

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do etyologii wyprysku gardzieli (*Herpes pharyngis*). Podał Leopold Lubliner. (Dokończenie).—O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej. Napisał D-r Teodor Heiman. Część II.—Sprawozdanie ze szczepień ochronnych według metody Pasteur'a z pracowni bakteryologicznej w Warszawie. Przez O. Bujwida i Wł. Palmirskiego.—**Kazuistyka.** Przypadek tęcza o przewlekłym przebiegu. Podał S. Wolfram lekarz szpitala w Mieni.—**Streszczenia i Wyciągi.** 12. Stosowanie intubacji w krztuscu. 13. Badań nad cholerą. 14. O wzajemnem wyrównywaniu się następstw jednorodnych wad serca współcześnie istniejących. 15. Spostrzeżenia nad łasiecznikiem influenzy Pfeiffer'a. 16. Przypadek obustronnej nefrolitotomii. 17. Doświadczenia nad poznaniem łasiecznika błonicy Löfflera i próby leczenia jej surowicą swoistą. 18. O zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej i jego leceniu. 19. O leceniu rozdarcia macicy.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Zmarli.**—**Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) L. Lubliner—Contribution à l'étiologie du herpes de pharynx. 2) D-r T. Heiman—Surdité simulée. 3) Prof. O. Bujwid et D-r W. Palmirski—Résultats d'inoculations préventives selon la méthode de Pasteur (Laboratoire bactériologique de Varsovie).

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 6.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) L. Lubliner—Beitrag zur Aethiologie des Herpes Pharyngis. 2) T. Heiman—Ueber künstliche Ohrenkrankheiten und angebliche Taubheit. 3) Prof. O. Bujwid und Dr. W. Palmirski—Bericht über die im J. 1892 mittelst Pasteur'scher Methode behandelte Fälle von Wuthkrankheit.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 6.

PRZYSZYNEK DO ETYOLOGII WYPYSKU GARDZIELI

(*Herpes pharyngis*).

Podał Leopold Lubliner

były asystent oddziału laryngologicznego w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 4).

B. Wyprysk gardzieli powracający (*Herpes pharyngis chronicus*).

Ta postać wyprysku gardzieli bardzo rzadko spostrzegać się daje. W literaturze specjalnej nieliczne są opisane przypadki. Do tych zaliczyć można przypadki STEPHEN MACKENZIE'go, TH. S. FLATAU'a i SOLIS-COHEN'a. W przypadku FLATAU'a wyprysk gardzieli powracał przez 16 lat, w spostrzeżeniu COHEN'a przez 15 lat, i żadne środki nie były w stanie doszczętnie usunąć tego cierpienia. Spostrzeżenie, które poniżej podaję, zawdzięczam uprzejmości D-ra HERYNGA, do którego pacjent ten był się zgłosił i przez którego był leczony. W przypadku tym również było przeprowadzone badanie bakteryologiczne.

L. J. lat 48 mający, przed 8 laty przebywał przymiot i był dobrze leczony, nawrotów cierpienia dotychczas nie było.

Pacjent szczupły, kaszle, dziedzicznie nie obciążony, krwioplucia nigdy nie było i wogóle na płuca nie chorował. Opowiada, że od 2 przeszło lat wciąż mu się tworzą „krostki“ w gardle i żadne leczenie nie jest w stanie usunąć tego cierpienia. Przed pół rokiem był leczony specyficznie (wybrał dwie uncje jodku potasu i 30 gran *protojoduret. hydrarg.*) w tem mniemaniu, że cierpienie gardła zniknie. Lecz i ta próba zawiodła. Chory nadużywał napojów wysokowych. Skarży się na uczucie ustawicznego pieczenia w gardle i przykre bolesne polykanie. Po zbadań chorego nie znaleziono śladów przebytego przymiotu, co też na konsultacji potwierdził Dr. ELSBERG.

Łaknienie i siły dobre, kaszel niewielki, chrypka. W płucach i innych narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Badanie nosa wykazuje obecność polipów. Na brzegu obydwóch łuków podniebiennych na podniebieniu miękkim i twardem widać rozsiane, otoczone czerwoną błoną śluzową, ściśle ograniczone grudki, które w niektórych miejscach przeszły w owrzodzenia wielkości soczewicy. Takież grudki znajdują się na języczku, na podstawie języka i na obydwóch więzach bocznych. W ciągu leczenia pojawiały się na wyż wspomnianych miejscach drobne pęcherzyki bolesne z płynną zawartością, które łatwo pękały, pozostawiając szarawą błonkę w formie nalotu. Pęcherzyki te gdzieś można było w różnych fazach: jedne świeżo powstałe miały zawartość dość przezroczystą, inne białawą, mętną, inne znów pęknięte tworzą drobne owrzodzenia szarawego wejrzenia o brzegach ostrych, otoczone czerwoną obwódką. W krtani czerwoność strun i zgrubienie nabłonków, zwłaszcza na tylnej ścianie (*pachydermia diffusa*). Rozpoznanie, w początkach niepewne z powodu podejrzenia na *lues*, co stanowczo wykluczone zostało, stało się jasnym, gdy zauważono powstawanie i znikanie pęcherzyków. Brzmiało ono: *herpes chronicus*. Stan chorego dość szybko poprawiał się po zastosowaniu płukań antyseptycznych i penzlowań balsamu peruwiańskiego. Wewnątrz chory otrzymywał *liq. ars. Fowleri*. Zgrubienia nabłonków na tylnej ścianie zostały usunięte przez D-ra H. ostreimi kleszczykami, poczem głos znacznie się poprawił.

Po 4-ro tygodniowem leczeniu chory wrócił do zdrowia. Po 2 miesiącach nawrotu cierpienia nie było.

Zc świeżo powstałego pęcherzyka na podniebieniu miękkim wydobyto nieco płynu i zaszczipiono na agar-agarze i na żelatynie odżywczej. Po 2 dniach rozwoju w termostacie przy 37° C. na agarze były już widoczne kolonie. Badanie drobnowidzowe wykazało, że składają się one z paciorkowców. Dalsze szczepienia wykazały, że wyhodowany paciorkowiec posiadał następujące własności: 1) na agar-agarze w termostacie przy 37° C. rośnie szybko (już po 36 godzinach pełny rozwój) w postaci drobnych szarawych kolonii; 2) w bulionie daje męt po dwóch dniach w postaci białawych, nieco ciągnących się niteczek, opadających na dno probówki; 3) na żelatynie rośnie w postaci oddzielnych drobnych okrągłych kolonii. Rozwój występuje wyraźnie dopiero na 5 dzień po zaszczipieniu. Żelatyny nie rozrzedza. Hodowle bulionowe (5-cio dniowe), zastrzyknięte pod skórę myszom, wywołują śmierć tych zwierząt przy objawach posocznicy już po 24 godzinach. U królików, którym zastrzykiwano hodowle tego paciorkowca, znalazłem tylko nieznaczne stwardnienie w miejscu zastrzyknięcia bez wpływu na stan ogólny zwierząt.

W wyżej przytoczonych przypadkach ostrego wyprysku rozpoznawanie nie przedstawiało trudności. Wyprysk gardzieli powstawał po nerwobólach w przypadku trzecim i czwartym, a bez uprzedniego nerwobólu w przypadku pierwszym i drugim przy objawach ostro występujących (gorączka, łamanie w kościach, dreszcze). Układ pęcherzyków jest bardzo charakterystyczny, czasami przypomina półpasiec innych części ciała (przypadek 4-ty). Pęcherzyki te dość szybko, bo po upływie 3–5 dni, ulegają zmianom wstecznym i, nie zostawiając po sobie śladu w postaci owrzodzeń długotrwałych lub blizn, sprawa cała kończy się pomyślnie.

Możnaby było wziąć to cierpienie za afty. Te ostatnie jednak zdarzają się najczęściej u dzieci podczas ząbkowania (E. FRÄNKEL). Przedstawiają się one w postaci okrągłych lub owalnych plamek białawych, wielkości ziarnka soczewicy, nieco zaledwie nad powierzchnią błony śluzowej wyniosłych, a nie raz są one jakby zagłębione. U dzieci cierpienie to trwa zazwyczaj przez kilka tygodni, u osób starszych nieco dłużej. Również inne cechy, niż wyprysk gardzieli, posiadają opisane przez HERYNGA, a potwierdzone przez MASUCCI'ego

i SĘDZIAKA t. z. owrzodzenia łagodne gardzieli. Cierpienie to, według słów wyż wspomnianych autorów, występuje odrazu jako owrzodzenie, a nie w postaci pęcherzyków i zwykle pojedynczo. Na uwagę zasługuje tu wynik badania bakteriologicznego moich przypadków.

Daleki jestem od twierdzenia, że paciorkowce przezemnie znalezione stoją w bezpośrednim związku etyologicznym z omawianem cierpieniem. Lecz objawy we wstępnym okresie choroby, nagły początek z dreszczem, krótkotrwałą gorączką i ogólnym niedomaganiem, pozwalają przypuszczać, że wyprysk gardzieli jest chorobą zakaźną. W spostrzeżeniach naszych mamy poniekąd potwierdzenie tego przypuszczenia w przypadku drugim. W tydzień po wyzdrowieniu syna zachorowuje ojciec. Objawy w obydwóch przypadkach były prawie jednakie, u jednego i drugiego cierpienie objawiło się powstaniem pęcherzyków wyprysku w gardzieli i w obydwóch przypadkach znalezione były te same paciorkowce. Jest tu więc prawdopodobieństwo, że ojciec, całując swe chore dziecko, zaraził się temże samem cierpieniem.

Zachodzi tylko pytanie, o ile w innych sprawach chorobowych, w jamie ustnej i gardzielowej zachodzących, i czy w normalnym stanie znajdujemy paciorkowce i wogóle drobnoustroje, wywołujące ropienie (gronkowce). Z pracy MILLER'a widzimy, że koki te niezbyt często znajdują się w jamie ustnej. BLACK jest zdania, że gronkowce mogą być znalezione w każdej jamie ustnej przy dokładnem badaniu bakteriologicznem. Inni bakteriologowie sądzą, że drobnoustroje te nie tak stale znajdują się w jamie ustnej. VIGNAL np. tylko rzadko wykrywał gronkowca białego i żółtego, a paciorkowca nie napotykał wcale. NETTER wykrył w 127 badanych przypadkach tylko 7 razy paciorkowca ropotwórczego, a co do gronkowca jest zdania, że napotyka go się stale w jamie ustnej. Według MILLER'a, badania BLACK'a co do częstości pasorzytów ropnych wymagają jeszcze potwierdzenia. BIONDI opisuje cały szereg mikroorganizmów chorobotwórczych, wyhodowanych z jamy ustnej, między innemi paciorkowca, który nazywa *streptococcus septo-pyaemicus*. Paciorkowiec ten, pisze wspomniany autor, nie różni się wcale od paciorkowca róży, zapaleniaropnego tkanki podskórnej (*phlegmone*) i napotykanego przy pologowym zapaleniu macicy. Wygląd kolonii jest jednakowy, rozwój powoli postępuje, wyniki szczepienia na zwierzętach są jednakowe. BESSER w pracowni WEICHSELBAUM'a badał pod względem bakteriologicznym drogi oddechowe ludzi zdrowych i rekonwalescentów. Znajdował on bardzo liczne odmiany drobnoustrojów niechorobotwórczych i również liczne pasorzyty chorobotwórcze. W jamach nosowych wykrywał *diplococcus pneumoniae*, *bacillus pneumoniae*, *staphylococcus pyogenes aureus* i *streptococcus pyogenes*. Paciorkowca tego znajdował on również w wydzielinie z krtani i z błony śluzowej oskrzeli.

Paciorkowiec znaleziony przezemnie ma zatem podobieństwo do opisanego przez BIONDI'ego, *resp.* do paciorkowca ropotwórczego lub też paciorkowca róży. Hodowle rozwijają się powoli na żelatynie; w termostacie *resp.* na agarze i w bulionie już po 24 godzinach widoczny jest rozwój. Na myszy działa zabójczo przy objawach posocznicy. Wogóle w kwestyi streptokoków brak dotychczas ściślejszej klasyfikacji. Tak na przykład, w pracowni KOCH'a, wiem to ze słów prof. BEHRING'a, z którym w kwestyi tej porozumiewałem się przed dwoma przeszło laty, mają kilkanaście odmian paciorkowca. W tej całej grupie paciorkowców dwa tylko mają własności biologiczne i chorobotwórcze stale określone. Są to *streptococcus erysipelatis* i *streptococcus pyogenes*.

Wszystkie inne mogą to być odmiany jednego z tych dwóch paciorkowców, a w ostatnich czasach większość bakteriologów, a między nimi E. FRÄNKEL i tenże sam BEHRING, doszła do przekonania, że i te dwie pozornie różniące się odmiany paciorkowca są zupełnie jednakowe. KIRCHNER dostarczył nam dowodów klinicznych, że dwa te paciorkowce są identyczne. Również KNORR opisał jeden przypadek, który potwierdził poszukiwania poprzednich badaczy tej kwestyi.

Wracając do wyników, otrzymanych przezemnie przy badaniach bakteriologicznych zawartości pęcherzyków wyprysku gardzieli, mogę jeszcze zaznaczyć, że w świeżych przypadkach, w których szczepienia robione były z płynnej zawartości samych pęcherzyków, otrzymywałem li tylko paciorkowca wyżej opisanego; w przypadkach zaś, gdzie pęcherzyki już uległy zmianom wstecznym, znajdowałem prócz tychże jeszcze gronkowce. Można przeto z tego wyciągnąć taki wniosek, że gronkowiec przyłącza się wtedy, gdy już w pęcherzykach wyprysku zachodzą zmiany wsteczne.

Badania bakteriologiczne mogą poprzeć hipotezę GERHARDT'a powstawania wyprysku. Należałoby ją pojmować w ten sposób, że podrażnienie nerwów, przebiegających przez przewody kostne, które powstało podczas okresu wstępnego niektórych chorób zakaźnych, czy też samoistne podrażnienie (*a frigore* np.) tychże nerwów w nerwobólach, wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych, co znów usposabiać może do powstania wyprysku w jamie ustnej i gardzielowej, zwłaszcza w przypadkach, w których w jamie ustnej obecne są odpowiednie drobnoustroje.

Wyniki spostrzeżeń tych dadzą się streścić w następujących punktach:

1) Wyprysk gardzieli jest cierpieniem, które należy zaliczyć do chorób zakaźnych. Może on przebiegać ostro i przewlekłe. 2) Związek wyprysku gardzieli z nerwobólem nie we wszystkich przypadkach spostrzegać można. 3) Badania bakteriologiczne wykazują, że w każdym przypadku wyprysku wykryć można koki ropne, najczęściej paciorkowce.

KAPOSI. Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten. IV. Auflage. 1893 r. A. OLLIVIER. Nouvelles recherches sur la pathologie de l'angine herpetique. (Congr. de l'assoc. franç. pour l'avanc. des sciences 1884. (Ref. w An. d. Med. d'oreil. etc.). P. MC. BRIDE. Herpes zoster of the hard palate 1884. (Ref. w Centralbl. f. Laryngologie.) HERZOG. Herpes pharyngis. (Ref. w Annal. des mal. d'oreilles, du larynx etc. 1890). S. SOLIS COHEN. Herpes of the throat. (Ref. w C. f. L.). ROBIN. Angina herpetica (Ref. w An. d. malad. d'oreilles etc.). PFEIFFER. Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arter. etc. 1889. Th. S. FLATAU. Chronisch recidivirender Herpes der Mundhöhle (Deutsch. med. Wochenschr. 1891). GUETERBOCK. Ueber Hemiglossitis (Deut. Zeitsch. f. Chir. 1885). T. HERYNG. Ueber benigne Pharynxgeschwülste. Intern. klin. Rundschau. 1890. Łagodne owrzodzenia gardzieli, Gazeta Lekarska. 1892. MASUCCI. Ref. w Monatschr. f. Ohrenheilkunde etc. 1892. J. SĘDZIAK. Przypadek t. z. angina ulcerosa benigna (Heryng). Now. Lek. 1892. MILLER. Mikroorganismen der Mundhöhle. II Auflage. 1892. v. BESSER. Ueber die Bakterien der norm. Luftwege (Ziegl. Beit. f. p. An. u. f. allg. Pat. Bd. VI. H. 4). F. KLEMPERER. Zur Bedeutung des Herpes labialis bei der Cerebrospinalmeningitis. (Berl. klin. Woch. 1893). A. KIRCHNER. Zur Lehre von der Identität des Streptococcus pyogenes und Streptococcus erysipelatis. (Centralblatt für Bakt. u. Par. XI. Bd. 1892). A. KNORR. Beitrag zur Lehre der Identität des Streptococcus pyogenes und des Streptococcus erysipelatis. (Berl. Klin. Woch. 1893).

O CHOROBACH UCHA SZTUCZNIE WYWOŁANYCH I O GŁUCHOCIE UDANEJ*).

Napisał D-r. Teodor Heiman.

C Z Ę Ś Ć II.

Stępienie słuchu i głuchota udana.

Stępienie słuchu oraz głuchota udana napotykać się dość często. Zadanie lekarza w wielu takich przypadkach nie jest łatwe i prócz przygotowania naukowego potrzeba mieć wiele doświadczenia, ażeby nie być często w błąd wprowadzonym. Trudności, napotykanne przy badaniu ludzi skarżących się na głuchotę lub znaczne stępienie słuchu, pochodzą stąd: 1) że nie posiadamy dotąd pewnych danych obiektywnych, pozwalających nam zawsze i wszędzie z całą pewnością określić, czy w danym przypadku istnieje głuchota a zwłaszcza stępienie słuchu; najczęściej musimy zadawać sobie wskazania subiektywnymi samych osobników badanych; 2) że obecność lub brak obiektywnych danych w wielu przypadkach nie rozstrzyga bynajmniej kwestyi, czy słuch jest zachowany, lub też czy został stracony i w jakim stopniu; 3) że próby słuchowe same przez się dotąd przedstawiają wiele niedostatków i często nie dają dokładnych wskazówek dyagnostycznych.

Doświadczenie przekonywa, że osobnik, którego narząd słuchowy nie przedstawia żadnych zboczeń obiektywnych, może być zupełnie głuchym wskutek cierpienia ośrodkowego lub obwodowego nerwów słuchowych, lub pewnych odcinków jamy bębnekowej, a mianowicie okolicy okienka owalnego. Wiadomem jest także, że zmiany obiektywne, napotykanne na błonie bębnekowej, t. j. zmętnienia, ścięczenia, zanik, blizny, złogi wapienne, wciągnięcie, braki częściowe lub całkowite tychże błon, ropienie z ucha, ziarnina i polipy jamy bębnekowej i t. p., nie stanowią bynajmniej dowodu, że dany osobnik jest głuchy, a nawet, że ma słuch znacznie upośledzony; przeciwnie, dość często przy wielu ze zboczeń tylko co wymienionych słuch jest znośny a nawet zupełnie zadawalniający dla zwykłych warunków życiowych. Tęgo rodzaju spostrzeżenia można nierzadko stwierdzić na jednym i tym samym osobniku, a mianowicie: że ucho, którem chory zupełnie nie słyszy, jest na wygląd zupełnie zdrowe; drugie zaś, którem chory względnie dobrze słyszy, przedstawia jedno lub kilka ze zboczeń dopiero co wymienionych. Przypadki całkowitej głuchoty lub znacznego stępienia słuchu przy braku obiektywnych danych rozwijają się zwykle po chorobach zakaźnych ogólnych, w przebiegu cierpień konstytucjonalnych i po pewnych cierpieniach mózgowych. W wielkiej liczbie przypadków głuchoty nerwowej takiego pochodzenia, mamy także przed sobą mniej lub więcej jasno wyrażone objawy choroby zasadniczej.¹⁾

Cierpienie pierwotne nerwu słuchowego lub błędnika przytrafia się nader rzadko. Jako cierpienie następne widzimy je często przy pewnych cierpieniach ucha średniego. Anamneza, dostarczana przez samych badanych, nie może być uwzględniona w znacznej liczbie przypadków.

*) Zob. Część I w Nr. 49 i 52-im Medycyny z r. z.

¹⁾ Obecność objawów choroby zasadniczej często wystarcza, ażeby dany osobnik był zwolniony ze służby wojskowej; tak, że stwierdzenie głuchoty gra rolę drugorzędną.

Człowiek, mający słuch prawidłowy, słyszy w przestrzeni zamkniętej przy zupełnej ciszy szept ludzki na odległość 25—30 metrów, słuchomierz POLITZER'a na 15 metrów, kamerton dźwięczący na 1 metr. Uderzenia zegarka kieszonkowego bywają rozmaicie słyszane, od $\frac{1}{2}$ —4 metrów, co zależy od siły ich uderzenia.

Postawiwszy człowiekowi, mającemu słuch prawidłowy, kamerton dźwięczący na środku głowy, dźwięk wtedy słyszany będzie w głowie a nie w uszach. Postawiwszy ten sam kamerton na wyrostkach sutkowych, dźwięk jego odbije się w odpowiednim uchu. Zatkawszy jedno ucho palcem lub kawałkiem waty i powtórzywszy pierwsze doświadczenie, dźwięk kamertonu odbije się w uchu zatkanem. Zjawisko to pochodzi stąd, że gdy obydwie uszy są otwarte, drgania faliste kamertonu dźwięczącego, postawionego na głowie, rozprzestrzeniają się jednakowo na obydwie uszy; zatkawszy zaś jedno z nich, fale dźwięczące po stronie zatkaney nie mogą wyjść swobodnie na zewnątrz i dla tego ześrodkowują się w uchu, nerw słuchowy ulega silniejszemu pobudzeniu, rezonancya powietrza w kanale zatkanym zostaje wzmożoną, a stąd i dźwięk odbija się w tem uchu mocniej, aniżeli w drugim. To zjawisko, które wywołujemy sztucznie przez zatkanie ucha, powtarza się przy najróżnorodniejszych zboczeniach i stanach chorobowych ucha średniego i zewnętrznego. Zatyczka z woszczku, obrzmienie ścian przewodu słuchowego zewnętrznego, kropla wody lub tłuszczu, zapuszczona do tegoż przewodu, ciało obce, obrzmienie błony śluzowej ucha średniego, obecność w niem śluzu, ropy, krwi i t. p., wszystko to stanowi przeszkodę do swobodnego przejścia fal głosowych²⁾. Skoro obydwie uszy cierpią jednakowo lub prawie jednakowo, zjawiska tego nie otrzymamy, lecz, jak przy stanie prawidłowym uszu, t. j. dźwięk kamertonu słyszany będzie w głowie. Gdy jedno ucho cierpi więcej, aniżeli drugie, dźwięk kamertonu odbija się w uchu bardziej chorem. Objaw ten zwie się doświadczeniem E. H. WEBER'a i daje się stwierdzić w znacznej większości chorób ucha średniego. Mówię, że w znacznej większości, zdarza się bowiem, że kamerton dźwięczący, postawiony na głowie, przy cierpieniach tego rodzaju odbija dźwięk w uchu zdrowem lub też mniej chorem. Takie odbicie się dźwięku kamertonu, przy rozważeniu całego szeregu innych momentów, dowodzi najczęściej cierpienia nerwu słuchowego w pewnym jego odcinku tego ucha, na które chory nie słyszy.

Przy cierpieniu obydwóch nerwów słuchowych, chory stosownie do stopnia choroby albo zupełnie nie słyszy dźwięku kamertonu dźwięczącego, postawionego na jakimkolwiek bądź punkcie głowy, lub też słyszy go bardzo słabo, lub też bardzo krótko, lub też tylko na wyrostkach sutkowych. Przy porażeniu całkowitem nerwów słuchowych, dźwięczący kamerton, postawiony na głowie, wywołuje tylko uczucie drżenia. Wszelako i w tym przypadku można stanowczo rozpoznawać cierpienie nerwów słuchowych dopiero wtedy, gdy inne momenty i objawy nie każą przypuszczać co innego.

Postawiwszy człowiekowi ze słuchem prawidłowym kamerton dźwięczący na jednym z wyrostków sutkowych, dźwięk jego słyszany będzie w uchu odpowiednim przez pewien przeciąg czasu; jeśli go usuniemy w chwili, gdy ucho przestanie go słyszeć i potrzymamy na pewnej odległości przed uchem osoby badanej, to dźwięk kamertonu na nowo przez nią usłyszany zostanie w przeciągu pewnego czasu (przewodnictwo przez powietrze). Ten sam objaw

²⁾ W takim uchu dźwięk jeszcze mocniej się odbija, jeśli go zatkamy palcem.

powtórzy się przy cierpieniu nerwu słuchowego, lecz wtedy dźwięk kamertonu, postawionego na wyrostku sutkowym, słyszany będzie słabo i przez czas bardzo krótki. Stosunek przeciwny istnieje przy cierpieniach ucha średniego, a mianowicie: kamerton dźwięczący, trzymany przed uchem, zupełnie nie będzie słyszany, lub też bardzo słabo, bardzo blisko ucha i przez bardzo krótki przeciąg czasu; jeśli go w chwili ustania dźwięku przed uchem, lub też gdy dźwięk jego zupełnie przed uchem nie był słyszany, postawimy na wyrostku sutkowym lub na głowie, to dźwięk kamertonu przez długi stosunkowo czas słyszany będzie w uchu odpowiedniem (przewodnictwo przez kości). Skoro dźwięk kamertonu słabo lub wcale nie bywa słyszany w przewodnictwie kostnem i powietrznem, *caeteris paribus* cierpi ucho średnie i wewnętrzne. Całkowita utrata przewodnictwa kostnego i powietrznego dla kamertonu dźwięczącego przytrafia się nader rzadko; zwykle ludzie zupełnie głusi a nawet głuchoniemi mają zachowane resztki słuchu w jednym lub drugim kierunku. Ten sam stosunek, jaki istnieje dla kamertonu dźwięczącego, acz w granicach ciśnieńszych i nie tak dokładnych, istnieje i dla słuchomierza POLITZER'a. Można też dobrze słyszeć uderzenia słuchomierza, dźwięk kamertonu a nawet uderzenie zegarka kieszonkowego na pewnej odległości od ucha, a tymczasem nie pojmować, albo też bardzo słabo mowę ludzką, która słyszana bywa jako niezrozumiałe dźwięki. Stosunek odwrotny także zauważyć się daje.

Ludzie głusi lub mający słuch upośledzony w wysokim stopniu, jeśli choroba ich jest dawnego pochodzenia, mówią za głośno lub za cicho; nadto mowa ta jest często bezdźwięczna, monotonna, nie akcentowana, niekiedy zaś i niezupełnie wyraźna. Głuchota, pochodząca z pierwszych lat dzieciństwa, zawsze pociąga za sobą niemotę. Przy cierpieniach ucha średniego, za wyjątkiem jego powierzchni błędnikowej, mowa osoby drugiej dobrze jest słyszana przez trąbkę słuchową. Gdy cierpi nerw słuchowy, głównie zaś ściana błędnikowa jamy bębnekowej, trąbka słuchowa niewiele lub wcale słuchu nie poprawia, niekiedy nawet pogarsza pojmowanie mowy ludzkiej. W rzadkich przypadkach ucho badanego zupełnie nie odczuwa głosu ludzkiego przez trąbkę słuchową; trzeba wtedy przyjąć zupełną utratę pobudzalności nerwów słuchowych. Człowiek rzeczywiście głuchy zachowuje się tak, że już na pierwszy rzut oka powstaje podejrzenie nienormalnego stanu jego narządu słuchowego. Osobnik taki stara się czytać z ust naszych wypowiedziane przez nas wyrazy, a gdy usłyszy, co się do niego mówi, na twarzy jego łatwo zauważyć można radość i zadowolenie. Jeśli osobnik taki jednym uchem słyszy lepiej, aniżeli drugim, to rozmawiając z nim zauważymy, że zwracać będzie w stronę mówiącego ucho lepiej słyszące. Osobnik, mający słuch upośledzony, gdy patrzy na mówiącego, słyszy lepiej i na większą odległość, aniżeli gdy go mowa dochodzi z boku. W czasie niepogody stopień słuchu powiększa się. W przestrzeniach zamkniętych słuch jest bez porównania lepszy, aniżeli na otwartem powietrzu. Osoby, mające słuch upośledzony, najłatwiej słyszą liczby, najgorzej wyrazy, w których jest dużo spółgłosek lub też głoski wargowe; wyrazy, zawierające głoski syczące, słyszą najlepiej. Gdy np. badany słyszy wyraz „dwa“ na pięć kroków od mówiącego, to wyraz „płacz“ usłyszy zaledwie na dwa kroki, lub nawet mniej. Wyrazy jednozgłoskowe bywają lepiej pojmowane od wielozgłoskowych; ostatnie zaś lepiej od całych zdań. Wy-mawiając całe zdania, łatwo przekonać się można, że osoby, mające słuch upośledzony, usłyszą z całego zdania zaledwie jeden lub dwa wyrazy, reszty zaś domyślają się tylko. Wyrazy wypowiedziane szeptem często bywają

lepiej zrozumiane od wypowiedzianych głosem zwyczajnym; zdarza się wszelako i odwrotnie.

U większości osób, mających słuch upośledzony z przyczyny cierpienia ucha średniego, istnieją jednocześnie zmiany chorobowe w jamie noso-gardzielowej. Gdzie zaś cierpią nerwy słuchowe, w wielu razach istnieją jednocześnie zmiany chorobowe różnych gałęziennych nerwów czaszkowych i młecza pacierzowego, nierzadkim też jest niedorozwój umysłowy danego osobnika. Człowiek, który rzeczywiście cierpi na stopień słuchu, ilekolwiek razy będzie badany na słuch, wyniki badania otrzymają się zawsze te same; i tak np., jeśli dany osobnik słyszy mowę ludzką na odległość jednego metra, to jak byśmy go nie badali, zawsze ją tylko na taką odległość usłyszy. Mogą tu wprawdzie zachodzić pewne nieznaczące zboczenia co do odległości, z przyczyny, że wielu badanych ma słabo rozwiniętą inteligencję, nie zmienia to jednak w niczem pewności tego faktu.

Z wszystkiego, co dotąd powiedziane było, wynikają następujące wnioski: Przy określeniu słuchu nie możemy kierować się wyłącznie obecnością lub brakiem objawów obiektywnych. Dźwięk kamertonu dzwiczącego, postawionego na głowie badanego, odczuty po stronie ucha chorego, jeśli po zatkaniu tegoż ucha jeszcze mocniej przez nie odczuty zostanie, to przyjąć należy, że odpowiednie ucho średnie lub zewnętrzne jest zaatakowane. Prawie we wszystkich przypadkach, dających taki wynik badania zapomocą kamertonu, znajdziemy zmiany obiektywne. Jeśli badany po zatkaniu mu ucha chorego oznajmia, że dźwięku kamertonu zupełnie nie słyszy lub w uchu zdrowym, to w pierwszym razie udawanie nie ulega wątpliwości; w drugim zaś głuchota jest podejrzana, lub też mamy przed sobą cierpienie nerwu słuchowego po stronie ucha chorego. Skoro w takim przypadku zatkamy ucho zdrowe, to człowiek nie udawający, dźwięk kamertonu usłyszy jeszcze wyraźniej w tem uchu, udający zaś, nie pojmując, że można słyszeć w takich warunkach, oznajmi, że nic nie słyszy.

Osobnik, będąc badany kilkakrotnie za pomocą kamertonu, gdy oznajmi, że nie jest w stanie określić, którem uchem słyszy jego dźwięk, lub że go zupełnie nie słyszy, lub też gdy będzie się namyślał i odpowie po krótszem lub dłuższem wahaniu, może być uważany za udającego. Jednorazowe badanie jest w takich razach niedostateczne; zdarza się bowiem nierzadko napotkać ludzi inteligentnych i nie popisowych, którzy, gdy im postawić na głowie kamerton dzwiczący, nie są w stanie odrazu powiedzieć, którem uchem lub też gdzie słyszą dźwięk jego.

Jeżeli ktoś nie słyszy na jedno ucho, a na zadawane mu zapytania odpowiada dopiero wtedy, gdy głośno mówić w bliskości zdrowego ucha, lub też gdy krzyczeć będziemy do ucha chorego, badany zaś oznajmi, że nic lub też niewiele słyszy, należy go uważać za udającego głuchotę; albowiem w pierwszym przypadku powinien on słyszeć dobrze uchem zdrowym; w drugim zaś, to jakkolwiek nie słyszy uchem niby chorem, powinien jednakże słyszeć uchem zdrowym. Kto oznajmia, że jest głuchy od bardzo dawna, mowę zaś ma wyraźną, jasną, modulowaną, ten mało budzi ku sobie zaufania. Przy znacznym stopniu słuchu mowa także będzie wyraźna; lecz zwykle jest ona zbyt głośna, lub zbyt cicha.

Osobnik, nie słyszący kamertonu dzwiczącego ani przez kości, ani w przewodnictwie powietrznem, a tymczasem mowę ludzką słyszy, najczęściej udaje głuchotę. Osobnik, który nie słyszy mowy ludzkiej lub jej nie pojmuje, a ka-

merton i słuchomierz słyży do pewnego stopnia w przewodnictwie kostnem lub powietrznem, lub też w obydwóch razem, nie może być uważany za udającego głuchotę, jeśli inne objawy nie sprzeciwiają się temu.

Gdy niejednokrotne badanie słuchu daje zawsze jednakowe wyniki, udawanie należy wyłączyć.

Przy prawidłowym rozwoju umysłowym, obojętność dla osób otaczających, niechęć do odpowiadania na zadawane zapytania, dawanie odpowiedzi bardzo głośnych z każdorazowym zwracaniem się do ucha badającego, ciągle przepytywanie się, odwracanie oczu od badającego i unieruchamianie ich na jakim bądź przedmiocie, wszystko to każe podejrzewać głuchotę udaną.

Dwustronna zupełna głuchota udana napotyka się rzadko i łatwo daje się rozpoznać; lecz i udawanie znacznego upośledzenia słuchu w większości przypadków nie przedstawia trudności rozpoznawczych. (D. c. n.).

Sprawozdanie ze szczepień ochronnych według metody Pasteur'a

z pracowni bakteriologicznej w Warszawie.

Przez O. Bujwida i Wł. Palmirskiego.

W 1892 r. zgłosiły się o poradę ogółem 482 osoby pokąsane przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane. Z tej liczby 63 osoby nie podlegały leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez psa wyraźnie zdrowego, albo też, chociaż przez wściekłego lub silnie podejrzanego, to jednak nie do krwi t. j. bez zdarcia naskórka, jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania. Leczonych było osób 419.

Co do płci było: mężczyzn 291, kobiet 128, razem 419. Leczeni pochodzili z następujących miejscowości: Z gub. Warszawskiej 164 (w tej liczbie z m. Warszawy i okolic: Pragi, Pelcowizny, Mokotowa, Powązek, Woli, i t. d. 94); z gub. Łomżyńskiej 10; Płockiej 24; Lubelskiej 17; Piotrkowskiej 48; Radomskiej 25; Kaliskiej 13; Kieleckiej 10; Suwalskiej 3; Siedleckiej 16; Grodzieńskiej 14; Mińskiej 30; Kowieńskiej 5; Wileńskiej 14; Wołyńskiej 4; Kijowskiej 1; Mohylewskiej 15; Czernihowskiej 2; Charkowskiej 1; Smoleńskiej 1; z Kurlandyi 1; ze Ślązka 1.

Co do wieku było dzieci: 1-letnich 3, 2-let. 6, 3-let. 11, 4-let. 14, 5-let. 10, 6-let. 26, 7-let. 12, 8-let. 21, 9-let. 17, 10-let. 16, 11-let. 9, 12-let. 16, 13-let. 10, 14-let. 11, 15-let. 9. Starszych nad lat 15 228.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto kurację, to: po upływie 1—2 dni po ukąszeniu leczyło się 133 osób, 2—5 dni 156, 5—10 84, 10—20 38, 20—30 3, 30—40 i więcej 5.

Pokąsanych przez psy było 380 osób, przez koty 21, przez konie 2, przez świnie 1, przez wilki 15.

Zwierzętami kąsającymi były: psy w przypadkach 255, koty w 11, konie w 2, świnie w 1, wilki w 4.

Co się tyczy większej lub mniejszej pewności, czy zwierzę kąsające było wściekłe, dzielimy pokąsanych wzorem PASTEUR'a na 3 grupy:

A) Pokąsanych przez zwierzęta, których wściekłość stwierdzona została przez szczepienie królika lub wścieknięcie się równocześnie pokąsanych zwierząt.

B) Pokąsanych przez zwierzęta, których wściekłość stwierdzona została zapomocą sekcji, dokonanej przez weterynarza.

C) Pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekłe na zasadzie objawów, podejrzane lub niewiadome.

Porównawcze dane z 1892 r., dotyczące się kategorii pokąsanych, ukąszeń okolic ciała i przypałów przedstawia niżej umieszczona tablica.

Uwaga. Przypalania dzielimy na: wystarczające i niewystarczające. Do wystarczających zaliczamy przypalania zegadłem lub stężonemi kwasami mineralnemi zaraz lub po upływie kilku minut od chwili ukąszenia, w przeciwnym razie wszelkie przypalania uważamy za niewystarczające.

	A			B			C.		
	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.
I. Ukąszenia zadane w twarz lub głowę {pojedyncze liczne . . .		2} 3}	5		2} 4}	6		8} 11}	19
Przypalania wystarczające	1			1					
„ niewystarczające	1			2			10		
„ żadne	3			3			9		
II. Ukąszenia zadane w ręce {pojedyncze liczne . . .		23} 40}	63		18} 24}	42		69} 103}	172
Przypalania wystarczające	5			4			13		
„ niewystarczające	15			23			74		
„ żadne	43			15			85		
III. Ukąszenia zadane w tułów i nogi. {pojedyncze liczne . . .		20			1} 18}	19		1} 72}	73
Przypalania wystarczające	1			1			5		
„ niewystarczające	7			5			38		
„ żadne	12			13			30		
Ukąszonych przez rozdarte ubranie		25			25			87	
Ukąszonych w nagie ciało		63			42			177	
Razem			88			67			264
Ogólna liczba pokąsanych					419				

Odnośnie do pór roku leczyło się osób: w styczniu 23, w lutym 21, w marcu 30, w kwietniu 33, w maju 52, w czerwcu 41, w lipcu 41, w sierpniu 25, we wrześniu 54, w październiku 49, w listopadzie 24, w grudniu 26.

Z leczonych w 1892 r. umarło 6 osób:

1) Nowosielska Agnieszka lat 15 z Wilanowa, ukąszona 30 lipca w prawą łydkę przy stopie; 3 głębokie i długie rany i kilka drobniejszych. Rany nie były przypalane, kuracya rozpoczęta 31 lipca, trwała dni 8. Pies zaliczony został do kategorii C. Pierwsze objawy wodowstrętu rozpoczęły się 3 września bólem w miejscu ukąszenia; umarła 8 września 92 r.

2) Sadzikowski Aleksander lat 10 ze wsi Mokradki (z pod Puław) gub. Lubelskiej, ukąszony 20 Marca w wielki palec prawej ręki, 4 ranki głębokie. Ranki wypalone po kilku godzinach azotanem srebra. Kuracya rozpoczęta 27 marca, trwała dni 6. Pies z kategorii C. Chłopiec umarł 25 kwietnia 92 r.

3) Kuczeronok Marek lat 43 ze wsi Szapki pow. Orszańskiego gub. Mohylewskiej, ukąszony 22 marca przez wilka, górna warga rozdarta, na lewym policzku 1 rana głęboka. Rany wypalone azotanem srebra po 12 godzinach. Kuracya rozpoczęta 27 marca, trwała 8 dni. Wilk zaliczony do kategorii C. K. umarł 13 kwietnia 92 r.

4) Engielman Szczepan lat 31 z Kowna, ukąszony przez psa 28 lutego. Pies zaliczony do kategorii B. Na górnej wardze 4 ranki do krwi, na dolnej — kilka głębokich ranek, w górnej części szyi 1 głęboka ranka. Ranki nie były wypalane. Kuracya rozpoczęta 29 lutego, trwała dni 8. Umarł po kilku tygodniach, bliższe szczegóły nie znane.

5) Gonczaruk Klemens lat 52 ze wsi Małyszowice pow. Słonimskiego gub. Grodzieńskiej, ukąszony 8 Czerwca przez psa, którego wścieklizna została stwierdzona

przez szczepienie królika (A). Pod dolną szczęką 2 ranki dość głębokie, kłęb palucha lewej ręki 1 rana głęboka. Rany nie były wypalane. Kuracja rozpoczęta 13 czerwca, trwała 9 dni. Zmarł w lipcu 92 r.

6) Antonowicz Maryla lat 18 z Nieświeża gub. Mińskiej, ukąszona 1 lipca przez psa zaliczonego do kategorii B. Pierś—2 głębokie rany przez rozerwane ubranie, rany wypalane na 2-gi dzień kwasem karbolowym, azotnym i azotanem srebra. Kuracja rozpoczęta 5 lipca, trwała dni 6. Umarła 11 października.

Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się nam zebrać wiadomości o 7 przypadkach:

1) Więckowska lat 12 z gm. Wierzbnik p. Iłżeckiego gub. Radomskiej, zmarła na wodowstręt po 5 tygodniach od chwili pokąsania przez psa w nogę.

2) W Starachowicach gub. Radomskiej zmarła na wodowstręt dziewczynka po 4 tygodniach po pokąsaniu przez psa.

3) 3 przypadki w pow. Wilejskim gub. Wileńskiej wskutek ukąszeń przez psa.

4) W pow. Słuckim gub. Mińskiej żołnierz umarł na wodowstręt w 3 tygodnie po pokąsaniu przez psa w rękę.

5) Kaczorowski Jakób lat 50 z Sannik pow. Gostyńskiego gub. Warszawskiej. Umarł 30 czerwca 92 r. po 6 tygodniach od chwili ukąszenia w rękę (draśnięcie).

Ogólna śmiertelność z leczonych w 1892 r. wynosi 1,4%. W ogóle przy stosowaniu kuracji według metody PASTEUR'a w 1892 r. posiłkowaliśmy się metodą wzmocnioną o skróconym czasie, rozpoczynając szczepienie rdzeniem 8 dniowym, a kończąc 2 dniowym. Kuracja trwała od 6 do 10 dni; zastrzykiwano pokąsanym 2—3 razy dziennie po 2 ctm. dość gęstej emulsji z rdzenia królika stosownie do ukąszenia.

Niezadawalniące wyniki skłoniły nas do przedłużenia czasu kuracji w 1893 r. od 1 do 2 tygodni, powiększenia ilości razy dziennych szczepień, przechowywania rdzeniów w cieplecie *maximum* 10—12° C. i dochodzenia nawet do szczepień z emulsji 1-dniowego rdzenia. Wyniki szczepień ochronnych w 1893 r. zapowiadają się pomyślniej, albowiem z 573 szczepionych nie było ani jednego przypadku śmierci.

Śmiertelność w % z lat ubiegłych z leczonych metodą wzmocnioną przedstawia się w następujący sposób: w 1888 r. leczyło się osób 317, śmiertelność 0; w 1889 r. leczyło się osób 343, umarło 3, śmiertelność 0,87%; w 1890 r. na 448 leczonych umarła 1 osoba, śmiertelność 0,22%; w 1891 r. z 372 osób leczonych umarły 3, śmiertelność 0,80%.

KAZUISTYKA.

Przypadek tęcza o przewlekłym przebiegu.

Podał S. Wolfram lekarz szpitala w Mieni.

Dnia 17 maja 1889 r. wezwany zostałem do Z. L., syna podłego dobr instytutowych, lat 11 wieku mającego. Chłopiec dobrze odżywiony, przed paru laty przechodził jakąś chorobę gorączkową. Od dni 3-ch skarżył się na brak łaknienia, pomimo tego jednak, całymi dniami zajmował się łapaniem ryb na wędkę, stojąc w wodzie. Już wtedy skarżył się przed rodzicami na ból w szczękach, jakkolwiek mu to jeść nie przeszkadzało. Tu muszę nadmienić, że przed miesiącem chłopiec miał się skaleczyć w stopę, lecz pomimo starannego badania, śladów tego skaleczenia nie znalazłem. Chory z trudnością otwiera usta, nie będąc w możności więcej jak na jeden centymetr szczęk roztworzyć. Tętno 80, ciepłota 38°, dreszcze. Mięśnie zwacze silnie naprężone i bo-

lesne przy dotykaniu. Brzuch bolesny i wzdęty, stolce zaparte. Zaleciłem olej rycynowy, a potem chlorał. Tak przeszło parę dni. Dnia 20 maja wystąpił poraz pierwszy napad tęcza: głowa silnie w tył odchylona, kończyny dolne zesztyniało i wyprostowane, górne zgięte w stawach łokciowych i oparte na klatce piersiowej. Twarz strasznie wykrzywiona, sinica, oddech utrudniony. Chory oparty tyłogłowie na poduszce, piętami na sienniku, zgięty w pałąk, skarży się na silny ból krzyża. Napady powtarzały się co dziesięć minut, trwając za każdym razem do 60 sekund. Po każdym napadzie występowały obfite poty. Zaparcie stolca, zatrzymanie moczu, ciepłota 38,5°; zaleciłem lewatywy, chlorał w większych dawkach i chloroformowałem chorego prawie do uspienia. Chory spał godzinę, a po przebudzeniu się jego napady występowały bez zmiany. Dnia 21 maja zastałem chorego wyczerpanego napadami, trwającymi noc całą. Ciepłota rano 38°, wieczorem 38,5°. Znowu zaleciłem olej, a przy obfitych wypróżnieniach odszedł też mocz po raz pierwszy od dni kilku. Taki stan trwał około 2-ech tygodni, przy stosowaniu wymienionych powyżej środków, w ciągu którego to czasu przerwy między napadami były znacznie dłuższe.

Wobec przerwy między napadami, do 3-ech godzin trwających, rokowanie, względnie biorąc, stało się lepszym, gdy nagle dnia 3 czerwca wezwany zostałem do chorego, jakoby już umierającego. Znalazłem go bardzo osłabionego po silnym napadzie, który trwał dwie minuty. Nogi miał wyprężone, a stopy tworzyły prawie linię prostą z gohleniami. Zaleciłem makowiec i lewatywę. Skutek był bardzo dobry, gdyż napady potem występowały tylko 2 razy dziennie, chociaż były bardzo długie, bo do dwóch minut trwające. Stan taki trwał do 8-go czerwca. W tym czasie próbowałem hipnotyzować chorego, co niestety mi się nie udawało. W dalszym ciągu napady stawały się coraz rzadsze, a przy zmniejszonej dawce makowca i kąpielach ciepłych, dnia 12-go czerwca chory zaczął usta otwierać, napadów więcej nie było; pozostała tylko sztywność w nogach, która ustąpiła dopiero po dwóch tygodniach.

Co do etyologii danego przypadku, mogą istnieć dwa przypuszczenia, a mianowicie: że tęzec ten był albo pochodzenia reumatycznego, albo przyrannego. Aczkolwiek bodziec termiczny, przez dłuższy czas trwający, nie ulegał żadnej wątpliwości, a śladów obrażenia znaleźć nie mogłem, to jednak to drugie przypuszczenie, jako z dzisiejszymi poglądami o zakaźnej przyrodzie tęcza zgodniejsze, ma za sobą więcej prawdopodobieństwa. Długotrwałość cierpienia oraz jego pomysłne zejście, sądzimy, iż zasługuje na zaznaczenie.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

12. JULIUSZ TAUB (Buđa Peszt). **Stosowanie intubacji w krztuścu.** Ogólnie wiadomo, iż przyczyny koklusz nie są jeszcze dotychczas dokładnie znane. Przeważna liczba autorów przyjmuje pogląd HAGENBACH'a, iż koklusz winien być zaliczony do grupy chorób zaraźliwych, jakkolwiek niektórzy, jak TRAUBE i COESFELD jeszcze dzisiaj twierdzenie to podają w wątpliwość. Równie mało możemy powiedzieć o sposobie zarażenia się, jak i o sposobach przenoszenia się na inne osoby; nie wiemy, czy koklusz jest chorobą miazmatyczną, czy contagijną.

Nie jest jeszcze ustalone w nauce pytanie, gdzie spoczywa właściwe siedlisko cierpienia. Jedni autorzy, jak COESFELD, ROMBERG, GUÉNEAU de MUSSY odnoszą chorobę do nerwów obwodowych (*n. laryngeus recurrens*), a nawet do ośrodkowego układu nerwowego (*medulla oblongata*). Inni, jak MEYER-HUNI, LOERI, HERFF i t. d., zgadzają się na to, iż właściwym siedliskiem cierpienia jest błona śluzowa narządów oddechowych. Pomiedzy tymi autorami, MEYER-HUNI i BAGIŃSKI uważają nos i jamę noso-gardzielową za siedlisko, natomiast UFFELMANN, HENSCH, LETZERICZ jako siedlisko uważają krtań, zwłaszcza tak zwaną przestrzeń międzyna-

lewkową. Łatwo pojąć, iż wobec takiej różnicy zdań, nie może także panować jedność w metodach leczenia krzuśca. Mało jest chorób wieku dziecięcego, w których leczenie byłoby równie niewdzięcznem,—co w części pochodzi także od mnóstwa środków, zalecanych w tej chorobie i mających odpowiednich zwolenników. D-r TAUB, pracujący w szpitalu Stefanii w Peszcie, zwraca uwagę na nowy środek leczniczy, a mianowicie na stosowanie intubacji w pewnych przypadkach koklusu. Dokładnie przeprowadzone spostrzeżenia autolaryngoskopowe HERFF'a wykazały, iż przy kokluszu najwięcej zajęta jest błona śluzowa przestrzeni między-nalewkowej, zwłaszcza część jej odpowiadająca szparze głosowej. Udało się nawet autorowi temu dowiedzieć, iż każdy napad kaszlu wywołany jest albo przez masy śluzowe, osadzające się na wysokości głośni, albo też przez podrażnienie mechaniczne tej części błony śluzowej. Na podstawie tych spostrzeżeń możnaby *a priori* przypuszczać, iż napady kaszlu będą rzadsze, lub wcale nie będą się pojawiać, gdy nadciśnienie tej części błony śluzowej zmniejszy się lub zniknie. Podobne warunki możemy stworzyć przez stosowanie intubacji. W każdym przypadku, w którym stosowano intubację, nawet przez czas stosunkowo krótki, autor spostrzegł długotrwale znieczulenie błony śluzowej krtani. Największe niebezpieczeństwo intubacji spoczywa w fakcie, iż bardzo często po niej występuje tak zwane zapalenie płuc polikowe.

Zapewne po tej uwadze znajdą się czytelnicy, którzy dziwić się będą autorowi, iż pomyślał o intubacji w kokluszu, — gdyż ogólnie jest wiadomem, iż najniebezpieczniejszem właśnie przy kokluszu powikłaniem jest zapalenie płuc nieżyłowe. Autor jednakże zastrzega, że nie chce wcale stosować intubacji u każdego dziecka, chorego na koklusz, lecz zaleca ją tylko w przypadkach, w których napady kaszlu są nader częste i silne, połączone z duszeniem, słowem, gdy każdy pojedynczy napad zagraża życiu dziecka. W tych razach stosuje intubację, jako *indictio vitalis*.

Z tego, cośmy powiedzieli, łatwo zrozumieć, iż największej liczby do intubacji w kokluszu dostarczyły autorowi choroby w pierwszym okresie wieku dziecięcego. Nadto nie wykonywał on tej operacji podobnie jak przy zapaleniu krtani krupowem, to jest nie zostawiał rurki w krtani co najmniej przez 48 godzin, lecz stosował intubację przez czas znacznie krótszy, za każdym razem po 4—6 godzin. Metodę tę stosował w dwóch przypadkach rozpaczliwego koklusu, mianowicie u chłopca 6-miesięcznego i dziewczynki 8-miesięcznej i otrzymał wyniki nader zadowalniające, które go skłoniły do szczegółowego opisu przypadków i zalecenia tej metody przy kokluszu, celem dalszego wypróbowania. W pierwszym przypadku trzeba było wykonać 4, a w drugim 7 intubacji. Po wykonaniu ich, kaszel stracił swój charakter skurczowy i chorzy po dwóch tygodniach powrócili do zdrowia.

(*Jahrbuch f. Kinderheilk. XXXVII. 1 Heft. 1893, December*). W. K.

13. STRICKER. **Badania nad cholera.** Prof. STRICKER opisał doświadczenia przeprowadzone pod kierunkiem HASTERLIK'a nad własnościami chorobotwórczymi zarazka cholery u człowieka.

Pomimo, że wibryony, użyte do doświadczeń, pochodziły z bardzo ciężkich przypadków cholery azyatyckiej, pomimo przyjaznych warunków zakażenia, ani HASTERLIK, ani żaden z jego współtowarzyszy, biorących czynny udział w doświadczeniach, nie zapadł na rzeczywistą cholera. W najcięższym przypadku (u ROZE'go) wymiotom i bieguncie, wywołanym przez przyjęcie 1 ctm. sześć. hodowli bulionowej, nie towarzyszyły ani kurcze, ani obniżenie ciepłoty ciała, przeciwnie, ciepłota ciała była podwyższona, chory wydelał moczu w mniejszej ilości niż zwykle, białka w nim nie było. Przypadek ten przez lekarzy był zaliczony do *gastroenteritis*, różniącego się od rzeczywistej cholery. Przed przyjęciem hodowli ROZE zobojętnił zawartość żołądka 100 ctm. sześć. 1% roztworu dwuwęglanu sodu.

W drugim przypadku (u Dr. STOCKMEYER'a) przyjęcie hodowli bez uprzedniego zobojętnienia soku żołądkowego wywołało zaledwie słabą biegunkę i podwyższenie ciepłoty ciała do 38,6° C. HASTERLIK trzy razy przyjmował hodowlę cholery bez najmniejszych zaburzeń. Zaznaczyć należy, że dawki były małe i zawartość żołądka nie była zobojętniana. W dwóch następnych doświadczeniach (ALTENBERGER i GRAFF) zarazki cholery, hodowane na żelatynie i bulionie, przyjęte bez zobojętnienia soku żołądkowego, również nie wywoływały żadnych objawów. W osta-

tniem doświadczeniu (u SCHUETZ'a), po zobojętnieniu soku żołądkowego i przyjęciu hodowli cholery, wystąpiła lekka kilkodziwna biegunka.

Z tych doświadczeń, jak również i z poprzednich PETTENKOFER'a i EMMERICH'a, wyniki nie dają dokładnego pojęcia o własnościach chorobotwórczych zarazka cholery dla człowieka. Nic więc dziwnego, że zdania o naturze choroby, wywołanej u ROZE'go, były różne: bakteriologowie uważali ją za rzeczywistą cholere, klinicyści zaś byli zdania przeciwnego. STRICKER podziela zdanie klinicystów.

Doświadczenia więc HASTERLIK'a przemawiają jedynie za małą wrażliwością ustroju naszego na działanie zarazka cholery azyatyckiej.

(*Studien zum Cholerafrage — Wien. 1893*).

Wi. Palmirski.

14. O. BACCELLI. **O wzajemnem wyrównywaniu się następstw jednorodnych wad serca współcześnie istniejących.** Autor zwraca uwagę na dotychczas bardzo mało uwzględniane tak nazwane podwójne wady serca, np. niedomykalność zastawek tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej, lub też zwężenie lewego otworu żylnego i zwężenie ujścia tętnicy głównej. B. wypowiada swoje uwagi w tym względzie z powodu spostrzeganych równocześnie w klinice dwóch przypadków podobnego rodzaju wad serca. W pierwszym z nich chory był dotknięty niedomykalnością zastawek aorty oraz zastawki dwudzielnej, w drugim zwężeniem ujścia lewego żylnego i tegoż tętnicy głównej. Obydwa te przypadki, według słów autora, szczególną na się zwracają uwagę, ze względu na bardzo dobry ogólny stan chorych, czego prawie nigdy nie bywa przy powikłanych wadach serca t. j. kiedy np. przy niedomykalności zastawki dwudzielnej istnieje zwężenie ujścia tętnicy głównej.

Przy chorobach zastawek serca jest rzeczą wielkiej wagi określenie związku, jaki zachodzi pomiędzy anatomicznymi zmianami, a obrazem klinicznym danej choroby, jak również dokładne pojęcie o stopniu wyrównania ze strony mięśnia sercowego. Sposób, w jaki serce wyrównywa swe braki, oraz sposób, w jaki ono te wyrównania traci nieraz nagle i niespodzianie, według słów autora, jest więcej zawiłym i tajemniczym problematem do rozwiązania, niż by się na pozór zdawać mogło.

W tem miejscu B. przypomina, że wiele wad serca ujawnia się dopiero po przebytej grypie u osobników, u których przedtem wady nawet nie podejrzewano. Część podobnych przypadków autor jest skłonny uczynić zależną od zapaleń wsierdza, pod wpływem zarazka grypy powstałych, lecz część tylko, a bynajmniej nie wszystkie. W niektórych bowiem podobnych przypadkach wady serca już istniały dawniej, były to jednak wady wyrównane. Pod wpływem grypy wyrównanie istnieć przestało i wada serca ujawniła się w całej pełni. Takie nagłe znikanie wyrównania przy wadach serca autor spostrzegał nieraz w swojej długoletniej praktyce u ludzi silnych, na pozór zupełnie zdrowych, którzy zbyt oddawali się polowaniom, tańcom, forsownej jeździe konnej i t. p. Na zasadzie podobnych spostrzeżeń B. wypowiada zdanie, że zmiany anatomo-patologiczne na zastawkach nie stanowią jeszcze całej istoty choroby serca pod względem klinicznym, a jak mówi GRAVES, nawet czynnościowe zmiany w sercu mogą być śmiertelne. Nie należy również zapominać o tem, że wyraźne szmery, które znajdują się zwykle w związku z ciężkimi wadami serca, ustąpić nieraz muszą miejsca, co do ich istotnego znaczenia, zaledwie dostrzegalnym nieprawidłowościom serca przy wysłuchiwaniu tego narządu.

Ztąd też nieraz zdarzają się pomyłki nawet bardzo doświadczonym i sumiennym lekarzom. Fakta podobne radzi B. mieć zawsze na myśli przy rokowaniu w każdym pojedynczym przypadku wady serca. Najgorsze rokowanie dają wady serca powikłane, zło jest jednak mniejsze, gdy mamy do czynienia z wadami podwójnymi. Przy podwójnem zwężeniu komora sercowa zwęża się znacznie, natomiast mięsień sercowy staje się silniejszym. Chorzy, dotknięci takim cierpieniem, są małokrwisti, tętno mają słabe, aczkolwiek prawidłowe, a stan ich ogólny, nieraz bardzo dobry, trwa dosyć długo, a mianowicie do czasu, dopokąd odpowiednie wyrównanie ma miejsce. Przy podwójnej niedomykalności zastawek stan chorych również jest dobry, dopokąd mięsień sercowy pozostaje silnym. Lecz, jakkolwiek w podobnych przypadkach ogólny stan chorego bywa lepszy, niż przy wadzie pojedynczej, to jednak niebezpieczeństwo nagłego zgonu chorego bynajmniej nie jest wykluczone; serce na raz może zaprzestać działać i śmierć nastąpić może natychmiastowo, co znacznie rzadziej bywa przy podwójnem zwężeniu.

Zachowując w pamięci te fakta, według słów B., możemy nie tylko łatwiej ściśle rokowanie wypowiedzieć, lecz również przydać się one nam mogą przy leczeniu tych chorób oraz zapobieganiu znieśienia wyrównania. Dalej autor przypomina zasady, jakimi kierować się należy przy wysłuchiwanie szmerów i tonów sercowych, zwraca uwagę na leczenie zapobiegawcze, mające na celu utrzymanie jak najdłużej wyrównania, powstałego w sercu dotkniętem jedną z wad organicznych. Co do leczenia, to B. w chorobach serca na pierwszym miejscu stawia *digitalis purpurea*, twierdząc, że o wiele mniej skuteczne działanie posiada *digitalis lutea*. Mając na uwadze kumulacyjne działanie naparstnicy, autor radzi w porę stosowania jej zaprzestać, zalecając w jej miejsce kofeinę. Tu zapamiętać należy, że jakkolwiek kofeina wzmacnia skurcze sercowe, to jednak równocześnie ruchy serca przyspiesza, czego nie robi naparstnica. Działanie *strophantus* nie jest identyczne z działaniem wyżej wspomnianych środków, stosować go można zatem w tych tylko razach, gdy charakterystyczne działanie naparstnicy i kofeiny jest nam niepotrzebne, lub gdy obydwie te środki zmuszeni jesteśmy dla pewnych powodów odstawić. Pod koniec autor, opisawszy drugi przez siebie spostrzegany przypadek, t. j. podwójnego zwężenia (lewego otworu żylnego i ujścia tętnicy głównej), gdzie również stan chorego był względnie bardzo dobry, zaznacza raz jeszcze paradoksalny fakt, że zwężenie jednego ujścia sercowego bywa gorsze w swych następstwach dla chorego, niż zwężenie podwójne.

(Deut. Med. Woch. Nr. 2. 1894.)

M. Sadowski.

15. BORCHARDT. **Spostrzeżenia nad lasecznikiem influenzy Pfeiffer'a.** Ze strony klinicystów nie było dotąd żadnych uwag o odkryciu PFEIFFER'a, co jest tem dziwniejsze, że epidemia influenzy po tem odkryciu nigdy zupełnie nie wygasła. B. spostrzegał pewną liczbę przypadków w szpitalu i starał się rozpoznanie kliniczne potwierdzić badaniem bakteriologicznem.

Według rady PFEIFFER'a, używał on do tego wyłącznie świeżej płwociny, prze-mytej w wyjałowionej wodzie, aby usunąć bakterye, znajdujące się na powierzchni, i robił jaknajcieńsze szkiełkowe preparaty ze środka kawałka płwociny, zabarwiając je 10% lub 5% roztworem ZIEHL'a i odbarwiając wodą czystą lub wodą zakwaszoną słabym kwasem octowym. Dane odnoszą się do ostatniej epidemii berlińskiej. Z 50 przypadków znalazł B. laseczki w 35, bądź z innemi bakteryami, bądź w czystej prawie hodowli. W dobrych preparatach laseczki są równomiernie rozrzucone, to wolne, to zawarte w komórkach; niekiedy w pasmach śluzu mają one podobieństwo do roju rybek lub do kolumn, i to ułożenie jest tak charakterystyczne, jak u żadnych innych bakteryi w płwocinie. Niekiedy wreszcie zebrane są one w grudki. W płwocinach rdzawych bywały po większej części i diplokoki; w jednym tylko takim przypadku były jedynie laseczki influenzy; dla tego to B. nie zgadza się ze zdaniem WASSERMANN'a i BECK'a, że w niepowikłanych przypadkach influenzowego zapalenia płuc nie bywa rdzawej płwociny.

Laseczki można spostrzegać w ciągu całych tygodni; raz widziano je w czystej prawie hodowli 28 dnia choroby.

Wyniary laseczek wahają się; niekiedy wskutek zabarwienia głównie końców mają one pozór diplokoków, to znów zabarwione są równomiernie i mają końce zaostrzone lub zaokrąglone. Okoliczności te utrudniają rozpoznanie laseczek nawet dla wprawno oka. Dlatego, nie posiadając właściwego sposobu barwienia, należy sprawdzać poszukiwania przez sporządzanie czystych hodowli. Nie jest to rzecz łatwa. PFEIFFER rozciera na agarze z krwią czysto wyjęte kawałki płwociny; wyrastają przy tem naturalnie i inne bakterye; albo też miesza kawałki płwociny z bulionem i potem dopiero szczepi parę oczek bulionu na agarze z krwią. Wyrastają wtedy bakterye wolniej i w mniejszej ilości. Aby hodować laseczki influenzy na płytkach, dodawał autor do agaru, rozpuszczonego w wodzie ciepłej, cokolwiek krwi ludzkiej lub króliczej i wylewał na płytki. Kolonie influenzy można odróżnić wskutek ich jednorodności od ziarnistych kolonii diplokoków i streptokoków.

W 15 przypadkach (11 z płwociny i 4 ze śluzu oskrzelowego przy sekcji) tylko w jednym hodowla nie udała się.

Okoliczność, że na 50 badanych przypadków kataralnej influenzy wykazano laseczki tylko w 35, objaśnia autor bądź brakiem ostrożności przy badaniu,

bańdz tem, że po przesileniu się choroby niema prawdopodobnie niekiedy wcale laseczników w płwocinie, lub jest ich bardzo mało.

W pięciu przypadkach szukał B. laseczników we krwi nadaremnie, co zgadza się ze wskazówkami PFEIFFER'a. Przypuszcza autor na tej zasadzie, że ciężkie ogólne objawy polegają na wessaniu się toksyn, a nie na obecności bakterii we krwi.

W końcu autor robi uwagę, że lasecznik PFEIFFER'a znajduje się prawie zawsze w płwocinie chorych, a w przypadkach wątpliwych można rozpoznanie określić na zasadzie badania bakteriologicznego. Do takich zalicza autor opisany przypadek, w którym kobieta z ciężkimi ogólnymi objawami, z niewielkim katarzem płuc, bez kaszlu zapisała się do szpitala. Rozpoznanie wahało się pomiędzy tyfusem i influenżą. Dopiero dziewiątego dnia po wstąpieniu do szpitala chora wyrzuciła kawałek śluzowej płwociny: znaleziono w niej liczne laseczki PFEIFFER'a; dalszy przebieg kliniczny potwierdził rozpoznanie. A. Ż.

16. JAMES BELL (Montreal). **Przypadek obustronnej nefrolitotomii.** 36-letni pacjent, kanadyjczyk francuski, z rodziców zdrowych, przechodził rzeżączkę przed 8-iu laty z następczem zwężeniem cewki; po za tem bywał zdrow. W pocz. 1891 r. poczuł silne bóle w prawym boku; bólowi tym towarzyszyło następnie obrzmienie w prawem podżebrzu i zaparcie stolca. Chory pomimo to z przerwami pracował, czując się niekiedy zdrowszym; napady bólów coraz gwałtowniejsze powracały jednakże. Po bardzo silnym napadzie pacjent został przyjęty do szpitala w lutym 1892 r. z przyspieszonym pulsem, septyczną ciepłotą, ustawicznymi mdłościami i zaparciem. Guz w prawym boku twardy, nieco na ucisk wrażliwy, nieruchomy, ulegał wahaniom w wielkości, atoli wogóle nie o wiele był mniejszy od głowy noworodka. Badając pacyenta, autor znalazł zwężenie cewki, które usunął za pomocą uretrotomii wewnętrżnej. W 2 tyg. później wykonał operację na prawej nerce, z której usunął kamień wagi około 25 grm.; ropy znalazł niewiele. Chory opuścił szpital po 2-ch miesiącach z raną zagojoną. Mocz chorego jednak nie był całkiem wolny od ropy i białka. Po 4-ch miesiącach chory znów przybył do szpitala, skarżąc się na te same dolegliwości po lewej stronie. Stan ogólny był znów bardzo zły. Wtedy autor operował lewą nerkę, z której usunął kamień i tym razem 8—10 uncyi ropy. Chory przebył ciężki okres pooperacyjny, lecz przyszedł do siebie, oddaje normalną ilość moczu zupełnie wolnego od ropy. Stan ogólny dobry. Pomiedzy jedną a drugą operacją upłynęło 8 miesięcy i 5 dni.

Autor następnie podaje, że dopiero 4 przypadki podwójnej nefrolitotomii są zanotowane w literaturze: dwa z zejściem pomyślnem.

1) F. LANGE (New-York). 1885. Przerwa pomiedzy operacjami 6 tygodni. Zejście pomyślne. 2) H. W. PAGE (London). 1886. Przerwa 10 tygodni. Zejście pomyślne. 3) R. O. GODLER 1888. Przerwa 2 lata. Śmierć wskutek krwotoku w 1½ godz. po operacji. 4) G. R. TURNER (London). 1890. Operacja równoczesna. Śmierć po 2 tygodniach wskutek upadku sił.

(Pozwalamy sobie dodać od WAGNER'a¹⁾ zaczerpnięty przypadek SWAIN'a, z niepomyślnem zejściem. Razem przeto z przypadkiem JAMES BELL'a jest znanych 6 przypadków obustronnej nefrolitotomii, z których 3 zakończyły się niepomyślnie. Przyp. spraw.)

G. R. TURNER przejrzał protokoły sekcyjne szpitala Ś-go Jerzego w Londynie i znalazł w 43 przypadkach wzmiankę o kamieniach nerkowych, lecz tylko w 9-ciu przypadkach cierpienie było obustronne. Fakt ten do pewnego stopnia tłumaczy rzadkość operacji; zwłaszcza że i zwykła jednostronna nefrolitotomia nie od tak dawna jest w użyciu

(*Journ. of cutan. and gen.-urin. diseases. Dec. 1893.*) Adam Przyborowski.

17. WERNIKE. **Doświadczenia nad poznaniem laseczka błonicy Löfflera i próby leczenia jej surowicą swoistą.** Zasadnicza myśl tej pracy—uodpornianie dużych zwierząt a szczególnie psów przeciwko błonicy, dla otrzymania znacznych ilości surowicy w celach leczniczych.

Początkowo WERNIKE posilkował się nowym sposobem uodporniania psów przeciwko błonicy, polegającym na karmieniu ich mięsem owcy uodpornionej lub

¹⁾ WAGNER Nierenchirurgie. Leipzig. 1893. p. 207.

padłej na błonicę. Wnioski, jakie wyprowadził W. z tych doświadczeń, są następujące: 1) karmienie psów mięsem owcy uodpornionej zabezpiecza je przeciwko błonicy; 2) odporność w ten sposób nabyta nie jest stała, a siła jej jest w prostym stosunku do ilości mięsa spożytego.

Przekonawszy się o możliwości nadania psom odporności, W. usiłował doprowadzić ją do *maximum*. Opierając się na wynikach prac poprzednich, W. posilkował się w tym celu starymi hodowlami karbolizowanymi i niefiltrowanymi (4 miesięcznymi); szczepienia zaczynał od małych dawek w ilości 1 lub 2 ctm. szśc., powiększając je stopniowo do 50—60 ctm. szśc. Reakcja u zwierząt objawiała się w postaci obrzęku w miejscu szczepienia. O ile więcej laseczników LOEFFLER'a hodowle zawierały, o tyle silniejsza była miejscowa reakcja. Gdy psy przywykły do dużych dawek starej hodowli, W. zastrzykiwał im pod skórę bulionowe hodowle bardzo jadowite w ilości 1 ctm. szśc., stopniowo dochodząc do 170 ctm. szśc. t. j. do dawki 1000 razy większej od śmiertelnej. Po dużych dawkach u psów występowały zjawiska miejscowe i ogólne. Ciepłota dochodziła do 40,7° C., a w miejscu szczepienia tworzyły się guziczki z zawartością ropną.

W celu poznania losu bakterii błonicy, znajdujących się w tak wielkiej ilości u psów uodpornionych, autor zasiewał ropę z miejsca szczepienia w bulionie lub na agar-agarze w różnych odstępach czasu od chwili zarażenia. Po 24 godzinach wyrastały hodowle, które, jak wykazały doświadczenia na świnkach, były już słabsze, wywoływały bowiem tylko miejscowe objawy. Hodowle te odzyskiwały pierwotną swą jadowitość przez powtórne posianie na bulionie. Po 48 godzinach otrzymane hodowle nie wywoływały żadnych objawów chorobowych u świnek. Po 4 dniach W. nie otrzymywał hodowli, a badając ropę mikroskopowo, nie znajdował w niej już wcale bakterii błonicy. Doświadczenia te dowodzą: 1) że bakterie błonicy, szczepione nawet w dużych dawkach, giną po kilku dniach (3 lub 4) w ustroju psów silnie uodpornionych, 2) wkrótce po szczepieniu można przekonać się o mniejszej ich jadowitości.

Oslabianie i zamieranie bakterii w ustroju uodpornionym, według W., może zależeć od elementów komórkowych lub płynów ustrojowych. W ostatnim przypadku należy mieć na uwadze odmienne działanie surowicy nazewnątrz lub wewnątrz ustroju. Gdy w zwierzęciu żyjącem bakterie giną, nazewnątrz rozwijają się swobodnie. WERNIKE również badał własności lecznicze surowicy psów silnie uodpornionych. Zastrzykiwał świnkom morskim, zarażonym dawką 0,0075 ctm. szśc. hodowli bulionowej bakterii błonicy, po 20 minutach od chwili zaszczepienia surowicę w stosunku 1 na 100, 1 na 5000 i 1 na 10,000 wagi zwierzęcia. Świnki użyte do kontroli, padały, gdy u leczonych można było zauważyć zaledwie miejscowe zmiany (zgorzel skóry w miejscu szczepienia). Wogóle doświadczenia WERNIKE'go przemawiają za leczniczą własnością surowicy zwierząt silnie uodpornionych, dodatnie bowiem wyniki otrzymywał autor, stosując surowicę po 8, 24 i więcej godzinach od chwili zarażenia. Stosownie do czasu, dawki surowicy były zwiększane. Gdy po 20 minutach 1 grm. leczy zwierzę wagi 10 kilo, po 24 godzinach ta sama dawka leczy zwierzę wagi 100 grm.

Przy dalszych badaniach WERNIKE i BEHRING zauważyli, że surowica zwierzęcia, początkowo uodpornianego małymi dawkami surowicy leczniczej, a następnie szczepionego w pewnych odstępach czasu hodowlami bulionowymi w ilościach co raz większych, nabywa nadzwyczajnej siły uodporniającej. Również stwierdzili, że surowica psa uodpornionego nie jest szkodliwa dla człowieka nawet w ilości 40 ctm. szśc. Próby leczenia dzieci surowicą przy błonicy dały wyniki dodatnie. Nieliczne dane statystyczne (3 przypadki) nie pozwalają jednak orzec, czy wyzdrowienie stanowczo można przypisać własnościom leczniczym surowicy?

(*Archiv f. Hygiene. T. XVIII. 1893 r.*).

Wł. Palmirski.

18. BOENNECKEN. O zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej i jego leczeniu. Wszystkie postacie ostrego lub ostrawego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej stanowią cierpienia natury pasorzytnicznej. Wywołującym zapalenie zarazkiem nie jest tu jeden określony pasorzyt, lecz rozmaite drobnoustroje, należące do gatunku bakterii gnilnych, dla których ślina, w połączeniu ze śluzem i nabłonkiem błony śluzowej jamy ustnej, stanowi doskonałą pożywkę. Tem się objaśnia fakt, że przy każdym ślinotoku szybko dają się spostrzegać zmiany zapalne w jamie ustnej. Do przyczyn usposabiających należą czynniki, zmniejszające odporność

blony śluzowej jamy ustnej, a więc: ciężkie zaburzenia w odżywianiu, choroby ogólne, niepomyślne warunki zdrowotne.

Ważniejsze znaczenie mają czynniki miejscowo drażniące: nawarstwienie kamienia na zębach, spróchniałe korzenie zębów, ostre ich brzegi i t. p. Każde zapalenie błony śluzowej jamy ustnej zaczyna się od okolic, stykających się z zębami. W ustach pozbawionych zębów nie napotykamy poważniejszych zapaleń. W *stomatitis mercurialis* zmiany dotyczą głównie błony śluzowej dziąseł i tych miejsc policzków oraz języka, które przylegają do zębów. W *stomatitis scorbutica*, która zdarza się tylko u osobników, mających zęby, w miejscu, gdzie brak zupełnie zęba, błona śluzowa pozostaje zdrową.

Przy leczeniu omawianego cierpienia należy usunąć czynniki usposabiające oraz miejscowo drażniące i uczynić nieszkodliwymi grzybki gnilne, znajdujące się w jamie ustnej. W tem miejscu zwraca autor szczególną uwagę na potrzebę pielęgnowania jamy ustnej u osobników, których kilkotygodniowa lub kilkomiesięczna choroba przykuwa do łóżka. Co się tyczy usuwania drażniących miejscowo czynników, to kamień zębowy powinien być zdejmowany, spróchniałe korzenie usuwane.

Jako najlepszy środek przeciwnilny do płukania ust, dotkniętych zapaleniem, zaleca autor wodę utlenioną 2%, która nawet w roztworze 1:20000 wstrzymuje rozwój pasorzytów gnilnych. Ani nadmanganian potasu, ani chloran potasu nie działają tak szybko i tak niezawodnie, jak woda utleniona. Działanie jej polega na tem, że pomiędzy innemi, części składowe krwi ją rozkładają, uwalniając tlen.

W dyskusji LEO wyraża uznanie dla zaleconego przez B. środka, którego czasem musiał używać w silniejszym, niż 2% stężeniu. W przypadkach głębokich owrzodzeń wskazane jest stosowanie azotanu srebra. WOLTERS używał z doskonałym skutkiem w przypadkach *stomat. mercur.* 5%—10% roztworu wody utlenionej. BINZ gorąco zaleca wewnętrzne stosowanie chloranu potasu, który przy takim użyciu ciągle wydziela się przez gruczoły ślinowe; działanie jego jest takie same, jak wody utlenionej—przez uwolnienie tlenu. (Z dolno-reńskiego towarzystwa lekarzy i przyrodników w Bonn. *Deutsch. med. Woch. N. 2.* 1893).

(W najcięższych postaciach zapalenia błony śluzowej jamy ustnej (*stomatitis ulcerosa*) stosowałem z pewnym i szybkim skutkiem chloran potasu wewnętrznie i do wycierania *resp.* płukania ust. W przypadkach rtęciowego zapalenia ust, gdzie chloran potasu nie działał, wyśmienicie skutkowało płukania sublimatowe 1:5000—1:4000. Przyp. spr.).

Z. Srebrny.

19. K. MERZ. **O leczeniu rozdarcia macicy.** Autor opisał szczegółowo dwa przypadki rozdarcia macicy podczas porodu, z których w jednym pomyślnie zakończonym zeszyto rozdarcie od strony jamy brzusznej, w drugim zaś wypchano jamę macicy i szczelinę w jej szyi gazą jodoformową; chora zmarła. Nadto M. zestawił 230 przypadków znanych w piśmiennictwie od 1870 r. ze szczególnem uwzględnieniem sposobu leczenia tych przypadków. Na zasadzie tak obfitego i starannie opracowanego materiału autor wypowiada wnioski ostateczne, następującej treści:

1. Jeżeli tylko tułów i kończyny płodu znajdują się w jamie brzusznej, a głowa jego w miednicy lub ponad jej wchodem, to wtedy należy rodzącą rozwiązać drogą naturalną, za pomocą kleszczy albo przedziurawienia i zgruchotania czaszki płodu.

2. Jeżeli płód głową albo też cały wystąpił do jamy brzusznej, to wtedy należy unikać wszelkich operacji położniczych, wydobyć płodu na celu mających, ażeby rozdarcia nie powiększać, lecz odrazu przystąpić do laparotomii i wydalic płód przez cięcie brzuszne.

3. W tym ostatnim przypadku należy zeszyć starannie ranę macicy.

4. Gdy rodząca zostanie drogą naturalną rozwiązana, to należy zaraz potem, przy względnie pomyślnych warunkach dokonać laparotomii i zeszyć ranę macicy z rozdarcia powstałą.

5. Jeżeli okoliczności tak się złożą, że o operacji takiej nawet myśleć nie można, to należy zastosować drenowanie z gazy jodoformowej bez poprzedniego przestrzykiwania.

6. Gdy wreszcie macica jest mocno poszarpana, albo też gdy już podczas porodu powstało zapalenie wewnątrzmaciczne (*endometritis*), to wtedy nie pozostaje nic innego, jak wycięcie macicy sposobem PORRO.

(*Archiv f. Gynaekol.* 45 Bd. 2 Hft.).

J. R.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== W Birmingham wśród aresztantów rozwinęła się epidemia zapalenia płuc włóknikowego, z powodu którego zmarło 30, a zachorowało 93 więźniów. Po opróżnieniu więzienia, zdezynfekowaniu go sublimatem, a rzeczy parą gorącą, więźniów obmyto, świeżo ubrano i przeprowadzono napowrót do poprzedniego więzienia. Epidemia niebawem wygasła. *J. Sz.*

== Otrzymaawszy czystą brucynę bez domieszki strychniny, zrobił z nią E. T. REICHERT 100 doświadczeń na psach i zającach, w celu zbadania różnicy w działaniu obu tych środków. Różnica jest tylko ilościowa: dawka śmiertelna przy wstrzyknięciu do krwi wynosi dla brucyny 0,008, dla strychniny 0,0002 na 1 kilo wagi ciała. Śmierć następuje wskutek porażenia oddychania; zwierzęta można utrzymać przy życiu, sztucznie podtrzymując oddychanie. Jeżeli podczas tego zwierzęta otrzymują nowe dawki brucyny, to drgawki stopniowo ustają, a zwierzę staje się zupełnie bezwładnem, chociaż serce działa prawidłowo; w takim stanie mogą żyć godzin kilka. Przyjęta do żołądka brucyna działa również, chociaż zostaje powolniej wessana niż strychnina. REICHERT zaleca używanie brucyny zamiast strychniny, ponieważ wysysa się ona powolniej i o wiele trudniej wywołuje drgawki, przez co jest mniej niebezpieczna. (*Med. News.* 1893. T. 72).

== COLASANTI i DUTTO utrzymują, że garbnik bismutu czyli dermatol (*Bism. tannicum*) jest najlepszym środkiem, jaki posiadamy w celu zwalczania biegunek rozmaitego pochodzenia: biegunki gruźliczej, tyfusowej, biegunki będącej wyrazem wrzodziejącego kataru kiszkowego, zimnicy, rekonwalescencji po ciężkich cierpieniach zakaźnych i t. d. Stosować go można w proszkach, opłatkach, zawiesinie w dawce jednorazowej 0,25—0,5 do 2—6 gramów na dobę. Przy bólach współistniejących, dodatek makuwca w rozmaitych postaciach będzie bardzo właściwy. Ze środków, stosowanych przeciw biegunce gruźliczej, jest on środkiem najlepszym. Co do dawek dodać trzeba, że jeżeli ilość wypróżnień na dobę nie przekracza 5—6, to 2 gramy w czterech dawkach po 0,5 wystarczają. Powiększyć dawkę można śmiało do 6 gm. i więcej na dobę. Dermatol chorzy znoszą wy-

borne i stolec barwią się na kolor ciemno-brunatny (jak od *Bism. subnit.*). W moczu nie znajdujemy ani garbnika, ani pochodnych jego, ani bismutu, z czego wnioskować należy, że w kiszkach prawdopodobnie dermatol się nie rozkłada (tworzy jednakże siarek bismutu, *Ref.*). (*Le Progrès Medical*). *Gr.*

== Na posiedzeniu Tow. biologicznego w Paryżu CHAUVEAU mówił o przypadku zakażenia się tężcem przez zaszczepienie rozpuszczalnych wytworów życia lasecznika tężcowego. Lekarz, szczepiący te wytwory królikowi w pracowni COURMONT'a i DOYON'a, przez nieostrożność ukłuł się w lewy duży palec dość głęboko. Ilość jadu, która się do rany dostała, była bardzo nieznaczna. Na ranę, z której wyciekło dość dużo krwi, uwagi nie zwracano. Po 5 dniach wystąpiło przykurczenie lewego palca, następnego dnia kurcze w lewej ręce i przedramieniu, szczególnieść, następnie już *opisthotonus* i gorączka. Przy użyciu chloralu do 14,0 *pro die* nastąpiło polepszenie po 21 dniach; po 41 ustąpiły wszystkie objawy prócz nieznacznego osłabienia kończyny górnej lewej. Okres wylegania trwał 4 dni, co dziwnem jest wobec przedostania się do krwiobiegu rozpuszczalnych produktów życia lasecznika tężcowego. Przypadek ten stwierdza na człowieka wyniki doświadczeń COURMONT'a i DOYON'a, według których rozpuszczalne wytwory życia lasecznika tężcowego same przez się nie są trujące i dopiero w ustroju i jego kosztem jad tężcowy wyrabiają.

(*Münch. Med. Woch. N. 45.* 1893).

== SUFFIER podaje przypadek wyleczenia gruźlicy płuc za pomocą resekcji wierzchołka zwyrodnionego. Cięcie skórne prowadzone było w drugim międzyżebżu z prawej strony i po uprzednim przewiązaniu wierzchołek został odcięty. Zawierał on bardzo liczne gruzelki i laseczniczki gruźlicze. Rana szybko zagoiła się i prawe płuco w 9 dni po operacji zupełnie dokładnie funkcjonowało. Chory po tej operacji jest w stanie pracować fizycznie jako robotnik i biega bez żadnej duszności. Po operacji przybyło mu na wadze 16 kilogramów. Prawa połowa klatki piersiowej rozszerza się jednakowo jak lewa. (*Deutsch. med. Woch. 1893. N. 47.*) *L.*

Wiadomości bieżące.

— Na dorocznem ogólnem zebraniu członków Stowarzyszenia prasy lekarskiej francuskiej, w dniu 12 b. m. odbytem, wyrażono przekonanie, iż lekarze francuscy winni przyjąć czynny udział w nadchodzącym XI międzynarodowym lekarskim kongresie w Rzymie,

a to z następnych powodów: 1) że lekarze francuscy byli inicjatorami międzynarodowych zebrań (pierwszy kongres międzynarodowy lekarski był w r. 1867 ym w Paryżu), oraz, że kongres ma charakter tylko naukowy; 2) że język francuski jest jednym z oficjalnych języków

przyjętych na kongresie, którego używać będzie większość delegatów różnych państw; że więc nie należy wypłacać się nieobecnością za honor, jaki w tym względzie naród francuski spotyka; 3) że świat lekarski francuski ma obowiązek zapoznania uczonych, na kongresie zebranych, z wynikami swej naukowej działalności.

„Na tym konkursie ludzi nauki — mówi protokół, stanowiący zarazem jakby odezwę do lekarzy francuskich, podpisany przez 18-tu wybitnych uczonych Francji — powinniśmy, o ile się to da, w sposób wszechstronny przedstawić naszą narodową pracę, nasz sposób nauczania, naszych uczonych i nasze naukowe publikacje“.

Aczkolwiek przywrotnie od dawna już wiedzieliśmy o tem, że lekarze francuscy ze względów politycznych postanowili nie brać udziału w kongresie, to jednak powyższa odezwa stanowi dotykający dowód, że tak być miało w rzeczywistości. O ile zdrowy rozsądek w danym przypadku weźmie górę nad szowinizmem, niedaleka przyszłość pokaże. W każdym razie niechcąc, tak wyraźnie zaznaczona ze strony tych, którzy swą obecnością nie miało do uświetnienia kongresu przyczynić się mogli, obniża jego interes. Sam fakt odłożenia terminu kongresu z powodu cholery, już stanowi niepożądaną komplikację, obecnie zaś niepokoi w całych Włoszech i spularyzowanie dynamitu, wreszcie prawdopodobne usunięcie się francuzów, wszystko to razem wzięte nie działa zbyt zachęcająco, chociaż pora t. j. początek kwietnia, jak na Rzym, bardzo trafnie została wybrana.

— Liczba lekarzy angielskich, objętych tegorocznym spisem, wynosi 31,772, t. j. o 1013 więcej niż w roku 1893. Na sam Londyn przypada 5,590; na prowincję 14,897; na Szkocję 3,107; na Irlandję 2,485; mieszkających w innych państwach 3209; w marynarce, w wojsku i w indyjskiej służbie zdrowia 2426. W Londynie przypada jeden lekarz na 750 mieszk.; w prowincjach jeden na 1650; w Szkocyi jeden na 1300; w Irlandyi jeden na 1900; w zjednoczonym królestwie ogółem jeden na 1450 mieszkańców. P.

— Od D-ra M. ZIELEŃIEWSKIEGO z Krakowa otrzymaliśmy w 2-em wydaniu pracę p. t. „Krajowe uzdrowiska czyli stacye klimatyczno-lecznicze“. Jest to wyjątek z obszernego ilustrowanego dzieła, przygotowanego do druku a zatytułowanego „Ilustrowany opis krajowych zakładów: zdrojowo-kąpielowych, hydropatycznych i stacyi klimatyczno-leczniczych“. Jak wszystkie prace tego autora, tak i obecna od-

znacza się sumiennem spożytkowaniem źródłowych materyałów. Po ukazaniu się w handlu księgarskim całości, obszerniejszą o niej podamy wiadomość.

— **Zmarli.** † Ś. p. **ROLLE** Antoni Józef, jeden z najzdolniejszych i najpracowitszych lekarzy polskich, zmarł w Kamieńcu Podolskim, w wieku lat 63. Wyborny lingwista, znawca dziejów, badacz źródłowych materyałów, których nie mało od zaturaty uchronił, zajął ś. p. **ROLLE** poważne stanowisko w historii jako autor sumienny i ścisły. Znajomość nauk lekarskich i nauk przyrodniczych wogóle, nie mało się przyczyniła do tego, iż zmarły wyrobił sobie doskonałą metodę badania i nigdy popohupnie wniosków nie wypowiadał, trzymając się ściśle tego, co było pewne i co wytrzymało wszechstronną krytykę. Fachowe pióra zajmują się niewątpliwie oceną działalności **ROLLEGO** jako badacza dziejów, piszącego pod pseudonimem „D-r Antoni J“. W słowniku Kołmińskiego znajdujemy oprócz prac lekarskich, wyliczone całe szeregi prac historycznych, tak, że działalność **ROLLEGO** na polu literatury lekarskiej, względnie biorąc, o wiele jest szczuplejsza, niż historycznej. To co ogłosił z medycyny, a ogłosił prac kilkadziesiąt, przedstawia jednak niepospolitą wartość. Ze szczególnem zamiłowaniem uprawiał zmarły topografię lekarską i epidemiologię, będąc jednym z najczynniejszych członków towarzystwa lekarzy podolskich. Nie mało też zajmował się sprawami szpitalnemi, i w licznych swych korespondencyach podnosił z całą energią konieczność reform w wielu kierunkach i wskazywał środki zaradcze. Specjalnością zmarłego z dziedziny nauk lekarskich stanowiła psychiatria, którą z wielkiem podczas swej dwukrotnej bytności zagranicą uprawiał zamiłowaniem; a jego obszerne studjum, mające na celu przedstawienie metody badania osób umysłowo cierpiących, ze względu na ich rodowe pochodzenie, i doprowadzenie badań w tym kierunku do możebnie szerokiego zakresu (czytane na zjeździe w r. 1888 we Lwowie) może służyć za wyborny wzór, jak badania podobne prowadzić należy. Przez śmierć **ROLLEGO**, dzielnego badacza, historyka i myślącego lekarza, cały świat naukowy polski poniósł jeden z najdotkliwszych ciosów. **ROLLE** był dla naszego społeczeństwa więcej niż lekarzem, był więcej niż obywatelem; był osobistością, która zstępując do grobu, zabiera z sobą część naszego bytu. Cześć świętej i nieodżałowanej pamięci Doktora Antoniego Józefa **ROLLEGO**!

Sprostowanie. W N-rze 4, w art. Kol. SZWAJCERA, cytata 3 i 4 zostały przedstawione.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 13 Января 1894 г.

Друк К. Ковалевского. Крѣлевска 29.