

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha, opracował D-r Teodor Heiman. (Dalszy ciąg). — Przyczynę do nauki o psychozach peryodycznych i o pojmowaniu zbroceń zmysłowych, podał K. Rychliński. (Dalszy ciąg). — **Kazuistyka.** Kilka słów o mechanicznem leczeniu błonicy, podał E. Sonnenberg. — **Streszczenia i Wyciągi.** 145. Z medycyny sądowej. Sprawa D-ra Lafitte'a o wywołanie poronienia. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 4 grudnia r. b. — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc listopad r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heiman — Complications léthales des maladies de l'oreille. 2) D-r K. Rychliński — Considerations sur les psychoses périodiques. 3) D-r E. Sonnenberg — Traitement mécanique de la diphthérie.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Heiman — Ueber tödtliche Complicationen der Ohrenkrankheiten. 2) D-r K. Rychliński — Zur Lehre von den periodischen Psychosen. Was verstehen wir unter Sinnestäuschungen? 3) D-r E. Sonnenberg — Zur mechanischen Behandlung der Diphtherie.

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

O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha

napisał D-r Teodor Heiman.

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 50).

Rozpoznanie zapalenia i zakrzepów zatok mózgowych może być tylko wtedy, gdy skutkiem niego rozwinęły się objawy ropnicowe i posocznicowe, przerzuty w rozmaitych narządach, nieprawidłowo powtarzające się dreszcze wstrząsające z bardzo wybitnymi wahaniami w cieplocie, od bardzo wysokiej do normalnej, a nawet niższej od normalnej. O innych objawach, służących do rozpoznania zapalenia i zakrzepów rozmaitych zatok, była mowa wyżej przy opisywaniu objawów.

Zakażenie ropnicowe i posocznicowe może być pomieszane z tyfusem i przez dłuższy czas można być w niepewności co do właściwego stanu choroby. Przy tyfusie wszelako ciepłota podnosi się powoli, częste i silne dreszcze są przy tyfusie rzadkie, jakkolwiek znowu ropnica, a tembardziej posocznica może rozwijać się bez wybitnych dreszczów. Zwolnienia ranne ciepłoty przy tyfusie nie dochodzą jednego stopnia, zaś przy ropnicy wynoszą kilka stopni. Tętno jest przy tyfusie mniej częste w stosunku do wysokości ciepłoty. Bolesność okolicy kiszki ślepej przy ropnicy rzadko się zdarza. Rozwolnienie przy zakrzepie występuje dopiero w końcu choroby.

Również może być zakrzep wzięty za gorączkę przepuszczającą, lecz tylko w pierwszych dniach; występujące wkrótce ciężkie objawy ogólnego zakażenia czynią pomyłkę mało prawdopodobną.

Odróżnienie od gruźlicy prosówkowej często jest bardzo trudne, obie bowiem choroby mają wiele objawów wspólnych, jakoto: wysoką, nieprawidłową gorączkę, dreszcze, utratę przytomności i objawy ze strony mózgu i ner-

wów czaszkowych. Obecność w naczyniówce oka gruzełków i laseczników gruzliczych chroni od pomyłki.

Jeszcze trudniej odróżnić zapalenie zatok od posoczniczego zapalenia wsierdza. Najważniejsze jest zbadanie oka, gdzie przy posocznicy, zależnej od cierpienia ucha, często napotykamy na łącznicy i siatkówce wylewy krwawe, lubo i ten objaw nie jest patognomoniczny. Zapalenie zatok mózgowych wyróżnia się od rozmaitych form zapalenia opon mózgowych tem, że bóle głowy i majaczenie przy pierwszym nie są nigdy tak silne, jak przy drugim. Nadto zapalenie opon znamionują drgawki i porażenia, szczególnie mięśni ocznych, nadczułość ogólna, sztywność karku, brzuch wciągnięty i zaparcie stolca; objawy te przy zakrzepach rzadko istnieją. Wahania gorączki są przy zakrzepach daleko wybitniejsze, aniżeli przy zapaleniu opon.

Niekiedy ropnie mózgu z ostrym przebiegiem dają obraz zapalenia zatok lub posocznicy. Ponieważ jednak ropnie tego rodzaju są rzadkie, zaś każda z tych chorób odznacza się wybitnymi objawami, pomyłka przeto trudna jest do popełnienia.

Rozpoznanie posocznicy, pochodzenia usznego, zupełnie rozwiniętej nie jest trudne; natomiast mogą się nadarzyć znaczne trudności w początku choroby, z przyczyny, że ropienie z ucha nie zawsze należycie uwzględnione zostaje i pierwsze zmiany miejscowe tak bywają nieznaczne, że przy powierzchownem badaniu łatwo przeoczone być mogą. Dla rozpoczynającej się posocznicy nadzwyczaj ważne są: czynność serca i objawy ze strony ośrodków nerwowych; sprawy miejscowe należy ocenić po jakości istoty zakażającej i po sposobie zakażenia. Jeżeli obok objawów nerwowych istnieje gorączka ciągła z wysoką, wyjątkowo z niską ciepłotą; gdy zaraz od początku istnieje wyraźny upadek sił i osłabienie serca,—istnienie posocznicy nie ulega wątpliwości. Wymioty, rozwolnienie i powiększenie śledziony dopomagają do rozpoznania; lubo w bardzo ostrych posocznicach może objawów tych brakować. Wysypki posocznicowe i zapalenie siatkówki z wylewami krwawymi łatwo będzie można rozpoznać jako pochodzenia septycznego przy uwzględnieniu innych objawów.

Jeżeli u chorego z wyciekami ropnym z ucha pojawia się dreszcz wstępny, wysoka ciepłota ze znacznymi zwolnieniami; gdy charakter ciepłoty będzie nieprawidłowo przepuszczający i występuje jednocześnie żółtaczką, lub też objawy ognisk przerzutowych, rozpoznanie ropnicy nie będzie ulegało wątpliwości.

Za ropnicę przewlekłą mamy prawo uważać stan, gdy przy długiem trwaniu ropienia z ucha istnieje gorączka ciągła, zwalnająca, z nagłemi podniesieniami i spadkami; gdy podniesienie ciepłoty poprzedzają lekkie dreszcze, a po opadnięciu jej następują poty; gdy chory pomimo największej troskliwości chudnie, traci siły i podlega niekiedy rozwolnieniom. Przerzutów, ani żółtaczki przytem może nie być. Odróżnienie ściśle ropnicy od posocznicy jest często niemożliwe; najczęściej obie formy kojarzą się z sobą anatomicznie i klinicznie. Ropnico-posocznice rozpoznajemy po objawach wyżej wyluszczonych.

Rokowanie w chorobach śmiertelnych, wklajających cierpienie ucha, jest zawsze bardzo poważne i wątpliwe. Pamiętać trzeba o wyrzeczeniu WILDE'a: „Dopóki istnieje sprawa ropna w uchu, dopóty nie jesteśmy nigdy w stanie powiedzieć, kiedy i jak ona się skończy“. Każde ropienie z ucha może skończyć się śmiertelnie. Każdy otwór w błonie bębenkowej usposabia do powrotu ropienia. Jeżeli rokowanie przy ropieniu z ucha powinno być ostrożnie postawione, to pojawienie się przy niem objawów okresu utajonego stanowi

sprawę tak ważną, iż nie uważam za potrzebne dowodzić potrzeby, jak należy tę sprawę ocenić. Rokowanie wogóle zależeć będzie od natury przypadłości wstępnych, od czasu trwania ich, od ich powtarzania się, od wyników leczenia i wreszcie od ogólnego stanu chorego. Dzięki postępom chirurgii otyatrycznej, formy chorobowe, uważane do niedawna jeszcze za bezwarunkowo śmiertelne, jakoto: ropień mózgu i zakrzepy zakaźne w zatokach mózgowych, dziś takimi nie są i wiele już istnieje przypadków wyleczenia jednej i drugiej choroby. Wprawdzie są notowane przypadki samodzielnego wyleczenia ropnia i zakrzepów z rozwiniętą ropniczo-posocznicą; przypadki te jednak są nieliczne i dla rokowania nie mają znaczenia.²⁵⁾ To samo powiedzieć trzeba o ropniu zewnątrzoponowym. Zapalenie rozlane opon mózgowych daje zawsze rokowanie niepomysłne. Tak ropień zewnątrzoponowy, jak i ropień mózgu oraz zakrzep zakaźny, pozostawione same sobie, prawie zawsze kończą się śmiercią. Należy spodziewać się, że z czasem, gdy rozpoznanie tych ciężkich cierpień nie będzie przedstawiało tak olbrzymich trudności, jak obecnie, i rokowanie będzie pomyślniejsze.

Leczenie powikłań śmiertelnych ucha powinno być przede wszystkim zapobiegawcze, a mianowicie: trzeba racjonalnie leczyć wyciek ropny z ucha, usuwać wszystkie przyczyny, mogące wywołać zatrzymanie lub utrudnienie odpływu ropy i bacznie zwracać uwagę na stan ogólny ustroju. Mówić o potrzebie leczenia wycieków ropnych — zdawałoby się zbytecznem, a jednak dotąd jeszcze świat lekarski nie może wyzwolić się w zupełności od poglądów humoralnych, że wyciek ropny z ucha jest sprawą pożyteczną i zapobiegającą wielu ciężkim cierpieniom. A samo leczenie — jakże się ono odbywa? Tradycyjalne wstrzykiwania płynów, czasem obojętnych, częściej zaś drażniących, zapuszczanie kropel z olejków tłustych i pryszczydła za uszami — stanowią często cały arsenał leczniczy. Tymczasem choroba przechodzi w stan przewlekły, błona bębenkowa ulega rozpadowi, błona śluzowa jamy bębenkowej grubieje, wrzodzieje, rozwija się na niej ziarnina, polipy, powstrzymujące wydzielinę ropną, — jednym słowem przygotowują się wszystkie następstwa, któreśmy poznali. Jak należy leczyć ropienie z ucha — nie wchodzi w zakres pracy niniejszej. Na jedną okoliczność zwrócę uwagę, że niestety, pomimo najracjonalniejszego leczenia i zastosowania możliwej dla ucha antyseptyki, pewna liczba ropień z ucha nie daje się wyleczyć lub też wymaga ciągłego leczenia.

W okresie utajonym często dobre wyniki terapeutyczne daje otworzenie wyrostka sutkowego. W literaturze zanotowano pokaźną liczbę przypadków z objawami ropnicowymi, które wyleczone zostały przez otworzenie wyrostka sutkowego. Z własnej praktyki mogę to potwierdzić. Operacja ta, wykonana we właściwym czasie, zapobiedz może stanowczo niektórym powikłaniom śmiertelnym.

Leczenie powikłań śmiertelnych, z wyjątkiem rozlanego zapalenia opon mózgowych — jakkolwiek i tu były już robione pojedyncze niepomysłne próby, — obecnie odbywa się wyłącznie na drodze chirurgicznej, jako jedynie racjonalnej. Otworzenie ropnia zewnątrzoponowego, ropnia samego mózgu, otwarcie zatoki poprzecznej z podwiązaniem żyły szyjowej lub bez niej i uwolnienie zatoki od skrzepów zakażających, — oto są operacje, jakimi nowoczesna chirurgia otyatryczna posługuje się i, jak dotąd, z wynikiem stosunkowo

²⁵⁾ Z własnej praktyki mam trzy takie przypadki.

pomyślnym. Wprawdzie liczba operowanych i wyleczonych dotąd przypadków chorobowych jest zbyt mała, ażeby już dziś wyprowadzić stąd można było ostateczne wnioski; — lecz już z tej małej liczby przypadków można prawie być pewnym, że w przyszłości wyniki operacyjne będą pomyślniejsze.

Otworzenie ropni zewnątrzoponowych nie przedstawia niebezpieczeństwa i powinno być przedsiębrane, ile razy mamy powody podejrzewać taki ropień. LANE z zasady otwiera średnią i tylną jamę czaszkową, gdy w wyrostku sutkowym znajduje się ropa lub cholesteatomat; przez to już niejednokrotnie natrafił na nierozpoznane ropnie zewnątrzoponowe. Podejrzenie zapalenia zatoki poprzecznej i ropnicy lub ropnia mózgowego nie stanowi przeciwwskazania do operacji. Jedynym przeciwwskazaniem jest stwierdzone rozlane zapalenie opon mózgowych.

Operację wykonywamy przez otworenie wyrostka sutkowego i posuwamy się ku tyłowi lub ku górze, stosownie do tego, gdzie spodziewamy się ropę znaleźć, lub też gdzie ją niespodziewanie odnajdujemy.

Przyczynowe ropienie w kości musi być zupełnie usunięte. Jeżeli opona twarda okazuje się zmienioną, należy ją na znacznej przestrzeni obnażyć; jeżeli pokryta jest ziarniną i nie jest rozmiękczone, ostrożnie należy ziarninę zeskrobać łyżeczką ostrą; małe kawałki opony, uległe obumarciu, można wyciąć. Gdy od chorej kości prowadzi przetoka do jamy czaszkowej lub też ropienie istnieje w *emissarium mastoideum*, należy operację rozpocząć od tego miejsca.

Jak operacja chorej kości skroniowej prowadzi często do wykrycia ropnia zewnątrzoponowego, tak operacja takiego ropnia pomaga nieraz do rozpoznania ropnia mózgu lub zapalenia zatoki poprzecznej.

Pierwszy przypadek wyleczenia ropnia mózgowego przez otworenie go, opisał MORAND (1768). W 80 lat później t. j. 1848 r. drugą szczęśliwą operację wykonał LE ROUX. W nowszych czasach pierwszy raz szczęśliwie wykonał ją SCHEDE 1866 r. Od tej pory otworenie ropni mózgowych stało się dość częste i z każdym rokiem ilość operacji wzrasta. W r. 1891, kiedym napisał po niemiecku obszerną pracę o ropniach mózgowych pochodzenia usznego, znalazłem przypadków operowanych i opublikowanych 32; obecnie, t. j. do kwietnia r. b., liczba ta wynosiła już 57. 30 razy nastąpiło wyleczenie, zaś 27 razy zejście było śmiertelne ²⁶⁾.

²⁶⁾ Autorowie i liczba operowanych ropni mózgowych: (krzyżyki oznaczają przypadki śmiertelne). 1768 MORAND (1), 1848 ROUX (1), 1886 SUTPHEN (1) †, SCHEDE (1), HULKE (2) †, BARKER (1), 1887 GREENFIELD (1), MACEWEN (1), 1888 MACEWEN (2), BARKER (1), FERRIER (1), HUTTON i WRIGHT (1) †, v. BERGMANN (1) † i (1), 1889 LANE (1) †, SCHEILD (1) †, 1890 WATSON-CHEYNE także PRITCHARD (1), SIMON także HOFFMANN (1), MILLIGRANE i HARE (1) †, SAENGER i SICK (1), HARBORDT-VOHSEN (1) †, PICQUÉ (1) †, KOERNER-PINNER (1) †, SAILI (1) †, BRAUN-SCHWARTZE (1) i (1) †, STOCKER (1), BARR-MACEWEN (1), WEIR (1), POULSON-IVERSEN (1) i (1) †, POULSON-STUDSGAARD (1), 1891 STEPHEN PAGET (1), DUNN (1) †, BAGINSKY-GLUCK (1), SCHLEICHER (1) †, JANSSEN (1) †, 1892 POLO (1) †, REHN (1), TRUCKENBROD-SCHUDE (1), TRUCKENBROD-SICK (2) †, HEIMAN (1) †, WEGELER-TRENDELENBURG (1) †, JALLAUD (1) †, RANSOM (1), DEAN (1), HARRISON (1) †, PYE-SMITH (1) †, 1893 POLITZER-EISELSBERG (1), KRETSCHMANN (1), BALL (1), SCHEIER (1), 1894 HANSBERG (1) †, JOEL (1); AGNEW wspomina o 8 przypadkach, które wszystkie skończyły się śmiertelnie. Są także 4 przypadki (GRUBERT, HULKE, SAINSBURY i SHAPLEIGH), gdzie podczas operacji ropnia nie znaleziono, zaś sekcya wykazała go. Blższe szczegóły znajduje czytelnik, interesujący się tą sprawą, w pracy D-ra Otto KOERNER'a „Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhöhle und der Blutleiter“, w Arch. f. Ohrenheilkunde T. 37, str. 140 i 141, oraz w pracy mojej „Fünf Fälle von otitischen Hirnabscessen nebst kurzer Beschreibung der otitischen Hirnabscessen im Allgemeinen; Zeitschrift f. Ohrenheilkunde T. 23.

Nie wszystkie przypadki, ogłoszone za wyleczone, są takimi w rzeczywistości; w wielu bowiem nie usunięto zasadniczego ropienia; inne znowu nie wytrzymały próby czasu. O kilku tylko operowanych wiadomo, że żyli jeszcze w rok po operacji.

Operację należy wykonać nietylko, gdy ropień został rozpoznany na pewno, lecz nawet, gdy go podejrzujemy z wielkiem prawdopodobieństwem. Trzeba trzymać się zasady BERGMANN'a: „Nie idzie o to, ażeby zawsze znaleźć ropień w mózgu lub mózdzku, tylko o to, ażeby ropnie, klinicznie rozpoznane, nie pozostały nieotwarte“. Przeciwwskazana jest operacja tylko wtedy, gdy istnieje rozlane zapalenie opon mózgowych lub pęknięcie ropnia do jednej z komór mózgowych. Zapalenie ograniczone opony twardej, zapalenie zatok i ropnica, jako same dostępne dla interwencji chirurgicznej, nie stanowią przeciwwskazania.

Operacja musi być wykonana przy najściślejszej i najbardziej drobiazgowej antyseptyce. Gdy operujemy przez ścianę zdrową czaszki, obieramy pole operacyjne, podane przez BERGMANN'a lub CHAUVEL'a ²⁷⁾, Gdy istnieje zewnętrzna przetoka w kości skroniowej, lub też, gdy ta prowadzi do ropnia, należy operować wzdłuż przetoki. Radzą wszystkie wogóle ropnie mózgowe otwierać z miejsca chorej kości skroniowej; jak statystyka wykazuje, ten sposób operowania daje najlepsze wyniki. Każdą operację poprzedzić winno usunięcie zasadniczego ogniska ropnego w kości skroniowej, zapomocą otworzenia wyrostka sutkowego lub operacji STAKE'go. Wyjątek stanowią objawy grożące blizką śmiercią; w takim razie należy wykonać przedewszystkiem otwarcie ropnia, a potem wyrostka sutkowego, lub też to ostatnie odłożyć aż do poprawienia się stanu chorego. (D. d.).

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH I UMYŚLOWYCH UNIWERSYTETU
WARSZAWSKIEGO.

Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i o pojmowaniu zboczeń zmysłowych

podał K. Rychliński, ordynator kliniki.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 50).

Jest jednak jeszcze i inne pokrewieństwo między wrzekomemi omamami i sennemi marami, a mianowicie — miejsce powstawania tak tych, jak i tamtych. Wszyscy bowiem, którzy zajmowali się tem pytaniem, uważają, że senna mara jest niczem innem, jak omamą zmysłowych ośrodków korowych,

²⁷⁾ CHAUVEL podaje, że ropień w zrazie skroniowym najłatwiej osiągnąć, gdy zrobić otwór w czaszce nad przewodem słuchowym zewnętrznym na jeden centymetr powyżej ucha. v. BERGMANN oznacza pole operacyjne w następujących liniach: górną granicę stanowi linia, idąca w odległości 5 centymetrów od łuku kości licowej i równoległe z nim; dolną stanowi linia, idąca na 1 centymetr nad przewodem słuchowym zewnętrznym od korzenia łuku licowego. Tylną granicę stanowi prostopadła, poprowadzona od tylnego brzegu wyrostka sutkowego do linii, łączącej dolny brzeg oczodołu z guzem potylicowym; przednią zaś granicę stanowi takąż prostopadła, przechodząca przez staw żuchwowy. Przy ropniach mózdzku można środek korony trepanu założyć na tylnej granicy. Angielscy chirurdzy zakładają otwór w kości jeszcze bardziej ku tyłowi.

czyli, że senna mara wywołana jest podrażnieniem zmysłowych ośrodków korowych.

Teoretyczne podobieństwo, o którym tylko co wspominałem, w naszym przypadku jest silnie podtrzymywane przez to podobieństwo niektórych widziadeł Chr... do tych opisów sennych mar, jakie mamy sposobność nieraz odczytywać, a nawet sami doświadczać. Porównajmy dla przykładu słowa naszego chorego: „zdawało mi się, że żyję w czasach rewolucji francuskiej i że się znajduję w liczbie ofiar gilotynie poświęconych, że oczekuję tej chwili, kiedy mnie mają wyprowadzić z mej celi pod nóż oprawcy; to znów, że jestem skazany na karę stryczka i że kat wykonywa wszystkie te manipulacje na moim karku. Pamiętam, że się niemało napociłem przy urojeniach tego rodzaju“, — z tym opisem sennego widziadła, jakiego doświadczał MAURY, który wiele i sumiennie zajmował się kwestyą sennych marzeń. Autor ten opisuje własne spostrzeżenie treści następującej: Będąc cokolwiek niedysponowany, zdrzemnął się w łóżku, przy którym czuwała jego matka. Naraz we śnie zdaje mu się, że żyje w epoce teroryzmu, że jest świadkiem morderstw, że stawiony jest przed trybunałem rewolucyjnym, że prowadzi ożywiony spór z MARAT'em i innymi działaczami owej epoki. Potem następuje cały szereg przejść, które mało zapamiętał, aż wreszcie zdaje mu się, że go sądzą i wydają wyrok, skazujący go na śmierć, że go wiozą w otoczeniu nieprzebranego tłumu na plac Rewolucji. Z odwagą wstępuje na wzniesienie, kat wiąże go i podniósłszy topór wysoko, opuszcza go na pień. MAURY czuje, że głowa jego opada i w tem budzi się wystraszony. Za pobudkę do podobnie krwawego dramatu w danym przypadku posłużył kawałek oderwanego gzemu, który upadł na szyję śpiącego.

Między snami i cierpieniem umysłowem od dawien dawna upatrywano wielkie podobieństwo. Pytanie to przy obecnym stanie naszej wiedzy rozstrzygnięte być nie może; odnośnie jednak do naszego przypadku rzec możemy, że zgadza się on pod wielu względami ze znanem orzeczeniem MOREAU: „obłąd jest snem na jawie“.

Zjawia się jednak w tem miejscu drugie pytanie: czy sny wogóle są objawem normalnym, czy patologicznym? Są tacy, którzy twierdzą w myśl pierwszego; są inni, którzy twierdzą, że przy uśpieniu rzeczywiście normalnem (idealnem) sennych mar nie ma. Według mojego rozumowania, niezgodność przy rozwiązywaniu podobnych zagadnień polega na subtelności pojęć „normalny“ i „anormalny“. To, co jeden uważać będzie za normę, drugi uznać może za coś, co już przechodzi granicę normy, przez niego nakreślonej. Owe „normy“ nie jesteśmy w stanie mierzyć nawet względnie, tak na przykład, jak umówiliśmy się mierzyć czas, przestrzeń i t. p. pojęcia abstrakcyjne. Wszyscy niemal zgodzić się musimy, że do wywołania sennych mar niezbędne są dwa warunki: podrażnienie ośrodków zmysłowych (podrażnienie od trzew i innych narządów wewnętrznych uważam za obwodowe podrażnienia względnie do mózgu) i mniejsze lub większe powołanie do czynności naszej świadomości. Pierwszy z tych warunków zawsze istnieje, gdyż uśpiony mózg przy najnormalniejszych warunkach zawsze otrzymywać będzie pewne wrażenia od trzew i innych narządów, nie mówiąc już o tych słabszych bodźcach zewnętrznych, jakoto: atmosfera pokojowa, przykrycie, nierówności pościeli i t. p. podrażnienia, na które prawie bezwiednie oddziałują śpiący to zmianą położenia ciała, to tym lub innym ruchem, to wreszcie mlaskaniem języka, ruchami warg i t. p. Gdybyśmy mogli obserwować wszystkich śpiących, wątpię, czy zna-

leżlibyśmy chociaż jednego uśpionego, któryby zdradzał przez cały czas długiego snu absolutny spokój i dlatego najnormalniejszy człowiek według naszego rozumowania ma warunki do wytworzenia widziadeł sennych. Nieporozumienie przeto wynikać może litylko z takiego lub innego pojmowania uczestnictwa naszej świadomości przy odtwarzaniu mar sennych.

Uprzytomnijmy jednak sobie chwile naszego zasypiania lub budzenia się ze snu. Budzi cię z głębokiego uśpiania dzwonek lub wołanie i ku zdumieniu swemu doświadczasz złudzenia, że w chwili, gdy masz oczy otwierać, do twej świadomości, jak ptak z cieniów nocnych, wpada rycerz opancerzony lub inna jakaś mara; jaką część swojej świadomości w takich wypadkach oddałeś na pastwę istniejącym w mózgu bodźcom do wywołania tej mary, — kto zdoła określić?

Jedno więc tylko z tego wywnioskować można, że nadmierna czułość naszej uśpionej świadomości na bodźce przemawia za pochodzeniem patologicznem mar sennych. Lecz odnośnie i do ostatniego postulatu obserwacya każe nam rozróżniać kilka stanów:

1) Stan taki, kiedy kora mózgowa, a więc i ośrodki świadomości (w znaczeniu powszechnie używanem), według wszelkiego prawdopodobieństwa znajduje się w zupełnie normalnych warunkach, kiedy jednak sny zjawiają się dzięki zbyt silnym podrażnieniom jej przez bodźce od trzew. Do tej kategorii zaliczyć mogę marę senną, która pewnego razu trapiła X. Ostatni używał od dłuższego czasu zupełnego wypoczynku na wsi, sen miał zazwyczaj mocny, pozbawiony snów. Pewnego razu atoli śni mu się, że stoi przed stołem sekcyjnym, na którym leży draśnięty wielce zębem czasu trup dziecka, który powinien poddać sekcyi. Szuka skalpela, lecz nie znajduje go, bierze więc z ręki zjawiającego się wtedy policyanta szablę i nią rozcina nadpsuty organizm, przez co wywołuje tak nieprzyjemny zapach, że wzbudza w nim odrazę. W tym czasie budzi się i czuje nudności, wkrótce zwraca obficie przyjęty w ciągu dnia pokarm, który okazał się nawpół strawionym.

2) Stan taki, przy którym kora mózgowa, dzięki czy to nadmiernej pracy umysłowej, czy innym razem dzięki nikotynie lub innym pierwiastkom trującym, jest w stanie większego podrażnienia i wtedy dostateczne jest zwykłe podrażnienie, by wywołać mary senne. W podobnym stanie znajduje się większość nas, a sny są wtedy tak różne, tak jaskrawe, że na wielu działają zbyt silnie.

Wreszcie 3-ci stan, przy którym kora mózgowa, dzięki dziedziczności lub nabytej predyspozycji, wytworami własnego życia lub też wprowadzonymi przetworami jest podrażniona do tego stopnia, że sama przez się, bez udziału innych czynników może sny wywołać. Dodać jednak winienem, że według mnie, te zzewnątrz (względnie do mózgu) pochodzące bodźce nie pozostają bez wpływu na treść snów i w tym razie.

Sen jest konieczną potrzebą naszego organizmu, o niego dobija się, pomimo naszej woli, ta nieublagana siła, którą zwiemy życiem. Bez snu żaden organizm żywy obejść się nie może, gdyż wywołany on jest tymi samymi produktami przejawów życia, którymi warunkuje się praca nasza fizyczna i umysłowa. Sen więc, jak mniema wielu wybitnych myślicieli, jest wytworem zatrucia mózgu własnymi przetworami organizmu w warunkach normalnych i przetworami chemicznymi, wprowadzonymi do organizmu w warunkach patologicznych, skoro go wywołać chcemy.

A czem warunkują się wrzekome omamy? Ja myślę, że pomiędzy przyczynami w tych tak pokrewnych sobie objawach jest pewne podobieństwo. Rzeczywiście, rozbiór wszystkich objawów, od pierwszego dnia zjawienia się zwiastunów napadu u Chr... aż do ostatniego dnia jego trwania, zdaje się również przemawiać za zjawieniem się w jego organizmie jakiegoś trującego połączenia, które, w miarę nagromadzania się, każe naszemu pacjentowi zachowywać się tak, a nie inaczej, aż wreszcie zatruwa ośrodki świadomości jego do tego stopnia, że rozbijała jego wyobraźnia, nie znając granic niemożebności, każe mu przejmować się bitwami, wierzyć w istnienie uludnych widowisk teatralnych i t. p. zmor. Jest jeszcze jedna cecha, która każe przypuszczać pewne podobieństwo między stanem, spostrzeganym u naszego chorego, i snem człowieka normalnego. Sen każdego z nas pokrzepia, każdy z nas po śnie czuje większą energię i zdolność do pracy. To samo w pewnym kierunku dzieje się z Chr... Powstawszy z długiego odrętwienia, złamany fizycznie, pod względem umysłowym nasz chory okazuje wiele zdolności, pisze wiersze, nieraz bardzo udatne, przemawiając przez usta swego bohatera wcale nie tuzinkowymi poglądami.

Jakie są te pierwiastki, które wywołują w zwykłych warunkach sen, a w patologicznych stany bardzo pokrewne ostatniemu,—należy do przyszłości; nadmienić tylko na tem miejscu muszę, że w ostatnich 2-ach latach w tym kierunku ożywiła się praca uczonych (np. SÉGLAS) i że obecnie coraz częściej można się spotkać w nowszych pracach z podobnymi poglądami, wypowiedzanymi wprowadzić ostrożnie i lękliwie. Osobiście jestem tego zdania (patrz moje prace wydane w 1890 i 1891 r.), że większość, jeżeli nie wszystkie przypadki, t. zw. obłądu ostrego zależą tylko od samozatrucia takimi lub innymi wytworami, czy to samego organizmu, czy też wspólnie z wprowadzonymi z zewnątrz przetworami.

Gołosłowne to przypuszczenie moje, nie potwierdzone dotąd żadnem ścisłym badaniem, jakie dopiero zamierzam uskuteczyć, znajduje w klinicznej obserwacji dość znaczące potwierdzenie chociażby w tych 2-ach przypadkach ostrego obłądu, jakie poniżej przytaczam. Oba te przypadki mieliśmy sposobność spostrzegać w klinice, przyczem pierwszy z nich był ściśle doglądany przez kol. PĘKOŚŁAWSKIEGO, który łaskawie pozwolił mi skorzystać ze swych notatek

I. 19. III. 1893 r. przybył do naszej kliniki ze szpitala Ś-go Ducha młody człowiek, lat 37, z rozpoznaniem: *Neurasthenia, Mania persecutoria, Morphinomania*. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że pochodzi ze zdrowej rodziny (ojciec pił wiele), że uczył się dobrze, skończył gimnazjum, był nauczycielem, obecnie zaś zajmuje jakiś urząd, poświęcając wolne chwile od zajęć chemii. W 1891 r. uderzył się w nogę, otworzyła się w tem miejscu rana, której zagoić nie mógł i z tej przyczyny w 1892 r. amputowano mu nogę poniżej kolana. Po amputacji miewał silne bóle, które zaczął uśmierzać morfiną i wkrótce stał się nałogowym morfinistą, używając do 0,25 tego leku *pro die*. Kiedy morfina przestała działać, chory, nie mogąc się z nią rozstać, jednocześnie zaczął zastrzykiwać sobie eter. Po pewnym czasie takiej kuracji zauważył sam chory, że jest dziwnie zdenerwowany, tracił sen i łaknienie i wreszcie zaczął przypuszczać, że otaczający go podejrzewają go o nielojalność polityczną. Trapiiony temi myślami, nie przestawał jednak pracować, lecz kiedy w końcu lutego ni stąd ni zowąd usłyszał głosy, oskarżające go o zdradę państwową, postanowił się otruć cyankiem potasu, który posiadał w swojej pracowni. Matka jednak przeszkodziła mu do doprowadzenia tego zamiaru do skutku i wysłała go do Warszawy, gdzie był umieszczony w szpitalu Ś-go Ducha, skąd wkrótce przewieziony został do naszej kliniki. W klinice pozostawał przez miesiąc, rozpoznawaliśmy „*Paranoia hallucinatoria acuta*“. Chory wypisany został w stanie zupełnego zdrowia.

Sam chory w tych słowach opisał to, co przeżył w czasie choroby, mówiąc o sobie w trzeciej osobie:

„Otaczający chorzy (u Ś-go Ducha) uważani byli przez niego za szpiegów; we wszystkich oknach, zdawało mu się, stoją patrole z nabitą bronią. Zjawia się sąd, na którym prezyduje komendant Cytadeli; chorego oskarżają o solidarność z anarchistami i skazują na odcięcie głowy. W zamkniętej karecie odwożą go do fortecy (do naszej kliniki). Wykonanie wyroku odłożono z powodu choroby skazanego. Matka skazańca idzie za nim, i w celu uwolnienia syna, jedynej podpory całej rodziny, zwraca się o pomoc do ludności warszawskiej, do szkolnych kolegów skazanego i wreszcie do placikomendanta. Łzy biednej matki poruszają wszystkich, wszyscy stoją pod murami Cytadeli i widząc, że próżne są pertraktacje z komendantem, łączą się z wojskiem, przypuszczają szturm do fortecy, słysząc armatnie strzały i wreszcie forteca się poddaje (w tym czasie służący miotłą zdejmował pałęczyne z sufitu i kawałki wapna wpadały na łóżko chorego). Z cel więziennych wychodzą tłumnie polityczni przestępcy, których naród przyjmuje z oznakami wielkiej radości. Matka naszego skazańca pierwsza niemal dostaje się do fortecy, lecz pada, rażona kulą patrolujących żołnierzy. Prawie cała forteca rozwalona i wtedy naszemu choremu przychodzi na myśl, że sąsiedzi jego (chorzy na sąsiednich łóżkach) mogą znaleźć śmierć pod gruzami. W obawie przed podobną ewentualnością, nasz chory zwraca się do komendanta z propozycją, by wydał rozstrzelane zwłoki jego tłumowi zebranemu. Ta propozycja zjednywa mu sympatię komendanta, zaczyna on inaczej patrzeć na anarchistów, widocznie zaczyna mu się podobać ich *profession de foi* i następne noce spędza z nim na rozmowie o różnych oderwanych pojęciach. Podobnie zażyłe stosunki z więźniem wywołują do niego niechęć syna komendanta—prokuratora Warszawskiej Izby Sądowej, który natarczywie zaczyna wymagać wykonania wyroku, chcąc dopiero poćwiertowany trup skazanego oddać powstańczej czerni. Bójąc się, że nie wytrzyma bez wyjawienia swych współtowarzyszy podobnych męczarni, chory chce się otruć i prosi komendanta o dostarczenie mu morfiny i eteru. Zamiar chorego zdradzony został przed szturmującymi, zwiększają oni swą energię, lecz wtedy prokurator, by nie dopuścić do smutnych następstw, rozsiewa wieść, że więzień jest złodziejem, zabójcą jego małej córeczki i trucicielem, a jako dowód ostatniej potwarzy pokazuje tłumom cały zbiór trucizn, jaki znalazł w pracowni chorego. Środek ten pomaga, tłumy porzucają sprawę anarchisty, pozostawiając go własnemu losowi, teraz przygotowania do stracenia go idą szybkim tempem i smutny ten obrządek odłożony jest litylko na usilne prośby komendanta. Lecz i ten ostatni jego obrońca znika, aresztują go bowiem za solidaryzowanie się z przestępcą. Wreszcie z murów fortecy ogłaszają, że stracenie odbędzie się pierwszego dnia świąt Wielkanocnych. Chory słyszy dzwony pogrzebowe, chór księży, śpiewający „*Miserere*“... „*Dies irae*“... „*Requiescat in pace*“... i t. p. Przeświadczenie, że umrzeć musi, jest tak wielkie, że chory przyjmuje pokarmy, chociaż wie, że są one zatrute. Dzięki perswazyom lekarza, odwiedzającego chorego, nabiera on pewności, że matka jego żyje. By nie zrobić przykrości matce, chory przed straceniem prosi o przywołanie kapłana, spowiada się i przyjmuje Ostatnie Namaszczenie. Prokurator wtedy z ironią każe mu przypomnieć sobie napis nad wrotami piekła: „*lasciate ogni speranza*“ i t. d. Chory żałuje, że umiera, uczyniwszy tak mało dla wolności Rosyi, i zaraz śpiewa znaną mu piosnkę: „Ach nie mnie, nie mnie sierocie“... i t. d. i t. d.

Zauważyć wypada, że przez tydzień przed straceniem chory słyszał głosy kobiece: jeden należał do żony komendanta, która radziła mu w krytycznej chwili zamknąć oczy i udawać zmarłego (dla większego prawdopodobieństwa tej mistyfikacji chory przewraca koldrę do góry podszytem prześcieradłem, które miało wyobrażać całun śmiertelny). W czasie tego udawania (a było to w czasie obiadu) służący położył na pierśiach domniemanego nieboszczyka kawałek chleba nie w złym zamiarze; lecz, pomimo takiego przeświadczenia, chory zaczął w tem upatrywać chęć zdradzenia go i, co za tem idzie, przyspieszenia stracenia. Ta okoliczność zrodziła w nim przypuszczenie, że istnieje spisek pomiędzy służbą przeciwko niemu. Żona komendanta jednak nie przestawała go namawiać do wytrwania w zamiarze, obiecując jako nagrodę wolność, miejsce nauczyciela jej córek, a nawet rękę jednej z nich. Drugi jednak głos, powołując się na altruizm chorego, radzi mu umrzeć śmiercią bohaterską, nie prosić o łaskę, przekonywa go,

że śmierć taka nie tylko nie zaszkodzi, lecz nawet posunie naprzód sprawę, za którą walczył i ginie, i powoła do życia nowych bojowników pod sztandar wolności. Druga ta rada przeważa i chory przygotowuje się na mężną śmierć, i nie czekając, aż przyjdą go wiązać, by zaprowadzić na miejsce skazania, na czworakach wychodzi na korytarz, chcąc jeszcze raz powiedzieć prokuratorowi, że on nie był sprawcą śmierci niewinnego jego dziecka. Za podobny krok służba przywiązała go do łóżka. Wobec nieodwołalnego postanowienia chorego, głos pierwszy umilkł zupełnie. Lecz i głos drugi, na który chory odpowiadał, wkrótce został zdradzony przez samego chorego, nie mogąc się bowiem zgodzić z niektórymi słyszaniem zdaniami w miarę tego, jak świadomość powracała, nasz chory zaczął niedowierzać istnieniu tego głosu i wziął go na egzamin, który polegał na tem, że swemu niewidzialnemu doradcy kazał nazywać po francusku słowa pomyślane po rosyjsku i pewnego razu zauważył, że jeżeli sam nie wiedział określenia francuskiego, to i głos milkł, i to przekonało naszego chorego, że głosy powstawały w jego własnym umyśle, a nie pochodziły z zewnątrz". (D. n.).

KAZUISTYKA.

KILKA SŁÓW O MECHANICZNEM LECZENIU BŁONICY

podał E. Sonnenberg.

W № 33 „Medycyny“ wyczytałem referat o miejscowem leczeniu błonicy przez RITTER'a drogą zeskrobania pierwotnego ogniska i o znakomitych wynikach tej metody leczenia. Na tę samą myśl mechanicznego leczenia błonicy wpadłem i ja jeszcze w r. 1893, wychodząc z założenia, że jeżeli błonica jest początkowo sprawą miejscową, to nie naturalniejszego, jak — pierwotne ognisko usunąć. Do zeskrobywania zajętego nabłonka użyłem łyżeczki macicznej ostrej SPIEGELBERG'a. Pierwsze przypadki tego rodzaju leczenia potwierdziły moje wywody teoretyczne: wyniki przeszły wszelkie oczekiwanie. Oto co spostrzegalem:

Przypadek I. 6-letni chłopczyk I. H. przyszedł do mnie wraz z ojcem swym w dniu 24 maja r. b. Chłopiec skarżył się na ból gardła i trudność w połykaniu. W jamie gardzielowej znalazłem: rozległy białawy wysięk, nie dający się zetrzeć, na prawym migdałku. Chory gorączkuje (39°); tydzień temu siostra jego chorowała na błonicę. Leczenie: Skrobaczką SPIEGELBERG'a usunąłem nalot wraz z nabłonkiem i tkanką podnabłonkową. Po dokonaniu tego wypendzlowałem chłopcu jamę gardzielową 1‰ sublimatem i zaleciłem, aby mu w domu jeszcze kilka razy tymże roztworem gardło pędzlowano. Gdy przyszedł nazajutrz, w jamie gardzielowej było mocne zaczerwienienie i obrzęk, ale żadnego śladu nalotu nie zauważyłem; czuł się daleko lepiej; przy połykaniu uczuwał tylko lekki ból. Na trzeci dzień już nie przyszedł. Dowiedziałem się, że był zupełnie zdrow.

Przypadek II dotyczy 23-letniego robotnika z tartaku leśnego w Łągiwnikach. 15 czerwca r. b. rozpoznałem u niego błonicę: nalot na obydwóch migdałkach szerzy się nieco z prawej strony na miękkim podniebieniu. Leczenie: Zeskrobanie nalotu na migdałkach i podniebieniu; następnie płukanie 2‰ roztworem karbolu. Gdy nazajutrz nalot na jednym miejscu znów się pokazał, zeskrobałem go powtórnie. W tydzień później dowiedziałem się od innego chorego z Łągiwnik, że robotnik ow żyje i czuje się dobrze.

Przypadków, gdzie uciekałem się do kilkakrotnego wyłyżeczkiwania nalotu, jak powyżej — miałem kilka, ale nie opisuję ich tu, ponieważ, nie mogąc doczekać się w tych razach pomyslnego wyniku z mechanicznego leczenia, zarzuciłem skrobanie i kończyłem leczenie zwykłe używanymi środkami.

Ze względu na brak miejsca ograniczam się na opisanie tylko tych 2 przypadków, chociaż mam zanotowane u siebie jeszcze 3 przypadki mechanicznego leczenia błonicy z dobrymi wynikami. Łyzeczkowania używałem w błonicy w przypadkach tylko świeżych, kiedy objawów wtórnych zakażenia jeszcze nie było, i miałem z początku wyniki wogóle dobre; zabierałem się już do ich opisanie, gdy następujący przypadek, do którego byłem wezwany w dniu 17 lipca r. b., zachwiał nieco moją wiarę w wartość tej metody i uczynił mnie oględniejszym w jej stosowaniu. Oto jak rzecz się miała:

Przypadek VI. S. dziewczyna 15-letnia, będąc często w mieszkaniu swego brata, dziecko którego kilka dni temu chorowało i zmarło na błonicę, zaraziła się tą chorobą. W dniu wspomnianym byłem do chorej wezwany. Użyłem wyłyzeczkowania nalotu błonicowego i zaleciłem płukanie z 2% roztworu karbolu. W pół godziny po moim odejściu przychodzi do mnie matka chorej, oznajmiając mi, że chorej jest gorzej i że się dusi. Chorą, w samej rzeczy, znalazłem zmienioną do niepoznania: literalnie mówić nie mogła, ani połykać; migdałki, podniebienie miękkie, łuki podniebienne—moeno obrzmiałe; *isthmus faucium*—bardzo zwężony, oddychała z trudnością, wzrok wystraszony. Zdawało się, że się bez tracheotomii nie obejdzie. Lecz, na szczęście, energicznie przeciwzapalne leczenie spowodowało w ciągu kilku godzin lekką poprawę. Chora ostatecznie wyzdrowiała. Od tego czasu, w obawie, aby mi się podobny przypadek nie powtórzył, nie stosowałem łyzeczkowania przy leczeniu błonicy, jakkolwiek wierzę, że ta metoda ma przed sobą przyszłość i zasługuje na szersze wypróbowanie jej w szpitalach.

W końcu dodam jeszcze, że rozwieracza do ust przy tych manipulacjach nie używałem, a to dla tego, aby wyskrobaniu nie nadawać charakteru operacji, a także dla tego, że mocne naciskanie łyżką języka jest tu dostateczne, aby chory odruchowo szersoko usta otworzył.

Dalej zwrócę uwagę na to, że niepodobna użyć skrobaczki, gdy nalot błonicowy znajduje się na języczku.

Zgierz, 4 września 1894 r.

Mechaniczne leczenie błonicy nie jest nowością. Już przed wielu laty LEZTERICH i KLEBS radzili ścierać gąbką lub zrywać paznogciem naloty błonicowe, ażeby na tak obnażoną powierzchnię stosować laki przeciwnilno. Tak samo później postępowali lekarze francuscy. Inny sposób mechanicznego leczenia błonicy polega na niszczeniu nawarstwień błonicowych zapomocą żegadła galwanicznego. W tym celu HAGEDORN po zachloroformowaniu dziecka wyżęga wszystkie dotknięte sprawą chorobową miejsca w gardzieli.

Tego rodzaju zabiegi lecznicze, zapominane i wskrzeszane kolejno, nie utrzymały się w terapii, a przyczyny zarzucenia ich nie trudne są do odgadnięcia. Przedewszystkiem twierdzenie, iż wszystkie ogniska choroby w ten sposób zostają zniszczone, często bywa tylko złudzeniem; ileż to razy błonica, oprócz miejsc dostępnych bezpośredniemu badaniu okiem, zajmuje tylną powierzchnię miękkiego podniebienia, tylną ścianę jamy nosogardzielowej, strop gardzieli lub tylne brzożgi migdałków?

Tutaj nawarstwień nie widzimy i pozostawiamy je niezniszczono. Przypuściwszy zaś, że cierpienie jest ograniczone do jednego lub obu migdałków, wówczas tylko moglibyśmy mieć prawo utrzymywać, że choroba została usunięta przez zniszczenie błon, gdybyśmy byli pewni, że w jamie ustnej i gardzielowej nie gnieździ się więcej lasoczników błonicowych, które zakazić mogą nanowo wytworzoną przez skrobanie ranę. Bardziej usprawiedliwione w takim razie byłoby już wyżeganie chorych miejsc, które wówczas zabezpiecza od ponownego zakażenia pokrywający je strup.

Kauteryzacya żegadłem ma zresztą i tę wyższość nad łyżeczką ostrą, że można ją zastosować na miejscach, które wskutek swej podatności ustępują pod naciskiem łyżeczki ostrej, jakoto: podniebienie miękkie wraz z języczkiem.

Dalej mechaniczne niszczenie nalotów błonicowych może być w tych razach, gdzie sprawa zaczyna się od powierzchni błony śluzowej, nie da się zaś zastosować tam, gdzie droga wytwarzania się błony jest odwrotna. Najczęściej daje się to spostrzegać na podniebieniu miękkim. Widać wówczas w miąższu błony śluzowej zmętnienie, na powierzchni zaś błony jeszcze niema. Dopiero po upływie pewnego czasu na miejscu, które przedstawiało się zmętniałem, ukazują się grube naloty, zajmujące grubą warstwę błony śluzowej. Zniszczyć tutaj wytwory błonicy—znaczyłoby wyskrobać (co skutecznieby się nie dało) lub spalić podniebienie miękkie przynajmniej w połowie jego grubości.

A to właśnie przypadki należą do najcięższych.

Wreszcie mechaniczne leczenie błonicy ma jedną jeszcze złą stronę, o której z powodu przedstawionych wyżej przypadków wspomnieć muszę. Błona rzekoma na błonie śluzowej tworzy się wówczas, gdy czynnik jaki szkodliwy wywołuje silne zapalenie błony śluzowej ze zniszczeniem nabłonka. Tak samo więc, jak lasecznik LOEFFLER'a, wywoławszy powyższe zmiany, daje powód do powstania błony, tak też i każdy inny czynnik swoisty, mechaniczny, chemiczny lub termiczny może spowodować to samo. Jeżeli zatem zeskrobiemy część błony śluzowej lub przypalimy ją żegadłem, to na miejscu owem powstanie błona. Gdy więc kol. SONNENBERG powiada, że wielokrotnie po wyskrobaniu chorych miejsc widział odnawianie się błon, to jest to rzecz zupełnie naturalna. Zapytać się tylko należy, od jakiego czynnika zależały owe błony? Być może, że były one istotnie błonice, a może tylko sztucznie t. j. mechanicznie wywołane. Odróżnić tych nalotów pod względem etyologicznym niopodobna nawet pod drobnowidzem, gdyż budowa ich jest zupełnie jednakowa; dopiero badanie bakteriologiczne mogłoby dać na to odpowiedź.

Dziwnym przeto jest znowu pierwszy przypadek kol. SONNENBERG'a, w którym nalot po skrobanu nie powstał nanowo. Trzeba tu przypuścić, że błona była już na oddzieleniu, że pod nią nabłonek już się odradzał, że błona ta zatem sama wkrótce mogła się oddzielić.

Zdaje się, że przytoczone powyżej zdania dostatecznie wykazują, iż metoda mechanicznego leczenia błonicy nie wywalczy sobie stanowiska w terapii.

Z. Srebrny.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

145. Z medycyny sądowej. Sprawa D-ra Lafitte'a o wywołanie poronienia. Śledztwo sądowe wznicił list bezimienny, wystosowany do prokuratora, w którym donosiciel zawiadomił go, że służąca folwarczna, niezamężna, która poprzednio już po dwakroć ronila, obecnie t. j. d. 1 lutego r. b. znowu poroniła. Wysłany tegoż dnia lekarz do mieszkania oskarżonej sprawdził, że ona istotnie przed 3-ma dniami poroniła, a sama obwiniona przyznała, że odszedł z niej płód nieco większy, niż ręka; płodu tego nie znaleziono, gdyż został on wrzucony, według opowieści badanej, do Sekwany. Badana przez sędziego śledczego zrazu zeznała, że poronienie nastąpiło przypadkowo wskutek spadnięcia z drabiny, na kilka dni przedtem. Następnie, gdy jej oświadczone, że wiadome jest, iż ona chodziła z akuszerką do lekarza w miejscowości sąsiedniej, d-ra LAFITTE, zeznała, że on istotnie poronienie u niej wywołał.

D-r LAFITTE, 50 lat wieku mający, nieposzlakowanej przeszłości, długi czas poprzednio praktykował w Tunisie jako *officier de santé*, a od 2—3 lat, po otrzymaniu stopnia doktorskiego, zamieszkuje w Rosny. L. najzupełniej zaprzecza temu

opowiadaniu oskarżonej i zapewnia, że nic nie uczynił, co by mogło u niej poronienie spowodować, leczyl ją bowiem tylko z powodu zapalenia macicy (*métrite*) i pochwy (*vaginite*), i że otrzymał od niej tak za leczenie jakoteż i lekarstwa 33 franki. Obwiniona potwierdza, że nic więcej mu nie zapłaciła. Niemniej atoli podała następujące szczegóły: że doktor operował zapomocą cewnika, który opisała i wskazała pomiędzy różnemi przedstawionemi jej narzędziami chirurgicznemi; że wprowadzał jej tampon, według jej opisu, jakoby kawałek gąbki peczniejacej. Tymczasem przy rewizji w mieszkaniu d-ra L. ani cewnika, ani takiej gąbki nie znaleziono.

Sędzia śledczy dał biegłym następujące pytania do rozwiązania: 1) Czy oskarżona ma niewątpliwie na szyi macicznej ślady obrażeń, wskazujące prawdopodobne przyczyny tych obrażeń, któreby mogły być wywołane wprowadzeniem w szyję macicy tamponów lub gąbek ściśniętych i wysuszonych? 2) Czy leczenie, jakie d-r LAFITTE stosował, mogło spowodować poronienie; czy przestrzykiwania zapomocą gruszki kauczukowej i zakładanie tamponu, chociażby z waty, nie było leczeniem zbyt nierozważnem? 3) Czy na podstawie szczegółów technicznych, dostarczonych przez oskarżoną, możnaby mniemać, że poronienie doktor wywołał? 4) A jeżeli tak, to wytłomaczyć na zasadzie tych objaśnień obwinionej, jakim sposobem mogło poronienie nastąpić? 5) Wreszcie, jak to objaśnić, że dziewczyna wiejska podaje bardzo dokładny opis tamponów z gąbki ściśnionej i cewnika o podwójnym prądzie?

Odpowiedzi na te pytania podajemy w streszczeniu podług wyводу jednego z trzech biegłych, a mianowicie d-ra VIBERT'a, lekarza sądowego w Paryżu.

Co do 1-go. Badanie lekarskie obwinionej, dokonane d. 7 lutego, wykazało, że na ścianach pochwy niema żadnych śladów zranienia, że ujście zewnętrzne miało kształt szpary poprzecznej $1\frac{1}{2}$ —2 ctm. długiej, o brzegach gładkich, nieposzarpanych. Na brzegach tego ujścia naokoło na szerokości 1 ctm. błona śluzowa była czerwona, usiana drobnemi wyniosłościami i owrzodzeniami. Nigdzie nie dostrzeżono obrażeń, któreby stanowczo można było przypisać działaniu narzędzia raniącego. A jednak oskarżona zeznała dobrowolnie lub w odpowiedziach na zadawane jej zapytania, co następuje: Za ciążarną uważała się od dnia 10 września; piwszy raz była u d-ra LAFITTE dnia 27 grudnia, a następnie bywała u niego co 8 dni; wogóle 5 razy; ostatni raz 25 stycznia. Podczas 3-ch pierwszych wizyt doktor zakładał jej tylko wziernik maciczny, przestrzykiwał i wprowadzał tampon z waty wilgotny, z którym ona wracała do domu; brała nadto lekarstwo łyżkami; przy 3-ej wizycie dał jej nadto „dużą szczyptę szafranu“, który miała użyć w ciągu dni kilku. Lek ten nie wywołał żadnego skutku. Za czwartym razem, po założeniu wziernika d-r L. wprowadził jej cewnik gumowy podwójny, którego model poznała i wskazała poprzednio, aż do macicy, jak przypuszcza obwiniona. O ile zakładanie wziernika za każdym razem sprawiało jej ból silny, o tyle wprowadzenie cewnika nie wywołało żadnego bolesnego wrażenia. Nadto zapewniała, że doktor żadnego płynu przez cewnik nie wstrzykiwał; ograniczał się na poruszaniu go w rozmaitych kierunkach. Ten rękoczyn wywołał obfite krwawienie. Po wyjęciu cewnika lekarz założył tampon, silnie ściśnięty nitką, w kształcie wałeczka grubości ołówka, długiego 3—4 ctm. Tampon ten był barwy żółto-brunatnej. Krwotok wkrótce ustał zupełnie, tak, że po dwugodzinnej drodze pieszo do domu, zaledwie kropla krwi na koszuli się znalazła. Tak przez resztę tego dnia, jakoteż do następnej wizyty obwiniona nie doznawała żadnego bólu. Podczas 5-ej wizyty to samo się powtórzyło: wziernik, cewnik, krwotok i założenie tamponu, lecz nieco cięszego, a miało to miejsce 23 stycznia. Do dnia 29 t. m. obwiniona czuła się całkiem dobrze. Dopiero tegoż dnia rano obudziła się z bólem głowy i z tego powodu pozostała w łóżku. Popołudniu wystąpiły bóle porodowe, następnie odeszła woda płodowa i płód nieco większy, niż ręka. Na pewowinie oskarżona znalazła tampon, który lekarz przed 6-iu dniami wprowadził. Tampon ten tak ściśle do pewowiny przylegał, że dopiero zapomocą nożyczek zdołała go oddzielić; zachowała go, lecz następnie spaliła; nie był on jednak grubszy od tego, jaki został wprowadzony.

D-r LAFITTE podał, że u oskarżonej nie znalazł wyraźnych oznak ciąży, że leczenie jego polegało: na lekkim przyżeganiu szyi macicznej lapisem, wstrzykiwaniu rozczyну kwasu bornego i przykładaniu na szyję maciczną tamponu zwilżonego w tymże rozczyynie. Ponawiał takie postępowanie przy każdej wizycie cho-

rej u niego i przepisał jej garbnik do przestrzykiwań w domu, a do wewnętrznego użycia dał jej arsenian żelaza i chininę.

D-r L. stanowczo przeczył, aby kiedykolwiek wprowadzał cewnik albo tampon do jamy macicy oskarżonej i że wszelkie zeznania jej co do tego są całkiem fałszywe.

Co do 2-go. Takie leczenie nawet wtedy, gdyby d-r L. był rozpoznał ciążę w danym przypadku, nie byłoby zdaniem biegłego „zbyt nierozważnem“, albowiem co dopiero wymienione postępowanie lekarskie nie mogłoby wywołać poronienia, zwłaszcza, że to nie była osoba tak dalece wrażliwa, że najlżejsze podrażnienie szyi macicznej przerywa ciążę. Bez wątpienia są lekarze, którzyby nie zgodzili się na takie leczenie, jakie prowadził d-r L., lecz powstrzymałoby się od tego więcej z obawy, aby nie ściągnąć na siebie podejrzenia, niż z przekonania, że takie rękoczyny są istotnie niebezpieczne.

Co do 3-go. VIBERT odpowiedź na to pytanie poprzedza wykładem, który tu pomijamy, o sposobach zwykle używanych do spędzenia płodu i dochodzi do wniosku, że niepodobna zrozumieć, dla czegoby d-r L. podczas 2-ch ostatnich wizyt raz po raz zakładał cewnik i tampon, gdyż jedno z dwojga winno być wystarczające; takie połączenie obu byłoby zbyteczne i całkiem dla niego niepoehlebne. Gdyby bowiem po wprowadzeniu cewnika wystąpił obfity krwotok, należałoby oczywiście sądzić, że to wystarczy do sprawienia zamierzonego skutku, a tem samem nie byłoby potrzeby zakładając nadto tamponu do przewodu szyi macicznej. Wreszcie d-r L., nie mając zamiaru dokonywania wstrzykiwania przez cewnik, nie miałby żadnej potrzeby posługiwać się tem narzędziem do dokonania poronienia. Gdybyśmy na chwilę przypuścili, że d-r LAFITTE robił to wszystko, co robi nieudolny i nierozważny „fachowiec od spędzania płodu“ (*avorteur*), to jeszcze pozostałyby inne okoliczności podejrzané w opowiadaniu oskarżonej. Bardzo jest nieprawdopodobnem to, ażeby tak obfite krwawienie, wywołane wprowadzeniem cewnika, tak szybko i tak zupełnie ustało, jak oskarżona podaje; również nie zasługuje na wiarę i to, ażeby wskutek tych rękoczynów oskarżona nie doznawała żadnego bólu, jakoteż i to wreszcie, że cewnik zakładano 17 i 23 stycznia, a poronienie nastąpiło dopiero 29 tegoż miesiąca.

Jednem słowem, aczkolwiek oskarżona opisała tak dokładnie, jak tylko mogła to uczynić służąca wiejska, rękoczyny używane przez fachowców od spędzania płodów, to jednakże postępowanie, jakie przypisuje d-rowi LAFITTE, z punktu zapytrwania czysto technicznego jest niedorzeczne i na wiarę nie zasługuje.

Gdyby ze śledztwa okazało się, że d-r L. jest winny, to i to pozostałoby niemniej prawdziwem, że zeznania oskarżonej są pod wielu względami niedokładne.

Co do 4-go, to wobec powyższego, niema na to odpowiedzi.

Co do 5-go wreszcie, to jest niemożliwem, ażeby oskarżona kierowała się własnym pomysłem w opisie gąbki ściśnionej i cewnika. Należy raczej przypuścić, że ona te przedmioty istotnie widziała u d-ra L. lub u innego, albo też, że ktoś jej je opisał.

Sąd przysięgłych wydał wyrok potępiający d-ra LAFITTE, skutkiem czego został on skazany na 3 lata więzienia, a dziewczynę, która z obwinionej stała się oskarżycielką, przyznał okoliczności łagodzące i skazał ją na rok zamknięcia w więzi.

(*Annal. d'Hygiène publ. et de méd. legale* T. XXXII N. 4—1894). J. R.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 4 Grudnia r. b.

TREŚĆ: 1) SAWICKI—przedstawienie dziecka z bliznami wskutek zrostów z owodnią. 2) SZUMLAŃSKI—przedstawienie a) chorego z obustronnem wrodzonym zniekształceniem muszli usznych i zarosnięciem przewodów słuchowych zewnętrznych; b) przedstawienie gałki kościanej od sondy przełykowej połkniętej przez chorego. 3) PRZEWOSKI—a) przedstawienie ciała obcego w prawem płucu; b) leukocyty eozynoflowe w raku macicy; c) *endometritis dissecans*; d) rak gruczołu krokowego; e) rak pęcherzyka nasiennego.

1) Kol. SAWICKI przedstawił dziecko, które przed trzema tygodniami urodziło się ze znacznej wielkości bliznami, umiejscowionemi w obydwu podżebrzach i na bocznych powierzchniach powłok brzusznych. Blizny te wązkimi paskami przedłużały

się na obydwu stronach ku tyłowi i ku górze do dolnych kątów łopatek. Prawostronna blizna miała w środku owrzodzenie, które się w ciągu dwóch tygodni po porodzie także zabiłżniło. Blizny te kol. S. objaśnia zrostami z owodnią.

2) Kol. SZUMLAŃSKI przedstawił a) chłopca 7-letniego z obustronnem niekształceniem muszli usznych i zarośnięciem przewodów słuchowych. Na miejscu muszli znajdują się niekształtne wałki skórne, przyrośnięte na całej długości; w dolnej części od przodu widać z każdej strony małe zagłębienie w skórze, w które wprowadzić można bardzo cienki zgłębnik na 1—2 mm. w głąb. Obraz tych zmian wraz z poprzeczną brózdą poniżej prawego oczodołu naprowadza na myśl, że prawdopodobną przyczyną tych zmian była obejmująca czaszkę i wywierająca ucisk pępownina. Danych jednak pownych w tym względzie od rodziców chłopca nie udało się zasięgnąć; to jedno twierdzą tylko, że chłopiec z takimi uszami się urodził i nigdy nie słyszał. Kol. JAWUREK (z Żyrardowa), który skierował chorego do szpitala Dz. Jezus, robił mu na próbę operację, mianowicie przeciął skórę w miejscach zagłębień, odpowiadających zewnętrznym otworom usznym i starał się ten sztuczny otwór utrzymać. Próba nie powiodła się; ale podaje kol. J., że podczas istnienia otworów chory jakoby trochę słyszał i nauczył się wymawiać kilku wyrazów. Wobec tych danych postanowiono raz jeszcze spróbować, czy nie uda się zapomocą operacji chłopca z tak ciężkiego kaletwa wyleczyć i w tym celu kol. KRAJEWSKI ma zamiar wykonać operację plastyczną najpierw z jednej strony, a w razie pomyślnego wyniku następnie i z drugiej strony. Obecnie chłopiec jest głuchy zupełnie, nie mówi, nie zdradza ani radości, ani smutku; w szpitalu zachowuje się spokojnie, byle tylko mógł spać i aby dostał jeść; słowem, robi wrażenie małego zwierzątka. Przy badaniu kamertonem przez kości czaszki nie zdradza fizyognomią, aby cokolwiekbyś słyszał, chociaż należy przypuszczać, że słyszy, lecz sprawy z tego zdać sobie, ani też okazać nie potrafi.—Następnie kol. SZUMLAŃSKI okazał b) gałkę kościaną od zgłębnika przełykowego TROUSSEAU, połkniętą przez chorą przy sondowaniu i wydzieloną po 5 dniach przez odbytnicę. Gałka ta weszła biała, a wyszła ciemno-brunatna i niczem nie dała się odbarwić. Ciemne jej zabarwienie zależy prawdopodobnie od barwników żółciowych.

3) Prof. PRZEWOSKI przedstawił: a) okaz prawego płuca, w którym znaleziono ciało obce przypadkiem na trupie u 68-letniej kobiety. Kobieta ta skarżyła się za życia na ból w piersiach, duszność i mocny kaszel. Poprzednio bywały u niej krwioplucia, nadto dowiedziano się, że przed kilku laty połknęła ona jakiegoś ciała wielkości dużego ziarnka grochu, poczem nastąpił zaraz spazmatyczny kaszel i następnie wymiotowano wyżej przypadłości. Przy badaniu zwłok prawe płuco okazało się miejscami przyrośnięte zapomocą słabych błon fałszywych. Dolny zraz płuca był o połowę zmniejszony i przy obmacywaniu dawał uczucie, jakby w środku jego znajdowało się okrągławe stwardnienie wielkości kurzego jaja. Po rozcięciu okazało się, że w głównym oskrzeli, prowadzącym do tego zrazu, znajdowało się ciało obce, ciemno-brunatnawe, w postaci guzika wielkości dużego grochu. Ciało to przy badaniu bliższem zdawało się być twardym kauczukiem. Oskrzecze na miejscu, gdzie się znajdowało to ciało obce, było rozszerzone przynajmniej dwa razy. Ściany oskrzela mocno zgrubiałe, zaczerwienione i pokryte ropiastym śluzem. Dokoła tego rozszerzenia tkanka płucna stwardniała, prawie bliznowata.—b) Okaz raka macicy ze znaczną miejscową eozyonofilią. Rak pochodził od 35-letniej kobiety i wyjęty był wraz z macicą ciężarną przez kol. BORYSSOWICZA. Tkanka łączna podścieliska tego raka składała się z tkanki łącznej włóknistej, mocno nacieczonej leukocytami, pomiędzy którymi było bardzo wiele komórek eozyonofilowych. Ilość komórek eozyonofilowych we krwi nie była powiększona. Prof. PRZEWOSKI, opierając się na badaniu powyższego raka, jakoteż na badaniu rozmaitych szpików kostnych człowieka, np. przy niedokrwistości złośliwej, oraz na badaniu krwi zarodków człowieka i królików, dochodzi do postawienia hipotezy, że prawdopodobnie komórki eozyonofilowe stanowią nierozwinięte hematoblasty. Mówca opiera swoje zdanie na następujących danych. 1) Prawidłowo najczęściej komórki eozyonofilowych znajduje się w szpiku kostnym, t. j. w tym właśnie narządzie, w którym podług ostatnich poszukiwań w dojrzałym ustroju wyłącznie tylko wytwarzają się czerwone krążki krwi. 2) Przy badaniu szpików kostnych, a także krwi u małych zarodków widać postacie przejściowe od prawidłowych hematoblastów do komórek eozyonofilowych. Postacie te w szpiku kostnym cechują się tem, że jądro pod względem formy, ilości chromatyny i w prawidłowych hematoblastach i w młodych komórkach eozyonofilowych pozostaje identyczne, a nadto, że od jednostajnie za-

barwionej protoplazmy hematoblastów do ziarnistego zabarwienia protoplazmy komórek eozynofilowych istnieje cały szereg postaci pośrednich. Te pośrednie postacie wyglądają tak, że najpierw w jednostajnym zabarwieniu zarodzi hematoblastów widać jakby małe, nieprawidłowe szczelinki, dalej można już odróżnić ziarna, ale tak blisko ułożone przy sobie, że prawie jeszcze zlewają się w jedną całość, наконец ziarenka zabarwione rozsuwają się coraz więcej, tak, że w końcu występuje taka ziarnistość, jaką widać w komórkach eozynofilowych. Zupełnie coś podobnego powtarza się przy badaniu krwi młodego zarodka człowieka lub królika. Tu obok czerwonych krążków z jądrami, których zaródź jest zabarwiona zupełnie jednostajnie, widać cały szereg innych, w których zaródź nie jest zabarwiona w sposób rozlany. Tak samo widać najpierw w zabarwieniu rodzaj przerw drobnych, nieregularnych, a potem występuje zabarwienie w postaci ziaren, stopniowo coraz więcej rozsuniętych, aż nakoniec powstaje coś zupełnie takiego, jak w komórkach eozynofilowych. Wszystko to można spostrzegać na zarodkach żywych, bezpośrednio utrwalonych w sublimacie lub płynie FLEMING'a. 3) Ziarenka komórek eozynofilowych prawdopodobnie zabarwione są hemoglobina lub jej pochodniami. Zdaje się przemawiać zatem najpierw żółte zabarwienie ziarenek w zarodzi komórek eozynofilowych, jeżeli ich nie barwi żadnym sztucznym barwnikiem; powtóre sposób barwienia się ich zapomocą cozyny, kwaśnej fuksyny i innych barwników, które barwią hemoglobinę czerwonych krążków krwi. Nakoniec prof. PRZEWOSKI starał się przekonać na drodze chemicznej, że ziarenka w zarodzi komórek eozynofilowych zabarwione są hemoglobina. W tym celu brał ropę, która zawierała wiele komórek eozynofilowych i nie zawierała czerwonych krążków krwi, i starał się z niej otrzymać kryształki heminy TEICHMANA. Naprzód więc barwił ropę cozyną w zwykły sposób na szkiełku pokrywkowym, następnie zapomocą stolika ruchomego przeglądał od początku do końca całe szkiełko, czy nie zawiera czerwonych krążków krwi, i w końcu, gdy czerwonych krążków nie było, próbował w zwykły sposób otrzymać z wymienionej ropy kryształki TEICHMANA. Na kilkunastu szkiełkach otrzymał drobniutkie kryształki TEICHMANA tylko dwa razy. Kryształki rozpoznano po ich charakterystycznej postaci, barwie i zachowaniu się w świetle polaryzowanym. Ponieważ czerwonych krążków krwi na szkiełkach nie było, przeto prof. PRZEWOSKI skłania się do przypuszczenia, że kryształki otrzymane jednak zostały z ziarenek komórek eozynofilowych, a więc, że ziarna tych komórek zabarwione są hemoglobina lub jej pochodniami. Prof. PRZEWOSKI przypuszcza, że może niedostateczne rozwinięcie się jądra hematoblastach jest przyczyną wstrzymania ich dalszego rozwoju. Takie niedorozwinięte hematoblasty ze szpiku kostnego dostają się do krwi, zupełnie w ten sam sposób, jak i prawidłowe hematoblasty przy niektórych stanach chorobowych. We krwi zaś ulegają one dalszym zmianom, wyrażającym się głównie zmienioną postacią jądra i zmniejszoną ilością w niem chromatyny. Do czego dalej służą komórki eozynofilowe — powiedzieć trudno, w każdym razie niezawodnie nie wytwarzają się z nich czerwone krążki krwi. Są to poronione postacie hematoblastów, niezdolne do dalszego postępowego rozwoju. Przy pewnych warunkach chemotaktycznych mogą one występować z naczyń do tkanek i zbierać się w większej ilości w tych ostatnich, lub na ich powierzchni. Tak było niezawodnie i w przypadku przedstawionego raka.

W dyskusji prof. BRODOWSKI zwraca uwagę, że nie prof. HOYER pierwszy wypowiedział pogląd o istnieniu związku między hemoglobina i komórkami eozynofilowymi; prof. HOYER uważał ziarenka eozynofilowe za szczątki krążków krwi, a HAYEM i POUCHET zabarwienie ziarenek komórek, uważanych obecnie za eozynofilowe, przypisywali hemoglobinie. Co się zaś tyczy poglądu kol. PRZEWOSKIEGO, że ciała eozynofilowe są to niedokształcone czerwone krążki krwi, to na to trudno się zgodzić. Jak widać z przedstawienia kol. P., wraca on znów do poglądu mniej więcej HAYEM'a i POUCHET'a, jakkolwiek zmienia go w ten sposób, że ziarenka komórek eozynofilowych uważa po prostu za hemoglobinę, gdy tamci tylko zabarwienie ich przypisywali hemoglobinie. Zdawałoby się, że kol. P. powinien przedewszystkiem obalić poglądy SCHWARTZE'go, który dowodzi, że ziarenka te nie są zabarwione przez hemoglobinę. SCHWARTZE wskazuje różnicę, między innemi np. to, że jeżeli preparat ogrzewać do pewnego stopnia i zabarwiać aurancją i cozyną, to ciała krwi barwią się pomarańczowo, a komórki eozynofilowe na czerwono; można przez nagrzewanie doprowadzić do tego, że ciała krwi przestają się barwić, a ziarenka komórek eozynofilowych barwią się wyraźnie. Prócz tego, zapomocą wody i gliceryny łatwo daje się wyciągnąć w tymże samym prepara-

cie hemoglobinę z krążków krwi i wtenczas krążki to wcało cozyną się nie barwią, a ziarnistość komórek eozyneofilowych zabarwia się tak samo mocno, jak poprzednio. Pomijając inne argumenta SCHWARTZE'go, trzeba mieć na względzie to, iż praca jego została pomieszczona w zbiorze prac EHRLICH'a i kilku jego uczniów, do których należał i SCHWARTZE, widocznie więc taka powaga w tego rodzaju badaniach, jak EHRLICH podzielał poglądy SCHWARTZE'go; widocznie także, że przytoczone argumenta musiały trafić do przekonania innych, skoro te kwestye uważano już za stanowczo rozstrzygnięte, aż do chwili obecnej. Co do dowodów, jakie kol. P. czerpie z rozwoju, to i tu mogą być złudzenia. Sam kol. P. zaznacza, że komórki eozyneofilowe i hematoblasty różnią się tem, że ciało hematoblastów jest jednolite, a komórki eozyneofilowych ziarniste, że barwią się odmiennie, że tam w jądrach jest dużo chromatyny, tu zaś mało; dalej kol. P. mówi, że w zarodku można spotkać hematoblasty podobno do komórek eozyneofilowych, ale kto zaręczy, że to właśnie nie są komórki eozyneofilowe; wiadomo bowiem, że spotykano je u zarodków nawet w pierwszych tygodniach. Co zaś do postaci przejściowych, to stopniowe zwiększanie się ziarnistości bynajmniej nie stanowi dowodu, żeby to były stopniowo zabarwiające się hematoblasty, gdyż to, co kol. P. uważa za stopniowe zwiększanie się ziarnistości, łatwo się tłómaczy rozmaitą ilością ziaren w rozmaitych komórkach eozyneofilowych, a zresztą i to przemawia jeszcze przeciwko zapatrywaniu się kol. P. na powstawanie w ten sposób hematoblastów, że dotychczas nikt jeszcze nie spostrzegł, żeby rozlane zabarwienie ich przychodziło do skutku za pośrednictwem stopniowego zwiększania się ilości barwnika ziarnistego; przeciwnie, wszyscy zaznaczają to wyraźnie, że zabarwienie od samego początku jest rozlane i stopniowo posuwa się od obwodu ku środkowi tych pierwocin. Co do chemicznej próby (otrzymania heminy), to sam kol. P. mówi, że to rzadko się udaje i otrzymuje się kryształki bardzo nagle, a oprócz tego, czy można być pewnym, że krążki krwi nie zostały przeoczono przy badaniu, lub też, że pewna ich ilość nie została wyługowana, a w takim razie i z rozpuszczonego barwnika może się wydzielić hemina.

Prof. HOYER nie rości pretensyi do pierwszeństwa co do poglądu na ciała eozyneofilowe; przedstawił on go jako hipotezę i przytoczył jako fakty—barwienie się krwi zapomocą barwników eozyneofilowych, oraz to, że zimą w śledzionie żaby są liczne komórki z ziarenkami, otaczające w wielkiej masie ciała MALPIGHI'ego; ziarna ich są bardzo podobne do cząstek rozpadowych ciałek czerwonych; to właśnie naprowadziło na pogląd, że tu rozpadają się ciała czerwone. Co do poglądu kol. PRZEWOSKIEGO, to prof. HOYER nie wie, czy ma on podstawę; prof. H. widział dużo komórek eozyneofilowych i przypuszcza, że może tylko niektóre z nich przemieniają się w ciała czerwone; przeważnie zaś komórki eozyneofilowe są bardzo duże i nie mają podobieństwa do tworzących się ciałek czerwonych krwi. Prócz tego ciała eozyneofilowe bardzo często zawierają po kilka rozpadających się jąder, wobec czego sprawa nie może mieć charakteru postępowego, lecz raczej rozpadowy.

Na objaśnienie prof. PRZEWOSKIEGO, że bynajmniej nie utrzymywał, ażeby z komórek eozyneofilowych tworzyły się czerwone krążki krwi, lecz, że z hematoblastów, należycie nie wykształcających się, powstają komórki eozyneofilowe, prof. HOYER odpowiada, że i w takim razie odpowiedniej było badać nie szpik kostny, a wątrobę, w której widać mnóstwo tworzących się ciałek czerwonych, które bynajmniej nie są ziarniste. Co do wartości barwienia, to przy kwaśnych barwnikach nie można polegać na różnicy, bo to zależy nie od własności barwnika, a od sposobów barwienia.

Prof. BRODOWSKI objaśnia, że zwracał uwagę na zdanie SCHWARTZE'go, iż w jednych i tych samych warunkach, przy jednakowych manipulacjach otrzymuje się różnie w barwieniu. Protestuje przeciwko używaniu wyrażen eozyneofilia miejscowa i ogólna, ponieważ zawsze komórki eozyneofilowe pochodzą ze krwi i tylko dzięki miejscowym wpływom chemotaktycznym może ich w danym miejscu więcej występować.

Prof. PRZEWOSKI odpowiada, że pracę SCHWARTZE'go zna, nie chciał jej jednak szczegółowo tu rozbierać, a ograniczył się tylko na zaznaczeniu, że wszystkie teorye kolorystyczne mają małą wartość. Przy poglądzie swym bynajmniej się nie upiera, lecz wobec niewiadomości uważa, że każda hipoteza jest dobra i dla tego występuje z nową.

Kol. KRYSIŃSKI zaznacza, że barwienie nie jest sprawą chemiczną i dla tego polegać na niem nie można. Przy badaniu postaci przechodnich w bezkrwistości złośliwej ziarnistość niezmiernie przeszkadza w oryentowaniu się. Trzeci dowód kol. PRZEWOSKIEGO, gdyby był ścisły, byłby bardzo ważny i rozstrzygający, wydaje się jednak

do przeprowadzenia niemożliwy, gdyż na dokładnie przejrzenie kolejno wszystkich pól jednego preparatu potrzebaby co najmniej, według jego zdania, 10 godzin.

Kol. MAYZEL wspomina, że wielka niekiedy ilość leukocytów eozynofilowych napotykać się daje w płwocinie, zdarza się to jednak bardzo rzadko w tym stopniu, aby większa część leukocytów w płwocinie odznaczała się grubą ziarnistością eozynofilową. Bywa to w płwocinie przy astmie (a wtedy towarzyszą eozynofilii kryształki Charcor'a) oraz wogóle przy zapaleniach oskrzeli z rozrodą, w połączeniu z dusznością i trudnem oddzielaniem się płwociny. W płwocinach, właśnie tak bardzo obfitujących w eozynofilowe leukocyty, nie bywa ciałek krwi zachowanych lub rozpadłych i nie bywa też eozynofilia wydątna w płwocinach krwawych; stąd zaś wydaje się mało prawdopodobną zależność eozynofilowych ziarnistości od hemoglobiny. Kol. MAYZEL, badając własną płwocinę przy nasileniach zapalenia oskrzeli wraz z rozrodą płuc, zauważył większą ilość wogóle nielicznych leukocytów eozynofilowych zrana, aniżeli w ciągu dnia, i sądzi, że dłuższe zatrzymywanie się płwociny poniekąd sprzyja wytwarzaniu się większej ilości ziaren eozynofilowych w leukocytach, które to ziarna zdają się być wytworem pewnego rodzaju zwyrodnienia w protoplazmie.

c) *Metritis* albo *myometritis dissecans* prof. PRZEWOSKI miał sposobność trzy razy spostrzegać i te trzy przypadki przedstawił. Pierwszy pochodzi od kobiety 28-letniej, którą za życia obserwował kol. KUNIEWICZ. Chora rodziła po raz pierwszy. Ciąża była prawidłowa i dobiegła do końca. Podczas porodu skurcze maciczne były bardzo słabo i poród trwał długo (więcej niż 2 doby); płód zmarł. Poród ukończono przez wymóżdżenie czaszki i wydobyć płodu rękami. W czasie porodu i po porodzie chora gorączkowała. W połogu pojawiły się odpływy cuchnące. Krwotoku nie było. 9-go dnia z narządów płciowych odeszła gruba błona w postaci worka, który swą obszernością odpowiadał całemu prawie wnętrzu jamy trzonu macicy. Wkrótce potem chora zmarła przy objawach zapalenia otrzewnej. Badanie drobnovidzowe wykazało, że błona ta składała się z tkanki łącznej, w której znaleziono wiele szerokich, cienkościennych naczyń krwionośnych, zapełnionych resztkami skrzepów krwi. Miejscami widuć resztki gładkich włókien mięsnych lub ich pęczków. Najczęściej jednak włókna te są zniszczone. Nakoniec w błonie, a zwłaszcza w jej naczyniach znaleziono wiele drobnoustrojów punkcikowatych lub przecinkowatych, ułożonych paciorkowato. — Drugi przypadek spostrzegł kol. GRZANKOWSKI u 30-letniej kobiety. Rodziła ona dwa razy; chora 6-go dnia po porodzie wstała, uważając się jakoby za zdrową. Zaraz jednak potem pojawił się mocny krwotok maciczny, który z większym lub mniejszym natężeniem trwał do samej śmierci. Z macicy odchodziły skrzepy krwi lub wydalano je i przemywano jamę macicy płynami przeciwniepalnymi. Skrzepy te odchodziły wraz z mocno cuchnącym płynem. Chora zmarła 18 dnia po porodzie. Przy badaniu zwłok znaleziono macicę wielkości głowy noworodka, miękką, ciastowatą. Zewnętrzną powierzchnię jej otaczała żółta lub szarawa ropa. Przy rozcięciu macicy okazało się, że w jamie jej było wiele szarawego, cuchnącego płynu, zmieszanego ze skrzepami krwi; nadto, że wewnętrzną warstwę ściany trzonu macicy zamieniona jest w rodzaj wielkiego szarawego strupa, który od reszty wymienionej ściany macicy oddzielony jest jasną linią demarkacyjną, tu i owdzie przedstawiającą się w postaci szczeliny zapełnionej ropą. Ta zmieniona wewnętrzna część mięśnia trzonu macicy zajmuje przeważnie połowę grubości ściany, a także w wielu miejscach dwie trzecie, a nawet na przestrzeni 5 ctm. kwadratowych przy dnie całą grubość. Pozostała zewnętrzna część ściany macicy ma wygląd prawidłowy. Pod drobnovidzem strup okazuje wyraźną budowę mięsnej warstwy macicy, jakkolwiek włókna mięsne są miejscami tylko zachowane; szerokie naczynia krwionośne najczęściej zapełnione są skrzepami krwi, w których widać znaczną ilość drobnoustrojów punkcikowatych lub przecinkowatych, ułożonych paciorkowato. — Trzeci przypadek zdarzył się u 23-letniej kobiety. Przed porodem pojawiła się już u niej gorączka (39° C.). Bóle porodowe były słabe. Poród ukończono kleszczami. W połogu gorączkowała również. Odpływy z narządów płciowych były cuchnące. 18-go dnia pojawiła się śpiączka i chora zmarła z upadku sił. Zo względu na zmiany w macicy, przypadek ten jest zupełnie podobny do poprzedniego. Obumarła część dochodziła miejscami do 1 i 1½ ctm. Linia demarkacyjna pomiędzy częścią obumarłą a zachowaną ścianą była wszędzie zupełnie wyraźna i w wielu miejscach przedstawiała się w postaci szpary, zapełnionej szaro-żółtawą ropą. Obumarła część ściany macicy w tym przypadku była zachowana zupełnie dobrze. Naczynia były wypełnione skrzepami krwi i przepelnione drobnoustrojami. — Zmiany we wszystkich opisanych trzech

przypadkach prof. PRZEWOSKI uważa za wynik sprawy chorobowej, znanej obecnie pod nazwą *metritis* lub *myometritis dissecans*. Wszystkie one rozwinęły się pod wpływem zakażenia połogowego. W każdym z tych przypadków sprawa rozpoczęła się nieznacznie od osiedlenia się chorobotwórczych drobnoustrojów na wewnętrznej powierzchni macicy. Sprawy zapalne, wywołane przez te drobnoustroje, bardzo często nie pozostają umiejscowionymi t. j. nie ograniczają się do miejsca pierwotnego osiedlenia się drobnoustrojów chorobotwórczych, ale szerzą się dalej. Jeżeli sprawa przyjmuje np. postać zapalenia błonicowego, to zwykle bezpośrednio pod miejscem osiedlenia się drobnoustrojów powstaje strup zgorzeliowy i dokoła niego odczyn zapalny. W dalszym ciągu sprawy strup odpada i powstaje owrzodzenie, przyczem drobnoustroje mogą nie ginąć, ale szerzyć się dalej na dno wrzodu i znów wywołać powtórny nekrozę i powtórny odczyn zapalny i t. d. Tym sposobem owrzodzenie staje się coraz głębszem. W każdym razie wielkość nekrozy, wywołanej przez chemiczne działanie toksyn, zależy od ilości drobnoustrojów, od ich jadowitości, od szybkości ich zżerania się w tkankach, od odporności samej tkanki i t. d. Jeżeli przypuścić, że drobnoustroje są bardzo jadowite, że warunki szerzenia się drobnoustrojów są bardzo ułatwione i że sama tkanka jest mało odporna, to wówczas łatwo pojąć, że zgorzel, zależna od działania drobnoustrojów, może przyjąć bardzo obszerne rozmiary. Otóż to ostatnie ma miejsce przy *metritis dissecans*. Dla czego strup zgorzeliowy nie od razu ulega gniciu i rozpadowi, ale trzyma się w całości dłużej, to może zależeć od przeciwnego postępowania.

d) Rak gruczołu krokowego pochodził od 65-letniego chorego, który przez 1½ roku skarżył się na ból w okolicy kości krzyżowej i spojenia łonowego. Na parę tygodni dopiero przed śmiercią wystąpiły objawy utrudnionego oddawania moczu, dochodzące do zupełnego zatrzymania. Nadto, przy stopniowo wzrastającym wyniszczeniu pojawił się obrzęk nóg i chory zmarł. Na zwłokach znaleziono rak gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych, następczy rak gruczołów chłonnych i nakoniec rak następczy płucnej, z jednej i z drugiej strony w postaci mnóstwa rozrzuconych drobnych guzków. Rak gruczołu krokowego był cylindryczno-komórkowy. Dosyć wysoki, cylindryczny, jednowarstwowy nabłonek wyścielał krzyżujące się we wszystkich kierunkach mniejsze i większe twory rurkowate. Takż sam cylindryczno-komórkowy rak był w gruczołach chłonnych i zupełnie taki sam na prawej i lewej płucnej.

e) Rak pęcherzyka nasiennego i przylegającego zrazu gruczołu krokowego znaleziono u 67-letniego mężczyzny. Pęcherzyk nasienny był blisko dwa razy większy, twardy, na rozkroju ziarnisty. Przylegający zraz gruczołu krokowego mało powiększony. W tym raku ciała rakowe były miernej wielkości, złożone z komórek wielościennych i okrągławych. Podścielisko składało się z dosyć mocno nacieczonej leukocytną tkanki łącznej. Następce raki były w gruczołach chłonnych małej miłośnicy i około kręgosłupa, a nadto w wątrobie w postaci guzów, dochodzących do wielkości jaja kurzego. Raki następce miały takż samą budowę, jak i rak pierwotny.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. listopad r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 23 (m. 8, k. 15); przybyło w listopadzie 41 (m. 19, k. 22); wypisało się chorych 45 (m. 22, k. 23); zmarło 5 (m. 2, k. 3); pozostało na miesiąc grudzień 14 (m. 3, k. 11).

Jak widzimy, liczba nowoprzybyłych chorych jest niezmiernie mała i nigdy jeszcze w szpitalu naszym nie notowana. Tak pomyślnie warunki zdrowotne zależne są od zupełnego prawie wygaśnięcia u nas ospy i tyfusu wysypkowego. Jeśli chorych z innemi postaciami zakaźnemi niektóre szpitale niekiedy u siebie (choć niesłusznie) przetrzymują i do nas nie odsyłają, to ani o ospie, ani o tyfusie wysypkowym mowy być nie może, gdyż chorzy, temi cierpieniami dotknięci, bardzo chętnie do Szpitala Zapasowego są odstawiani. Dane więc nasze o tych chorobach uważać trzeba za wiarogodne. Stan zresztą tak pocieszający trwa już od dwóch miesięcy.

Kiedy w tym samym miesiącu r. z. mieliśmy aż 31 przypadków ospy, to obecnie mieliśmy tylko 3 (m. 1, k. 2) z ulic: Długa 46, Hoża 9 i ze szpitala Dz. Jezus. Tyfusu wysypkowego mieliśmy tylko 1 przypadek z ul. Piwnej 47.

Rzadziej również spotykaliśmy szkarlatynę i odrę. Pierwszej mieliśmy przypadków 4 (m. 3, k. 1) z ulic: Maryańska 10, Wileza 58, Piwna 15 i Dobra 3. Odrę zaś tylko 5 przypadków (m. 2, k. 3), wszystkie u dorosłych, z ulic: Muranowska, Nowolipie 65, Ogrodowa 69, Gęsta 18, Leszno 29.

Do ujemnych cech ubiegłego miesiąca należy: licznie występująca w dalszym ciągu róża, której mieliśmy przypadków 13 (m. 8, k. 5) z przebiegiem dosyć ciężkim, z których jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Czerniakowska 50, Nowo-Wołyńska, Browarna 15, Wspólna 29 (2 przypadki), Pańska 104 i 13, Kapitulna 6, Obozowa 10, Ślizka 6, oraz wieś: Wola, Młociny i Grzybów.

Co się tyczy innych chorób zakaźnych, to mieliśmy 4 przypadki błonicy gardła (m. 3, k. 1) z przebiegiem bardzo ciężkim, powikłanym krupem i zapaleniem oskrzeli błoniastem. Dwa z nich zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Lipowa 6, Wronia 35 i Wolska 54 (2 przypadki).

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 2 przypadki tyfusu brzuszego (Targowa 15 i Grzybowska 73), 3 przypadki *anginae follicularis*, oraz 2 przypadki zapalenia płuc włóknikowego.

J. Szewajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== D-r MOELLER od kwietnia do listopada 1894 r. spostrzegał w szpitalu w Magdeburgu 388 przypadków błonicy, z tych 76 leczonych było surowicą. Nie stosowano surowicy w przypadkach lekkich i rozpaczliwych. Jako materiał porównawczy służą przypadki tracheotomowane. Przy leczeniu surowicą wykonano tracheotomię w 63%; gdzie nie stosowano tego leczenia — w 36%. Z pierwszych zmarło 39,6%, z drugich 55,6%. Różnica jest widoczna, jakkolwiek różnice do 15,6% już dawniej spostrzegano. W 42% u leczonych surowicą wystąpił białkomocz, 6 razy — pokrzywka. Z dzieci, zaszczepionych w celach zapobiegawczych, zachorowało jedno. Badania bakteryologiczne wykazały wyłącznie postacie mieszane, nigdy nie otrzymano czystych hodowli lasecznika błonicowego. Zdaniem autora, nie można jeszcze wyprowadzić stanowczych wniosków. (C. f. inn. med. № 48).

== HAGER z Magdeburga podaje 25 przypadków błonicy z praktyki prywatnej u osobników od 8 miesięcy do 11 lat wieku, po większej części zbadanych bakteryologicznie i leczonych surowicą. Prócz tego 35 dzieciom

zastrzykiwano surowicę w celach zapobiegawczych. Z pierwszej kategorii zmarło jedno dziecko, którego stan od samego początku już był rozpaczliwy. Z drugiej kategorii zachorowało 4 dzieci, z tych 3 wyzdrowiało, jedno jest jeszcze w kuracji. Po zastrzyknięciu stan ogólny się poprawiał, gorączka ustępowała, tętno stawało się prawidłowe, naloty oddzielały się i ginęły. Nieznaczne porażenia pobłonicowe wystąpiły w 3-ich przypadkach, białkomocz rzadko bardzo, raz jeden — wypróżnienia dysenteryczne, pięć razy wysypka pokrzywkowa. H. sądzi, że surowica jest środkiem nieszkodliwym i mogącym dać dobre wyniki w leczeniu błonicy. (C. f. inn. med. № 48).

== D-r KUNTZEN stosował surowicę przy błonicy w 25 przypadkach, z tych dwa razy u dorosłych. Wyzdrowiało 22 = 88%. W przypadkach śmiertelnych zastosowano surowicę 3-go, 6-go i 7-go dnia choroby. 5 razy wykonano tracheotomię, dwa razy ze śmiertelnym zejściem. Badań bakteryologicznych nie robiono. Przebieg jednak choroby i jej objawy upoważniły autora do rozpoznania błonicy. (Deut. med. Woch. № 49).

OD ADMINISTRACJI.

Uprasza się Szanownych abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1895, oraz o wniesienie zaległej.