcej wybitnie podnoszą dobry wpływ kreozotu przy suchotach. Własne spostrzeżenia H. w 4 przypadkach, w których stosował kreozot lub gwajakol podskórnym w większych dawkach (do 1,0 kreozotu i 4,0 gwajakolu), doprowadziły go do wniosków raczej ujemnych o działaniu kreozotu na sprawę gruźliczą; w 2-ch bowiem wpływu nie było żadnego, a w dwóch — znacznie pogorszenie. Na gorączkę wpływu nie zauważono, łaknienie się poprawiało, waga ciała spadała. H. poddaje krytyce niektóre z przytoczonych w literaturze spostrzeżeń i wnioskuje, że nie są one przeprowadzone dość ściśle i że na rzecz dobrego działania kreozotu zaliczane bywają wpływy korzystne, z innych źródeł wynikające (lepsze warunki

higieniczne, usunięcie powikłań). Ostatecznie kol. II. wnioskuje, że kreozot wywiera pewien korzystny wpływ na łaknienie i łagodzi kaszel, na samą jednak sprawę gruźliczą wpłynąć nie może.

W dyskusji kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że zwycięstwo, jakie odniósł kreozot nad innymi środkami stosowanymi w suchotach płucnych, tłumaczy się względną jego nieszkodliwością dla ustroju, i rozbiera kwestyę swoistego działania kreozotu i pożytku, jaki on przynosi w suchotach płucnych. Swoistego działania kreozotu nie okazują. W przeciągu 10 lat, stosując kreozot w szpitalu, S. ani razu nie spostrzegał wybitnych przypadków uleceń. Ten ujemny wynik musi być u chorych szpitalnych już *a priori* przypuszczalny, gdyż tu spotykamy się przeważnie z suchotnikami w ostatnich okresach choroby, w których nie może być mowy o wyloczeniu lub o powstrzymaniu sprawy. Lecz i w praktyce prywatnej w bardzo wczesnych okresach choroby, kreozot nie wykazywał widocznego swoistego działania i S. zaznacza, że każdemu z praktyków znane są wybornie przypadki, w których kreozot stosowany od samego początku, nie raz jeszcze przed wykryciem łaseczników, bynajmniej nie uchronił ustroju od stopniowego rozwoju niszczącej sprawy. Dodatnie działanie metodycznego stosowania kreozotu w praktyce prywatnej tłumaczy się jednoczesnem stosowaniem racjonalnego higieniczno-dietetycznego leczenia, którego wpływ przypisano najniewłaściwiej swoistemu działaniu kreozotu. Prócz tego żadna z chorób przewlekłych nie przedstawia tej dziwnej skłonności do zatrzymania się w rozwoju nawet w daleko posuniętych okresach, co suchoty płucne, i to samoistne zatrzymanie się sprawy także przypisywano kreozotowi. S. żadną miarą na to zgodzić się nie może, gdyż wyniki dodatnie widywał również przy użyciu kreozotu lub gwałakolu, jak i bez nich wszędzie, gdzie zastosowane było racjonalne higieniczno-dietetyczne leczenie u tych chorych, u których istniały dotychczas bliżej nieznanne warunki ustroju, przedstawiającego skłonność do zatrzymania się sprawy gruźliczej. Odmawiając kreozotowi swoistego działania, S. zaznacza, że kreozot w wielu bardzo przypadkach jest środkiem, korzystnie działającym przy leczeniu suchot płucnych, gdyż wpływa w niezbyt wielkich dawkach na poprawę łaknienia, już to pobudzając błonę śluzową żołądka do wydzielania soku żołądkowego, już działając na sprawy fermentacyjne, wywiązując się w żołądku z powodu połykania płwociny przez niektórych chorych. W pewnej grupie przypadków S. widział pomyślnie działanie kreozotu na trawienie kiskowe. Wręcz przeciwnie u niektórych chorych spostrzegać się dają zaburzenia w trawieniu i utrata łaknienia, co zależnem jest według S. prawdopodobnie od stosowania zbyt dużych dawek, przed któremi S. przestrzega. Kreozot w pewnej grupie przypadków jest dobrym środkiem wykrztusnym, mianowicie w niezbyt posuniętych okresach suchot, S. dodaje jednak, że chorzy ci otrzymują zazwyczaj różne środki kojące, a stąd i wnioski mogą być fałszywe. Nie można też odrzucać wpływu sugestyi. Za zupełnie niewłaściwe uważa S. stosowanie kreozotu, gwałakolu i innych środków farmaceutycznych u suchotników, przebywających na wsi lub w stacyach klimatycznych, dowodząc, że często szkodę tem choremu przynieść można. Co się tyczy dawek, to S. stosuje kreozot tylko w dawkach od 4, 6 do 10 gran i zaleca go nie w kapsułkach, lecz w mocno rozcieńczonym roztworze. W tych dawkach i postaci kreozot zazwyczaj dobrze bywa znoszony.

Kol. DUNIN zwraca uwagę, że przeważna ilość niepomysłnych wyników pochodzi ze szpitali, których materiały nie nadaje się w tych razach wcale do wyprowadzania wniosków. Zdaniem jego kreozot w leczeniu suchot płucnych oddaje duże usługi i chorzy bardzo się poprawiają, przyczem nie można tej poprawy czynić zależną od polepszenia warunków higieniczno-dietetycznych, gdyż występuje ona i przy zachowaniu tych samych warunków. Stosować należy tylko kreozot w odpowiednich postaciach suchot płucnych. Gorączka, ostre postaci, postaci u osób młodych, dziecięcznie obciążonych, przebiegające jako chloranemie z nieznacznym kaszlem, stanowią przeciwskazanie do użycia kreozotu. Nadają się tylko postaci suchot bez gorączki z dużym kaszlem i z dużą ilością płwociny. Co się tyczy poprawy łaknienia, to D. nie czyni tego zależnem od miejscowego działania kreozotu na błonę śluzową żołądka, a od poprawy stanu ogólnego.

Kol. SĘDZIAK przypomina, że już przed 5-laty w pracy swej z oddziału D-ra SOKOŁOWSKIEGO wyraził pogląd, że kreozot nie jest swoistym środkiem, duże jednak usługi oddaje w terapii suchot. Dziś S. poglądu tego nie zmienia i stosuje kreozot, gdyż lepszego środka nie posiadamy i polepszenia spostrzegać można. Co do dawek, to zgadza się z kolegą SOKOŁOWSKIM, że zalecane przez niektórych olbrzymio dawki

4,0 szkodliwie działać mogą i drażnić nerki. Co do metody stosowania, to S. przekłada stosowanie wewnętrzne; w lewatywach nie stosował; wstrzykiwania śródmiąższowe są wręcz szkodliwe, a podskórne też nie dobrze działają. Najodpowiedniej jest podawać kroozot w kapsułkach lub pigułkach a nie w płynie.

Kol. CHEŁMOŃSKI zaznacza, że gdyby kroozot był środkiem swoistym w suchotach, to powinien dodatkowo działać u ludzi, którzy nie są w stanie zmienić na lepsze warunków higieniczno - dyetetycznych. W takim położeniu znajdują się większość chorych zgłaszających się do ambulatorium szpitala Dz. Jezus. Na 1048 chorych, którzy w przeciągu 1½ roku zgłosili się do kol. Ch. do ambulatorium szpitalnego—było 117 suchotników w różnych stopniach rozwoju choroby. Mniej więcej ¾ suchotników przyjmowało kroozot. Chorzy ci wazyli się co pewien czas i w żadnym przypadku Ch. nie spostrzegali stałego przybytku na wadze, w większości notowano ubytek. Pewne wahania w zmianach fizycznych, jako nie stałe, nie mają znaczenia. Wobec tego Ch. twierdzi, że kroozot swoistego działania w suchotach nie posiada i że może być środkiem pomocniczym tak dobrze w suchotach, jak i w przewlekłym nieżyłcu oskrzeli, *bronchitis putrida* i t. p. na równi z terpentyną, olejkami lotnymi i t. p.

Kol. WISŁOCKI przekonał się, że kroozot stosowany przez odbytnicę i przez skórę obniża ciepłotę o 1 do 1½ stopnia, czego nie zauważył, stosując go w postaci wstrzykiwań lub wewnętrznie.

Kol. NEUGEBAUER okazuje płód dwumiesięczny wydobyty podczas poronienia bez naruszenia owodni; w tym przypadku kosmówka odeszła oddzielnie.

Kol. JASIŃSKI przedstawił 24-letniego chorego, który mając pół roku życia, podobno przechodził jakąś ciężką chorobę mlecza. Od tego czasu datując prawie zupełny bezwład obu kończyn dolnych, wraz ze znacznym zanikiem mięśni i z powstrzymaniem rozwoju kości. Niedowład układu mięśniowego, brak ruchów normalnych w stawach, spowodowały w końcu szereg zniekształceń: brak hamulców więzadłowych, kostnych i mięśniowych, niesprawność kończyn prawie ostateczną. Chory posuwa się po ziemi za pomocą rąk, wlokąc za sobą miednicę i kończyny dolne. Stawy wszystkie uległy dużym zmianom, przeważnie w kończynie dolnej prawej, która jest nawet zwichnięta w stawie biodrowym (*luxatio iliaca*). Za pomocą *ad hoc* obmyślanego przyrządu ortopedycznego, kol. J. był w stanie dźwignąć chorego i umożliwił mu stanie przez chwilę na dwóch nogach. Dalsze starania J. skierowane są ku temu, aby chory ten mógł o własnej sile na dwóch nogach chodzić.

Kol. JASIŃSKI przedstawił następnie dziecko pięcioletnie, które przybyło do szpitala przed miesiącem; od matki dziecka dowiedziano się, że bezpośrednio przed przyjściem do szpitala, chorowało ono na płonice z zapaleniem nerek, a potem na zapalenie płuc. Kol. RABEK, który dziecko przyjmował, znalazł: stan gorączkowy, stępienie na całej przestrzeni lewej połowy klatki piersiowej od tyłu i od przodu, oddech oskrzelowy i liczne trzeszczenia, tylko od tyłu u dołu na bardzo ograniczonej przestrzeni oddechu i trzeszczeń nie było słyhać zupełnie. W miejscu tem wykonano próbno przekłucie wykazało obconość czystej ropy. Na zasadzie tych danych kol. J. przystąpił do operacji. Po przecięciu powłok zewnętrznych i wycięciu dużego kawałka 8 zebra, znalazł grubą tkankę bliznową (? Red.), którą przeciął, lecz ropy nie znalazł. W celu powiększenia pola operacyjnego usunął kawałek 7 zebra, poczem przy głębszem cięciu natrafił na mocno krwawiącą tkankę, o ile się zdaje, płucną, gdyż krew jasna, piana, wydobywała się z gębczastej, dość łatwo rozrywalnej tkanki. W głębokości 4—5 ctm. znaleziono ognisko, z którego wylało się kilka łyżek czystej, białą-żółtawej ropy bez odoru. Po miesiącu nastąpiło zagojenie i dziecko jest zupełnie zdrowe. Kol. J. przypuszczał początkowo, że ma do czynienia z infarktem ropnicowym i dla tego przewidywał, że prawdopodobnie wystąpią inne ogniska przerzutowe czy to w płucach, czy w innych organach ustroju. Kol. J. sądzi, że to jego przypuszczenie wydać się może niesłusznem wobec bezgorączkowego przebiegu choroby po operacji i wobec zupełnego powrotu dziecka do zdrowia.

W dyskusji nad tym przypadkiem kol. SOKOŁOWSKI zaznacza brak dokładnej anamnezy i przypuszcza, że sprawa była około płuca, mianowicie ograniczone zapalenie opłucnej, a nie w płucu. Wówczas możnaby sobie tłumaczyć pomyślnie zejście, brak kaszlu i t. p.

Kol. BĄCZKIEWICZ wyraża przypuszczenie, czy sprawa nie wyszła z gruczołów oskrzelowych.

Prof. KOSIŃSKI zaznacza, że na liczne resekcje żeber, jakie wykonał, nigdy nie spostrzegł ropnia płucnego, a bardzo często ropne ograniczone zapalenie opłucnej i dodaje, że gdyby J. przeciął płuco na 5 cm. głębokości, jak sam podaje, to musiałby wystąpić kaszel i wykrztuszenie krwawe.

Kol. JASIŃSKI raz jeszcze przypomina szczegóły badania i operacji i dodaje, że rozpoznania stanowczego nie robił, przeciwnie, prosił o wyjaśnienie przypadku.

Prof. KOSIŃSKI przypuszcza, że ropień może miał swe siedlisko między 2 zrazami płuc (*abscessus interlobaris*), do którego J. dostał się przez płuco.

Kol. JASIŃSKI odpowiada, że ropień mieścił się nie w tem miejscu, gdzie płuco dzieli się na zrazy, nie może więc przyjąć przypuszczenia prof. KOSIŃSKIEGO. Wątpi też, ażeby przez płuco doszedł do gruczołów oskrzelowych, bo tak głęboko nie przenikał. Kaszel i krwawe wykrztuszenie nie zawsze występują przy powierzchownem skałeczeniu płuca. Co do przyczyny, to sądził, że ma do czynienia z infarktem ropnicowym.

Prof. KOSIŃSKI zaznacza jeszcze, że ponieważ otrzymana ropa była bezwonna, nie można zatem przypuszczać istnienia infarktu ropnicowego, gdyż wówczas mielibyśmy ropę rozpadową.

Kol. KRAMSZTYK mówi, że objawy fizyczne dowodziły zajęcia opłucnej. Zapalenie płuc i infarkt nie dadzą nigdy tak obszernego stępienia.

Kol. JASIŃSKI odpowiada, że mógł być infarkt, a obok niego zapalenie opłucnej. Obecnie śladów cierpienia nie ma. Nie zgadza się też z prof. KOSIŃSKIM, ażeby ropa przy infarktach ropnicowych miała cuchnąć i przedstawiać się jako rozpad, przeciwnie, i w takich razach ropa może być dobrą.

Zmiany w krtani przy choleryce.

Kol. PRZEWOSKI przedstawił wrzody w krtani, znalezione przoz niego na dwóch trupach ludzi zmarłych na cholerę w okresie odczynu. Preparat pierwszy pochodził od 44-letniego robotnika z Mokotowa, który zachorował 24. X., a umarł 30. X. Na trupie znaleziono: ostre rozlane zapalenie kiszek, niedokrwistość i obrzęk mózgu. Obustronne zapalenie opłucnej surowiczo-włóknikowe (około 3 litrów płynu z lewej strony i 1 litra z prawej). Zapalenie osierdzia surowiczo-włóknikowe. Nerka choleryczna. W krtani na wyrostku głosowym (*proc. vocalis*) z każdej strony owrzodzenie owalne około 8 mm. długie i 5 mm. szerokie. Wrzody te są zupełnie symetryczne. Brzegi ich szaro-żółtawe, kłaczkowate. Dno także szaro-żółtawe dochodzi do błony śluzowej. W pozostałej części krtani błona śluzowa tylko trochę zaczerwieniona. Błona śluzowa gardzieli, tchawicy i oskrzeli też nieznacznie tylko zaczerwieniona.

Preparat drugi pochodził od 36-letniej chorej z Warszawy, która zachorowała 26. X, zmarła 31. X. Na trupie znaleziono: rozlane zapalenie nerek z wyraźną ziarnistością substancji korowej, obrzęk mózgu, w kiszkaach ostre rozlane zapalenie i miejscami na ograniczonych przestrzeniach zapalenie błonicowe. W krtani owrzodzenie symetryczne nad wyrostkiem głosowym, zupełnie takie same jak w przypadku poprzedzającym.

T. jest przekonania, że przedstawione wrzody w krtani u cholerycznych są zupełnie analogiczne z temi, jakie spostrzegają się w krtani przy tyfusie brzuszny i że zgorzel odleżynowa (*necrosis per decubitus*) jest przyczyną ich powstania.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

166. BROESE. **O przyczynach, rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki u kobiet.** Poznaniu częstości i znaczenia rzeżączki u kobiet staje ciągle na zawadzie trudność rozwiązania zagadnienia: czy nieżytowe cierpienie przewodu rodowego w danym przypadku należy uważać za zaraźliwe, działaniem zarazka rzeżączkowego wywołane, czy też nie. Badanie drobnowidzowe na gonokoki nie daje nam żadnej pewnej wskazówki do rozpoznania przyrody cierpienia. Wprawdzie wykazanie obecności gonokoków w wydzielinie zawsze dowodzi, że rzeżączka istnieje, lecz nieznanie ich pomimo starannego poszukiwania nie może świadczyć, że rzeżączki nie ma, że wydzielina nie jest zaraźliwa. Wprawdzie B. nie zachodzi tak daleko jak wielu innych, którzy nie chcą uznać gonokoków za przyczynę rzeżącz-

czki, jednakże nie przyznaje żadnej wartości badaniu drobnowidzowemu w rozwiązaniu pytania, czy rzeżączka w danym razie istnieje lub nie.

Jednym z głównych przeciwników teorii o gonokokach jako przyczynie rzeżączki jest LAWSON TAIT¹⁾, który w swoim dziele, w 1889 r. wydanem, całkiem nie uznaje gonokoków jako przyczyny rzeżączki. Podstawy, na których pogląd TAIT'a o gonokokach się wspiera, są następujące: TAIT mówi: Wiemy, że mężczyzna nigdy rzeczywiście z rzeżączki wyleczonym być nie może tak, ażeby każde podrażnienie wskutek nadużycia *in baccho et venere* znowu rzeżączki nie wywoływało. Bakteryologowie jednakże głoszą, że w okresie utajonym żadnych gonokoków wykryć nie można. Czyż może ten „*industrian little beasts*“ znowu powstać na świeżym nabłonku po wypiciu szklanki piwa lub wskutek trzech lub czterech aktów spółkowania zamiast jednego? Dla czego jedna i taż sama kobieta zaraża rzeżączką jednego mężczyznę, a sześciu lub ośmiu innych, którzy z nią w ciągu kilku godzin spółkowali, nie zaraża? Czem się to dzieje, że wyjątkowo niektórzy mężczyźni nigdy z kobietą spółkować nie mogą, równie czystą, jak oni, bez zarażenia się rzeżączką? Tego rodzaju pytania zdaniem TAIT'a do setki można pomnożyć.

B. stara się pogodzić te zarzuty TAIT'a z nauką o gonokokach. I tak: przede wszystkim, co się dotyczy drobnowidzowego wykrycia gonokoków, jakoby najpewniejszego dowodu rzeżączki, to znajduje się gonokoki w każdym świeżym przypadku rzeżączki, jako też w wielu przypadkach rzeżączki przewlekłej, jednakże w innych mniej licznych przypadkach rzeżączki przewlekłej, całkiem ich wykryć nie można, pomimo tego że wydzielina jest zarażająca. Przypadki kliniczne, które do tego przeświadczenia autorowi posłużyły, można podzielić na dwie gromady:

Jedną stanowią następującego rodzaju przypadki. Często wkrótce po ślubie przybywa do lekarza kobiet para małżonków. Żona zwykle w 8—10 dni po ślubie zachorowuje na rzeżączkę (*urethritis, endometritis cervicis*), czasami także na *salpingitis* i *perimetritis*), wydzielina zawiera gonokoki i gdy badamy wtedy męża, dowiadujemy się zwykle, że on na dłuższy czas przed ślubem miał ostatnią swoją rzeżączkę. Wtedy za pomocą endoskopu u męża wykrywa się zawsze zmiany anatomiczne cewki moczowej, charakteru zapalnego przewlekłego, nadto wydzielinę w moczu i przy badaniu endoskopem, lecz niezmiernie rzadko gonokoki. A jednakże w tych przypadkach żona tylko przez męża zostaje zarażona.

Do drugiej gromady należą spostrzeżenia następujące: Młody człowiek przychodzi do nas ze swoją kochanką i prosi o zbadanie jej; z nią jedną miewa on stosunki płciowe i od niej zdobył trypra. Kobieta ta twierdzi, że jest zupełnie zdrową. Mężczyzna ma wtedy świeżą rzeżączkę z licznymi gonokokami, u kobiety zaś znajdują się wtedy dosyć często zmiany anatomiczne wskazujące zakażenie rzeżączkowe, bardzo skąpą wydzielinę z cewki moczowej, z szyi macicznej i t. d. Niekiedy zmiany są zaledwie dostrzegalne i w wydzielinie, pomimo starannego poszukiwania, gonokoków nie znajdujemy. W jednym przypadku wykryto gonokoki dopiero w wydzielinie wziętej do badania bezpośrednio po miesiączce. Przyczyną niemożności znalezienia gonokoków może być zbyt mała ich liczba w danej wydzielinie.

Inne jednakże objaśnienie podaje w najnowszej pracy WERTHEIM²⁾, który wykazał, że tylko młode gonokoki barwią się roztworem wodnym barwników anilinowych, starsze zaś pozostają blade i tak słabo zarysowane, że ich wogóle za pomocą drobnowidza jako gonokoków wyróżnić nie podobna, są to t. zw. przejrzałe formy wsteczne (*Involutionsformen*) gonokoków, które przetwarzają się w formy klasyczne, typowe gonokoków, ile razy zostaną przeniesione na nowe podłoże.

W przypadkach wątpliwych jedynie za pomocą hodowli można bakteryologicznie stwierdzić rzeżączkę, co oczywiście nie jest wykonalnem w zwykłej praktyce.

Zarzut przeto TAIT'a, że w okresie utajonym rzeżączki u mężczyzn, żadnych gonokoków się nie znajduje, pomimo tego, że one zarażają jeszcze, jest tym sposobem rozjaśniony i odparty.

¹⁾ Diseases of women and Abdominal Surgery. Leicester. 1889.

²⁾ Die ascendirende Gonorrhoe des Weibes. Archiv f. Gyn. Bd. 42.

Jak się rzecz ma z tak zwaną utajoną rzeżączką u mężczyzn i z twierdzeniem TAIT'a i NOEGGERATH'a, że tryper u mężczyzn nie leczy się?

B. w ostatnich czasach poddawał badaniu wszystkich mężów tych kobiet, u których znajdował rzeżączkę lub ją podejrzewał. Prawie we wszystkich tych przypadkach znajdowano u tych mężów z małemi wyjątkami, wyraźne zmiany anatomiczne w cewce, rzadko gonokoki. Z tego B. wnioskuje, że nie ma t. zw. rzeżączki utajonej u mężczyzn, że w tym czasie, w którym mężczyzna zaraża kobietę, musi on mieć jeszcze zapalne zmiany w cewce, które niekiedy mogą być bardzo nieznaczne, zwykle jednak przy badaniu endoskopem jako też przy starannem badaniu moczu łatwo wykazać się dają. Taki przebieg przewlekły, lata całe trwający, nawet do końca życia, zdarza się niezbyt często, rzeżączka w największej liczbie przypadków leczy się, a tylko pewien niezbyt mały ich procent opiera się wszelkiemu leczeniu. Lecz czy rzeżączka u mężczyzny jest wyleczona czy też nie, o tem można się przekonać jedynie za pomocą starannego zbadania moczu i cewki moczowej przy pomocy endoskopu.

Dopóki jednakże istnieje jeszcze sprawa zapalna przewlekła w narządach rodnych mężczyzny lub kobiety, dopóty prawdopodobnie znajdują się i gonokoki w tkance i dostają się stąd, chociaż także nie zawsze, do wydzieliny jużto jako *Involutionsformen*, już też w postaci klasycznych gonokoków.

Mogą mężczyźni i kobiety dotknięte przewlekłą rzeżączką jeszcze zarażać, lecz ażeby zarażenie musiało zawsze nastąpić, z tego jeszcze nie wypada. Tu ma miejsce toż samo, co i we wszystkich chorobach zaraźliwych, że potrzeba nadto istnienia tych wszystkich momentów, które mianem usposobienia obejmujemy. Usposobienie do rzeżączki może u tych mężczyzn wzrastać, którzy już raz cierpieli na rzeżączkę, tak dalece, że po każdym spółkowaniu z nierządnicą publiczną, gdyż prawie wszystkie one są rzeżączkowemi, tryper się ponawia, chociaż poprzednio był całkiem wyleczony. Żeby jednakże można zarazić się rzeżączką od kobiety, jak TAIT mówi, całkiem czystej, nie zarażonej, jest niemożliwe. Różny stopień usposobienia ludzi do rzeżączki wyjaśnia zarzut TAIT'a przeciwko nauce o gonokokach, że kobieta udziela rzeżączki jednemu mężczyźnie, gdy inni, mający z nią stosunek płciowy w ciągu kilku godzin, są od niej wolni.

Głównem miejscem zarażenia u kobiet jest szyja maciczna, dokąd dostają się bezpośrednio podczas wytrysku nasienia owe nieliczne gonokoki, wywołujące najczęściej zarażenie skutkiem przewlekłej rzeżączki. Stąd dopiero następnie pochwa, srom i znane miejsca umiejscowienia rzeżączki w wylocie pochwy zostają zarażone. Pierwotne zakażenie wchodu do pochwy jest tylko dopuszczalne przy tryperze w pełni jego rozwoju jako też przy *vulvo vaginitis* u dzieci.

Nie ma pewnego znaku, po którym możnaby odróżnić nieźłośliwy nieżyt szyi macicznej od rzeżączkowego; ani badanie drobnowidzowe, ani makroskopowe własności wydzieliny tego nam nie wyjaśniają. Rzeżączka macicy jest jednakże tak częstem cierpieniem, że każdy nieżyt szyi macicznej zwłaszcza u tych, które jeszcze nie rodziły, można przypuszczać, że jest rzeżączką, nawet tak zw. nieżyty połogowe polegają najczęściej na zakażeniu rzeżączkowem. Nadto, zbyt ropiaste upławy, jakim podlegają niekiedy dziewczęta, zależą w największej liczbie przypadków od zakażenia rzeżączkowego, które jednakże nie wskutek *coitus impurus*, lecz na innej drodze nastąpiło.

Nie należy poprzestawać jedynie na wykryciu nieżyty szyi. Zakażenie rzeżączkowe przedstawia pewne objawy, które rozpoznanie nawet bez dochodzenia bakteriologicznego w każdym prawie przypadku zapewniają. Naprzód tu należą staranne wywiady, dalej, u kobiet zamężnych, dokładne zbadanie męża. Tym sposobem można rozpoznać nieżyt jako rzeżączkowy tam nawet, gdzieśmy go nie podejrzewali. Dalej, za rzeżączką przemawia *ophthalmoblenorrhoea neonatorum* w położu się zdarzająca, wreszcie umiejscowienie rzeżączki w wylocie pochwy, a mianowicie śpiczaste (?) *condylomata*, zajęcie gruczołu BARTHOLINI'ego i jego przewód wyprowadzający z plamką rzeżączkową (*macula gonorrhoeica*), plamiste zaczerwienienie sromu, drobne owrzodzenia wchodu do pochwy, a przede wszystkim przewlekłe zapalenie cewki i nieżyt *lacunae* opuszki cewki moczowej. Przewlekłe *urethritis* jest jednym z najczęstszych cierpień. Łatwo jednak może być przeoczone, albowiem żadnych dolegliwości nie sprawia. Nakoniec współcześnie występujące zapalenie stawów jako też zajęcie przydatków macicy albo

otrzewnej miednicowej dowodzą, że *fluor albus* jest rzeżączką, zwłaszcza, gdy cierpienia te są zbyt uporczywe i często wracają.

Co się zaś dotyczy zapobiegania (*prophylaxis*) powstawaniu rzeżączki, to B. uważa to za niemożliwe, ażeby przez ścisłą kontrolę prostytutek można było powstrzymać rozprzestrzenianie się rzeżączki, albowiem prostytutki prawie wszystkie są dotknięte rzeżączką przewlekłą i bardzo trudno mogą się od niej wyzwolić. Dla powstrzymania mnożenia się przypadków rzeżączki, winniśmy przede wszystkim ostrzegać mężczyzn, ażeby nie uważali się za wyleczonych już wtedy, gdy ustąpią ostre objawy rzeżączki. Czy mężczyzna jest wyleczony lub nie, o tem można sądzić jedynie z badania moczu i cewki moczowej za pomocą endoskopu. Mężczyzna z przewlekłą rzeżączką musi się powstrzymać od zawierania związków małżeńskich bez względu na to, czy w jego wydzielinie znajdują się gonokoki lub nie.

Przy leczeniu rzeżączki u kobiet, należy sobie postawić jasno, co w danym przypadku zamierzamy osiągnąć, a mianowicie: czy chcemy usunąć jaki objaw rzeżączki: bóle, upławy, krwotoki i t. p., czy też, co winno być naszym zadaniem, starać się uwolnić kobietę od rzeżączki tak, aby ona nie mogła być więcej zakażoną.

W ostatnim razie należy nie tylko żonę lecz i męża z rzeżączki wyleczyć. Jeżeli mąż jest niewyleczalny, co niestety często się przytrafia, to należy powstrzymać się w leczeniu rzeżączki jego żony od wszelkich takich zabiegów, któreby mogły tylko spowodować pogorszenie, nie dając żadnych widoków, że od rzeżączki ją uwolnimy; w takich razach należy się ograniczyć na łagodnych wstrzykiwaniach pochwowych.

Świeżą rzeżączkę u kobiet B. leczy tylko symptomatycznie za pomocą przestrzykiwania pochwy macicznej roztworem chlorku cynku lub sublimatu. Do cewki wkrapla 1—5% roztwór saletranu srebrowego. Dopiero po upływie co najmniej 4 tygodni od początku choroby, przystępuje B. do energiczniejszego miejscowego leczenia. Przedewszystkiem przyżęga przewód szyi macicznej stężonym roztworem chlorku cynku; do przyżegania ścian jamy macicznej przystępuje tylko wtedy, gdy jest przekonany, że i ona bierze udział w chorobie. Na pewno można się tego spodziewać tylko wtedy, gdy jajowody są chore, gdy zachodzą nieprawidłowości w miesiączkowaniu albo też przy często następujących poronieniach. Zwykle rzeżączka nie przekracza ujścia wewnętrznego macicy.

Każde wewnętrzne maciczne leczenie rzeżączki jest niebezpieczne, gdyż bezpośrednio może wywołać zapalenie jajowodów (*salpingitis*). Najniebezpieczniejszym zaś jest skrobanie powierzchni jamy macicy; również niebezpiecznymi a mało pożytecznymi są przestrzykiwania macicy płynami dezynfekcyjnymi. Najbardziej godne jest zalecenia stosowanie środków żrących w kształcie laseczki, a jeszcze lepiej na wacie na przeciku RAYFAIT'a.

Zajęcie gruczołów BARTHOLINIEGO leczy się często samoistnie, w uporczywych przypadkach nie pozostaje nic innego jak wycięcie. Przewlekłe *urethritis* traktuje się przyżeganiem błony śluzowej mocnym roztworem *arg. nitrici* (5—20%) przez endoskop. Nieżyt zatoczek (*lacunae*) opuszki cewki moczowej opiera się wszelkiemu leczeniu, nie pozostaje nic innego jak wypalenie jej żęgadłem PAQUELIN'a. Terapią cierpień przydatków macicy B. się tu nie zajmuje. W każdym razie jest to zadanie bardzo trudne do spełnienia i w wielu razach zaledwie możliwe.

Wreszcie B. do następujących dochodzi wniosków:

1) Aczkolwiek jest to niewątpliwe, że gonokoki są przyczyną rzeżączki, to jednakże badanie mikroskopowe pod względem rozpoznania choroby ma wartość podrzędną, gdyż w wielu przypadkach rzeżączki gonokoków wykazać nie można, prawdopodobnie dla tego, że one przyjmują t. z. *Involutionsformen*. Tylko pomocą hodowli można bakteryologicznie stwierdzić istnienie rzeżączki.

2) Nie ma żadnego utajonego trypra u mężczyzn, jak to TAIT i NOEGGERATH sądzą, albowiem przy starannem poszukiwaniu zawsze jeszcze dadzą się wykazać u mężczyzn, którzy zarażają, w ich cewce moczowej zmiany pochodzenia zapalnego.

3) Rozpoznanie rzeżączki u kobiet jest prawie zawsze możliwe przy stosownem spostrzeganiu wszystkich objawów klinicznych, nawet bez badania

drobnowidzowego. Na szczególną uwagę zasługuje, dla ustalenia rozpoznania, oprócz anamnezy u mężatki, staranne zbadanie jej męża, dalej zwracanie uwagi na umiejscowienie rzeżączki we wchodzie do pochwy macicznej. Bardzo często spotyka się tu przewlekłe *urethritis* i nieżyt *lacunae* opuszki cewki moczowej.

4) Leczenie musi być skierowane u osób zameżnych nie tylko do tego, aby żonę, lecz także i męża od rzeżączki uwolnić. Jeżeli więc rzeżączka u męża jest niewyleczalna, to leczenie żony na nic się nie przyda.

5) Jeżeli chcemy kobietę wyleczyć z rzeżączki, to nie tylko należy leczyć macicę, lecz i umiejscowienie rzeżączki we wchodzie do pochwy.

(*Verhandl. f. Geburtshülfe u. Gynäkol. in Berlin. Zeitschrift f. Geburt. u. Gynäkol. XXIV. Bd. 1. Heft. 1893*). J. R.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— USCHINSKY. O bezbiałkowej pożywce dla chorobotwórczych bakterii. (*Centr. f. Bakt. u. Paras. B. XIV. N. 10*). Autor podaje receptę na taką pożywkę; lepiej niż w zwyczajnym bulionie rośnie w niej bakteria róży świń, tak jak w bulionie cholera, dyfterya, tężec, tyfus i in. Ponieważ hodowle, przefiltrowane przez filtr CHAMBERLAND'a, są jadowne, tak samo jak hodowle bulionowe, stąd wniosek, że jady bakteryjne są produktami syntezy, nie zaś rozkładu białek z pożywki.

Jadów bakteryjnych w czystym stanie nie udaje się jednak otrzymać aż dotąd, tembardziej, że ilość ich w hodowli jest nadzwyczaj mała. Jak dotąd, można sądzić, że należą one do ciał proteinowych i są bardzo podobne do fermentów.

A. Żurkowski.

— D-r HANKS radzi przechowywać igły chirurgiczne w czystym 1% roztworze. Nie rdzewieją one w tym płynie i są zupełnie aseptyczne. (*Med. Rec.*) L.

Wiadomości bieżące.

— Trzeci zeszyt „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ zawiera następujące prace: Odo BUJWID: Bakterie w powietrzu, sposoby badania, znaczenie, opis pospolicie znajdujących bakterii. Praca nagrodzona na konkursie im. KOCZOROWSKIEGO, przez Warsz. Tow. Lek., z dołączeniem cynkotypów, fototypów i tablic chromolitografowanych. J. BRUNNER, Z. MIERZYŃSKI i A. ZAWADZKI: Wyniki badań wody studziennej w mieście Lublinie. E. MODRZEJEWSKI: O głuchoniemocie, rys statystyczno-lekarski głuchoniemoty w Król. Polskiem, oraz wyniki badań narządów słuchowych u 400 głuchoniemych (dokończenie). W. KAMOCKI: O zmianach anatomo-patologicznych przy wągrze śródocznym (z tab. litografowaną). F. NEUGEBAUER: Przestroga przy używaniu wianków macicznych; sprawozdanie z kazuistyki pewnych ujemnych działań wianków macicznych złe wybranych, zaniedbanych i zapomnianych, oparte na zestawieniu 262 przypadków zebranych z literatury i praktyki (dokończenie). Nadto, protokoły Towarzystwa od d. 20 czerwca do 5 września r. b.

— Wyszedł z druku zeszyt drugi „Przeglądu chirurgicznego“, wydawanego przez D-ra WŁ. KRAJEWSKIEGO, i zawiera następujące prace: J. STEINHAUSA: O pasorzytniczym pochodzeniu raka (z tablicą chromolitografowaną). (Prof. BROWICZ wygłosił o tym samym przedmiocie dwa

odczyty: pierwszy na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w roku zeszłym, pomieszczony w streszczeniu w sprawozdaniach ze zjazdu (w *Przegl. Lek. i Medyc.*), drugi w roku bieżącym. Że autor nie mógł uwzględnić tego ostatniego, tłumaczy się to późniejszym jego ukazaniem się w druku, ale dlaczego pominął odczyt pierwszy, jest dla nas niezrozumiałem) J. GARBOWSKIEGO: Kilka uwag nad doszczętnem operacyjnem leczeniem tętniaków. A. KARCZEWSKIEGO: Kilka przypadków ran drażących brzucha. J. SĘDZIAKA: Leczenie skrytych postaci ropotoków (*empyema*) zatok bocznych nosa (HIGMOR'a, czołowych, klinowych i sitowych) (wyjątek z obszerniejszej pracy). M. LEBENSBAUMA i M. WARSZAWSKIEGO: Trzy przypadki ciąży zamicznej. Cz. BITNERA: *Hypospadiasis* u kobiety oraz uwagi nad chirurgicznym leczeniem inkontynencji. S. GROSGLIKA: W sprawie zapobiegania nieżyłtowi pęcherza *e catheterisatione*. A. SOKOŁOWSKIEGO: Kula w krtani, przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych krtani. Oprócz tego dołączone są, według programu, streszczenia w języku francuskim prac powyższych i artykułów, pomieszczonych w innych czasopismach polskich, nadto dołączono portret WŁ. MATLAKOWSKIEGO, wykonany przez p. Podkowińskiego.

— W berlińskim szpitalu Charité zostały otwarte dwa nowe oddziały: chorób gardła

inosa pod kierunkiem prof. BERNARDA FRAENKEL'a i chorób usznych pod kierunkiem prof. TRAUTMANN'a.

— College of Physicians w Filadelfii przeznacza nagrodę „Alvarenga“ w ilości 180 dolarów na rok przyszły za pracę dotychczas nieogłoszoną, na jakikolwiek temat lekarski. Prace przyjmuje do 1 maja r. 1894 sekretarz CHARLES W. DUILLES.

— Towarzystwo lekarskie berlińskie nadało VIRCHOW'owi tytuł prezesa honorowego z pozostawieniem go w godności prezesa rzeczywistego.

— **Zmarli.** Ś. p. Dr. MIŁOSŁAW BURZYŃSKI. W ubiegłym miesiącu zmarł w Wenecyi i tamże pochowany, oddawna już ciężką złożony niemocą, ś. p. MIŁOSŁAW BURZYŃSKI, współwłaściciel i współpracownik naszego pisma, pozostawiwszy po sobie jaknajsympatyczniejsze wspomnienie. Urodzony w Mińsku r. 1828, skończywszy tamże gimnazjum, udał się na wydział filozoficzno-przyrodniczy do Moskwy, a po otrzymaniu stopnia kandydata nauk przyrodniczych, zapisał się na wydział lekarski w r. 1849 w Dorpacie, dzisiejszym Juriewie, gdzie wydoktoryzowawszy się w r. 1853, udał się do Brześcia Lit. na praktykę. Tam, po niedługim czasie takiej doczekał się wziętości, iż ci z jego pacyentów, którzy się na mieszkanie do innych miejscowości przenieśli, niejednokrotnie w dalekie strony go wzywali. Do dziś dnia, pomimo tego, że nieboszczyk już przed 12-tu laty w Warszawie osiadł, imię jego w Brześciu i dalszych okolicach ze czcią jest wspominane. Łagodności, cierpliwości i pracowitości wielkiej był to człowiek. Choremu oddawał się cały, jak to mówią, ciałem i duszą; gdy obok tego dodamy, że był to człek nauki nie małej, wyborny terapeuta i do ostatniej chwili swych pacyentów nie opuszczał, i bez względu na stan ich zamożności, dnia i nocy dla nich nie szczędził, łatwo pojmujemy to fanatyczne oniemiałe uwielbienie, jakie wśród pacyentów swych umiał sobie zjednać. Widziałem ludzi poważniejszych, do sfer inteligentnych należących, jak go po rękach całowali, za kolana obejmowali i ze łzami w oczach z nim rozstawali. BURZYŃSKI umiał dziesięć dni i nocy nie spać, umiał w daleką puścić się podróż do chorego, nie pytając nawet, w jaki sposób będzie za to wynagrodzony. W r. 1880-ym przybył B. do Warszawy, gdyż praktykować dalej na prowincyi, literalnie nie miał już siły. A kto chciał widzieć, jak wygląda lekarz prowincjonalny starzany na siłach, zrujnowany na zdrowiu, w pięćdziesiątych roku już złamany doszczętnie, ten powinien był zobaczyć BURZYŃSKIEGO.

Tytuły prac naukowych BURZYŃSKIEGO znajdzie czytelnik w Słowniku KOŚMIŃSKIEGO, tutaj tylko dodamy, iż na cztery lata przed śmiercią nosił się BURZYŃSKI z myślą założenia „Towarzystwa miłośników języka ojczystego“. Napisał odpowiednią ustawę, opracowywał ją wielokrotnie, poddawał krytyce ludzi kompetentnych, po czem zaczął kołać do czcigodnego MAJERA, do SMOLKI, do Akademii Umiejętności, do różnych stowarzyszeń naukowych i t. d. Że takie rzeczy idą nam zawsze jak z kamienia, powszechnie to wiadomo; mniemam atoli, że gdyby był BURZYŃSKI dłużej pożył, byłby swój zamiar urzeczywistnił. Pokój wiekiuisty zaczej duszy MIŁOSŁAWA BURZYŃSKIEGO, a ziemia, acz nie swoja, która go kryje, niech lekką mu będzie.
H. D.

— Dnia 19 października zmarł nagle w rezydencji swej Brion w 64 roku życia wiceprezes paryskiej akademii medycznej LEON LE FORT, jeden z najwybitniejszych współczesnych chirurgów francuskich. Pierwszorzędnym uczony i profesor, uczeń i zięć sławnego MALGAIGNE'a, mianowany niedawno profesorem kliniki chirurgicznej w szp. Hôtel-Dieu, na miejsce ustępującego VERNEUIL'a, miał wkrótce LE FORT zostać prezesem Akademii. Karyera jego zawodowa była równie szybka jak świetna. Oprócz chirurgii higiena szpitalna straciła w nim gorliwego krzewiciela. W licznych podróżyach swoich, zwiedzając szpitale, zbierał bogaty materiał; jeden z najważniejszych raportów jego dotyczył zakładów dla rodzących, w których wówczas (1864) w Paryżu śmiertelność panowała przerażająca. Należy dodać, że wytykając otwarcie i z wielką energią błędy szpitalnictwa francuskiego, LE FORT spotykał niechęć ziomeków i ciężkie nieraz staczać musiał walki. Znany wszystkim chirurgom „Podręcznik chirurgii operacyjnej“ MALGAIGNE'a, po śmierci tego ostatniego był przez LE FORT'a niejednokrotnie przerabiany i świeżo wydawany; ostatnie wydanie tak znacznie się różni od książki MALGAIGNE'a, tyle zawiera rzeczy z oryginalnej indywidualności LE FORT'a, że już za dzieło tego ostatniego poczytać je należy. Liczne artykuły przez LE FORT'a ogłoszone, świadczą o tem, że był on wytwornym pisarzem, sumiennym uczonym i pierwszorzędnym bibliografem, docierającym do źródła najdrobniejszej cytaty. LE FORT pozostawił żal głęboki w świecie lekarskim, który go cenił dla zalet serca, prawości charakteru i wielkiej godności, z jaką bronił swych poglądów.

— ANDREW CLARK, słynny klinicysta angielski.

Do dzisiejszego numeru dołącza się katalog księgarni T. Paprockiego i S-ka.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 4 Ноября 1893 г.

Друк K. Kowalewskiego. Królewska 29