

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Psychofizjologia mowy. Przez Władysława Ołtuszewskiego. — O ilościowym badaniu drobnoustrojów. Podali J. Bruner i A. Zawadzki. — **Bibliografia i krytyka.** Ropniczo-poszczenie „lekarskie“ (Les pyo-septicémies médicales). Przez D-ra Etienne lekarza szpitali w Nancy. Paryż 1893, str. 385. Sprawozdawca Feliks Arnstein. (Dokończenie). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 20 Lutego r. b. — **Streszczenia i Wyciągi.** 29. O porażeniach uciskowych w obrębie spłotu ramieniowego. 30. O znajdowaniu laseczniaka niebieskiej ropy i wytwarzaniu barwnika przy symbiozie z innemi bakteriami — XI międzynarodowy kongres lekarski w Rzymie. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — Sprawozdanie XXXVI-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1893 roku. Przez D-ra Józefa Dymnickiego. — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r W. Ołtuszewski — Psychophysiologie du langage. 2) J. Bruner et A. Zawadzki — Recherches quantitatives des microorganismes.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r. W. Ołtuszewski — Psychophysiologie der Sprache. 2) J. Bruner und A. Zawadzki — Ueber quantitative Untersuchungen der Bacterien.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

PSYCHOFIZYOLOGIA MOWY

przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego.

Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Warszawskiego Tow. Lek. dnia 20 lutego 1893 roku.

O ile znajomość fizjologii wygłaszanej mowy, to jest gotowej już w naszym umyśle, nieodzowna jest dla rozumienia i leczenia obwodowego bełkotania, jak również należytego pojmowania mechanizmu jåkania artykulacyjnego, o tyle znów zapoznanie się z psychofizjologią mowy, to jest wyjaśnienie funkcji, jaką odgrywa mózg przy mowie, ważne jest dla zrozumienia zbroczeń, dotyczących funkcji tego organu przy mowie, to jest bełkotania ośrodkowego pochodzenia (hotentotyzmu) i niemoty.

Krótki szkic fizjologii mowy podałem w roczniku zeszłorocznym „Medycyny“. Interesujący się tym przedmiotem czytelnik może go uzupełnić przeczytaniem specjalnej pracy w tym kierunku: Fizjologia mowy ze szczególnem uwzględnieniem alfabetu polskiego (Warszawa 1893).

Zanim określimy funkcję fizjologiczną mózgu przy mowie, musimy przede wszystkim choć w krótkości zastanowić się nad ważnem zagadnieniem, dotyczącem tego przedmiotu, mianowicie nad stosunkiem umysłu do mowy. Stosunek ten najlepiej wyjaśniają nam spostrzeżenia nad dziećmi we wczesnych okresach ich rozwoju psychicznego, to jest kiedy jeszcze nie mówią. Badania tego rodzaju, nie wymagające żadnych szczególnych przygotowań, możliwe są do skutecznienia prawie dla każdego. Dane, w ten sposób gromadzone przez wiele osób, byłyby niezmiernie cenne, jako oparte na spostrzeganiu, a nie dociekaniach metafizycznych.

Dokładny opis rozwoju języka u dziecka i wyjaśnienie stosunku tego rozwoju do jego władz duchowych, po ukończeniu prowadzonej przezeń

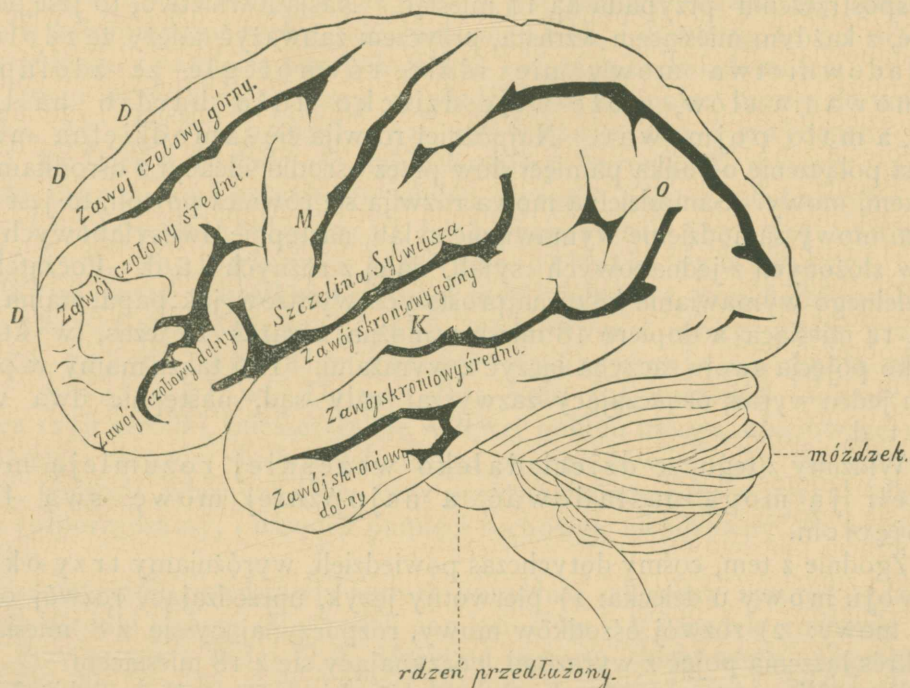
trzechletniej obserwacji nad dzieckiem, stanowić będzie przedmiot oddzielnej pracy. Tutaj jedynie szkicowo uwzględnię wyniki, do jakich doszedłem, śledząc duchowy rozwój dziecka i jego język do czasu pierwszych zawiązków mowy, to jest łączenia pojęć z wyrazami, i wnioski, jakie się dadzą z tego wyprowadzić.

Rozpatrując w pomienionym okresie życie umysłowe dziecka, a więc trzy sfery stanowiące jego życie psychiczne: poznanie, czucie i wolę, oraz ich syntezę to jest świadomość, doszliśmy do następujących wyników: Zanim dziecko samodzielnie wymówi pierwsze słowo (14 miesiąc) i zacznie łączyć pojęcia z wyrazami (18 miesiąc), ma już całe swoje zmysłowe poznanie. Pamięć, owa nieodzowna właściwość naszego umysłu dla najelementarniejszej inteligencji, to jest wyróżniania (porównywania dwu zmysłowych wrażeń), rozpoczyna się u dziecka już w 4 miesiącu. Owa porównawcza czynność świadomości u dziecka, w początkach swych zależna od zmysłowych wrażeń, osiąga najwyższego stopnia jako czynność niezależna przy kojarzeniu wyobrażeń wolnych. Ma to miejsce wcześniej niż przed 18 miesiącem i dowodzi nam, że bez słów masę wyobrażeń i pojęć dziecko może kojarzyć. To samo *mutatis mutandis* dotyczy pozostałych dwu składników duchowych, to jest czucia i woli. Uczucia pierwotne, jak wiadomo, przeważają nawet w pierwszych stadiach świadomości, łącząc się bezpośrednio z wrażeniami zmysłowymi. Tu należą uczucia żywotne i uczucia jakościowe różnych zmysłów. Wola, powstająca z czucia, pożądania i zmysłowego wrażenia i przejawiająca się bardzo wcześnie jako czynny instynktowy, w miarę rozwoju świadomości dziecka, to jest poznania i uczucia, rozszerza swe granice, stanowiąc w ruchach naśladowniczych (8 miesiąc) i w ruchach z namysłem (12 miesiąc) wyższe stadia swego rozwoju. Nakoniec świadomość, rozpoczynająca się także bardzo wcześnie u noworodka, jako najelementarniejsza świadomość, zawierająca już jednak w swych składnikach obok uczucia i ruchu pewne pierwiastki poznania, jak bierna pamięć, elementarne porównanie, w rozbieranym przez nas okresie, to jest do końca 18 miesiąca, nie przekracza granic świadomości zmysłowej. Wyższe stadium jej rozwoju, to jest świadomość ciała (osobowość), początkiem swym sięgająca 14 miesiąca, dochodzi do zupełnego rozwoju daleko później, gdyż dopiero między 2—3 rokiem.

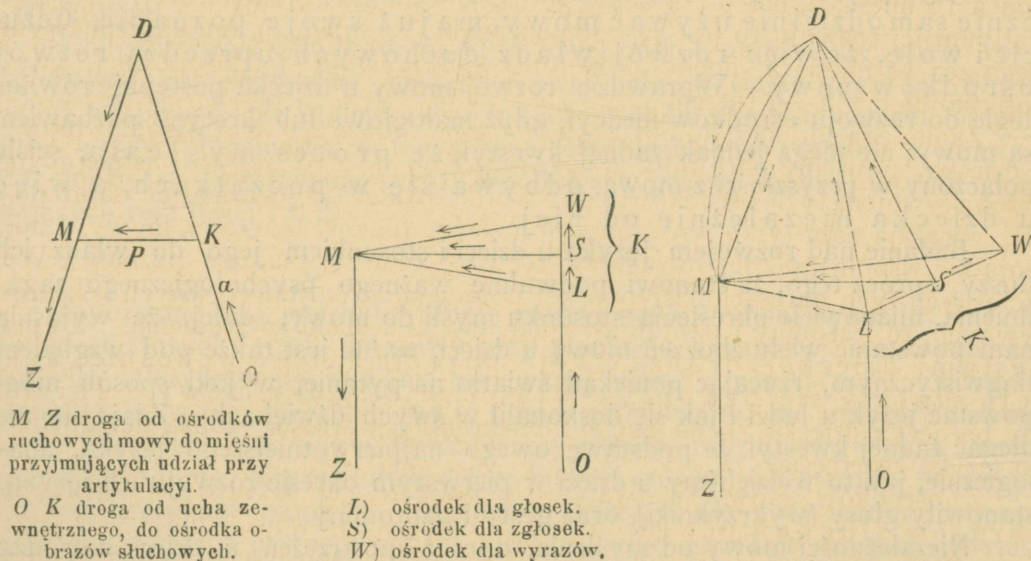
Zanim przejdziemy do porządku, w jakim rozwijają się ośrodki mowy u dziecka, powiemy parę słów o pierwotnym jego języku, istniejącym przed rozwojem tych ośrodków. Pierwotne owe głosy, przeważnie samogłoski, wyrażają nam tylko wrodzoną zdolność do funkcji narządu mowy i nie mają nic wspólnego z jej ośrodkami, rozwijającymi się znacznie później. We wczesnych tych okresach następuje też połączenie dróg inpresywnych i ekspresywnych, to jest miny i pantominy, jako wyraz uczucia i wzruszenia. Temi gestami dziecko zdradza swoje pojęcia daleko wcześniej, aniżeli zdołają się utworzyć właściwe ośrodki mowy. Pierwotny ten język dziecka, co do swojej intelektualnej wartości, zbliża się zupełnie do języka zwierzęcia.

Z ośrodków mowy wytwarza się najwcześniej ośrodek pamięci obrazów słuchowych (*K*) to jest pamięć słowna, i połączenie jego z ośrodkami ideacyi (*DK*), służącemi do kojarzenia spostrzeżeń i pojęć, a mieszczącemi się w korze zrazów czołowych mózgu. Jest to rozumienie mowy. Rozwój ośrodków ideacyi, jak to uprzednio widzieliśmy, wyprowadza

rozwój ośrodków mowy. Pomieniony ośrodek pamięci obrazów słuchowych, jak to wykazał WERNICKE, znajduje się w tylnej części górnego zawoju skroniowego lewej półkuli. Ośrodek ten nie wytwarza się przed 8 miesiącem



i rozwija się bardzo powoli, z tego też powodu zwolna tylko dziecko zaczyna rozumieć co raz to większą ilość słów. W następstwie wytwarza się ośrodek ruchowy to jest pamięć ruchów nieodzownych przy wy-



głaszaniu słów (*M*) i połączenie jego z wyżej opisanym ośrodkiem pamięci słownej (*M K*). Jest to bezmyślne powtarzanie. Ośrodek ruchowy, jak to wykazał BROCA, mieści się w tylnej części lewego dolnego

zawoju czołowego, naprzeciwnie ośrodka słuchowego. Ponieważ ośrodek obrazów słuchowych rozwija się w ten sposób, że najpierw powstaje w nim pamięć dla głosek, później zgłosek, a na koniec wyrazów, powtarzanie więc odbywa się tą samą drogą. Początek powtarzania pojedynczych sylab w mojem spostrzeżeniu przypada na 11 miesiąc. Naśladownictwo, to jest powtarzanie, z każdym miesiącem wzrasta, przyczem zauważyć należy, że zdolność naśladownictwa mowy nie idzie równolegle ze zdolnością pojmowania słów, może więc dziecko dużo bardzo naśladować, a mało pojmować. Najpóźniej rozwija się samodzielna mowa, to jest połączenie ośrodka pamięci słów przez ośrodki ideacyi z ośrodkami ruchowemi mowy. Samodzielna mowa rozwija się również powoli, to jest z początku mowy samodzielne wymawianie sylab, następnie dwusylabowych wyrazów złożonych z jednakowych sylab, dalej z różnych i t. d. Początek samodzielnego wymawiania kilku najprostszych wyrazów, jak: papa, mama i t. d. sięga 14 miesiąca a dopiero 18 miesiąc można uważać za czas, w którym dziecko pojęcia swoje zaczyna łączyć z wyrazami. I tu także mamy w początkach jeden wyraz, oznaczający zazwyczaj cały sąd, następnie dwa wyrazy i t. d.

Widzimy z tego, że dzieci daleko wcześniej rozumieją mowę, aniżeli ją mogą naśladować, a najpóźniej mowę swą łączą z pojęciem.

Zgodnie z tem, cośmy dotychczas powiedzieli, wyróżniamy trzy okresy rozwoju mowy u dziecka: 1) pierwotny język, uprzedzający rozwój ośrodków mowy; 2) rozwój ośrodków mowy, rozpoczynający się z 8 miesiącem; 3) okres łączenia pojęć z wyrazami, poczynający się z 18 miesiącem.

Porządek występowania głosek i sylab u dziecka, sposób, w jaki dziecko uczy się mówić i doskonalić swój język, musimy tu w zupełności pominąć, ponieważ nie ma to bezpośrednio związku z zajmującą nas obecnie kwestyą.

Jeżeli porównamy rozwój umysłowy dziecka z okresem początków wiązania jego pojęć z wyrazami, to dojdziemy do wniosku, że zanim ono zacznie samodzielnie używać mowy, ma już swoje poznanie, uczucie i wolę, że więc rozwój władz duchowych uprzedza rozwój ośrodków mowy. Wprawdzie rozwój mowy u dziecka postępuje równolegle do rozwoju ośrodków ideacyi, gdyż małogłowi lub kretyni pozbawieni są mowy; nie ulega jednak żadnej kwestyi, że proces myślenia, ściśle połączony w przyszłości z mową, odbywa się w początkach, a więc u dziecka niezależnie od niej.

Badanie nad rozwojem języka u dzieci i stosunkiem jego do władz ich duszy, oprócz tego, że stanowi podwalinę ważnego psychologicznego zagadnienia, mianowicie określenia stosunku myśli do mowy, dalej, że wyjaśnia nam powstanie wielu zбочeń mowy u dzieci, ważne jest także pod względem lingwistycznym, rzucając poniekąd światło na pytanie, w jaki sposób mógł powstać język u ludzi i jak się doskonalił w swych dźwiękach. Zdaje się nie ulegać żadnej kwestyi, że podstawę owego najpierwotniejszego języka, analogicznie, jak to widzieliśmy u dzieci w pierwszym okresie rozwoju ich języka, stanowiły głosy (wykrzykniki), oraz gesty i pantominy.

Niezależności mowy od myślenia, oprócz spostrzeżeń u dzieci, dowodzą nam obserwacje nad zwierzętami, kojarzącymi masę wyobrażeń ze znakami, które my dla nich tworzymy; głuchoniemi, pozostawieni swemu naturalnemu rozwojowi, a więc nie kształceni w zakładach, a mimo to posiadający pewien

stopień inteligencji; наконец patologiczne przypadki, mianowicie głuchoty wyrazowej, mającej miejsce przy zniszczeniu ośrodków pamięci słuchowej, gdzie chory pomimo to, że nie myśli wyrazami, tworzy jednak prawidłowe wyobrażenia i pojęcia. Ostatniego rodzaju fakty redukują pamięć słowną, a więc język, do pamięci znaków, to jest pamięci organicznej, podobnie jak inne automatyczne ruchy, jak chodzenie i t. d., i dowodzą, że nie ma ona nic wspólnego z pamięcią psychologiczną, związaną ze świadomością.

Z tego wszystkiego, cośmy powiedzieli o stosunku mowy do umysłu, wynika, że choć stanowi ona najważniejszą i najcenniejszą część kultury ludzkiej, najdoskonalszy czynnik do rozwoju naszego umysłu, oraz że sama jedynie jest zdolna wyrazić pojęcia abstrakcyjne, nie stwarza jednak inteligencji, lecz przeciwnie jest jej utworem dziejowym, analogicznie jak inne nabytki cywilizacji.

Wyjaśnwszy w krótkości stosunek myśli do mowy, przechodzimy obecnie do funkcji fizyologicznej, jaką wykonywa mózg przy mowie. Polega ona na tem, aby gotowe wyobrażenia i pojęcia nasze oblec w szatę słów. Do tego służą nam już uprzednio opisane dwa miejsca czyli ośrodki, mieszczące się w lewej półkuli mózgu, mianowicie ośrodek pamięci obrazów słuchowych, to jest pamięć słów, służący do ich rozumienia, kontroli własnych słów, oraz przedstawiający cały materiał słowny, jakim rozporządzamy, i ośrodek pamięci ruchowej, nieodzowny dla wygłaszania słów.

Szematycznie przedstawia nam to uprzednio załączony rysunek, gdzie *D* oznacza ośrodki ideacyi, *K* ośrodek pamięci słów i *M* ośrodek ruchowy mowy. Przy pomocy drogi *O K*, idącej od narządu słuchowego, nagromadza się w ośrodku *K* cały zapas słów, którym rozporządzamy. Materiał ten słowny przechodzi następnie drogą *K D* do ośrodków ideacyi, gdzie go układamy logicznie i gramatycznie, dalej drogą *D M* do ośrodków ruchowych mowy, a nakoniec stąd za pomocą drogi *M Z* do narządu mowy, służącego do jej wygłaszania, a przedstawiającego skojarzoną czynność oddechu, głosu i artykulacji.

Umiejscowienie ośrodków mowy w lewej półkuli objaśniamy sobie rozleglejszemi i subtelniejszymi ruchami prawej połowy ciała, gdyż nie ulega żadnej wątpliwości, że istnieje związek tych ruchów z powstawaniem ośrodków mowy. Przemawia za tem pewna równoległość ich rozwoju z rozwojem chodzenia, powstawanie tychże ośrodków w prawej półkuli u osób używających ręki lewej i t. d.

*

*

*

Zapoznanie się z psychofizyologią mowy, oprócz wyjaśnienia już wyżej podanego stosunku myśli do mowy przy głuchocie wyrazowej, przyczynia się także do należytego pojmowania tak zwanej afazy amnestycznej. Niemota amnestyczna w tem znaczeniu, jak ją dotąd pojmowano, nie stanowi żadnej formy oddzielnej, lecz objaw, towarzyszący różnego rodzaju afazjom, a nawet wszelkiego rodzaju nieprawidłowościom funkcji mózgu, pozostający w związku z zaburzeniami pamięci. GRASHEY wykazał, że dla wytworzenia pojęcia słownego potrzeba pewnego czasu, niemota więc powstaje czasami jedynie z tego względu, że wskutek osłabienia pamięci konkretne pojęcie znika wcześniej, aniżeli zdąży uformować się słowo. Chory tego rodzaju ma pojęcie o danym przedmiocie, nie posiada jednak na tyle pamięci, aby inerwować cały

wyraz słowny. Z tego względu chorzy tego rodzaju pomagają sobie tem, że piszą wyraz danego konkretnego przedmiotu sylaba po sylabie, gdyż napisane sylaby już im z pamięci nie nikną.

Dane z psychofizjologii stanowią również klucz do zrozumienia patogenezy dwu ważnych zbroceń funkcji mózgu przy mowie: niemoty wrodzonej funkcjonalnej, oraz bełkotania funkcjonalnego, ośrodkowego pochodzenia. Pierwsza, jak wiadomo, ma miejsce u dzieci stosunkowo nawet dość inteligentnych, rozumiejących mowę, a pomimo to nie będących w możności samodzielnie mówić. Ponieważ dzieci takie słyszą i rozumieją mowę, przypuszczamy więc, że ośrodek obrazów słuchowych (K) i połączenie jego z ośrodkami ideacyi ($K D$) są prawidłowe, brakuje zaś tylko ośrodka ruchowego (M) lub drogi łączącej ten ośrodek z ośrodkami ideacyi ($M D$). Z rozwoju ośrodków mowy dowiedzieliśmy się, że najprzód wytwarza się K i połączenie jego z D , to jest że dziecko zaczyna najprzód rozumieć mowę; dalej powstaje M i połączenie jego z K , to jest powtarzanie, a dopiero w samym końcu rozwoju tych ośrodków następuje połączenie D z M i dziecko zaczyna własnowolnie mówić. Otóż dzieci z niemotą wrodzoną funkcjonalną przedstawiają pierwszy lub dwa pierwsze okresy rozwoju ośrodków mowy. Słuszności tego poglądu dowodzi sposób leczniczego postępowania, za pomocą którego uzyskujemy wyleczenie tego rodzaju niemoty, to jest wyrabianie ośrodka M i drogi $M D$, ewentualnie także drogi $M K$, wzorujący się na wytwarzaniu się tychże ośrodków i dróg u dzieci z rozwojem mowy prawidłowym.

Z rozwoju mowy u dziecka dowiedzieliśmy się również, że ośrodek pamięci słów składa się z trzech składników, mianowicie: dla głosek, zgłosek i wyrazów i że składniki te rozwijają się zwolna, to jest że dziecko zaczyna powtarzać, a w następstwie samodzielnie mówić najprzód głoski, później sylaby, a dopiero w końcu wyrazy. Łatwo teraz zrozumiemy, że bełkotanie funkcjonalne ośrodkowego pochodzenia polega na niewłaściwym użyciu dróg, idących od ośrodka pamięci słów przez ośrodki ideacyi do ośrodka ruchowego mowy, pomimo prawidłowych obrazów dla głosek, zgłosek i wyrazów, gdyż dzieci takie mowę rozumieją i oddzielne głoski powtarzają zupełnie dobrze. Zarówno jak bełkotanie ośrodkowe funkcjonalne, mające miejsce czasowo i tylko do pewnego wieku w warunkach fizjologicznych, znika przy dobrym wzorze mowy, podobnie i leczenie tej wady opiera się na uświadomionym porządku następowania po sobie głosek, sylab i wyrazów, innemi słowy uświadomionem użyciu dróg łączących K przez ośrodki D z M .

Patogeneza powstawania niemoty wrodzonej i bełkotania ośrodkowego rzuca także światło na ciemną i jak dotychczas zazwyczaj pomijaną ich etiologię. Wszystko, co upośledza władze umysłowe, może wywołać oba omawiane zbrocenia, gdyż wpływa to z rozwoju ośrodków i dróg mowy, doskonałych się równolegle z rozwojem inteligencji. Na tejże zasadzie działają przebyte cierpienia mózgowe, nie pozostawiające wprawdzie wyraźnych śladów organicznych, lecz upośledzające odżywianie kory do stopnia dostatecznego, aby rozwój ośrodków lub dróg łączących powstrzymać. Podobną rolę przypisać by należało wyrośłom adenoidalnym, gdyż przy istniejącym związku naczyń limfatycznych gardzieli, nosa i mózgu, mogą one powodować w nim pewne zmiany, upośledzające również rozwój ośrodków lub dróg łącznych.

Oprócz tego w etyologii afazyi wrodzonej odgrywa pewną rolę lenistwo ruchów ciała i w związku z niemi będące lenistwo mowy (do czego nieraz przyczynia się samo otoczenie, zadające sobie mało pracy, aby rozmawiać z tego rodzaju dziećmi), gdyż, jak to uprzednio widzieliśmy, istnieje niewątpliwy związek ruchów ciała z wytwarzaniem się ośrodków mowy.

O ilościowym badaniu drobnoustrojów.

Podali: J. Brunner i A. Zawadzki.

Do nader ważnych i pilnie uprawianych działów bakteriologii zaliczyć należy dział, dotyczący ilościowego oznaczania drobnoustrojów w otaczającym nas ośrodku; pomimo to jednak nie posiadamy dotychczas ustalonej, ogólnie przyjętej i dokładnie ocenionej w tym względzie metody. W piśmiennictwie naszym spotykamy się od czasu do czasu z wyszczególnieniem tych lub owych sposobów badania, jakie najbardziej celom autora odpowiadają, brak jednak nieco pełniejszego zestawienia nowszych sposobów i dokładniejszej ich oceny.

Rys niniejszy ma na celu nieco obszerniejsze omówienie poruszanej tu kwestyi na podstawie faktów, czerpanych z nowszej literatury bakteriologicznej; punktem wyjścia dla nas będzie metoda określania drobnoustrojów w płynach, popierwsze dla tego, iż dział ten najbardziej był i jest uprawiany dotychczas, powtóre, iż działy pokrewne zazwyczaj sprowadzane bywają do pierwszego. Kwestya badania powietrza pod względem zawartości w niem bakteryi poruszana tu nie będzie ze względu na to, iż uczynił to z dostateczną ścisłością O. BUIWID w pracy swej, zamieszczonej w III zeszytce LXXXIX tomu Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Od chwili, kiedy stwierdzono obecność bakteryi w wodzie, badacze rozmaitemi drogami ubiegać się poczęli o wytworzenie metody, dającej możność określania ilości bakteryi. Chronologicznie biorąc, pierwszą drogą, jaką obrano w tym względzie, była droga badania drobnowidzowego bezpośredniego.

Już LEUVENHOECK, badając zapomocą swych nader nieskomplikowanych szkieł kroplę zanieczyszczonej wody, przekonał się o istnieniu w niej drobnoustrojów. Pierwsze systematyczne badanie wody, przeprowadzone przez HARRAL'a,¹⁾ polegało na oglądaniu pod mikroskopem kropli wody wraz z osadem opadającym na dno próbki. Wspomniana metoda długi czas cieszyła się wielką popularnością. Z biegiem czasu w użycie wszedł sposób, polecony pierwotnie przez KOCH'a, a polegający na wysuszeniu nad płomieniem kropli wody i na zabarwieniu utrwalonej pozostałości błękitem metylenowym, po czem już mikroskop dawał nam pewne pojęcie o ilości bakteryi. CAHEN²⁾, obawiając się szkodliwego działania wyższej ciepłoty na bakteryę, radzi ostrożnie zgęszczać na kąpieli wodnej 10—15 cm. sz. badanej wody do połowy objętości i następnie w wysuszonej (pod kloszem) na szkle przedmiotowym

¹⁾ HARRAL, The Lancet, 1850. — Examen microscopique de l'eau fournie aux habitants de Londres et des districts suburbains. Londres 1850 — The Lancet, 1851.

²⁾ CAHEN L., Étude comparative des différents procédés d'analyse biologique des eaux potables. Thèse de Nancy. 1886 pag. 10.

kropli zgęszczonego płynu barwić bakteryje i rozpatrywać je w balsamie kanadyjskim. Mówiąc o badaniu drobnowidzowym bezpośrednim, wspomnieć musimy jeszcze o metodzie CERTES'a ³⁾, zasadzającej się na tem, iż w pewnej ilości badanej wody strąca on za pomocą 1% kwasu osmowego drobnoustroje, które następnie mogą być zabarwione i badane.

Wszelkie powyżej przytoczone metody badań mają dla ilościowych określeń nieznaczną wartość i znaczenie jedynie historyczne.

Pierwszymi, którzy przy określaniu ilości bakterii posilkowali się metodą hodowli, byli PASTEUR i JOUBERT w 1878 roku ⁴⁾. Dowiedli oni, iż wody rzeczne nader obfitują w bakteryje, gdy wody źródlane, czerpane w miejscu wytrysnięcia, nie zawierają bakterii wcale, że wreszcie woda przekroplona może posiadać bogatą florę. Badania te zwróciły na siebie powszechną uwagę i wkrótce wytworzyły się dwa kierunki, które odtąd podlegały tylko stopniowym ulepszeniom: szkoła francuska, na czele której stanął MIQUEL, obrała sobie drogę badania PASTEUR'a, posilkując się hodowlą w ośrodkach płynnych, zaś szkoła niemiecka, z KOCH'em na czele, wprowadziła pożywki stałe.

Pierwotna metoda MIQUEL'a, zwana przez tego badacza „methode de fractionnement dans le bouillon“, polega na następującej zasadzie: ilość bakterii, zawarta w pewnej objętości badanego ośrodka, może być przez skłócenie go z pewną ilością płynu wyjałowionego doprowadzona do tego stopnia rozcieńczenia, iżby kropla mieszaniny nie zawierała ani jednej, albo tylko jedną bakteryję.

Przedewszystkiem więc należy dla każdego badanego ośrodka określić żądany stopień rozcieńczenia — jest to badanie wstępne — „analyse préalable“.

MIQUEL ⁵⁾, jeżeli np. idzie o badanie wody, radzi wykonywać badanie wstępne w sposób następujący: po jednej kroplici wody dodaje się do 4—5 probówek z wyjałowionym bulionem, następnie rozcieńcza się daną wodę wodą wyjałowioną w stosunku 1 : 100 i po jednej kroplici tej mieszaniny dodaje się do 10 probówek z bulionem; to samo powtarza się z rozcieńczeniem 1 : 1000 i 1 : 1000000, poczem próbki bulionowe trzymane przy 30° — 35° C. po upływie 24 godzin wykazują, w jakich granicach winno się wahać rozcieńczenie. Jeżeli bulion z wodą rozcieńczoną w stosunku 1 : 100 zmętniał, zaś próbki bulionowe z wodą drugiego stopnia rozcieńczenia pozostały czyste lub zmętniały tylko częściowo, wykazuje to, iż do ilościowych badań należy użyć rozcieńczenia 1 : 1000 lub wyżej. Łatwo zauważyć można, iż w podanej tu postaci metoda badania wstępnego określa żądany stopień rozcieńczenia z pewnem tylko przybliżeniem.

Znacznie już dokładniejsze wyniki daje metoda Roux ⁶⁾, który rozcieńcza badany płyn w stosunku 1 : 10 aż do 1 : 1000 i po 1 ctm. sz. każdej próbki miesza z żelatyną odżywczą w probówce. Po kilku dniach na poziomo zastygłej warstwie żelatyny ukazują się kolonie. Jeden rzut oka na ilość rozwijających się kolonii wykazuje nam stopień rozcieńczenia danego płynu, na jakim należy się zatrzymać. Dziwić się tylko wypada, dla czego Roux wspomnianą metodę uważa za wstęp do dalszego badania, jeżeli w tej formie może ona już dawać dość dokładne pojęcie o ilości mikrobów.

³⁾ CERTES A., 1) Comptes rendus de l'académie des sciences. 1880. 2) Association pour l'avancement des sciences, 11-o session, La Rochelle, 1882 pag. 777 i nast.

⁴⁾ PASTEUR et JOUBERT, Comptes rendus de l'Académie des sciences. 1878.

⁵⁾ Annuel de l'Observatoire de Montsouris, 1889 p. 394; 1890 p. 394.

⁶⁾ Roux G., Précis d'analyse microbiologique des eaux. Paris 1892. pag. 129.

Podczas całego trwania badania wstępnego autorzy francuscy, jeżeli nie mogą następnie otrzymać świeżych próbek, radzą pierwotną badaną próbkę zachowywać w specjalnie urządzonych lodowniach przy ciepłocie nieco wyższej nad 0° ; w tych warunkach ilość bakteryi podobno nie ulega wielkim wahaniom, co jednak, naszem zdaniem, z wielkiem tylko zastrzeżeniem przyjąć można.

Określiwszy w powyżej opisany sposób stopień rozcieńczenia badanej wody, jaki brać należy, MIQUEL przystępuje do właściwego badania: do 36 probówek z wyjąłowym roztworem peptonu dodaje on wody rozcieńczonej po 1-ej kropli do 18 probówek i po 2—do reszty; porównawcza próba wykonywa się z tem samem lub 2 razy słabszem rozcieńczeniem i nowemi 36 probówkami, wreszcie cała ilość (72) probówek z peptonem umieszcza w termostacie przy 30° — 35° C. i zachowuje tam w ciągu najmniej 15 dni. Po upływie tego czasu, jeżeli tylko użyty stopień rozcieńczenia obrany został szczęśliwie, przez obliczenie ilości zmętniałych próbek peptonu możemy drogą prostego obliczenia otrzymać ilość bakteryi w badanej wodzie. Przypuśćmy, na przykład, iż użyliśmy rozcieńczenia 1 : 10000 i że na 36 probówek z peptonem w 7 wystąpiło zmętnienie.

Ponieważ przypuszczać należy (tak twierdzi MIQUEL), iż w każdej z ostatnich 7 probówek pierwotnie znajdowała się jedna tylko bakteria, wynika więc stąd, iż w 54 kroplach, jakie dodano ogółem do wszystkich 36 probówek, znajdowało się 7 bakteryi. Wiedząc zaś, że PASTEUR'owska pipeta, jakiej używa MIQUEL, liczy w 1 ctm. sz. 25 kropeł, otrzymujemy:

$$54 \text{ krople} = \frac{54}{25} = 2,16 \text{ ctm. sz.};$$

czyli w 2,16 ctm. sz. wody rozcieńczonej w stosunku 1 : 10000 mieści się 7 bakteryi; innemi słowy w 1 ctm. sz. badanej wody znajduje się

$$\frac{7}{2,16} \times 10000 = 32400 \text{ bakteryi.}$$

Nad wartością przyjętej przez MIQUEL'a zasady zastanowimy się później, tymczasem zaś wspomnieć musimy jeszcze o dwu odmianach pierwotnej metody, przyjętej przez kilku innych badaczy francuskich: CHAUVEAU, ARLOING i COURMONT ⁷⁾ twierdzą (i nie bez racyi), że przy badaniu wód, ubogich w bakteryę, rozcieńczenie badanej wody jest zbyt czyste i, aby go uniknąć, używają rurek szklanych o długim włoskowatym końcu; krople, jakie się za pomocą takich rurek dają odmierzać, mogą być tak małe, iżby 1 ctm. sz. liczył ich 120—150. Woda, czerpana bezpośrednio przy pomocy danych rurek, rozlewa się po 1-ej kropelce w 100—150 probówek z bulionem i po 15 dniach ilość zmętnień wskazuje nam ilość bakteryi.

Pierwotny MIQUEL'owski sposób badania, przyjęty przez większość francuskich badaczy, został w 1884 roku zmodyfikowany przez FOL'a ⁸⁾ i DUNANT'a w ten sposób, iż wyłącza się zupełnie możliwość zanieczyszczenia pożywek przez bakteryę otaczającego powietrza.

Autorowie używają dokładnie mianowanej biurety (na 100 ctm. sz.), którą napełniają bulionem; dodawszy następnie niewielką określoną ilość badanej

⁷⁾ Według ROUX, loc. cit. pag. 139.

⁸⁾ FOL, HERMANN. Nouvelle methode pour le transvasage de bouillon stérilisé et le dosage des germes vivants contenus dans l'eau. (Arch. des sciences physiques et naturelles de Genève, 1884, 3-e période, t. XI, p. 557 i nast.).

wody, po dokładnem skłóceniu rozlewają całą mieszaninę w 25—30 małych kolbek. Napełnianie odbywa się przez zaostrzoną w postaci trójgrańca rurkę, połączoną z biuretą, przyczem trójgrańcem owym przebiega się korek z amiantu, zatykający szyjkę kolbki. Obliczanie ilości bakteryi na podstawie liczby zmętnień odbywa się według formuły MIQUEL'owskiej po upływie 2—4 tygodni. Cała procedura zbyt jest złożona, abyśmy ją mieli tutaj w całości przytaczać, zauważymy jednak, iż metoda FOL'a w niewprawnych rękach, jako bardziej skomplikowana, łatwiej od innych prowadzić może do mylnych wyników. (D. c. n.).

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Ropnico-posocznice „lekarskie“

(Les pyo-septicémies médicales).

Przez **D-ra Etienne** lekarza szpitali w Nancy.

Paryż 1893, str. 385.

Sprawozdawca **Feliks Arnstein.**

(Dokończenie.—Zob. Nr. 9).

Grypa, jak to pokazały ostatnie epidemie, jest cierpieniem, które najczęściej wklajają wtórne zakażenia. Wywołują je w przeważającej ilości przypadków paciorkowce. Przy cierpieniach obwodowych, jak zapaleniach uszu, opłucnej, stwierdzono wogóle obecność gronkowców.

Drobnoustroje, sprowadzające zakażenia wtórne przy grypie, pochodzą z jamy ustnej i gardzielowej. Pod wpływem zakażenia grypowego nabywają one znacznej siły zakaźnej. Tem się tłumaczy częstość przy grypie spraw ropnych w narządach sąsiadujących z jamą ustną i gardzielową, jak ropnie w zatokach twarzowych, ropnie powiek, oczodołu, zapalenia ucha, nieraz powikłane zapaleniem opon mózgowych, zapalenie gruczołu przyuszego, gruczołów limfatycznych i t. p. Ropienia te mogą pozostać umiejscowionemi lub też być punktem wyjścia ogólnych zakażeń. Lecz zdarzają się też prawdziwe ropnico-posocznice z punktem wyjścia w oddalonych miejscach.

Klinicznie, wtórne zakażenia przy grypie występują pod postacią posocznicy, która się rozwija niepostrzeżenie i dopiero zostaje odkryta badaniem bakteryologicznem, jak to miało miejsce w przypadku BURLUREAUX, w którym w przebiegu grypy wystąpiły bardzo ciężkie objawy ogólne, a przy badaniu bakteryologicznem znaleziono we krwi, śledzionie i we wszystkich narządach paciorkowce.

Innym razem spostrzega się typ ropnicowy. VERNEUIL spostrzegł śmiertelny przypadek grypy, w przebiegu którego wystąpiło zapalenie jądra, ropne zapalenie lewego stawu kolanowego, lewego ramieniowego i ropne zapalenie tkanki łącznej podskórnej na tylnej powierzchni ramienia. Przy typie ropnicowym najczęściej bywają zajęte stawy i tkanka łączna podskórna; wyjątkowo gruczoły limfatyczne i okostna; ropienia w wątrobie i śledzionie nie były spostrzegane.

Błonica często bywa powikłana przez zakażenia wtórne, wywołane przez drobnoustroje ropotwórcze, znajdujące się bardzo często w błonach fałszywych i wprzód w nich wykryte, aniżeli laseczniki LOEFFLER'a.

Klinicznie, wtórne zakażenia przy błonicy rzadko występują pod postacią ogólnej ropnico-posocznicy. Częstsze daleko są zakażenia umiejscowione w postaci ropienia w sąsiedztwie miejsca zajętego sprawą błonicową, jak w gruczołach limfatycznych, tkance łącznej na szyi, ropne zapalenie ucha i t. p. Z innych narządów stawy bardzo rzadko bywają zajęte, zapalenie wsierdza nie często się przytrafia; EICHHORST i BARBIER podają po 1 przypadku. Lecz zapalenie nerek jest o wiele częstsze. GERMAIN SÉE spostrzegł je 25 razy na 60, CADET de GASSICOURT i BARBIER podają 70%. Skóra też bywa wtórnie zajęta przy błonicy.

Przy krztuścu zakażenia wtórne są rzadkie, zdarzają się jednak. HAUSHALTER w klinice prof. SPILMAN'a spostrzegł 3 przypadki krztuśca, w następstwie którego rozwinęło się ogólnie posocznicowe zakażenie wraz z nieżytkowym zapaleniem płuc; w przypadkach tych ciężkość stanu ogólnego była zupełnie nieproporcjonalna do natężenia zmian w narządzie oddechowym. Badanie bakteryologiczne wykazało u wszystkich tych chorych gronkowce we krwi.

Zapalenie płuc sprowadza często wtórne zakażenia, lecz te rzadko bywają ogólne; najczęściej zaś są umiejscowione we wsierdziu, osierdziu, uszach, oponach mózgowych i stawach. Wywołują je najczęściej wyłącznie pneumokoki; mogą one nawet w nich sprowadzić ropienie. Lecz i drobnoustroje ropotwórcze mogą wywołać zakażenia ropnicowe w przebiegu zapalenia płuc. JACCOUR pierwszy spostrzegł dwa przypadki, w których NERRER dokonał badania bakteryologicznego; w jednym paciorkowiec wywołał zapalenie wsierdzia, stawu kolanowego i ramieniowego; w drugim ropień w mięśniu serca i w tkance łącznej podskórnej zależał od obecności gronkowców.

W przebiegu gruźlicy, szczególnie w praktyce szpitalnej, spostrzega się u wielu chorych niespodziewane pogorszenia w stanie ogólnym, przyspieszające zejście śmiertelne. Pogorszenia te zależą zdaniem autora od ogólnego zakażenia posocznicowego, którego punktem wyjścia są jamy w płucach, w których obok lasecznika KOCH'a gromadzą się zwykle drobnoustroje ropotwórcze: streptokoki, stafilocoki, pneumokoki, lasecznik ropy niebieskiej i inne. Nie tylko jamy w płucach mogą być punktem wyjścia tych zakażeń wtórnych, lecz i inne cierpienia gruźlicze, w których obok lasecznika KOCH'a istnieją drobnoustroje ropotwórcze, mogą być źródłem tych zakażeń, jak gruźlicze zapalenie opon mózgowych, gruczolów, ropnie zimne, ogniska ropne w opłucnej, w drogach żółciowych i t. p.

Powikłania to gruźlicy przez długi czas przeszły niepostrzeżenie. Jeszcze PRADÉL w r. 1891 uważał powikłania ropnicowe przy gruźlicy za bardzo rzadkie. Śledząc jednak uważniej, można je stwierdzić daleko częściej. Autor miał sposobność spostrzegania w krótkim czasie 5 przypadków zakażeń ropnico-posocznicowych u chorych na gruźlicę; 4 razy było ono wywołane przez streptokoki, raz przez *bacterium coli*.

Postać ropnicowa ogólna dotąd była spostrzegana tylko przez BLOCC'a, który u chorej na gruźlicę spostrzegł liczne ropnie, ropne zapalenie stawów i przerzuty w narządach.

Niekiedy ropienie ogranicza się do płuc. CHARRIN i DUCAMP spostrzegali liczne ropnie w płucach, w których ropie badanie bakteryologiczne wykryło *bacterium coli* i paciorkowce.

Nakoniec LELOIR i LESPINE zwrócili uwagę na pewne ogólne przypadłości, mało dotąd znano przy wilku.

Rzeżączka była przez długi czas uważana za cierpienie wyłącznie miejscowe. Od kilku lat jednak podano fakty, świadczące, że w przebiegu tej choroby można spostrzegać większą część przypadłości, właściwych chorobom ogólnym zakaźnym: zapalenie wsierdzia, nerek, stawów i t. p. Dotąd jednak pozostaje nierozjaśnionem, czy powikłania te są pod wpływem bezpośrednim rzeżączki, czy też zakażenia wtórnego, wywołanego przez dołączające się drobnoustroje, a w tym ostatnim razie czy powikłanie od samego początku zostaje wywołane przez drobnoustroje wtórnego zakażenia. Czy też spotyka się z początku gonokoki, a następnie drobnoustroje ropotwórcze. Badanie bowiem bakteryologiczne w przypadkach goścea rzeżączkowego, zapalenia wsierdzia i t. p. dały dotąd bardzo sprzeczne wyniki. Gdy bowiem jedni przy badaniu płynu stawowego nie mogli wykryć gonokoków, inni, a między nimi PETRONE, KAHLER i BUCHARD znaleźli je nie tylko w stawach lecz i we krwi. Z drugiej strony przy zapaleniu stawów, które przeszło w ropienie, jedni znajdowali w ropie gonokoki, inni drobnoustroje ropotwórcze. To samo dotyczy zapalenia wsierdzia, przy którym jedni znaleźli gonokoki, inni paciorkowce i gronkowce. Liczniesze a przyszłe spostrzeżenia powinny rozstrzygnąć ważną tę kwestję.

Ostatnia część czwarta poświęcona jest rozpoznaniu ropnico-posocznic „lekarskich“, ich rokowaniu i leczeniu.

Rozpoznanie ropnico-posocznic „lekarskich“ jest łatwe w niektórych przypadkach, prawie niemożliwe w innych. Przy ropnico - posocznicy ogólnej pierwotnej rozpoznanie może być zrobione tylko drogą wyłączenia, szczególnie 2 spraw chorobowych: duru i ostrej gruźlicy.

Od duru posocznica pierwotna różni się szczególnie przebiegiem gorączki, która jest typowa przy durze; ciepłota ciała przy tem cierpieniu podnosi się stopniowo i dochodzi do 40° dopiero 4-ego dnia; typ ten gorączki jest tak regularny, że WUNDERLICH za prawidło przyjął, iż cierpienie, przy którem ciepłota w ciągu 2 pierwszych dni dochodzi do 40°, nie jest durum; przy ropnico-posocznicy podniesienie ciepłoty jest szybkie, stałe, bez zwolnień; w dalszym jednak przebiegu ciepłota jest często silnie zwalnająca. W przypadkach, w których typ gorączki jest stały, cały przebieg choroby jest szybszy, aniżeli przy durze, stan ogólny szybko robi się ciężkim, a przypadek jest ciężkim od pierwszych dni.

Badanie tętna daje też cenne wskazówki; przy durze prawie stałe zauważyć się daje nieproporcjonalność w stosunku do podniesienia ciepłoty; przy ropnico-posocznicy od pierwszych dni jest ono bardzo częste, wynosi średnio 130 do 140 uderzeń; w ciężkich przypadkach dochodzi do 180. Przy durze częstą jest biegunka, przy ropnicy zaparcie stolca. Nieco później pojawienie się charakterystycznych plam różowych ma ważne znaczenie.

Rozróżnienie ropnico-posocznicy od ostrej gruźlicy jest o wiele trudniejsze. Tu bowiem ciepłota ciała i tętno przedstawia te same cechy. Wszelako wygląd zewnętrzny chorego jest inny. W ropnico-posocznicy cera twarzy jest ziemista; w ostrej gruźlicy blada z zaczerwienieniem policzków. Objawy fizyczne ze strony płuc często rozjaśniają wątpliwość.

W ropnico-posocznicy z przeważnym zajęciem płuc trudność rozpoznawcza jest jeszcze większa. W łagodnych postaciach ropnico-posocznicy rozpoznawanie jest uciążliwie bardzo trudne; ubywa bowiem ów charakterystyczny wygląd zakaźny (*facies infectieuse*) chorego, tak ważne mający znaczenie przy rozpoznaniu. Wówczas należy starannie zbadać okoliczności, w których się choroba rozwinęła, szczegółowo zbadać chorego, by odkryć, czy nie istnieją gdziekolwiek wrota, przez które mógł się dostać do ustroju zarazek, a które jak wiadomo mogą być zaledwie dostrzegalne.

Daleko łatwiejsze jest rozpoznanie, gdy w przebiegu choroby wystąpią takie przypadłości, jak zapalenie wsierdZIA lub szpiku kostnego. Umiejscowienie w stawach czyni koniecznem odróżnienie posocznicy od ostrego gośceca stawowego. Lecz przebieg gorączki jest odmienny w obu tych cierpieniach: przy goścecu ciepłota ciała jest miernie podniesiona bez określonego rytmu, nieregularnie zwalnająca; podniesienie ciepłoty następuje wraz z zajęciem nowych stawów; początkowego dreszczu zwykle brak. Objawy stawowe są wczesne, wyprzedzają ogólne; przy ropnico-posocznicy przeciwnie występują w dalszym przebiegu choroby. Ropienie w stawie czyni prawie pewnem rozpoznanie ropnico posocznicy. Przypadłości ze strony skóry w postaci rumienia wielopostaciowego lub plamicy przemawiają za ropnico-posocznica.

Ropnico-posocznico wtórne w przebiegu swoistej choroby zakaźnej przechodzą często niepostrzeżenie; przypadłości od nich zależne bywają odniesione do cierpienia pierwotnego lub jakiegoś powikłania nieokreślonego. I tu pojawienie się takich przypadłości miejscowych, jak rumienia, zapalenia stawów, wsierdZIA i t. p., budzić będzie podejrzenie zakażenia wtórnego.

Czy badanie bakteriologiczne w przypadkach niepewnych może usunąć wątpliwość?

Jeżeli w przebiegu choroby ogólnej występują objawy ropnico-posocznicowe, a badanie krwi wykazuje obecność któregośkolwiek z drobnoustrojów ropotwórczych, stanowi to fakt niemałą wartości pod względem rozpoznania. Lecz wynik ujemny badania krwi nie ma już tego znaczenia; krew bowiem nie jest ośrodkiem sprzyjającym rozwojowi drobnoustrojów. Autor w niewątpliwych przypadkach nie znalazł za życia we krwi drobnoustrojów, gdy niedługo potem przy oględzinach pośmiertnych znajdował bardzo liczne hodowle w narządach wewnętrznych.

Badanie moczu, płwociny, ropy, wysięków, błon fałszywych, stwierdzające obecność w nich drobnoustrojów chorobotwórczych, może służyć za dowód zakażenia ropnico-posocznicowego.

Czy istnieją objawy kliniczne, pozwalające na rozpoznanie rodzaju grzybka? W tym względzie da się tylko powiedzieć, że nadmiernie wysoka gorączka jest częstą przy ropnico-posocznicach wywołanych przez *bacterium coli*, nie stanowi to jednak ogólnego prawidła; że *bacillus septicus* daje często obraz znany pod nazwą zgorzeli gazowej (*gangrène gazeuse*); że łasecznik ropy niebieskiej często sprowadza na skórę wykwyty pęcherzowe i plamice. Lecz te same przypadłości autor widział pod wpływem paciorkowców i *bacterium coli*.

Co się tyczy zakażeń paciorkowcami i gronkowcami, nie posiadają one dotąd żadnego objawu klinicznego, mającego jakiegokolwiek znaczenie rozpoznawcze. Wszelako typ posocznicy wydaje się autorowi częstszym w przypadkach zakażenia paciorkowcami, ropnicowy w przypadkach zakażenia gronkowcami. Wygląd ropy ma znaczenie ważniejsze; ropa przy gronkowcach jest gęstsza, śmietankowa, świeża, mniej lub więcej żółta; przy paciorkowcach rzadsza, surowicza, zielonawa, zmieszana z krwią, wyglądu zgorzelinowego, zawierająca szczątki tkanek. Wogóle więc cechy kliniczne ropnico-posocznicy, wywołanej przez różne drobnoustroje, są bardzo niepewne i na nich często nie można oprzeć rozpoznania.

Rokowanie musi być rozważane z podwójnego punktu widzenia: bezpośredniego i oddalonego. Co się tyczy pierwszego, to wogóle ropnico-posocznica są cierpieniem ciężkim; postacie nawet łagodniejsze mogą nagle stać się ciężkimi, a w przypadkach ciężkich rokowanie jest prawie zawsze złe. Na 14 przypadków ropnico-posocznicy „lekarskich” pierwotnych czy wtórnych, spostreganych przez autora w ostatnim roku, 14 zakończyło się śmiercią. Niejakie podstawy dla rokowania stanowi stan ogólny chorego, gorączka i typ zakażenia.

Stan ogólny dominuje nad położeniem.

Gorączka znacznego natężenia o typie stałym od samego początku zapowiada zejście śmiertelne. Tętno jest zawsze bardzo częste; stąd 140 a nawet 150 uderzeń, szczególnie, gdy te są rytmiczne i równe, nie jest konieczną wskazówką zejścia fatalnego. Wśród przypadłości miejscowych, zapalenie wsierdza i tętnicy głównej stanowi niepomysłny w rokowaniu objaw. Nieżytowe zapalenie płuc jest, zdaje się, wogóle mniej ciężkim powikłaniem. Zapalenie stawów, jeśli nie jest ropne, nie należy do bardzo niebezpiecznych. To samo odnosi się do przypadłości skórnych, wszelako postać pęcherzowa stanowi zdaje się bardziej niebezpieczną przypadłość.

Co się tyczy rokowania oddalonego, należy mieć na względzie, że ropnico-posocznica często pozostawiają ślady nie dające się usunąć. Mają one swe źródło w zmianach w naczyniach, warunkujących różne cierpienia, jak zapalenie mięśnia serca, nerek, stwardnienie ośrodków nerwowych (*sclerose en plaques*), zaniki mięśniowe i t. p.

Leczenie musi być, jak we wszystkich ciężkich cierpieniach zakaźnych, wzmacniające; stosownie do wskazań próbować można leków przeciwniejących, przeciwgorączkowych: chininy, kwasu salicyłowego, kąpieli. Wyniki leczenia są jednak zawsze bardzo wątpliwe. Jeżeli jednak jesteśmy prawie bezsilni, gdy się ropnico-posocznica rozwinęła, możemy za to często przeszkodzić jej powstaniu; odnosi się to szczególnie do ropnico-posocznicy wtórnej. W tym względzie odosobnienie chorego na płoniec, odrę i t. p., leczenie przeciwniejące cierpień naturalnych jam (ustnoej i gardzielowej) i skóry odgrywa pierwszorzędną rolę.

Zakończenie pracy autora stanowią wnioski, które są niejako streszczeniem całej pracy. 1) Niezależnie od ropnico-posocznicy pologowej i chirurgicznej, istnieje grupa ropnico-posocznicy „lekarskiej”; nie różnią się one od pierwszych niczem innym, tylko okolicznościami, wśród których powstały. Zostają one wywołane przez różne drobnoustroje ropotwórcze, a zatem nie są zakażeniami swoistymi. 2) Drobnoustroje, wywołujące ropnico-posocznice „lekarskie”, dostają się do ustroju z zewnątrz, przez nieznacznie uszkodzoną skórę lub błonę śluzową; mogą się one jednak dostać przez zupełnie nieuszkodzoną skórę, albo też znajdując się w ustroju w stanie nieczynnym, pod wpływem pewnych czynników nabierają siły zakaźnej. Drobnoustroje te, bardziej niż wszystkie inne, stają się chorobotwórcami dopiero po zniweczeniu licznych środków obrony, w jakie zaopatrzone jest ustroj w stanie prawidłowym. 3) Ropnico-posocznice „lekarskie” mogą być pierwotne lub wtórne, w przebiegu innych chorób zakaźnych swoistych się objawiająco. 4) Ropnico-posocznice, tak pierwotne jak i wtórne, mogą występować pod 2 postaciami: a) ogólną, przy której przypadłości ogólne są na pierwszym planie; b) umiejscowioną, gdy w przebiegu ogólnego zakażenia przeważają przypadłości miejscowe w różnych, niezawsze tych samych narządach. 5) Rozpoznanie ropnico-posocznicy „lekarskiej” jest łatwe przy postaciach ropnicowych; przy postaci posocznicy może ono być zrobione drogą wyłączenia. 6) Rokowanie bezpośrednie jest ciężkie, a gdy nastąpi wyzdrowienie, rokowanie oddalone musi być bardzo ostrożne z powodu niezatartych śladów, jakie ropnico-posocznica pozostawia w nerkach, wątrobie, narządzie nerwowym i t. p.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 Lutego r. b.

TREŚĆ: 1) ŚMIECHOWSKI—przedstawienie chorego po operacji mięsaka sieci. 2) NEUGEBAUER — przedstawienie a) kobiety ciężarnej w 6-ym miesiącu z opadnięciem macicy, b) przedstawienie chorej z podwójną macią i pochwą, c) przedstawienie torbieli skórzastej jajnika. 3) SOKOŁOWSKI—przedstawienie chorego dotkniętego symetryczną zgorzelą paluchów. 4) BIERNACKI—odezyt: W kwestyi wzajemnego stosunku czerwonych ciałek do osocza krwi. 5) OŁUSZEWSKI—Psychofizjologia mowy.

1) Kol. ŚMIECHOWSKI przedstawił chorego, operowanego przez D-ra KRAJEWSKIEGO. Chory ten przed 5 miesiącami doznawał różnych dolegliwości żołądkowych: nudności, bólów po jedzeniu i t. p., które jednak wkrótce przeszły; 4 miesiące temu zauważył w prawem podżebrzu guz, który mu jednak żadnych dolegliwości nie sprawiał. Dopiero znaczne powiększenie się guza, tak, że prawie cała jama brzuszna była nim wypełniona, zmusiło chorego do szukania porady. Przy przyjęciu do szpitala w końcu stycznia r. b. 21-letni chory, wysokiego wzrostu, słabo odżywiany, blade, miał w brzuchu guz wielkości głowy dorosłego człowieka, guz twardy, elastyczny, względnie do wielkości dosyć ruchomy, o powierzchni gładkiej. Rozcięcie żołądka wykazało brak związku pomiędzy tym organem i guzem. Rozpoznano nowotwór złośliwy sieci.

Przy laparotomii, dokonanej dnia 1 lutego, okazał się guz pokryty siecią, w wielu miejscach bardzo mocno z nią poznaczony. Po podwiązaniu i przecięciu zrostów z siecią, guz okazał się bardzo mocno przyrośniętym do krezki i do ściany кишки ślepej tak, że wyluszczenie było możliwe dopiero po przecięciu кишки biodrowej przy jej ujściu do кишки ślepej. Następnie trzeba było wyluszczyć całe *coecum* i *colon ascendens* wraz z listkami krezki, i dopiero wtedy guz wyjęto. Po częściowem zaszyciu światła w *colon transversum* połączono go z kiszka biodrową za pomocą szwu 3 piętrowego; zaszyto jamę brzuszną również szwem 3 piętrowym. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. 9 dnia szwy usunięto i dziś (20 dzień po operacji) chory ma się zupełnie dobrze. Zbadana pod drobnowidzem cząstka guza jest mięsakiem o komórkach wrzecionowatych. Po rozcięciu kiszek okazało się, że guz wychodził ze ściany кишки biodrowej przy ujściu, wraść następnie pomiędzy listki *mesocoeci* i *mesocoli ascendentis*. Błona śluzowa nie była zajęta, tylko w 2 miejscach na *coecum* były małe guzowatości, dowodzące przechodzenia nowotworu na kizkę.

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawił: a) chorą, dotkniętą opadnięciem macicy w 6 miesiącu ciąży, po rozerwaniu dawniejszom krocza w całości. Chora 34-letnia, od 10 lat zamężna. Rozdarcie całkowite krocza nastąpiło przy pierwszym porodzie, kiedy dziecko donoszono i żywe wydobyto kleszczami. Po pierwszym tym porodzie pozostała do dziś dnia zatoka kiszkowo-pochwowa. Obecnie chora zgłosiła się do kol. N., będąc po raz 9-ty w ciąży, dotknięta zwykłymi przypadłościami przy opadnięciu macicy ciężarnej: utrudniony chód, utrudnione oddawanie moczu, palenie w kroku, ciężar w brzuchu, ból w krzyżu i pachwinach, upławy. Od tygodnia już krew odchodzi oraz wody płodowe, według słów ciężarnej. Pomimo to, że w tego rodzaju przypadkach dokonywano amputacji szyi macicznej, operacji plastycznych na pochwie i t. p., kol. N. nie decyduje się na ten rękoczyn. Przy takim opuszczeniu ciąży może dosięgnąć prawidłowego końca.

b) Następnie kol. N. przedstawił chorą z podwójną macią i pochwą (*uterus didelphys*). Chora ta, od 5 lat zamężna, rodziła raz jeden trzy lata temu: poród i połóg odbyły się szczęśliwie. Przegroda pochwowa, od samych szyjek macicznych do samej błony dziewiczej sięgająca, została przedarta przy porodzie; resztki jej są dziś jeszcze widoczne. Przy użyciu wziornika w głębi pochwy widać dwie części pochwowe, dobrze ukształtowane, o równej prawie wielkości; pomiędzy niemi widać pionową bliznę błyszczącą, przechodzącą ku górze i ku dołowi na przednią i tylną ścianę pochwy. Przez kizkę prostą i przez ścianę brzuszną, jak najdokładniej można wymacać dwie macice, w kierunku odśrodkowym się rozchodzące. Zgłębnik do lewej macicy wchodzi na 7, do prawej na 5 ctm.; widocznie ciąża odbyła się po stronie lewej, a więc w lewej macicy, której usta są szersze. Jajniki oraz jajowody łatwo wymacalne, pojedyncze.

c) Dalej kol. N. przedstawił torbiel jajnika skórzastą, wydobytą przez niego dnia 16 lutego r. b. w oddziale jego w szpitalu Ewangelickim, przez pochwę, czyli na drodze cięcia pochwowego. Wycięcie torbieli jajnikowej przez pochwę, o ile kol. N.

wiadomo, było w Warszawie dotąd dopiero raz jeden dokonane. Chora, na której tej operacji dokonano, zjawiała się do ambulatorium szpitalnego wskutek zatrzymania moczu od dnia 5. Po opróżnieniu pęcherza znaleziono uwieczniony w jamie miednicy (*in cavo DOUGLASI*) guz wielkości 2 pięści. Po wyłączeniu krwisteku pozamacicznego, wysięku płynnego zapalnego, oraz tyłozgięcia macicy, rozpoznano uwiecznienie nowotworu prawdopodobnie jajnika. Po przecięciu tylnej ściany pochwy oraz otrzewnej, w otworze rany, w poprzek rozciągniętej, ujawniła się przezroczysta ściana torbieli, po otworzeniu której wylało się około 2 uncji gęstego, zielono zabarwionego płynu, po czem ujęto dolny odcinek guza i wyciągano go przez otwór w pochwie na zewnątrz. Za pomocą palca, wprowadzonego do jamy brzusznej, odklejono zrosty, które widocznie były świeże i nie dawniejsze, jak od chwili powstania objawów uwiecznienia guza. Przy wyciąganiu guza natrafił N. na pewien opór, wywołany przez to, że górna połowa guza zawierała kilka torbieli, wypełnionych gęstą serowatą masą. Jednakże bez zbyt wielkich trudności udało się cały górny odcinek guza wyciągnąć do pochwy i, trzymając szypułkę pod światło, przekonać się, że nie zawierała nic, jak tylko *mesovarium*, i że nie było żadnych zrostów z kiszka. Po podwiązaniu szypułki przecięto; 8-ma szwami obszyto brzegi rany pochwowej. Do jamy otrzewnej przez ranę pochwową wprowadzono tampon z 10% gazy jodoformowej i drugi tampon do pochwy; 6-go dnia wszystkie szwy zdjęto. Jako przyczynę opuszczenia się guza jajnika oraz uwiecznienia N. uważa uporczywy kaszel chorej, trapiący ją od dawna. Cięplota ciała, przechodząca przed operacją 40° C., opadła na 38° C. i na tej wysokości mniej więcej się utrzymuje. Otwór w pochwie tak szybko się zmniejszył, że już po dwóch dniach palca nie przepuszczał. Chora obecnie czuje się bardzo dobrze, lecz podniesienie ciepłoty trwa ciągle.

3) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił chorego, dotkniętego według niego tak zwaną chorobą RAYNAUD'a (zgorzel symetryczna). F. H. lat 39, buchalter, pochodzi z rodziny zdrowej. Przymiotu nie przechodził. Trunków nie nadużywał. Od 10 roku życia chory miewał po kilka razy do roku napady chwilowej utraty przytomności, co poprzedzał zwykle zawrót głowy. Od lat 4 napadów nie miewa. Przed 6 miesiącami na obu stopach wystąpiły nieznaczne obrzęki, które od czasu do czasu znikaly. Przed 3 miesiącami chory poczał doznawać, szczególnie przy chodzeniu, uczucia mrowienia, a następnie drętwienia w obu wielkich palcach nóg. Drętwienie takie występowało 2—3 razy dziennie i trwało kilka lub kilkanaście sekund, ograniczając się do drugiego stawu śródstopia. W prawym palcu drętwienie trwało dłużej, aniżeli w lewym. Przed miesiącem chory poczał doznawać bólu w wielkim palcu prawej nogi i na przedniej jego powierzchni zauważył sinawą plamkę; po tygodniu skóra na miejscu plamki pękła. Plamka zwiększała się stopniowo, a od dwóch tygodni szerniała. Bóle w tym czasie w palcu bywały tak silne niekiedy, że chory nie mógł sypiać. Od kilku dni chory zauważył na wielkim palcu lewej nogi taką samą sinawą i bolesną plamkę, powstającą na tem samym miejscu, co i na prawym palcu. Badanie chorego, prócz wzmożenia odruchów, rozszerzenia źrenic, które na światło nie reagują, i nieznacznej *arteriosclerosis*, nie wykazuje nic nieprawidłowego. Tętno we wszystkich tętnicach wyczuwalne. W moczu białka ani cukru nie znaleziono.

W dyskusyi kol. PAWIŃSKI zwraca uwagę, że w danym przypadku nie można wyłączyć zmian w naczyniach: tętno jest mocno napięte, naczynia twarde, lewa komora serca powiększona, drugi ton aorty akcentowany; zmian tych przeto do czysto nerwowych odnieść nie można i z tego powodu zalecić by należało w leczeniu, oprócz bromu, duże dawki jodu.

Kol. SOMMER zaznacza, że jod tem więcej jest wskazany, iż przymiotu stanowczo wyłączyć nie można, gdyż o pierwotnem zakażeniu chory może nie wiedzieć, a w późniejszym czasie mogą wystąpić zmiany przymiotowe w naczyniach. W roku zeszłym spostrzegł S. podobny przypadek, w którym były niewątpliwie zmiany przymiotowe w naczyniach; przypadek ten zakończył się śmiercią, po amputacji obu kończyn.

Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada, że pomimo stwierdzenia arteriosklerozy, nie przepuszcza, aby ona była przyczyną zgorzeli, jest ona bowiem cierpieniem częstem, a chorego RAYNAUD'a spostrzega się niezmiernie rzadko; wywiady, symetryczność cierpienia i peryodyczność bólów, zdają się przemawiać za pochodzeniem nerwowem. Przymiot wykluczyć można i z tego powodu, że chory inteligentny stanowczo temu zaprzecza, a oprócz tego przy *endoarteritis obliterans* tętno zwykle znika, tu zaś wszędzie jest wyczuwalne.

Kol. ROTHE uważa, że pogląd kol. SOKOŁOWSKIEGO jest uzasadniony; co do leczenia, radzi obok bromu podać jod, interwencyę zaś chirurgiczną uważa za przedwczesną.

Kol. GIEDROYĆ jest zdania, że gdyby nawet leczenie przeciwprzemiętowe nie pomogło, to fakt ten nie może rozstrzygać o pochodzeniu cierpienia. Spostrzegał bowiem w szpitalu Ś-go Łazarza dwa przypadki takiej gangreny symetrycznej przy *endoarteritis obliterans*, w obydwóch było stosowane leczenie specyficzne. Dalszych losów jednego z tych chorych kol. G. nie zna. Drugi zaś po przebytej kuracji pojechał do kąpieli siarczanych, choroba jednak postępowała i, pomimo amputacji palców, zakończyła się śmiercią. (D. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

29. H. BRAUN. **O porażeniach uciskowych w obrębie spłotu ramieniowego.** Autor opisuje dwie kategorie porażeń w obrębie spłotu ramieniowego: 1) powstałe w czasie uśpienia chloroformowego (t. z. „*Narkosenlähmungen*“, analogiczne poniekąd ze znanymi „*Schlafslähmungen*“), oraz 2) porażenia zależne od zbyt ciasnego nakładania bandażu elastycznego przy wytwarzaniu sztucznej bezkrwistości. Autor spostrzegał po kilka przypadków porażeń obydwóch kategorii.

U chorego, któremu w czasie 1½ godzinnej narkozy trzymano rękę wysoko ponad głowę, widział autor po przebudzeniu porażenie nerwu łokciowego i pośrodkowego. W czasie operacji, wskutek ucisku główki kości ramieniowej na tętnicę pachową, tętna promieniowego wyczuć nie było można. Kilkakrotnie spotykał autor u chorych swych po amputacji sutek rakowatych zboczenia w czuciu i osłabienie siły mięśniowej w dłoni i palcach. Wreszcie w ostatnich czasach widział autor ciężkie obustronne porażenie kończyny górnej (wraz z mięśniami barku). Przebieg tego porażenia badano dokładnie; autor podaje opis szczegółowy. Narkoza trwała 2 godziny. Ażeby ręce chorej nie spadały ze stołu i dla łatwiejszej kontroli tętna, chloroformujący silnie je pociągnął ku górze i założył ponad głowę chorej. Po przebudzeniu, stwierdzono zupełny brak czucia i ruchu w kończynach. Czucie wróciło częściowo 6-ego dnia, zaburzenia zaś ruchowe nie wyrównały się zupełnie jeszcze po upływie 13 tygodni od operacji. Wspólna etyologia porażeń polega na tem, że powstają one wskutek nadmiernej abdukcji i hyperekstensji kończyny. Miejsce ucisku nie zawsze jest jedno. W ostatnim z pomiędzy opisanych przypadków udział mięśni barku w porażeniu dowodzi ucisku spłotu przez obojczyk w okolicy 6 i 7 kręgu szyjowego. W częściowych porażeniach spłotu, dotyczących bądź nerwu promieniowego, bądź łokciowego i pośrodkowego, czynnikiem powodującym ucisk bywa główka kości ramieniowej w dole pachowym, czego dowodem wspomniany ucisk na dalej nawet odległą tętnicę pachową. Uciśnięcie wśród narkozy nerwu promieniowego, w miejscu, gdzie tenże kość ramieniową oplata, może się w zasadzie stać powodem jego porażenia. Autor nie widział podobnego przypadku. W literaturze znalazł autor jeden przypadek BERNHARDT'a, całkowitego porażenia spłotu wśród narkozy wskutek wzniesienia rąk ponad głowę; częściowych porażeń spłotu nie opisywano zupełnie.

SEELIGMUELLER w swym podręczniku mówi o porażeniach nerwu łokciowego u chorych zmuszonych do długiego leżenia w łóżku, powołuje się przytem na przypadek raka sutki powikłany różą; zdaniem autora rodzaj dokonanej operacji pozwala przypuszczać, iż porażenie powstało w czasie narkozy. Prawdopodobnie wiele porażeń, powstałych w czasie snu, jest tegoż samego pochodzenia; czynnika ucisku, jakim jest główka kości w dole pachowym, nie uwzględniano dotychczas. Przypadki autora dowodzą, jak długotrwałe mogą być porażenia uciskowe w narkozie.

LANGENBECK pierwszy zauważył, że cewa gumowa ESMARCH'a wywołuje często porażenia nerwów: pośrodkowego i łokciowego; z tego też powodu zalecał L., dla wytworzenia sztucznej bezkrwistości, owijanie kończyny od strony obwodu bandażem elastycznym i nałożenie drugiego w końcu górnym. Większość podręczników ostrzega przed zbyt ciasnem nakładaniem cewy gumowej i zaleca bandaż, nigdzie jednak nie wspomniano, że zbyt ciasny bandaż elastyczny może się też stać powodem porażeń, jak tego dowodzą 4 przypadki autora.

W jednym z nich pierwsze objawy powrotu ruchów utraconych nastąpiły w 4-ym tygodniu, w drugim w 6-ym tygodniu po operacji, nakoniec w trzecim

zaburzenia ruchowe nie wyrównały się zupełnie nawet po upływie 3 miesięcy. Przypadki autora dowodzą, że należy zachować ostrożność u dzieci, u ludzi z zaniemniem ramienia, jak to miewa miejsce np. przy zgorzeli kości ramieniowej, przy zapaleniach stawu łokciowego i zastarzanych zwłknięciach. Przy nakładaniu bandaża trzeba się również wystrzegać miejsca, gdzie nerw promieniowy oplata kość ramieniową.

(*Deut. Med. Woch. Nr. 3. 1894*).

K. Rogoziński.

30. MUEHSAM. O znajdowaniu lasecznika niebieskiej ropy i wytwarzaniu barwnika przy symbiozie z innymi bakteriami. Rozprawa doktorska. Berlin 1893. Pomimo najstaranniejszej antyseptyki lub aseptyki często nie udaje się usunąć ropienia niebieskiego (*resp.* zielonego) po operacjach w niektórych częściach ciała, jako to: w jamie pachowej i fałdzie pachwinowej. Przy amputacjach gruczołu mlecznego występuje również, pomimo najdokładniejszej antyseptyki, ropienie niebieskie. Obecność laseczka w ranie poznać łatwo: ropa nabywa wtedy właściwej barwy i szczególnego słodkawo-aromatycznego zapachu. Sam lasecznik rozwija się doskonale na wszystkich pożywkach; GESSARD jednak przekonał się, że w zależności od pożywki, temperatury i in. okoliczności można otrzymać ośm odmian: typową, niebieską, dwie fluoryzujące i cztery bezbarwne.

Ponieważ CLEVES-SYMMES wykazał przy pomocy licznych badań w klinice BERGMANN'a, że lasecznik niebieskiej ropy znajduje się w powietrzu nader rzadko, spróbował M. przekonać się, czy lasecznik ten nie żyje stale na włosach i naskórku; naprowadzało go na tę myśl pojawianie się niebieskiej ropy w okolicach uwłosionych. Wyjałowionymi nożyczkami lub skalpelem wycinał włosy lub zeskrobywał naskórek i, mieszając je z żelatyną, wylewał na płytki szklane. Wyniki tych badań są następujące: na 19 płytek z włosami pachowymi lub zeskrobanym naskórkiem z gruczołu mlecznego, w 8 pojawiły się od razu laseczki niebieskiej ropy; na 2 płytkach były kolonie rozrzedzające, lecz nie zabarwione; gdy przeszczepiono je jednak do wyjałowionej wody i znów wylano na płytkę, zabarwienie pojawiło się; na 5 płytkach pojawiły się kolonie, lecz nie zrobiono z nimi poprzedniego doświadczenia; wreszcie na 4 i na jednej, zrobionej z włosów pachwinowych, nie było wcale bakterii rozrzedzających żelatynę.

W dalszym ciągu przytacza autor kilka doświadczeń, z których wynika, że lasecznik niebieskiej ropy jest nadzwyczaj kapryśny w wydzielaniu barwnika, a nieobecności tegoż nie można uważać za dowód nieobecności samego laseczka.

Za jedną z przyczyn nieobecności barwnika w hodowlach uważa M. symbiozę laseczka niebieskiej ropy z innymi bakteriami. W tym celu wykonał M. szereg doświadczeń przez szczepienie na rozmaitych pożywkach laseczka niebieskiej ropy i gronkowca złocistego, *m. tetragenus*, *b. anthracis*, *aspergillus fumigatus*, *oidium lactis* i jakiegoś nieznanego grzybka z kwaśnego mleka. Wynika z nich, że: 1) gronkowiec złocisty powstrzymuje wydzielenie barwnika lub nawet niszczy go, czy został zaszczerpiiony do rozwiniętej hodowli laseczka niebieskiej ropy, czy przedtem. Wydziela się natomiast niekiedy barwnik rdzawo-czerwony niewiadomego pochodzenia, który jednak również ginie po pewnym czasie; 2) barwnik wydzielony przez laseczka niebieskiej ropy na peptonie utrzymuje się i dalej pomimo wprowadzenia innych bakterii; jeśli hodować na peptonie tego laseczka współcześnie z innymi bakteriami, to pepton zielenieje dopiero po trzech tygodniach; 3) barwnik wydzielony na bulionie ginie pod wpływem innych bakterii; 4) utrata barwnika nie polega na zamieraniu laseczka niebieskiej ropy, ponieważ płytki żelatynowe, robione z hodowli, które utraciły barwnik, wykazywały zawsze żywe i barwnikotwórcze laseczki.

A. Ż.

XI międzynarodowy Kongres lekarski w Rzymie.

Czyniąc zadość żądaniu komitetu wykonawczego (*comité exécutif*) XI międzynarodowego kongresu w Rzymie, podajemy czytelnikom naszym ogólny zarys organizacji tegoż oraz danych dotyczących jego strony naukowej, nadesłanych nam w oddzielnej książce przez prezesa zjazdu prof. G. BACCELLI'ego. Z uwagi, iż do chwili otwarcia kongresu jest jeszcze kilka ty-

godni (kongres trwać będzie od 29 marca do 5 kwietnia t. j. dni 8), może niejeden z czytelników na skutek podanych niżej informacji zachęci się do wzięcia udziału w kongresie i zwiedzenia wieszczonego miasta.

Podstawą organizacji jest komitet wykonawczy, który plan cały nakreślił i koncentruje w swym zarządzie wszystko to, co z kongresem jest w związku. Rolę pomocniczą, lecz nie mniej ważną, odgrywają tak zwane komitety narodowe, których jest trzydzieści ośm, a mianowicie: Angielski, Irlandzki, Szkocki, Indyjsko-Amerykański, Niemiecki, Bawarski, Francuski, Austriacki, Węgierski, Hiszpański, Portugalski, Szwedzki, Norweski, Duński, Serbski, Bułgarski, Rumuński, Szwajcarski, Argentyński, Salwadorski, Brazylijski, Ekwadorski, Wenezuelski, Chilijski, Meksykański, Stanów Zjednoczonych, Kanadyjski, Australijski, Niderlandzki, Rosyjski, Polski, Luksemburski, Belgijski, Maltański, Turecki, Egipski, Tunezański i wreszcie Włoski. Największą liczbę członków posiadają komitety: Angielski, Węgierski i Meksykański. Turcja i Australia również przez znaczną liczbę lekarzy jest reprezentowana. Komitety Włoskie, których jest prawie tyle, co miast we Włoszech, towarzystwa lekarskie posiadających, z natury rzeczy są bardzo liczne. I pod względem komunikacji naukowych Włochy chcą zaimponować światu, bo ilość odczytów przez nich zapowiedzianych jest ogromna. Francuzi bardzo szczupłą garstkę stanowią. Komitet polski jest przez 7-iu członków reprezentowany. Belgia ma tylko jednego, pana THIRY.

W liczbie uczestników kongresu widnieją imiona pierwszorzędných uczonych z VIRCHOW'em na czele; nadto, z każdego kraju wydatne na arenie kongresowej mają wystąpić siły. Liczba zapowiedzianych odczytów, prac, demonstracji i t. d., jest ogromna i nie na dziesiątki, lecz na setki się liczy.

Jak na dawnych kongresach, tak i na obecnym będą dwa rodzaje posiedzeń, t. j. ogólne i secyjne. Na jednym z ogólnych będzie mówił VIRCHOW: „O MORGAGNI i anatomicznem myśleniu (*Morgagni und das anatomische Denken*); BROUARDEL ma mówić: „O walce z epidemią”. Oba te odczyty będą wysoce interesujące; pierwszy ze względu na osobę mówcy, drugi na temat, który, jak na obecne czasy, może zająć nie tylko lekarzy, lecz w ogóle każdego myślącego człowieka. Zapowiedziany przez JACOBI'ego z New-Yorku wykład p. t. „Non nocere” powszechną budzi ciekawość. Z dziewięciu innych odczytów, które mają być wygłoszone również na ogólnych zebraniach, kilka jest zbyt specjalnych, a stąd całkiem na publiczne posiedzenia się nie kwalifikujących.

O wiele więcej budzą interesu odczyty, demonstracje i t. d. na posiedzeniach secyjnych, na których przeważnie zbierają się specjaliści w danym zakresie. Sekcyi tych jest 18, a mianowicie: anatomii, fizjologii, patologii ogólnej i anatomii patologicznej, farmakologii doświadczalnej i klinicznej, medycyny wewnętrznej, pediatrii, psychiatrii z neuropatologią i antropologią kryminalną, chirurgii i ortopedii, położnictwa i ginekologii, laryngologii, otologii, oftalmologii, odontologii, medycyny i chirurgii wojennej, higieny, dermatologii i syfilidologii, medycyny sądowej, wreszcie hydro- i klimatologii. Każda z tych sekcji ma swój własny organizacyjny komitet.

Liczba wykładów i komunikatów, na powyższych sekcjach zapowiedzianych, dochodzi do 1,500; a dodać należy, że niejeden z nich, jak z samego tytułu już wnosić można, będzie rzecz traktował wyczerpująco. Na jedną więc sekcję, biorąc przeciętnie, wypadnie do 80 odczytów. Przypuściwszy, że choć jedna dziesiąta ich część będzie zawierała rzeczy nowe lub wpłwowem przedstawione światło, nie trudno dojść do wniosku, iż korzyści, jakie odnieść będzie można z uczestnictwa w zjeździe, będą w każdym razie niepoślednie. Zwiększy je z pewnością wystawa higieniczno-lekarska pod prezydencją prof. L. PAGLIANI'ego, która, jak wnosić można z prywatnego listu, tylko co przez redakcję „Medycyny” otrzymanego, bardzo świetnie się zapowiada.

Z lekarzy polaków, już to w kraju na miejscu zamieszkujących, już też zagranicą stale przebywających, 20-tu zapowiedziało swoje odczyty. Ogółem odczytów tych razem wziętych jest 32. Odczyty te zapowiedzieli: prof. Z. ŁASKOWSKI z Genewy, prof. J. DOGIEL z Kazania, prof. O. BUJWID z Krakowa, Dr. T. HERYNG z Warszawy, prof. GLUZIŃSKI z Krakowa, Dr. H. HIGIER z Warszawy, prof. MIKULICZ z Wrocławia, prof. N. CYBULSKI z Krakowa, Dr. A. ROTHE z Warszawy, prof. J. KOSIŃSKI z Warszawy, Dr. S. MINTZ z Warszawy, Dr. P. POSTEMPSKI z Rzymu, Dr. WŁ. STANKIEWICZ z Warszawy, Dr. L. PRZEDBORSKI z Łodzi, Dr. J. SĘDZIAK z Warszawy, Dr. J. TYMOWSKI z Nizzy, Dr. T. HEIMAN z Warszawy, Dr. GAŁĘZOWSKI z Paryża, Dr. J. LEWY z Warszawy i Dr. WATRASZEWSKI z Warszawy.

Nie wyliczając po szczególe tytułów odczytów, o których mówić później będziemy mieli sposobność, możemy jednak już dziś zaznaczyć, że lubo prace naszych lekarzy nie imponują pod względem liczebnym, zwracają na siebie jednak uwagę doniosłością poruszanych kwestyi i z pewnością nie zginą w tem międzynarodowem morzu, na które się badacze całego świata złożyli.

Dość tu wspomnieć, iż ŁASKOWSKI będzie przedstawiał swój atlas, nad którym szereg lat pracował; KOSIŃSKI poda swe uwagi dotyczące seryi 800 laparotomii, CYBULSKI mówić będzie

o nowej kwestyi t. z. mikrokalorymetrii, GAŁĘZOWSKI o wskazaniach do operacyi zaćmy bez irydektomii, MIKULICZ o operacyjnem leczeniu zapalenia otrzewnej, HERYNG o poszukiwaniach doświadczalnych nad działaniem płynów zabarwionych na płuco zwierzęce i jamy gruzlicze i t. d. i t. d., że nie będziemy wyliczali innych również bardzo interesujących tematów, o których — powtarzamy — mówić później będziemy. Słowem, prace naszych badaczy wcale pokaźnie się zapowiadają.

Co do strony finansowej, to koszta wycieczki do Rzymu będą chyba nieco wyższe, niż wycieczek na dotychczasowe kongresy, z powodu, iż ani panowie austriacy, ani panowie prusacy nie raczyli zrobić żadnych ustępstw na swoich drogach żelaznych dla kongresowiczów. Dla nas jest to kwestya ważna, gdyż przez ich terytoria przejeżdżać będziemy zmuszeni. Nie powinno to jednak niezniechęcać tych, którzy mają możność zrobienia tej wycieczki, a która nietylko pod względem naukowym może dać pewne korzyści. Po za medycyną będzie taki ogrom rzeczy tak w samym Rzymie jak i w jego okolicach do widzenia, że człowiek ucywilizowany lekceważyć tego nie powinien, zwłaszcza że się organizuje cały szereg wycieczek przed i po kongresie. Koszty wycieczek tych stosunkowo bardzo nieznaczne, jak np. dziesięciodniowa wycieczka na Sycylię z wszelkimi wygodami kosztować będzie 280 fr. Inne wycieczki — jeszcze tańsze.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= O promienicy podają w Rozprawach czeskiej akademji Nr. 39 z r. 93 prof. HLAVA i dr. HONL co następuje: Autorowie zajęli się badaniem biologii pasorzyta promienicy. Głównym jednak ich celem było sprawdzenie chorobotwórczości pasorzyta, przy pomocy szczepień, u różnego gatunku zwierząt. Okazało się, że psy, koty, szczury i żaby — przy zastosowaniu różnych metod szczepienia posiadają stanowczą odporność. Szczepiąc promienicę królikom, prosiętom, gołębiom i myszom, autorowie nie mogli dojść do pozytywnych rezultatów. Dopiero świnki morskie okazały się podatniejszymi i 3 z 14 szczepionych dostały typowej promienicy, która stwierdzona została na sekcji i przez badanie mikroskopowe. Nie było tu, jak się to u królików spotyka, otorbenia ciał zaszczipionych, lecz rzeczywisty, szerzący się proces patologiczny. (Časopis lékařů českých Nr. 4—94).

= Jako dobry, a nieszkodliwy środek przy słabych skurczach macicy, zaleca prof. BOSSI cukier (Gaz. degli osped. a delle cliniche Nr. 2 r. 1894). Na myśl tę naprowadziły go wyniki fizyologicznych doświadczeń o wpływie cukru na pracę mięśniową (MOSSO i PAOLETTI). Cukier podawano w dawkach 30,0 na 250,0 wody, w przypadkach, gdzie rodzina i położnica decydowały się już na pomoc chirurgiczną, lecz gdzie operacya, bądź ze względu na matkę, bądź ze względu na płód nie była wskazana. Wnioski autora są następujące: 1. W 10 przypadkach na 11 przy pomocy pomienionej dawki osiągnięto pozytywny rezultat. 2. Skutek występował po $\frac{1}{2}$ godziny (25—45 minut). 3. Był dostateczny do wypędzenia płodu. 4. Jeśli po 1 dawce podano drugą, rezultat był zupełniejszy. 5. W żadnym przypadku nie było skurczów tetanicznych, lecz za-

wsze prawidłowe. (Časopis lékařů českých Nr. 4 r. 94). S. Kos.

= PANDI, poddając króliki chronicznemu zatruciu bromem, kokainą, nikotyną i antypiryną, przekonał się, że przy każdym z tych zatruc mają miejsce zmiany anatomiczne tkanki nerwowej. Brom wywołuje rozpad chromatyny w komórkach zwojów nerwowych (*ganglia*) i zwyrodnienie pęczków BURDACH'a lub GOLL'a. Przy kokainie najwybitniej występują zmiany w substacji białej, nikotyna wywołuje ogólne zmiany sklerotyczne i zwyrodnienie włókien nerwowych, antypiryna zaś — rozlane pęcznienie komórek nerwowych i przerost cylindrów osiowych.

= CHIASSO opisał przypadek zakażenia rzeżączkowego u 10-letniej dziewczynki uległej zgwałceniu. We dwa dni uczuła pacyentka palący ból przy oddawaniu moczu, we trzy tygodnie silny ból w lewym stawie ramieniowym, potem w stopach i kolanach; wystąpiły także obrzęki stawów i gorączka. Wreszcie pojawiło się zapalenie opłucnej obustronne, suche z prawej, surowicze z lewej strony (w płynie znaleziono gonokoki) i cierpienie serca. Zapalenie przechodziło na rozmaite stawy i wystąpiły nawet bóle mięśni szyjowych. Cierpienie stawów ustąpiło dość szybko, cierpienie opłucnej jednak było bardzo uporczywe. Wyzdrowienie nastąpiło, pozostał tylko szmer u wierzchołka serca.

= COMBEMALE zauważył, że pomiędzy rodzinami rybaków islandzkich i kanadyjskich bardzo wiele osób choruje na gruźlicę. Nasunęła mu się myśl, czy ryby nie są tu przenośnikami zarazy. Zaczął więc karmić ryby chlebem zawierającym zarazki, lub wlewał do wody płwocinę gruźliczą, a nawet zaszczipiał gruzelki. Laseczniki rozwijały się tylko w niewielu

wyjątkach, a i wtedy nawet traciły swą jadowitość, gdyż przeszczepione na świnki morskie nie wywoływały u nich gruźlicy.

== WITTZACK zaleca *lycetol* (winian dime-tyl-piperazyny) jako środek przeciw *diathesis urica*; posiada on smak przyjemny, zwiększa

ilość wydzielanego moczu, nie wywiera żadnego działania ubocznego, usuwa napady podagry i zmniejsza ilość piasku moczowego w moczu, a wszystko to dzięki wysokiej zdolności rozpuszczania kwasu moczowego, wreszcie jest to środek bardzo tani.

Wiadomości bieżące.

— Od Komitetu Krakowskiego XI międzynarod. Zjazdu lekarskiego w Rzymie. W uzupełnieniu wiadomości, podanej w poprzednim numerze „Medycyny“. Komitet Krakowski ma zaszczyt zawiadomić Szan. Kolegów, że w celu uniknięcia kłopotów z przesyłką pieniężną, opłata kart udziałowych (25 fr. dla członków, 10 fr. dla osób towarzyszących) może być także skuteczniejsza w Rzymie, w głównym biurze, wszelkie zaś legitymacje mogą być dostarczone przez nasz Komitet za nadesłaniem zgłoszenia się kartką korespondencyjną. N. CYBULSKI. Kraków. Szczepańska 11.

— W miasteczku Wyżnie w gub. Mińskiej, powiecie Sluckim, potrzebny jest lekarz. Adresować należy do aptekarza K. Zinkiewicza, zamieszkałego w temże mieście.

Zmarli. 20 lutego r. b. zmarł w Strasburgu znany chirurg, Albert LUECKE. Urodzony w r. 1829, uzyskał w 25 roku życia stopień doktora medycyny. Jako asystent LANGENBECK'a w Berlinie napisał kilka cennych prac z dziedziny chirurgii. W r. 1865 zaproszony został na profesora chirurgii do Bernu, gdzie wykładał przez lat 7, poczem objął katedrę tegoż przedmiotu w Strasburgu, gdzie do końca pracowitego żywota swojego zaliczał się do pierwszorzędných chirurgów niemieckich. Ze szczególnem zamiłowaniem traktował kwestyę nowotworów, że wspomniemy tu tylko znaną jego monografię p. t. „O nowotworach pod względem anatomicznym i klinicznym“, która pomieszczona została w zbiorowym dziele PITHA'y-BILLROTH'a. W tem dziele znajduje się także inna praca LUECKE'go, a mianowicie: „O chorobach gruczołu tarczowego“. Po wojnie francusko-niemieckiej, w której jako lekarz uczestniczył, napisał bardzo pouczającą rzecz p. t. „Uwagi i kwestye

dotyczące chirurgii polowej“. Z większych prac jego zasługują na uwagę: „O stopie szpotawej wrodzonej“ i „O tak zwanej stopie płaskiej pochodzenia zapalnego“. W r. 1872 wspólnie z HUETER'em zaczął wydawać pismo p. t. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, które po śmierci ostatniego razem z E. ROSE'm do końca życia prowadził. W r. 1879 przedsięwziął z BILLROTH'em wydawnictwo p. t. Deutsche Chirurgie, które było nowem opracowaniem podręcznika PITHA'y BILLROTH'a.

— D. 17 lutego zmarł J. UFFELMANN, prof. higieny w Rostoku. Nauka straciła w zmarłym dzielnego i płodnego badacza. UFFELMANN urodzony w Hannoverze, po ukończeniu studiów w Getyndze, rozpoczął pierwiastkowo praktykę lekarską w Rostoku. Wpędce jednak dał się poznać w literaturze przez pracę z zakresu odżywiania ustroju i chorób dziecięcych. Następnie zwrócił działalność swoją na pole higieny i już w r. 1878 nagrodzona została praca jego treści higienicznej. Po pracy tej umieścił w „Arch. f. öff. Gesundheitspfli.“ cały szereg swych kapitalnych sprawozdań rocznych. Godnym jest również zaznaczenia gorący udział, jaki UFFELMANN przyjmował w urządzeniu kolonii letnich dla dzieci na wybrzeżach morskich. Działalność swoją późniejszą poświęcił zmarły sprawom odżywiania do tego okresu należą prace jego o dyecie w chorobach gorączkowych ostrych, o wartości dyetetycznej chleba, trawieniu mleka i w. i., a wreszcie i znane dzieło, wydane wspólnie z MUNK'em: „Die Ernährung des gesund. und krank. Menschen“. Do ostatniej doby działalności UFFELMANN'a należą badania nad higienicznem znaczeniem światła słonecznego, jak również nad długością życia bakterji tyfusu i cholery.

Odpowiedzi Redakcyi.

Panu „Nielekarzowi“. Lubo nałóg, o którym Pan pisze, wywołuje nieraz poważne zmiany w układzie nerwowym, a nawet może być punktem wyjścia dla cierpień umysłowych, jednak staranne leczenie, a przede wszystkim sumienne spełnianie zaleceń lekarskich może całkowicie usunąć chorobę. Wprawdzie leczenie zwykle trwa czas dłuższy, jednak pomyślne skutki prędzej czy później osiągnąć się dadzą, zwłaszcza, gdy w danym razie ma się do czynienia z osobnikiem średniego wieku. Specyalne zakłady dla podobnego rodzaju chorych nie istnieją ani u nas, ani zagranicą; stała i nieustanna opieka lekarska jest niezbędną. Najlepiej udać się na leczenie do jakiegoś zakładu hydropatycznego, gdzie chorych podobnych jest stosunkowo ilość znaczna.

SPRAWOZDANIE XXXVI-te Z CZYNNOSCI LEKARSKIEJ

u zdrojowiska w Busku,
w czasie pory zdrojowej 1893 roku,

PRZEZ

D-ra JÓZEFA DYMICKIEGO,

Lekarza zdrojowego w Busku.

W sezonie sprawozdawczym korzystało z mej porady lekarskiej 453 chorych. Pomiedzy temi wyróżniłem: 47 zolzowych, 18 z chorobami skórnymi, 92 cierpiących na gościec lub też dnę, 29 na zboczenia nerwów, 20 na przewlekłe zapalenia lub też następstwa tychże i 247 cierpiących na przymiot.

Z 47-miu przypadków zolzów (*Scrophulosis*) należało do zboczeń gruczołów chłonnych 24, z których się 6 uleczyło, a 18 polepszenia doznało; do zboczeń skóry zaliczyłem 2 przypadki pryszczycy (*eczema*), leczonych ze skutkiem zupełnym; do zboczeń błon śluzowych i narządów zmysłów odnosiło się 16 przypadków, z których się 8 uleczyło, 7 polepszenia doznało, a 1 bez ulgi pozostał; stawy zajęte były w 3 przypadkach, z których 2 polepszenia doznało, a 1 bez ulgi pozostał; zboczenia kostne zauważyłem w 2 przypadkach, z których 1 polepszenia doznał, w drugim zaś wynik leczenia niewiadomym pozostał.

Z 47 przypadków zolzów uleczyło się więc 16, doznało polepszenia 28, bez ulgi pozostało 2, wynik leczenia niewiadomy w jednym.

Z 18 przypadków chorób skórnych było pryszczycy (*eczema*) 10 (uleczyło się 9, 1 doznał polepszenia); łuszczycy (*psoriasis*) 1 (polepszenie); trądzika (*acne*) 2 (1 z polepszeniem, w 2-gim wynik leczenia niewiadomy); świerzbiączki (*prurigo*) 4 (uleczony 1, z polepszeniem 3); 1 rozległej świerzbnicy (*pruritus*) który się uleczył.

Z 18 przypadków chorób skórnych uleczyło się więc 11, doznało polepszenia 6, w jednym wynik leczenia niewiadomy.

W 92 przypadkach gościeca i dny (*rheumatismus et arthritidis*) pomieściłem: bólów przełotnych w stawach 28, z których się 14 uleczyło i 14 polepszenia doznało; takichże bólów mięśni i ścięgien 10, z tych uleczyło się 3, doznało polepszenia 6, pozostał bez ulgi 1; bólów umiejscowionych w stawach bez widocznych zmian anatomicznych 11, z których się 4 uleczyło, 7 polepszenia doznało; bólów umiejscowionych w głowie 2 (1 polepszony, 1 wynik leczenia niewiadomy); bólów umiejscowionych w mięśniach i innych narządach 4, które polepszenia doznały; wysięków w stawach 23, z tych uleczyło się 6, doznało polepszenia 17; wysięków okołostawowych 6, z których się 1 uleczył, 5 polepszenia doznało; gościeca zbezsztalcającego (*arthritis deformans*) 5 (2 z polepszeniem, 3 bez ulgi); dny (*arthritis urica*) 3, które polepszenia doznały.

Z 92 przypadków gościeca i dny uleczyło się więc 28, doznało polepszenia 59, pozostało bez ulgi 4, w jednym wynik leczenia niewiadomy.

Pomiędzy 29 przypadkami chorób nerwów zanotowałem 17 nerwobólów, z których się 3 uleczyło, 12 polepszenia doznało, w 2 wynik leczenia niewiadomy; porażenia połowicznego 3 (2 z polepszeniem, 1 bez ulgi); porażenia kończyn dolnych 2, które polepszenia doznały; porażenia twarzy 2 (obydwa uleczone); niemocy nerwowej (*neurasthenia*) 4, z tych doznało polepszenia 3, bez ulgi; władu rdzenia kręgowego 1, który polepszenia doznał.

Z 29 przypadków chorób nerwów uleczyło się więc 5, doznało polepszenia 20, pozostało bez ulgi 2, w dwóch wynik leczenia niewiadomy.

Z przypadków uleczonych z nerwobólów zasłuży na wzmiankę nerwoból spłotu ramieniowego lewego (*plexus brachialis*), który lat 13 trwał i już znaczny zanik mięśni odpowiedniej kończyny spowodował. Przypadek ten leczył się po raz pierwszy w Busku w r. 1892, uzyskawszy natenczas polepszenie, a przy powtórznem leczeniu w sezonie sprawozdawczym prawie zupełne uleczenie.

Ciężki i długotrwały przypadek rwy kulszowej (*ischias dextra*), leczony bezskutecznie przez czas dłuższy odpowiedniami środkami, doznał także wskutek jednorazowego leczenia zdrojowego uleczenia zupełnego.

Tak w jednym jak też i drugim przypadku użyto do leczenia tylko kąpeli mineralnych i mułowych, tudzież mięsienia.

Obydwa przypadki z porażenia twarzy uleczone należały do porażenia obwodowego i były świeższego pochodzenia. Do leczenia użyto kąpeli mineralnych i faryzacyi.

Do przewlekłych zapaleń lub też następstwa tychże zaliczyłem: zapalenia macicy i tkanek okolicznych 2 przypadki (1 bez ulgi, 1 wynik leczenia niewiadomy); półnokrwiści brzusznej (*plethora abdominalis*) 1, który polepszenia doznał; wrzodów skóry 2, obydwie polepszone; grzłicy gruczołów chłonnych 5, z tych 1 doznał polepszenia, 4 bez ulgi; grzłicy kości 3, wszystkie pozostały bez ulgi; opuchliny goloni 2, obydwie doznały polepszenia; zapalenia stawów urazowego 2, (1 uleczone, 1 polepszone); kamicy nerkowej 1, z wynikiem leczenia niewiadomym; miażdżycy tętnic 1, który polepszenia doznał; zapalenia kości wskutek złamania 1, który zakład z polepszeniem opuścił.

Z 20 przypadków do przewlekłych zapaleń zaliczonych, uleczył się 1, doznało polepszenia 9, pozostało bez ulgi 8, w dwóch wynik leczenia niewiadomy.

Nadmienić muszę, że polepszenie w jednym przypadku grzłicy gruczołów chłonnych zasadzało się na widocznem pomniejszeniu się obrzmiałych gruczołów chłonnych, tudzież znacznej poprawie ogólnego stanu zdrowia.

Polepszenie w przypadku miażdżycy tętnic uwidoczniło się zmniejszeniem się bólów, których pacjentka w okolicy serca i w kończynach górnej lewej doznawała. I w tym przypadku poprawił się znacznie stan ogólnego zdrowia.

Główniejsze objawy 247 przypadków przymiotu (*Syphilis*), z którymi w sezonie sprawozdawczym do czynienia miałem, tudzież wynik leczenia tychże uwidoczni poniższe zestawienie liczebne:

	Było	ulecz.	polepsz.	bez ulgi	niewiad.
1) Stwardnienie pierwotne	3	2	1	—	—
2) Obrzmienie gruczołów błonnych.	29	24	4	—	1
3) Wykwity skórne i błon śluzowych	62	58	2	—	2
4) Owrzodzenia skórne	6	4	2	—	—
5) Owrzodzenia błony śluzowej nosa.	6	5	—	—	1
6) Owrzodzenia gardzieli.	13	11	2	—	—
7) Zapalenie gardzieli i krtani.	10	10	—	—	—
8) Zapalenie okostni	7	6	1	—	—
9) Zapalenie jąder	2	2	—	—	—
10) Bóle głowy	5	3	2	—	—
11) Bóle kostne	3	2	1	—	—
12) Ziarniniaki (<i>gummaty</i>)	16	11	5	—	—
13) Zapalenia rogówki.	1	—	1	—	—
14) Zapalenie kości	4	3	1	—	—
15) Zapalenie stawów	8	7	1	—	—
16) Głuchota	2	1	—	1	—
17) Próchnienie kości	7	2	3	—	2
18) Przymiot mózgu.	18	9	9	—	—
19) Zapalenie rdzenia kręgowego	5	1	3	1	—
20) Porażenie połowiczne	5	1	4	—	—
21) Porażenie twarzy	1	1	—	—	—
22) Wiądn rdzenia kręgowego.	17	—	14	3	—
23) Niemoc nerwowa (<i>neurasthenia</i>)	7	1	6	—	—
24) Nerwobólo	3	2	1	1	—
25) Przymiot odziedziczony	3	3	—	—	—
26) Przymiot zdradzający się silnemi dreszcza- mi i następniemi przeciągniętymi potami.	1	1	—	—	—
27) Dopełnienie leczenia	3	3	—	—	—
Razem .	247	173	63	5	6

Z 3 przypadków stwardnienia pierwotnego było jedno zupełnie świeże, które dopiero w Busku w czasie loczenia się pacyenta z bólów gośćcowych wystąpiło. W drugim przypadku, który uległ zarazie w lutym 1893 roku i wyraźne objawy ogólnego przymiotu przebył, znalazłem obszerne stwardnienie na napletku, utrzymujące się od początku choroby. Obydwa te przypadki doznały uleczenia.

Przypadek 3-ci dotyczył pacyenta, który się przed 5 laty przymiotem zaraził i w czasie ogólnych objawów dostateczną ilością rtęci i przetworów jodowych się leczył. W marcu 1893 roku wytworzył się u niego na żołądki po spółkowaniu podejrzanem wrzód w głąb drążący, którego dno i brzegi następnie chrząstkowatej twardości uległy. Leczenie w czasie 4 ostatnich miesięcy nie podołało zagoić wrzodu. Oprócz tego zboczenia na żołądki znalazłem jedynie tylko niektóre gruczoły chłonne słabo obrzmiałe. Wskutek kąpieli mineralnych, wcierań szaruchy, tudzież środków miejscowo stosowanych zabiłżniło się owrzodzenie prawie w zupełności; stwardnienie u podstawy pozostało jednak jeszcze w stopniu dosyć znacznym. Nie ulega wątpliwości żeśmy tutaj mieli do czynienia z tak zwanym szankrem wrzekomym.

Pominąwszy inne objawy, w swym przebiegu nie uwagi godniejszego nie przedstawiające, wspomnę tutaj o zapaleniu stawów, które dokładnie rozpoznane, często nawet wobec znacznej długotrwałości, odpowiedniem leczeniem zwalczoneby być mogło; za czem moje przypadki aż nadto wyraźnie przemawiają, jeżeli z 8 takichże chorych 7-u się uleczyło.

Zadziwia mnie, że dr. K. NIEDZIELSKI (Gaz. Lekarska, Nr. 48, r. 1893) z jednego przypadku Prof. DUPLAY'a możebność zajęcia stawów przymiotowego przypuszcza, gdy ja już od przeszło 20-u lat w mych Sprawozdaniach uwagę na to zboczenie zwracam, podając rok rocznie po kilka przypadków, które żadnej wątpliwości co do rozpoznania w tym względzie nie ulegały.

Dla dokładniejszego uwidocznienia tej sprawy podam tutaj zwięzły opis mych przypadków uleczonych.

Pierwszy z tych zaraził się przymiotem przed 16-u laty. Objawy ogólnego przymiotu łagodne, wcieraniami szaruchy leczone. W r. 1885 wystąpiło bolesne obrzmie-

nia stawu kolanowego prawego, które się środkiem przeciwgośćcowym uporczywie opierało. To spowodowało pacyenta do przybycia w roku 1886 do Buska. Weierania szaruchy obok kąpieli mineralnych odniosły skutek zupełny. W sezonie sprawozdawczym przybył pacjent powtórnie do wód naszych. Z dawnego zboczenia nie znalazłem ani śladu; ale za to w stawie barkowym prawym wysledziłem wysięk, ból znaczny przy każdym ruchu kończyną górną prawą wywołujący. Jak w r. 1886, tak też i obecnie nie znalazłem żadnego innego objawu przymiotowego. Weierania szaruchy zniosły w przeciągu 4 tygodni zboczenie to w zupełności.

W przypadku drugim zaraził się pacjent przed 15 laty przymiotem Przebieg łagodny, leczenie rtęcią i jodkiem potasu. W r. 1891 wystąpił ból w stawach palców rąk, a wkrótce przyłączyło się do tego i obrzmienie. Zwykle środki lekarskie (*natr. salicyl.*, weierania ból uśmierzające) nie sprowadziły żadnej ulgi. W sezonie sprawozdawczym w obec braku widocznych cech przymiotu znalazłem tylko bolesne obrzmienie stawów dwóch palców ręki prawej i trzech lewej. Weierania szaruchy obok kąpieli mineralnych, usunęły to zboczenie prawie w zupełności w przeciągu 5 tygodni.

W 3-im przypadku zaraził się pacjent przymiotem w r. 1889. Z objawów ogólnego przymiotu zanotowano tylko obrzmienie gruczołów chłonnych, które rtęcią leczono. W jesieni 1892 r. wystąpiło zapalenie obydwóch stawów kolennych i stopogoleniowych ze znacznym wysiękiem. Leczenie przeciwgośćcowe pozostało bez skutku. Weierania szaruchy obok kąpieli mineralnych zniosły te zboczenia doszczętnie w przeciągu 5 tygodni.

W 4-m nabył pacjent przymiotu przed 12-u laty. Przez pierwsze dwa lata miał cierpieć na wykwity skórne i zapalenie okostnej, co przy pomocy weierań szaruchy usunięto. Przed 2-ma laty wystąpiło obrzmienie stawu kolanowego i stopogoleniowego po stronie prawej. Środki przeciwgośćcowe pozostały bezsilne. W sezonie sprawozdawczym oprócz zboczeń codopiero wymienionych nie znaleziono żadnych innych za przymiotem przemawiających. Weierania szaruchy obok kąpieli mineralnych odniosły skutek zupełny.

W 5-m przypadku trwał przymiot 12 lat. Początkowe objawy ogólne były łagodne. W roku 1887 leczył się pacjent w Busku ze skutkiem pomyślnym z upartej swoistej zanogcicy (*onychia ulcerosa luetica*). W roku 1892 wystąpiło zapalenie stawu kolanowego prawego, na które środki przeciwgośćcowo żadnego wpływu nie wywarły. Weierania szaruchy odniosły w Busku w sezonie sprawozdawczym skutek zupełny.

Dwa następne przypadki są co do przebiegu choroby i wyniku leczenia do poprzednich bardzo zbliżone, dla tego mogę je tutaj pominąć, a dodam tylko, że przypadek z polepszeniem był już zbyt długotrwałym i zaniedbanym, w którym nawet leczenie mieszane zupełnego skutku na razie odnieść nie mogło.

Oba przypadki uleczenia próchnienia kości odnoszą się do pacjentów na przewlekły przymiot cierpiących. Próchnienie zajęło tutaj przegrodę nosową. Wskutek trzykrotnego leczenia mieszanego w Busku, tudzież odpowiednich środków miejscowo stosowanych usunięto objaw ten w zupełności.

Przymiot mózgu przedstawił się w 18-u przypadkach, z których 9 do uleczonych zaliczyłem.

Wynik leczenia mógłby być słusznie w tak ciężkim zboczeniu za areypomyślny, jeżeli nawet nie za przesadzony uważanym, i dlatego też zwięzły rys tych przypadków będzie tutaj nicodzownym:

1) Pacjent 45-letni zaraził się przymiotem w roku 1885. Objawy ogólnego przymiotu łagodne. Leczenie rtęcią niedostateczne. W roku 1887 wystąpiły zawroty głowy w stopniu znaczniejszym, którym czasem i wymioty towarzyszyły. W latach 1888 i 1889 leczył się z tych objawów weieraniami szaruchy w Busku ze skutkiem zupełnym. W sezonie sprawozdawczym znalazłem pacyenta w stanie zupełnego zdrowia. Przybył on do Buska jedynie tylko w towarzystwie swej żony, z którą się przed rokiem ożenił, i która w 7-m miesiącu ciąży, płód nieżywy, zmacerowany wydała.

2) Pacjent 24-letni zaraził się przymiotem w roku 1888. Objawy ogólnego przymiotu łagodne, dosyć obficie powracające, z których się w Busku ze skutkiem pomyślnym weieraniami szaruchy w latach 1889 i 1890 leczył. W roku 1892 uległ on zawrotom głowy, a następnie i napadom padaczkowym, wskutek czego przeprowadzono w Busku w tymże roku energiczne leczenie mieszane. W sezonie sprawozdawczym znalazłem pacyenta w stanie zupełnego zdrowia.

3) Pacjent 34-letni zaraził się przymiotem w roku 1886. Objawy wtórordne łagodne, leczenie rtecją. W roku 1891 leczył się w Busku z silnych zawrotów głowy wcieraniami szaruchy ze skutkiem požadany. W sezonie sprawozdawczym znalazłem pacjenta pod wzgldem objawu mózgowego w stanie zupełnie prawidłowym. Przybył on do Buska jedynie tylko z przyczyny choroby skórnej z przymiotem nie wspólnego niemającej.

4) Ten przypadek 42-letniego pacjenta dotyczący zasłuży z pewnego wzgldu na szczególną uwagę. Zarażenie się przymiotem nastąpiło tutaj w Grudniu 1887 r. W roku 1888 leczył się wcieraniem szaruchy w Busku z dobrym skutkiem z obrzmienia gruczołów chłonných i grudek (*papulae*). W roku 1890 powtórzył on leczenie wcieraniami szaruchy w Busku, chociaż widocznych oznak przymiotu nie zdradzał. W roku 1892 po podejrzanem spółkowaniu zjawiło się wyraźne charakterystyczne stwardnienie na napletku, z następnem znacznych rozmiarów obrzmieniem niebolesnym gruczołów chłonných w pachwinie lewej (*bubones indolentes*). Po kilku tygodniach wystąpiły swoiste grudki na skrzydłach nosowych i głowie. Wcierania szaruchy usunęły te objawy. W Lutym 1893 roku wystąpił nader silny ból głowy z przytłumieniem słuchu, brakiem apetytu, zawrotami i z rozszerzeniem źrenicy lewej. Wcierania szaruchy usunęły w zupełności te objawy z wyjątkiem rozszerzonej źrenicy, która do stanu prawidłowego nie powróciła.

O ile z dokładnego zbadania i przebiegu choroby wnioskować mogłem, to objawy mózgowie wystąpiły tutaj wskutek powtórnego zarażenia się przymiotem, które pomimo licznych teoretycznych zaprzeczeń rzeczywiście się wydarza, co już w mojej praktyce kilkanaście razy bez wszelkiej wątpliwości sprawdziłem.

5) Pacjent 28-letni zaraził się przymiotem przed 8-u laty. Objawy ogólnego przymiotu łagodne, leczenie rtecją odpowiednie ale krótkotrwale. W styczniu 1893 roku wystąpił silny ból głowy, a wkrótce ujawnił się obłęd religijny i prześladowczy. Leczenie wcieraniami szaruchy, tudzież wyższymi dawkami jodku sodu, usunęło objaw ten w zupełności.

6) Pacjent 27-letni zaraził się przymiotem w roku 1887. Objawy ogólnego przymiotu łagodne, leczenie zupełnie zaniedbane. W roku 1891 wystąpił niedowład połowiczny lewy z beczmównością, do czego się następnie utrata pamięci, zawroty, a wreszcie i zaduma przyłączyły. Sprężyste leczenie wcieraniami szaruchy i jodkiem potasu doprowadziły pacjenta do stanu prawidłowego.

7) Pacjent 59-letni uległ przymiotowi przed 20-u laty, z którego się bardzo niedbale leczył. W roku 1892 wystąpił niedowład połowiczny lewy, a w kilka miesięcy później przyłączyły się do tego zawroty, upośledzenie wzroku, trudności mowy i kombinacyi myśli. Leczenie swoiste odniosło skutek nader wyraźny.

8) Pacjent 32 lat mający, zaraził się przymiotem w roku 1882. W obec łagodnych objawów ogólných, leczenie niedostateczne. Latem 1892 roku wystąpiły silno zawroty z wymiotami, ból głowy, utrudniona mowa, jąkanie się, trudność kombinacyi myśli, drętwienie kończyn górnych. Objawy te, 9 miesięcy już trwające, znikły zupełnie wskutek leczenia swoistego energicznie przeprowadzonego.

9) Pacjent 40-letni nabył przymiot przed 18-u laty. Początkowe objawy łagodne, leczenie niedostateczne. W roku 1892 przybył do Buska z zawrotami i napadami padaczki krótkotrwałymi, które już od 3-ich lat pacjenta dosyć często nawiedzały. Leczenie swoiste usunęło natenczas te objawy. W sezonie sprawozdawczym sprawdziłem stałość skutku w roku poprzednim otrzymanego, albowiem przez cały rok pozostał pacjent zupełnie zdrowym.

Przypadek ułożony z zapalenia rdzenia kręgowego dotyczył pacjenta, który jeszcze przed 3-ma laty w Busku uleczenia z tego zбочenia doznał, i o którym już w poprzednich sprawozdaniach wspominałem. I w sezonie sprawozdawczym sprawdziłem u niego zdrowie zupełne.

Przypadek ułożony z niedowładem połowicznym dotyczył pacjenta, który jeszcze w roku 1892 uleczenia doznał. W sezonie sprawozdawczym stwierdziłem tylko skutek zupełny.

Z 17-u przypadków wiadu rdzenia kręgowego nie zanotowałem ani jednego ułożonego. W 14-u nastąpiło mniej więcej wydatne polepszenie, które się do poprawy ogólnego stanu zdrowia odnosiło, przy czem i zmniejszenie się bólów przeszywających lub też niezborności mięśni kończyn zauważyłem.

W leczeniu stosowałem wszelkie zabiegi, jakie dotąd w tem zbroceniu za właściwe uznano, z przewagą jednak środków swoistych (szarucha, jodki) u osobników młodszych i silniejszych, tudzież u pacjentów zdradzających chociażby najłżejszą oznakę przymiotu istniejącego. Zawieszania i przyżegania (PACQUELIN) były także często w użyciu.

Bez ulgi pozostały 3 przypadki. Dwa z tych dotyczyły pacjentów już starszych, przeszło od 20-u lat na wiad cierpiących, jeden zaś 35-letniego, na przymiot od 9-u a na wiad od 8 u lat cierpiącego. Objawy przymiotu ogólnego były w tym przypadku nadzwyczaj łagodne, leczenie początkowe zupełnie zaniedbane. Już przy końcu pierwszego roku od czasu zarażenia się przymiotem wystąpiły bóle przesywające, do których się w krótkim czasie wszystkie wybitniejsze objawy wiadu przyłączyły. Przedewszystkiem były tutaj uwydatnione: niezborność kończyn dolnych, tudzież niedowład pęcherza moczowego i prostnicy.

Z 7-u przypadków niemocy nerwowej, zaliczyłem do uleczonych jeden. Ten zaraził się przymiotem w roku 1890. Objawy ogólne były bardzo łagodne, leczenie niedostateczne.

W roku 1892 znalazłem w tym przypadku z objawów przymiotu jedynie tylko gruczoły chłonne powiększone. Pacjent cierpiał natenczas na ogólny rozstrój nerwów, co się brakiem snu, niemożebnością pracy umysłowej, osłabieniem, nadewszystko zaś przyspieszonymi ruchami serca bez zmian organicznych tamże (*tachycardia*) uwydatniało. Tętno przy zupełnym spokoju wynosiło na minutę 120 do 130. Stan ten istniał bez zmiany już przeszło od roku. Wecierania szaruchy obok kąpeli mineralnych sprowadziły natenczas polepszenie bardzo wydatne pod każdym względem. Tętno spadło do 60. W sezonie sprawozdawczym znalazłem pacyenta zupełnie zdrowego. Ruchy serca były także prawidłowe.

W innych 6-u przypadkach nie ulegał przymiot najmniejszej wątpliwości. Objawy niemocy nerwowej należały do zwykłych mózgodzeniowych. Związek przyczynowy przymiotu z niemocą był tutaj bardzo prawdopodobny. W 4-ch z tych przypadków uwydatniło się widoczne polepszenie, w 2-ch zaś w stopniu mniejszym.

Jeden z przypadków uleczonych z nerwobólu odnosił się do rwy kulszowej, która już przeszło rok trwała, drugi zaś do nerwobólu lędźwiowego (*lumbago*) utrzymującego się od kilku miesięcy.

W obu przypadkach wykryłem także cochy przymiotu ogólnego, do których w jednym obrzmienie gruczołów chłonnych, w drugim zaś wykwity skórne należały. Wecierania szaruchy sprowadziły w krótkim czasie zupełne uleczenie.

W 3-ch przypadkach przymiotu odziedziczony miałem do czynienia z pacjentami mniej niż 3 lata wieku liczącymi. W 2-ch z tych znalazłem wykwity skórne i błon śluzowych, w jednym zaś zmiany okostni. Wecierania szaruchy odniosły skutek zupełny.

W końcu zaznaczę tutaj jeszcze przypadek przymiotu wrzekomo utajonego, a zdradzającego się jedynie tylko silnemi dreszczami i następniemi obfitemi potami. Ten dotyczył pacyenta 36-letniego, który się zaraził przymiotem w roku 1886. Objawy wtórne były łagodne, leczenie prowadzono wecieraniami szaruchy ale niedostatecznie.

W roku 1887 w obec braku widocznych cochi przymiotu ożenił się pacjent. W 8-m miesiącu ciąży wydała na świat żona jego płód martwy, zmacerowany. W czasie następnych 5-u lat czuł się pacjent zupełnie zdrowym, jak też równie i żona jego, która w tym czasie w ciążę nie zaszła.

W roku 1892 zjawiły się u pacyenta dreszcze pół godziny i dłużej nawet trwające, które go każdego prawie dnia napastowały. Po dreszczach występowały najczęściej krótkotrwałe obfite poty. Tak w czasie dreszczów, jak też i następnych potów była ciepłota ciała prawidłową. Środki przeciwzimnicze, a nawet i arsenik, nie odniosły żadnego skutku.

W Busku stwierdziłem w sezonie sprawozdawczym kilkakrotnie objaw co dopiero opisany. Oprócz tego znalazłem gruczoły chłonne słabo obrzmiałe i mniej wydatne zapalenie gardzieli. Pacjent skarżył się także na chwilowe zawroty głowy czasami go napastujące. Energiczne leczenie przeciwpzymiotowe (36 wecierañ szaruchy z dodatkiem maści wzmocnionej) obok kąpeli mineralnych powróciło choremu zupełne zdrowie.

Z 453-ch chorych, z którymi w czasie pory kąpielowej w roku 1893 do czynienia miałem, uleczyło się 234-ch, doznało polepszenia 185-u, pozostało bez ulgi 21-n, w 13-u przypadkach wynik leczenia niewiadomy.

Dymnicki.