

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O przenoszeniu czynności mięśni w celach leczniczych, napisał D-r Leon Kryński. O porażeniach rodzinnych napadowych, przez D-ra S. Goldflama (Dalszy ciąg). — **Wskłady kliniczne.** O krzywicy, napisał Seweryn Sterling (Łódź). — **Streszczenia i wyciągi.** 41. Spostrzeżenia i badania nad etiologią i patologią grypy wraz z uwagami, dotyczącymi leczenia. 42. Cierpienia komory prawej serca w przebiegu krztuśca. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z d. 19 marca r. b. — W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Kryński — La therapie par déplacement des attaches des muscles. 2) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie paroxysmale et familiale. 3) D-r S. Sterling — Sur la rachite.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Kryński — Die Uebertragung der Muskelthätigkeit als therapeutische Massregel. 2) D-r S. Goldflam — Ueber paroxysmale, familiäre Lähmung. 3) D-r S. Sterling — Ueber Rachitis.

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

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. RYDYGIERA W KRAKOWIE.

O PRZENOSZENIU CZYNNOŚCI MIĘŚNI W CELACH LECZNICZYCH.

napisał D-r Leon Kryński, I asystent kliniki.

W sprawności funkcjonalnej kończyn bezczynność pewnej grupy mięśni lub nawet jednego z nich powoduje zazwyczaj poważne zboczenie, częstokroć stanowiące dla chorego ciężkie kalectwo. Jedną z najczęstszych postaci tych zjawisk chorobowych przedstawiają zboczenia czynnościowe mięśni, które występują w wieku dziecięcym na tle nerwowem, czyli t. zw. porażenia dziecięce. Leczenie tej obszernej grupy cierpień należy do zakresu ortopedyi, która w wielu przypadkach bardzo dobre osiąga wyniki. Lecz pozostaje zawsze dość znaczna odsetka przypadków, gdzie pomimo wielkiej cierpliwości ze strony zarówno chorego, jak i lekarza, pomimo straty czasu i pieniędzy, długotrwała kuracja pozostaje bezskuteczną. Toteż w tych razach interwencja chirurgiczna staje się czynniejszą i coraz częściej stosujemy zabiegi krwawe, jak tenotomię, artrodezę i in. Lecz i te operacje albo sprawiają pewne stałe upośledzenie (sztywność stawu skokowego), albo stanowią tylko przygotowanie do dalszego leczenia ortopedycznego, mającego tu zawsze tę jeszcze wadę, że, oprócz długiego swego trwania, czyni chorego niewolnikiem różnych opatrunków i przyrządów, często drogich, a zawsze dla chorego przykrych.

Bardzo więc szczęśliwą myśl wprowadził do leczenia porażen dziecięcych przed dwoma laty DROBNIK¹⁾, myśl, polegającą na zastąpieniu nieczynnych mięśni przez przeniesienie ich czynności na inne odpowiednie mięśnie zdrowe. Drogą tą rzeczywiście wpływa się leczniczo na samą przyczynę choroby, t. j. znosi się samo porażenie, gdyż mięśnie chore wyłączamy zupełnie z całego

¹⁾ Gazeta lekarska. 1893. 5; Nowiny lekarskie. 1894. 7.

układu ruchowego, zastępując je przez inne, zdrowe. Rzecz prosta, nie wykonywa się tego dowolnie, przenosząc czynność jednego mięśnia na którykolwiek inny, lecz kierować się trzeba ściśle danymi anatomo-fizyologicznymi; przenosić więc należy czynność mięśnia porażonego na mięsień o czynności analogicznej lub wreszcie obojętnej; nigdy zaś na mięsień przeciwdziałający. Techniczne wykonywanie zabiegu polega na tem, że określiwszy dokładnie mięsień porażony i wybrany ów zdrowy, na który czynność pierwszego chcemy przenieść, oddziela się podłużnie górną część ścięgna mięśnia zdrowego i zeszywa się ją z końcem dolnym ścięgna mięśnia chorego, odpowiednio przygotowanego.

W ten sposób przenosił DROBNIK czynność porażonego mięśnia goleniowego przedniego (*m. tibialis anticus*) na m. wyprostnik palucha (*extensor hallucis*) w przypadku stopy płaskiej (*pes planus*); mięśnia wyprostnika palców nogi (*m. extensor digitorum comm. longus*) na mięsień wyprostnik palucha w przypadku stopy szpotawej (*pes varus*); mięśnia łydkowego (*m. gastrocnemius*) na dwa mięśnie, przebiegające z boków ścięgna ACHILLES'a t. j. m. zginacz długi palców i m. strzałkowy krótki (*flexor digitorum comm. longus* i *peroneus brevis*) w przypadku stopy końskiej (*pes equinus*) i t. p.

Przed kilkoma miesiącami ogłosił WINKELMANN ²⁾ przypadek *pes varus paralyticus*, który leczył operacyjnie w sposób analogiczny z dobrym skutkiem. Mianowicie, ścięgna obydwóch porażonych mięśni strzałkowych (*mm. peronei*) przyszył do połowy rozszczepionego brzuśca *m. gastrocnemii*; o sposobie DROBNIK'a W. nie wspomina wcale.

Zdaniem mojem, wskazania do operacji przenoszenia czynności mięśni możemy znacznie rozszerzyć po za granice samych tylko porażień dziecięcych. Powyższa metoda lecznicza może być stosowaną z pożytkiem wszędzie tam, gdzie idzie o przejęcie czynności mięśnia, pozbawionego funkcji w zupełności lub częściowo wskutek jakiejś przyczyny, przedewszystkiem zaś wskutek urazów. W takich przypadkach nawet widoki powodzenia operacji są znacznie lepsze, gdyż mamy do czynienia z tkankami względnie zdrowymi, nieprzedstawiającymi żadnych zboczeń, zależnych od zaburzeń nerwowych.

W połowie roku zeszłego miałem możność zastowania tego sposobu postępowania w jednym przypadku pochodzenia urazowego i otrzymałem wynik bardzo dobry.

Przypadek ten dotyczył młodego 24-letniego rzemieślnika, który wbił sobie szydło w środek prawej dłoni. W sześć tygodni potem, w lipcu zeszłego roku, zgłosił się do kliniki chirurgicznej, skarżąc się na niemożebność zginania palca środkowego, co nadzwyczajnie utrudniało mu pracę. Rzeczywiście palec środkowy pozostawał w położeniu zupełnego wyprostowania i nawet przy najsilniejszym zginaniu pozostałych palców nie zmieniał położenia. Łatwo więc było rozpoznać przecięcie obydwóch ścięgien m. zginaczy palców, powierzchownego i głębokiego, po którym pozostał ślad w postaci małej blizny pośrodku dłoni. Należało więc usiłować zeszyć końce przeciętych ścięgien, lub też, w razie niemożliwości uskutecznienia tego, w inny jaki sposób znieść taki stan chorobowy.

W tym celu, zastrzykawszy podskórną 1 1/2 strzykawki 2% roztworu kokaïny, zrobiłem długie cięcie przez dłoń w kierunku III kości śródreżca, poczy-

²⁾ Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. T. 39, str. 109.

nając od podstawy palca środkowego. W tej właśnie okolicy, w górnym kącie rany znalazłem przecięte końce dolne obydwóch ścięgien, górne zaś końce cofnęły się tak wysoko, że znaleźć ich nie było można. Wobec tego powziąłem myśl przeniesienia czynności ścięgien zginacza palca III na ścięgna zginaczy dwóch sąsiednich palców. W tym celu, obnażywszy ścięgno głębokiego zginacza palca IV, na wysokości, odpowiadającej przeciętemu ścięgnu, naciąłem je do połowy grubości poprzecznie, poczem rozszczyliłem podłużnie ku górze i, otrzymawszy w ten sposób pasek ścięgniasty, zeszyłem koniec jego z przeciętem ścięgnem głębokiem palca środkowego. W taki sam sposób odpreparowałem pasek boczny ze ścięgna powierzchownego zginacza wskaziciela i zeszyłem go z odciętym końcem takiegoż ścięgna palca III, poczem zaszyłem ranę skórną. Do szwu używałem katgut. Po upływie 10 ciu dni rana była zagojona. Zginanie palca środkowego było możliwe, aczkolwiek w małym zakresie. Chory wyjechał do domu. Kiedy po upływie 4-ch miesięcy przyjechał do Krakowa i przedstawił się w klinice, ruchy zginające wszystkich palców były zupełnie swobodne i mocne; mógł on palce zarówno zbliżać do dłoni, jak i ścisnąć w pięść, jeżeli ruchy te wykonywał czterema palcami razem, sam zaś trzeci palec zginał się znacznie słabiej. Jest to zrozumiałe, jeżeli uwzględnimy nowo wytworzone stosunki anatomiczne. Tu więc czynność ścięgna palca środkowego udało się rozłożyć na dwa sąsiednie, II i IV, z zupełnie pomyślnym skutkiem, nie nadwyreżając bynajmniej siły i czynności każdego z nich.

W opisanym sposobie przenoszenia czynności mięśni zyskuje chirurgia sposób leczniczy, który zapomocą małych stosunkowo zabiegów operacyjnych może usuwać cierpienia, będące często dla chorego kalectwem. Wskazania do tej metody, jakie wyliczyliśmy powyżej, są zrozumiałe i wynikają z rozważenia stosunków anatomicznych w każdym przypadku chorobowym.

O porażeniach rodzinnych napadowych,

przez S. Goldflama.

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 14).

IV. Doświadczenie z surowicą krwi.

W napadzie z 6 — 8 sierpnia wypuszczono za zgodą chorego, przy zachowaniu możliwych ostrożności aseptyki, około 60 ctm. szśc. krwi z *v. mediana basilica*. Po kilku dniach oddzieliło się tylko około 2 ctm. szśc. czystej surowicy, którą zastrzyknięto do jamy brzusznej świnki morskiej bez wywołania jakichkolwiek objawów.

W napadzie z 26 i 27 sierpnia przystawiono na przednią powierzchnię uda wielkie przyszczydło. Kol. PALMIRSKI, który łaskawie wykonał w swej pracowni wszystkie, w niniejszej pracy przytoczone doświadczenia na zwierzętach, uzyskał aseptycznie ze sztucznie wytworzonego pęcherza około 5 ctm. szśc. płynu surowiczego, który zastrzyknięty śwince morskiej, również okazał się dla niej nieszkodliwym.

Badanie krwi M. R.

Numer bieżący.	Dzień.	Godzina.	Pożywienie.	Stan chorego (napad, lub wolny przestanek).	Ilość leukocytów w 1 mil. szc.	Postacie leukocytów.					U W A G I.
						Limfocyty.		Lenkocyty.			
						małe.	duże.	Przejsio- we.	Neutrofi- lowe.	Eozynofi- lowe.	
1	6. VII.	11 rano.	na czczo	napad od 5. VII. wieczorem, koniec napadu wiecz. 7.VII.	14,200	19,3	1,3	5,5	72,8	1,1	Czerw. krąż. 6,456,000. Hgl. 100%.
2	11. VII	"	"	bez napadu.	7,480	33,1	1,7	5,55	57,0	2,65	Cz. kr. 5,200,000.
3	21. VII	"	"	16-a godz. napadu, (po- czątek napadu wiecz- rem 20. VII, koniec 23. VII rano).	1,3000	2,22	0,6	4,6	70,0	2,6	krew wzięta z ucha.
4	"	"	"	"	13,760	20,4	1,0	4,6	70,6	3,4	krew z lewej ręki porażonej.
5	24. VII.	"	po 2-ch bułkach.	bez napadu.	8,160	41,25	1,5	3,75	49,5	4,0	
6	27. VII	"	na czczo.	"	8,150	40,5	1,25	3,0	52,75	2,5	
7	28. VII	4 po poł.	o 10 rano 3 bułki.	miał uczucie zimna i pragnienie, zapowiedź napadu, który się wszakże nie rozwinął (dużo chodził).	16,160	24,8	0,4	6,8	64,2	3,8	
8	30. VII	1 po poł.	o 12 ³ / ₄ rosół.	9-ta godzina napadu.	14,000	30,5	0,5	3,5	63,25	2,25	
9	31. VII	11 rano	na czczo.	napad trwa.	11,200	27,25	1,25	2,5	66,5	2,5	stolca nie było.
10	1. VIII	1 po poł.	o 11- ej 2 bułki.	koniec napadu o 8 rano.	9,000	30,5	0,5	3,0	64,25	1,75	"
11	2. VIII	10 rano.	na czczo.	bez napadu.	6,840	3,53	1,3	6,0	53,3	4,0	
12	3. VIII.	11 rano.	"	"	8,800	31,0	1,0	6,5	57,0	4,5	siedział godzinę.
13	7. VIII.	11 rano	"	2 dzień napadu.	9,500	27,5	0	4,75	65,5	2,25	
14	8. VIII.	1 1/2 p. p.	1/2 godz. po obiedzie	przed chwilą koniec napadu.	10,560	—	—	—	—	—	w 20 g. po wypuszczeniu 60 gr. krwi.
15	9. VIII.	10 rano.	na czczo.	dzień wolny od napadu.	7,200	33,5	0,75	4,75	57,75	3,25	
16	13 VIII	11 rano	przed 2godz. szklan- ka mleka i menthol	lekki napad od rana.	9,280	31,5	1,0	4,75	58,75	4,0	
17	"	7 wiecz.	o 12 obiad i menthol.	o 12 napad się skończył.	13,600	30,25	0,75	3,5	63,5	2,0	jest głodny, opa- trunek zdjęto, ropa.
18	14 VIII	12 rano.	na czczo.	od 5 rano słaby napad.	8,320	23,4	1,6	4,3	68,1	2,6	nie leży. 15-go rano napad przeszedł.
19	16 VIII	1 1/2 p. p.	przed 1/4 g. mleko, rosół i menthol.	słaby napad od rana.	9,680	29,0	0,25	5,75	62,75	2,25	chodzi.
20	"	8 wiecz.	o 2 mięso i 2 bułki.	o 1 1/2 po poł. koniec napadu.	10,800	33,75	0,5	5,75	58,25	1,75	leukocytoza, trawienna.
21	28 VIII	12 rano.	na czczo.	1 dzień po napadzie.	—	—	—	—	—	—	cz. kr. 6,064,000, Hgl 105%.
22	1. IX.	11 rano.	"	słaby napad od 5 rano.	8,960	32,0	2,8	3,6	57,2	4,4	drugiego dnia napad był zupełnie rozwi- nięty.

Numer bieżący.	Dzień.	Godzina.	Pożywienie.	Stan chorego (napad, lub wolny przestanek).	Ilość leukocytów w 1 mil. szc.	Postacie leukocytów.					U W A G I.
						Limfocyty.		Leukocyty.			
						małe.	duże.	Przejęcio- we.	Neutrofi- lowe.	Eozynofi- lowe.	
23	3. IX.	12 rano.	o 8 rano pół ciastka i herbata.	napad ma się ku koń- cowi.	11,780	30,5	2,75	4,25	61,25	1,25	
24	7. IX.	10 rano.	na czczo.	bez napadu.	7,840	—	—	—	—	—	
25	"	8½ w.	o 12 obiad, o 5 kawa i 2 bułki.	o 5 wiecz. lekki napad, obecnie napad ma się ku końcowi.	10,400	34,5	0,25	3,5	59,75	2,0	napad się skończył o północy.
26	8. IX.	10 rano.	na czczo.	bez napadu.	8,880	31,0	1,25	7,5	55,0	5,25	
27	9. IX.	12 rano.	przed chwilą rosół.	Nad ranem początek napadu.	9,160	32,5	2,0	4,0	57,75	3,75	stolea nie było.
28	"	8¼ w.	o 12 obiad, o 7 piwo.	całkowite porażenie.	10,730	24,0	1,0	9,0	63,5	2,5	"
29	10. IX.	11¼ r.	na czczo.	napad słabnie.	11,160	25,6	1,6	4,4	68,0	0,4	stolea nie było, wieczorem ma się ku końcowi napadu.
30	11. IX.	11¼ r.	"	pogorszenie; na dobre poprawa zaczęła się o 10 r., napad się skończył o 4 p. p.	9,440	31,4	1,4	4,6	61,2	1,4	
31	14. IX.	11 rano.	"	bez napadu.	9,040	3,60	1,6	7,4	5,18	3,2	siedział 2 godziny.
32	15. IX.	11 rano.	"	"	6,800	Lim-	fo-	cy-	to-	za.	
33	16. IX.	10 rano.	"	o 6 bardzo słaby napad, chodzi.	7,480	35,8	0,4	5,2	55,8	2,8	o 7½ kąpiel ciepła.
34	"	8½ w.	o 1½ obiad, o 2 piwo.	bez napadu.	11,600	39,3	0,3	4,0	54,0	2,3	leukocytoza trawienna.
35	18. IX.	10 rano.	na czczo.	"	7,800	34,8	1,6	5,2	55,2	3,2	
36	19. IX.	10¼ r.	"	od 6-ej rano słaby napad, obecnie trochę lepszej.	9,020	35,6	2,0	5,0	54,8	2,6	
37	"	8 wiecz.	o 12 trochę mięsa i kartofli.	o 5 p. p. koniec napadu.	13,160	31,75	0,75	2,25	61,75	3,5	"
38	22. IX.	7 wiecz.	przed 12 obiad (mięso etc.).	bez napadu.	16,880						"
39	24. IX.	11 rano.	na czczo.	"	19,160	Ne-	u-	tro-	fi-	lia.	od wczoraj lekkie typhilitis i perityphilitis.
40	5. XII.	9½ r.	"	zdrów, nie wstawał wcale z łóżka.	6,640	—	—	—	—	—	badanie kontrolujące.
41	8. XII.	3½ p. p.	na czczo.	2 dzień napadu. Porażenie całkowite.	9,240	—	—	—	—	—	stolec był wczoraj.
42	9. XII.	9 rano	"	dalszy ciąg napadu.	7,320	—	—	—	—	—	zaparcie 2 dzień.
43	11. XII	9 rano.	"	wczoraj wiecz. dalszy ciąg napadu, który się w nocy skończył.	9,840	—	—	—	—	—	

Nume bieżący.	Dzień.	Godzina	Pożywienie.	Stan chorego (napad, lub wolny przestanek).	Ilość leukocytów w 1 mil. szesć.	Postacie leukocytów.					U W A G I.
						Limfocyty.		Leukocyty.			
						małe.	duże.	Przejdziowe.	Neutrofilowe.	Eozynofilowe.	
44	17.XII.	10 rano.	„	w nocy początek napadu.	11,000	Ne-	u-	tro-	fi-	lia.	o 5 w. koniec napadu.
45	19.XII.	10 rano.	„	ponowny napad od nocy.	7,600	—	—	—	—	—	porażenie całkowite.
46	„	1 po poł.	na czczo, po elektryzacji.	dalszy ciąg napadu.	8,480	—	—	—	—	—	„
47	„	9 wiecz	na czczo.	„ „	9,000	—	—	—	—	—	„

Liczne te badania krwi i ułożenie tablicy poprzedniej, są dziełem kolegi KLEJNA, któremu w tem miejscu serdecznie składam podziękowanie.

Pzeglądając tablicę powyższą i porównyując ilość leukocytów podczas napadów i w przerwach między nimi, przekonać się łatwo, iż we krwi R. bardzo często podczas napadu naczcho występowała mniej lub więcej wyraźna leukocytoza. Objaw ten był dość stały i wyraźny, szczególnie w początkach obserwacji, później zaś leukocytoza była mniej wyraźną, cyfry jednakże otrzymane były dość wysokie. Najwyższa, otrzymana przy badaniu ilość leukocytów wynosiła 14,200, najniższa — 7,320. W przerwach między napadami ilość leukocytów wynosiła 6,804—9,040, a więc była prawidłowa. Kilkakrotnie także zaznaczono leukocytozę trawienną; występowała ona dość wyraźnie i stale. Raz jeden u R. naczcho znaleziono 19,160 leukocytów, ale zależało to od rozwijającego się świeżego *perityphlitis* (*appendicitis*?).

Co się tyczy stosunku ilościowego rozmaitych postaci leukocytów, to krew R., zarówno podczas napadu, jak i w przerwach między napadami, przedstawiała pewne cechy odrębne, właściwe krwi patologicznej. U R., zamiast 26 — 30% limfocytów małych, znajdowano często przeszło 40%, a więc wybitną limfocytozę, jednocześnie ilość komórek eozynofilowych była dość znaczna (nieraz przeszło 5%). Podczas napadów zaś występowała wyraźna leukocytoza neutrofilowa ze zmniejszoną ilością leukocytów eozynofilowych.

Celem rozstrzygnięcia, czy owa leukocytoza napadowa zależała od przyczyny wywołującej napad, czy też od innych warunków, będących następstwem napadu (np. od zastoju w członkach porażonych, od zaparcia stolca, od długiego leżenia), zbadano krew R. z rozmaitych miejsc ciała jednocześnie, po całonocnem leżeniu R. w łóżku, podczas zaparcia stolca i po opróżnieniu kiszek. Okazało się przytem, iż wszystkie te czynniki na powstawanie leukocytozy u R. nie miały wpływu. Tak np. badanie krwi, wziętej podczas napadu 21. VII. jednocześnie z porażonej ręki lewej i z ucha, dało wyniki prawie jednoznaczne (13,000 i 13,700). Badanie 5. XII. po całonocnem leżeniu i całkowitym spokoju dało cyfrę 6,640. Zaparcie stolca również nie miało wpływu na powstawanie leukocytozy, gdyż występowała nawet wtedy, gdy chory podczas i przed napadem oddawał stolce.

Z tego widzimy, iż leukocytoza u R., zjawiająca się dość stale podczas napadu i znikająca wraz z nim, zależała najprawdopodobniej od tej samej

przyczyny, co i napady, za czem przemawia i ten fakt, iż nawet pomiędzy napadami stosunek ilościowy rozmaitych postaci leukocytów był wyraźnie nieprawidłowy. Ponieważ zaś w danym przypadku o jakimś, wyraźnie określonym, znanym cierpieniu zakaźnym, wywołującym leukocytozę, mowy chyba być nie może, pozostaje zatem przypuszczenie, iż leukocytoza u R. zależy od zatrucia ustroju jakąś substancją chemiczną, być może, wessaną z kiszek albo też wytwarzającą się w innem miejscu ustroju (mięśnie?).

(D. c. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

O KRZYWICY. ⁽¹⁾

Napisał **Seweryn Sterling** (Łódź).

Krzywica jest chorobą ustrojową, właściwą wiekowi dziecięcemu i polegającą głównie na wadliwym tworzeniu się kości. Jest to zaburzenie swoiste, charakteru zapalnego (2), w tkankach kostnienia.

Zmiany anatomiczne. Jeżeli pod uwagę weźmiemy fakt, że w poglądach na sprawę prawidłowego rozwoju układu kostnego wcale nie ma ścisłej zgody, nie zdziwi też nas brak jednolitości w poglądach na to, co przy rozpatrywaniu zaburzeń w kostnieniu ma być uważane za będące w granicach prawidłowych, co zaś za leżące poza nimi.

Prawidłowy przebieg kostnienia jest sprawą zawilą, pojedyncze jego okresy różnie są przez różnych badaczy rozumiane, a obraz histologiczny różnie tłumaczony. To, co dla jednego jest typowe, dla drugiego leży już poza granicami prawidłowego przebiegu sprawy kostnienia.

Chwiejność ta odbiła się na poglądach lekarzy-praktyków. Widząc pewną niezgodność w rozumieniu zmian patologicznych, za podstawę sprawie krzywicowej służących, usuwają całą tę kwestyę nieco na plan drugi, nie zdając sobie nazbyt często wcale sprawy z tego, że zaburzeniom krzywicowym zawsze okroślony, bądź co bądź, obraz histologiczny towarzyszy, — obraz, którego rysy zasadnicze są przez ogół badaczy uznawane.

Po pracach GUÉRIN'a (3), LOBSTEIN'a, TROUSSEAU i LASEGUE'a (4), którzy spostrzegali zmiany w ukrwieniu kości krzywicowych, VIRCHOW (5) właściwie opisał obraz zmian, zachodzących w kościach i naczyniach kostnych przy krzywicy. Nadmiernie rozwinięty pas rozrodczy chrząstki, pełny plam czerwonych, robi nań wrażenie napelnionego wyboczyną. Plamy czerwone odpowiadają tym „częściom chrząstki, które są obficie unaczynione, zawierają okienka w tkance szpikowej i są w swem kostnieniu powstrzymane.“ Zgrubienia okostnej opisuje, jako podobne do pumesu masy czerwone, obfitujące w naczynia i krew. Szpik trzonu kości długich jest przekrwiony; czerwony szpik napelnia okienka istoty gąbczastej kości czaszkowych. Uderza go więc przekrwienie powszechne w kościach krzywicowych, przekrwienie w ich szpiku, chrząstce i okostnej. Dlatego za prawdopodobne uważa, że odbywa się tu sprawa zapalna i, jak się wyraża, nie możnaby się dziwić temu, ktoby mówił o *periostitis rachitica*. Byłby to przykład nowy zapalenia mięszsowego i, analogicznie do innych zapaleń, zrozumiałe byłoby, jak przy zakłóceniu stosunków obiegu opóźnia się osadzanie soli wapiennych w obficie nowotworzącej się tkance.

Podobne na sprawę krzywicy zapatrywania innych badaczy (6) poprzedziły pracę KASSOWITZ'a (7), która stanowi podstawę współczesnej anatomii patologicznej krzywicy.

KASSOWITZ wykazał, że zmiany krzywicowe polegają na nadmiernem rozradzaniu się komórek chrzęstnych i komórek warstw podokostnowych, przy równoczesnem obfitem nowotworzeniu się naczyń w chrząstce, ochrzęstnej i okostnej. Nadmiernie wytworzone naczynia nie pozwalają osadzać się wapna w nowopowstającej tkance, a nawet odwapniają już skostniałą. Jest to analogia ze sprawą, zachodzącą w tkance narosli kostnych (*osteophytum*), również ubogiej w wapno. Podobnie też widzimy przy zapaleniu kości rozrzedzającym znikanie tkanki kostnej w sąsiedztwie nowowytworzonych naczyń, dzięki rozplywaniu się wapna.

Przy krzywicy, dopóki trwa stan przekrwienia zapalnego, osadzanie się wapna jest zniesione lub zmniejszone, zupełnie, jak przy zapaleniu okostnej kostniejącą (*periostitis ossificans*) i innych sprawach nowotworzenia się kości na gruncie zapalnym.

Anatomo-patologiczna istota sprawy krzywicowej w kościach polega na istnieniu warunków następujących: 1) wzmóženem chorobliwie unaczynieniu tkanek kostnienia; 2) zwolnionem lub powstrzymanem osadzaniu się wapna, a nawet rozplywaniu się już zwapniałych części (8); 3) nadmiernym rozroście tkanki kostnienia dzięki rozmnażaniu się komórek chrzęstnych na nasadach i komórek tkanki włóknistej podokostnej na trzonie kości.

Nie są więc pierwiastki morfologiczne kości krzywicowych czemś wręcz nieprawidłowem; są to wytwory kostnienia prawidłowego, spaczone jednak w swem natężeniu, rozmiarach i trwaniu (9). Zmiany krzywicowe są skutkiem beładnego tworzenia się kości, ale w beładzie tym tkwi pewna swoistość, stale danej sprawie chorobowej właściwa (10).

Kiedy z czasem kość, przez krzywicę zmiękczona, powróci do stanu zbitości prawidłowej, kiedy sprawa krzywicowa się skończy, a wapno w tkance się osadzi—otrzymamy wtedy tkankę zbitą, ścisłą, o twardości kości słoniowej (*ebur*).

Co się tyczy zmian anatomicznych makroskopijnych, jakim oddzielne kości podlegają, to zniekształcenia, jakie spostrzegamy w tej mierze, wahają się w bardzo szerokich granicach.

Zasadniczą cechą charakterystyczną jest tu zmniejszenie zwykłej twardości kości. Zmniejszona twardość okazuje różno stopniowanie, od niewyraźnej ugiwalności aż do zupełnego zwiótczenia, do stanu „pergaminu“ albo „ciasta“.

Kości czaszki, krzywicy uległe, są ścięnione, poddają się uciskowi palca, ulegając często odwapnieniu i przekrwieniu do tego stopnia, że krajać się nożem dają. Toteż dla zrobienia z takich kości preparatu drobnowidzowego nie uciekamy się do traktowania ich kwasem; raczej do alkoholu pogrążyć je należy.

Zanik czasowy zdolności kostnienia sprawia opóźnianie zrastania się szwów czaszkowych, które zostają otwarte, zarówno, jak i ciemniaczka.

Z kości czaszki najczęściej potylicowa ulega rozmięczeniu krzywicowemu. Jakkolwiek niektórzy badacze chcą widzieć pewien stopień zmiękczenia kości potylicowych u noworodków za objaw, w granicach fizjologicznych będący, zdania swego nie opierają na badaniach histologicznych. Te ostatnie bowiem stale pouczają, że tam, gdzie za życia istniały na czaszce miejsca zmiękczone, elastyczne, podatne na ucisk, po śmierci okazały się swoiste zmiany krzywicowe (12).

Rozmięczenie kości potylicowych, znane pod nazwą kliniczną *craniotabes* (13), występuje bądź w postaci oddzielnych wysepek, krzywicą zajętych, bądź zajmując większe ustępy kości aż do całej skorupy; jednocześnie brzegi, które szwy tworzą, w czaszce prawidłowej przy urodzeniu tak twarde, jak i skorupa, stają się miękkimi, zanikają.

Równoległe z tymi objawami, które świadczą o przewadze sprawy rozplywania się kości, widzimy objawy nowotworzenia się tkanki kostnienia w innych miejscach czaszki, gdzie znajdujemy guzy i nawarstwienia charakterystyczne. Nawarstwienia

takie na czaszce powiększają np. rozmiary guzów czołowych i ciemieniowych (*tubera frontalia et parietalia*). Wszystkie takie zmiany w kościach zniekształcają czaszkę, powodują asymetrię i potworności głowy. Na 760 czaszek dziecięcych krzywicowych, badanych antropometrycznie (14), znaleziono u 79,6% kształt czaszki krótkogłowy, u 7,4%—długogłowy, a ledwie 13%—pośredniogłowych. Jest to skutek wydłużania się jednego ze wskaźników czaszki, lub też obu — podłużnego i poprzecznego.

Czasami tylna część czaszki rozwija się silniej, stając się szeroką, kiedy przodnia pozostaje wąską; mamy wtedy t. z. czaszkę trójkątną (*trigonocephalia*). Czasami dzieje się przeciwnie, a wtedy mamy spłaszczenie potylicy przy silnie wydłużonej czole (*frons quadrata*) (15).

Objętość głowy wzrasta czasem dzięki nawarstwieniom okostnym w tym stopniu, że np. u rocznych dzieci objętość głowy przewyższa czasem o 7,5 ctm. objętość piersi. Niemniej pozór dużej głowy, jaką przedstawiają krzywicowi, nie sprawdza się zwykle, jeżeli ją zmierzymy. Pozór ten spowodowany jest przez samą niekształtność czaszki z jednej strony i przez zakłębienie się klatki piersiowej — jej zmniejszenie się — ze strony drugiej.

Małe zaokrąglenie się stropu czaszki wraz z rozwiniętymi guzami (czołowymi i ciemieniowymi) powoduje czworoboczny i płaski pozór czaszki, z góry oglądanej.

Opóźnienie zarastania ciemączka czołowego wyraża się bądź powiększaniem tegoż, bądź tylko brakiem sprawy kostnienia, która normalnie powoduje zamknięcie się ciemączka. W każdym z tych przypadków mamy nieodpowiednie do wieku dziecka rozmiary ciemączka czołowego.

Samą postać ciemączka, zwykle rombiczną, znajdujemy zmienioną, w zależności od zmian w kątach i bokach ciemączka.

Przedewszystkiem więc boki ciemączka nie przecinają się wzajem, ponieważ przechodzą bezpośrednio w oddalone od siebie brzegi szwów kostnych. Następnie, brzegi ciemączka, zwykle wygięte na wewnątrz, bywają, dzięki rozplywaniu się soli wapiennych, zrównywane lub nawet wygięte na zewnątrz.

Z powodu nierównomiernego narastania i zachodzącej w punktach oddzielnych sprawy odwapniania brzegów kostnych ciemączka,—dzięki więc temu, że kość narasta na ciemączko nie równomiernie, lecz w postaci występów zygzakowatych, spotykamy najróżnorodniejsze kształty brzegów kostnych, względnie różne kształty ciemączek, które noszą wtedy nazwy: trójkątnego, podobnego do halabardy, krzywego, poprzecznego, podłużnego i t. d.

Jeżeli w chwili zakończenia się sprawy chorobowej brzegi kostne ciemączka są przez nowotworzenie się tkanki kostnienia zgrubiałe, natenczas kostnieją one jako takie, a czaszka w miejscu zarosnięcia ciemączka ma guzy, zgrubienia. Przeciwnie, jeżeli brzegi ciemączka skostnieją, będąc ściśnione, mamy na miejscu ciemączka stałe zagłębienie. Jeżeli równocześnie rozwinęły się silne guzy czołowe i ciemieniowe, mamy, przy istnieniu zagłębienia pośrodku czaszki, postać, zwaną „czaszką cztero-pagórkową“ (16).

Czasami znajdujemy u dzieci krzywicowych otwarte aż do czwartego miesiąca życia ciemączko potylicowe.

Przekrwienie krzywicowe, jakie na kościach czaszki istnieje, dotyka często i tkanek sąsiednich. Znajdujemy mianowicie w *endocranium* i *pericranium* oraz w oponach mózgowych—zwiększoną liczbę naczyń krwionośnych, ich napelnienie i rozszerzenie.

Na twarzy wywołuje krzywica zmianę w kształcie szczęk. Dolna szczęka opisuje zwykle parabolę; przy krzywicy znajdujemy postać kańczastą, wielokątną (17), przy czem wyrostek zębodołowy jest przegięty na wewnątrz, a skrzydła żuchwy schodzą się z jej ciałem pod kątem, w okolicy zewnętrznych siekaczy. Tym sposobem siekacze

leżą na jednej linii prostej, a kły patrzą ku przodowi swą powierzchnią boczną. Zęby trzonowe są zwrócone ku górze i na wewnątrz.

Szczeka górna (18) jest zwężona w miejscu przyczepu mięśnia jarzmowego (*m. zygomaticus*) i wystaje ostrym kątem. Na wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni tej kości znajdujemy nawarstwienia kostne (19). Wyrostek zębodołowy jest zwrócony na zewnątrz, a zęby ułożono nieprawidłowo, często nachylone z zewnątrz i z przodu na wewnątrz i wtył. Przy ustach zamkniętych leżą siekacze szczęki górnej przed siekaczami szczęki dolnej, nie dotykając ich wcale. Zęby trzonowe górne stoją brzegami wewnętrznymi swych koron na powierzchni żuwającej odpowiednich zębów szczęki dolnej, a nawet na brzegach zewnętrznych ich koron.

Ilość zębów nie odpowiada wiekowi, ponieważ przy krzywicy wyrzynają się one późno. Zęby nie tylko łatwo się psują, ale wyrzynają się już nieprawidłowo zbudowane.

Kręgosłup znajdujemy dotknięty krzywicą głównie w obrębie dolnych kręgów piersiowych i kręgów lędźwiowych. Skutkiem jej jest wykrzywienie ku tyłowi (*kyp-hosis*), które jest niejako powiększeniem przegięcia, istniejącego tu prawidłowo; do wykrzywienia ku tyłowi dołącza się w górnej części kręgów piersiowych wykrzywienie boczne (*scoliosis*), zwykle na prawo. Dla utrzymania równowagi powstają nowe skrzywienia, zwykle w okolicy kręgów szyjowych. Jednocześnie stos pacierzowy wykręca się wkoło swej osi podłużnej, przyczem ciała kręgów są zwrócone ku wypukłości, a wyrostki ościste ku wklęsłości garbu.

Na chrząstkach żeber znajdujemy zgrubienia różnego stopnia, zwykle więcej wyrażone ze strony powierzchni wewnętrznej, ku opłucnej zwróconej. Często po za każdym takim zgrubieniem jest żebro ze strony zewnętrznej zagłębione, a szereg tych zagłębień tworzy jakby rowek na ścianie przodowej klatki piersiowej, po obu stronach mostka. Tyłne części żeber nie przedstawiają się zaokrąglonemi, lecz płaskimi, i łączą się z częściami przednimi pod kątem ostrym. Mostek jest spłaszczony. Obojczyki, zwykle zgrubiałe, są silnie ku przodowi wygięte.

Klatka piersiowa, jako całość, wykazuje różne zniekształcenia w zależności od zmian pojedynczych elementów kostnych, ją składających. Najmniejszy stopień zniekształcenia przedstawia asymetria obu połów klatki piersiowej.

Często spotyka się boczne spłaszczenie żeber, dochodzące do tego stopnia, że tworzy się po bokach klatki piersiowej, w jej górnym ustępie, wyraźne zagłębienie. Jednocześnie dolny ustęp klatki ma zębra daleko odstające. Dzięki podatności żeber tworzy się na klatce piersiowej bruzda poprzeczna, odpowiadająca miejscom przyczepu przepony. Dzieli ona klatkę piersiową na dwie połowy, górną i dolną. Taką postać klatki piersiowej, u góry wąskiej, u dołu rozszerzonej nadmiernie, słusznie porównano do kształtu gruszki.

Inne znamię krzywicowe przedstawia grzbiet płaski, przechodzący pod ostrym kątem w boczną ścianę klatki piersiowej.

Zniekształcenie klatki piersiowej zmienia postać mostka, który często bywa u góry wypchnięty ku przodowi; silniejsze wypchnięcie tego rodzaju tworzy garb przedni. Czasem rękojeść jest tak zagięta, że zwróconą zostaje ku górze, ku podbródkowi.

Diagramy, zdejmovane przy pomocy cyrtometru WOILLER'a, wykazują, jak różnorodne w swej nieprawidłowości są zniekształcenia postaci klatki piersiowej, jak dalece różni się klatka piersiowa krzywicowa od zdrowej.

Zniekształcenia krzywicowe miednicy (20) są przeważnie u dorosłych badane, czyli w epoce, kiedy zniekształcenia te uległy zmianom i są niejako mniej charakterystyczne. Ponieważ badania miednic dziecięcych są mało znane, przytaczam kilka cyfr odnośnych, które wykazały, że miednica dziewcząt, krzywicą dotkniętych, ma też same

cechy zasadnicze, jakie ma i u kobiet dorosłych, że mało się różnią miednice krzywcowe dziewczęce od chłopców.

K r z y w i c o w i (14).								Wiek.	Z d r o w i (21).							
D. spin.		crist.		troch.		D. Baudel.			D. spin.		crist.		troch.		D. Baudel.	
Chł.	Dz.	Chł.	Dz.	Chł.	Dz.	Chł.	Dz.		Chł.	Dz.	Chł.	Dz.	Chł.	Dz.	Chł.	Dz.
								Miednica								
16,5	16	17	16,5	18,0	18,0	7,5	8,0	5-letnich	13,9	13,0	17,5	15,6	18,0	17,16	9,6	9,8
18,5	18,0	19,0	18,0	22,5	23,0	11,5	10,5	10 „	16,5	17,0	20,8	20,3	22,58	20,83	13,16	13,83
21,5	22,0	22,5	23,0	23,0	23,5	11,6	11,5	14 „	18,66	20,3	22,83	24,0	26,3	25,8	14,25	15,3
21,0	22,0	23,5	27,5	26,0	28,0	12,3	13,0	16 „	21,5	22,3	24,4	26,5	28	30,3	14,92	18,5
24,0	22,5	26,0	25,0	30,5	30,0	15,0	14,5	20 „	25,5	23,3	29	28,5	31,3	30,5	17,3	19,3

Na kończynach mamy stale bądź zgrubienia na nasadach, bądź skrzywienia, nagięcia, skręcenia, nadłamania na trzonie. Zgrubienia u nasady najczęstsze są na dolnych końcach kości przedramienia. Skrzywienia znajdujemy raczej na kończynach dolnych, jakkolwiek znajdować się mogą i na trzonie kończyny górnych.

Na nogach znajdujemy: kolano koślawe (*g. valgum*), kolano szpotawe (*g. varum*), różne przegięcia kości, najczęściej kości goleni, aż do postaci „szablowatej“.

Stale spotykane przy krzywicy zniekształcenia dotyczą się tylko kości. Zmiany anatomiczne w innych narządach są pochodzenia wtórnego. Do takich zmian zaliczyćby można oznaki nieżyty dróg trawiennych, a, jak chcą niektórzy, i rozstrzeń żołądka, czasem zanik ścian kiszek. Śledziona (i wątroba) bywa zwiększoną, czasem zwyrodnioną tłuszczowo lub skrobiowato. Gruczoły chłonne, przy krzywicy niepowikłanej, rzadko są powiększone. W płucach mamy obraz nieżyty, niedodmy (*atelectasis*). Serce bywa czasem powiększone. W mózgu czasem przekrwienie opon, nieco płynu między oponami mózgowymi i w jamach mózgowych. Przy istnieniu powikłań występują zmiany, każdemu z nich właściwe. (C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

41. L. LETZERICH. **Spostrzeżenia i badania nad etyologią i patologią grypy wraz z uwagami, dotyczącymi leczenia.** W szeregu badaczy, którzy zajmowali się istotą grypy i jej etyologią, LETZERICH'owi słusznienależy się miejsce wybitne. Był on mianowicie jednym z pierwszych, którzy we krwi chorych dostrzegli i opisali pewne ciała, znane obecnie powszechnie pod nazwą „*bacillus influenzae*“. Dalsze badania PFEIFFER'a, KITASATO i CANON'a wyjaśniły sprawę o tyle, że obecnie otrzymanie hodowli zarazka stało się rzeczą nader łatwą. Bardzo dobrą glebą do hodowli wspomnianych drobnoustrojów przedstawiają kartofle, należy jednak dbać o to, aby te ostatnie po ugotowaniu nie stawały się zbyt mączaste. Po zaszczepieniu badanego ośrodka na kartoflu, już po upływie 6—8 godzin, przy ciepłocie 36—37° C., udaje nam się otrzymać czyste hodowle w postaci wzniesionych, galaretowatobłyszczących, o nieprawidłowych zarysach kolonii. Preparaty, barwione w ciągu 10—15 minut błękitem metylowym, ogrzanym do 37° C., wykazują częściowo proste, częściowo jajowate lub też lekko zagięte laseczniki, których część środkowa barwi się słabiej, aniżeli kopułowato zaokrąglone końce, tak, iż przy powierzchownem badaniu drobnoustroje te robią wrażenie dwuziarniaków. Rozmnażanie się laseczników odbywa się drogą podziału, przyczem każda połowa daje początek nowej

pałeczce, rozwój zaś wogóle jest bardzo szybki. Co się tyczy swoistości danych drobnoustrojów, to nie powinna ona ulegać wątpliwości, aczkolwiek bowiem doświadczenia na zwierzętach dotychczas nie doprowadziły do pewnych wyników, to jednak stała obecność danych mikrobów we krwi i w moczu podczas choroby, znikanie ich w miarę powrotu do zdrowia, zarówno jak stałe cechy morfologiczne i cechy hodowli przemawiają dostatecznie na korzyść wypowiedzianego już w 1889 roku przez autora twierdzenia, że grypa jest grzybicą krwi, wywołowaną przez zarazek swoisty. Dwojakie są wrota, któremi ów zarazek przenikać może do ustroju: przewód oddechowy i przewód pokarmowy. Twanie okresu zwiastunów nie daje się ściśle określić, zazwyczaj jednak pierwszy napad choroby występuje nagle, objawiając się silnymi dreszczami i gorączką, dochodzącą niekiedy do 40,2° C. Jednocześnie z gorączką dają się zauważyć zapalno-nieżytowe objawy ze strony błon śluzowych gardzieli, krtani i tchawicy; niekiedy, zwłaszcza, gdy choroba wybuchła nagle, występują silne bóle głowy, umiejscowione przeważnie w granicach rozgałęzienia nerwu trójdzielnego. Nieżyt górnych części dróg oddechowych posiada tę charakterystyczną cechę, że przy pewnym stopniu natężenia powodować może krwawienie z naczyń włosowatych, co zwłaszcza często zauważyć się daje w płwocinie dzieci osłabionych i osób starszych; wogóle zaś nieżyt wspomniany chętnie przybiera charakter uporczywy. W takich razach przy badaniu znajdujemy zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej migdałów, języczka, podniebienia miękkiego i tylnej ściany gardzieli; badanie wziernikiem wykazuje nam podobny stan krtani i przeważnie tchawicy. Płwocina, zwłaszcza, jeżeli jest zabarwiona krwią, wykazuje stale laseczniki swoiste, co też z łatwością daje się stwierdzić drogą hodowli. Jeżeli do objawów powyższych przyłącza się ostry nieżyt oskrzeli, wówczas płwocina przybiera charakter wodnisty, z niewielką domieszką gęstego śluzu, przyczem uporczywy kaszel, połączony z dotkliwym uczuciem palenia wzdłuż mostka, dręczy chorych we dnie i w nocy.

Zapalenia płuc i opłucnej, jakie się w przebiegu grypy nieraz zauważyć dają, odznaczają się niezbyt groźnym względnie przebiegiem; mówiąc to, mamy jednak głównie na myśli osoby zdrowe i silnie zbudowane, gdyż osobniki schorowane, dzieci i starcy nieraz już padali ofiarą wspomnianych powikłań.

Wysięk przy zapaleniu grypowym opłucnej w większości przypadków bywa surowiczy i, w miarę powrotu do zdrowia, szybko ulega wessaniu; notowano jednak już nieraz przypadki wysięków ropnych; niejednokrotnie nawet spostrzegano nagle obostrożenie objawów dawno już istniejącej gruźlicy i śmierć wskutek *phthisis florida*.

Co się tyczy narządów trawienia, to w przebiegu grypy spotykamy tu pewne zmiany swoiste, zasługujące na bliższe rozpatrzenie. Przedewszystkiem tedy, „język grypowy“, jak go autor nazywa, przedstawia cechy następujące: brzegi i koniec języka o odcieniu matowym, grzbiet i nasada pokryte białą lub żółtawą powłoką, cała powierzchnia sucha, zwłaszcza zaś wzdłuż linii środkowej, która często odznacza się żywą, ciemno-czerwoną barwą. Suchość języka sprowadza niedające się niczem ugasić pragnienie i przytępienie smaku wraz z niechęcią do jadła. Stan żołądka odpowiada objawom zwykłego nieżytu: brak łaknienia, odbijanie, nudności, niekiedy wymioty, rzadziej silna bolesność — oto objawy, które możnaby częściowo także czynić zależnymi od podrażnienia splotu trzewowego przez toksyny.

Przewód kiszkowy często bywa siedliskiem wielce dotkliwych bólów, a stan nieżytowy ujawnia się w obfitych niekiedy biegunkach. Udział wątroby w stanie chorobowym kiszek, zdaniem autora, jest niewątpliwy, żółtaczką wszakże należy do nader rzadkich objawów grypy.

Śledziona nie przedstawia widocznych zmian w żadnym prawie przypadku, natomiast nerki przyjmują prawie stale udział w ogólnym zakażeniu, co się objawia pewną, aczkolwiek niewielką, ilością białka (niekiedy znajdowano i cukier) w moczu i dużą ilością w osadzie laseczników grypowych, które z łatwością dają hodowle na kartoflu; ze strony pęcherza moczowego zauważono objawy lekkiego nieżyty, połączone z częstym i bolesnym nieco oddawaniem moczu.

Zakażenie nie oszczędza również i błon surowiczych: autor spostrzegł dwa przypadki lekkiego zapalenia osierdzia i jeden ciężkiego ropnego zapalenia błony białej jądra z zejściem śmiertelnym.

Godne uwagi są również powikłania grypy przez przerzutowe ropnie tkanki podskórnej i wielorakie, wypryskowe postacie zapalenia skóry. Zawartość po-

dobnych ropni i krost we wszystkich spostrzeganych przypadkach była jednakowa: składała się ona z krwawo zabarwionego płynu ropnego i większej lub mniejszej ilości laseczników grypowych; bujanie drobnoustrojów w przestrzeniach chłonnych skóry zazwyczaj wymagało dłuższego (w ciągu 2 — 3 miesięcy) leczenia przeciwnielego, przyczem w dwóch przypadkach wykwitły skórne stopniowo zajęły całe ciało, a tworzeniu się coraz to nowych ognisk stale towarzyszyły dreszcze. Podobne dane wskazują nam, jak ostrożnie postępować należy z chorymi na gripę, gdyż, wobec możliwości długotrwałego bujania zarazka w tkance podskórnej, ustrój przez czas dłuższy narażony jest na skutki zakażeń wtórnych.

Ze strony układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego również spostrzegać się dawały objawy chorobowe. Autor spostrzegał w kilku przypadkach grypy zaburzenia w *sensorium commune*, połączone z bredzeniem i przypominające obłęd prześladowczy; objawy te jednak znikwały w miarę poprawy stanu ogólnego. Znacznie uporczywsze bywają zaburzenia, występujące w nerwach obwodowych. W sferze ruchowej zauważono niedowład pewnych grup mięśni kończyn i to tylko mięśni wyprostnych; wspomnieć również tu należy o uciążliwych bardzo dla chorego drganiach mięśniowych. W sferze czuciowej często zdarzają się nerwobóle w różnych miejscach układu nerwowego; przeważnie dotyczy to nerwu trójdzielnego (rwa nad- i podoczołowa) i nerwów międzyżebrowych. Dla uzupełnienia obrazu grypy wspomnieć tu należy jeszcze o ogólnym osłabieniu i rozdrażnieniu nerwowem, mogącem sprowadzić objawy bredzenia i zadumy, wreszcie o bezsenności, przerywanej niekiedy widzeniami sennymi i urojeniami w sferze nerwu ocznego, węchowego i słuchowego.

Leczenie grypy, jak i innych chorób zakaźnych, nie może być objęte żadnem prawidłem, albowiem leku swoistego do zwalczania tej choroby dotychczas nie posiadamy; w każdym tedy przypadku sposób postępowania może być inny. W lekkich przypadkach wystarcza najzupełniej usunięcie chorego z pod wpływu zmian powietrznych i unormowanie pożywienia i sposobu życia: lekko strawne pokarmy, leżenie w łóżku, a zwłaszcza niezbyt wczesne wypuszczanie z domu—oto wskazówki, które przedewszystkiem mieć należy na uwadze. Jako środek pomocniczy przy leczeniu grypy autor poleca fenacetynę w dawkach 0,35 *pro dosi*, co 3 godziny proszek. Przy ciężkim przebiegu choroby z silnymi objawami nieżyłowymi i podrażnieniem nerek autor oprócz fenacetyny z bardzo dobrym skutkiem stosował lek następujący: Rp.: *Natr. benzoici* 10,0 — 15,0; *Resorcini sublim.* 1,0; *Solve in Aquae destill.* 145,0 — 150,0; *Syr. cort. aurant.* 20,0; *D. in vitro nigro*; *S.* co dwie godziny łyżkę dla dorosłych (łyżeczkę dla dzieci).

Przeciw niedowładowi mięśniowemu autor stosował kąpiele, połączone z mięsieniem; inne powikłania leczono według zasad ogólnych.

W czasie powrotu do zdrowia autor stosował odwar z kory chinowej wraz z rozczyntem jabłkanu żelaza.

(*Zeitschr. für klin. Medicin.* 1895. Heft III und IV).

J. Brunner.

42. O. SILBERMANN. Cierpienia komory prawej serca w przebiegu krztuśca. Opierając się na pięciu przypadkach krztuśca, powikłanego, w trzecim i czwartym tygodniu choroby, białkomoczem, nieżytem oskrzeli włosowatych i rozszerzeniem komory prawej serca, autor zastanawia się nad mechanizmem tego ostatniego powikłania. Pod tym względem przyjmuje on dwa czynniki: 1) nieżyt oskrzeli włosowatych rozlany; 2) gwałtowne wydechy, przy których pracują wszystkie mięśnie oddechowe, przerywane tylko od czasu do czasu krótkimi wdechami. Następstwem nieżyty oskrzeli włosowatych, połączonego z ogniskami bronchopneumonii, jest zastój żylny w naczyniach włosowatych płuc, a więc i zastój w sercu prawem i w narządzie żylnym w ogólności. Lecz sam zastój nie może jeszcze sprowadzić rozszerzenia serca prawego; do wywołania go przyczyniają się jeszcze gwałtowne i długie wydechy, połączone z zaduszaniem, podczas napadów krztuśca. W czasie tych napadów głośnia się zamyka i ciśnienie wewnątrzplucne powiększa się, utrudniając jeszcze więcej krążenie w naczyniach włosowatych płuc i, co za tem idzie, utrudniając opróżnienie komory prawej, która w końcu ulega rozszerzeniu. Z pięciu spostrzeganych przypadków jeden zakończył się śmiercią. Przy badaniu pośmiertnem autor znalazł komorę prawą ścięczałą i rozszerzoną. Mięśnie i otwory jakoteż zastawki były zupełnie prawidłowe; tylko mechanizm zastawki trójdzielnej nie był wystarczającym skutkiem rozszerzenia komory prawej. (*Archiv f. Kinderheilk.* 1894 vol. XVIII. str. 24).

W. K.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 marca r. b.

TREŚĆ: 1) A. ROSENTHAL i RYCHLIŃSKI—przedstawienie mózgu i rdzenia ze zmianami przymiotowemi. 2) NEUGEBAUER—przedstawienie przypadku hermafrodytyzmu. 3) KOSIŃSKI — przedstawienie a) nerki wyciętej z powodu wodonercza; b) promienicy szczęki dolnej. 4) HERYNG — odczyt: „O możliwości lokalizacji zastrzykiwań płynów barwnych do miąższu płuc u zwierząt i na trupach.“ 5) JAWDYŃSKI — przedstawienie a) chorego po całkowitem wycięciu nerki; b) chorego po wyłuszczeniu guza nosogardzielowego; c) chorego po nefropeksyi. 6) JAWDYŃSKI i BRODOWSKI — opis przypadku i przedstawienie preparatu torbieli gruczołu tarczowego.

1) Kol. A. ROSENTHAL i RYCHLIŃSKI przedstawiają mózg, zasługujący na uwagę ze względu na znaczne bardzo rozmiękczenie. Pierwsze objawy mózgowe u mężczyzny, od którego mózg ten pochodzi, wystąpiły w rok po zarażeniu się przymiotem. W części szyjowej rdzenia znajdują się jamy, prawdopodobnie pochodzenia rozpadowego, i szczegól ten, zdaniem kol. RYCHLIŃSKIEGO, potwierdza pogląd jego o możliwości wytwarzania się jam w rdzeniu na tle przymiotowem.

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawia 16-letniego osobnika, zapisanego w aktach jako kobieta i przedstawiającego rzadkie zboczenia narządów moczowo-płciowych. Przy badaniu okazało się: ogólny wygląd, głos i krtań męskie; na wardze górnej zarost; na głowie włosy długie. *Mons Veneris* płaski, kończyny włosem obfitym porosłe. Łechtaczka długości 5 ctm jest raczej rozszczepionem prąciem męskim. Wargi sromowe większe, jak również szczątkowe wargi małe. Pomiędzy wargami sromowymi — otwór sromowy, w głębi którego otwiera się cewka moczowa kobieca, poniżej pochwa wążka, długości 2—3 ctm., z błoną dziewiczą; gruczołu krokowego nie wyczuto, natomiast znaleziono coś w rodzaju więzadeł szerokich; macicy nie można było wyczuć dokładnie. Jajników niema, w obu wargach większych znaleziono po jądrze z przyjądrzem ze sznurkiem nasiennym. Jądra są małe. Ani wycieku nasienia, ani miesiączki dotychczas nie było. Popędów płciowych osobnik ten nie doznawał, oświadcza jednak, że woli towarzystwo kobiece, niż męskie. N. sądzi, że osobnik ten jest mężczyzną o *hypospadiasis* i ze spóźnionem opuszczaniem się jąder i przypuszcza, że z czasem zjawiają się popędy płciowe, skłonność do kobiet i wyciek nasienia, i radzi zamianę w aktach cywilnych płci żeńskiej na męską.

3) Prof. KOSIŃSKI przedstawia: a) nerkę, którą usunięto z powodu wodonercza prawego. Po wycięciu guza zapomocą laparotomii okazało się, że zawiera on kilka litrów płynu jasno-krwawego. b) Następnie kol. Kosiński przedstawia guz szczęki dolnej, pochodzący od 13-letniego chłopca, który przybył do kliniki chirurgicznej z guzem szczęki dolnej i nacieczeniem rozlanem w okolicy skroniowej prawej. Z wywiadów dowiedziano się, że przed dwoma laty chory uderzył się kijem w szczękę dolną z prawej strony, gdzie wkrótce zaczął się tworzyć guz. Po upływie pewnego czasu pod kątem szczęki wytworzył się ropień, który pękł, pozostawiając przetokę. Guz zwolna powiększał się. Od roku w okolicy skroniowej prawej chory zauważył drugi guz rozlany. Rozpoznano przypuszczalnie mięsaka. 16. III. r. b. prof. Kosiński wykonał resekcję szczęki dolnej. Usunięto $\frac{1}{3}$ część szczęki. Po przecięciu rozlanego nacieczenia w okolicy skroniowej, wypłynęła nieznaczna ilość ropy. Drobnowidzowe badanie ropy wykazało obecność grzybków promienicy. W końcu prof. K. zaznacza, że promienicy na szczękach w postaci guza u ludzi nie spotykano dotychczas; u zwierząt, a szczególnie u wołów, jest to postać zwykła.

4) Kol. HERYNG w odczycie swym zaznacza przedewszystkiem przyczyny niedowiarstwa lekarzy do wyników pomyslnych leczenia suchot płucnych i wogóle przyczyny ujemnych wyników leczenia tego cierpienia, na które zapatruje się jako na zatrucie i wypowiada zdanie, że potrzeba szukania nowych dróg leczenia chorób przewlekłych płuc, pomijając już gruźlicę, jest w każdym razie na czasie i może dać niespodziewane wyniki lecznicze po dokładnem zbadaniu doświadczalnem i po wynalezieniu techniki. Usiłowania miejscowego działania na chore płuca znane są oddawna. Ze wszystkich metod, w tym celu stosowanych, z których niektóre są bezskuteczne, niektóre zaś niebezpieczne, najwłaściwszą, zdaniem H., jest wewnątrzkrążeniowa metoda wprowadzania płynów do płuc, gdyż przemawia za nią: 1) zachowanie w całości tkanek płucnej i nieuszkodzenie naczyń; 2) przedostanie się płynów przez oskrzela do pęcherzyków; 3) działanie leku przez wchłanianie na krew, przez drogi chłonne na gruczoły, *resp.* na złogi lasoczników w nich zawarte i 4) technika łatwa w zastosowaniu.

Następnie mówca podaje historyczny rozwój wspomnianej metody leczniczej, przytacza dodatnie i ujemne wyniki doświadczeń swoich poprzedników i omawia szczegółowo 1) sprawę przenikania płynów zastrzykniętych, zależnie od ciężaru, od aspiracji i od ruchu wielkich oskrzeli t. j. podnoszenia się i opadania ich; 2) sprawę ilości znoszonych przez zwierzęta płynów, przyczem okazało się, że 650,00 płynu nie wywoływało u psa poważniejszych zaburzeń, i dopiero 755,00, w ciągu 2 godzin zastrzyknięte, wywołało osłabienie, lecz po 5-iu dniach zwierzę wyzdrowiało; 3) co się tyczy wchłaniania płynów, to okazało się, że odbywa się ono bardzo szybko, szybciej, niż przez przewód pokarmowy i tkankę podskórną. Zwalnia się ono przy powolnem wkraplaniu płynów, przy położeniu poziomem, przy użyciu kleistych płynów i słabych rozтворów, wreszcie przy zmianach w mięszu płuc; 4) jakoś płynów też ma ważne znaczenie. Z doświadczeń własnych, wykonanych na psach i królikach, wyprowadza H. następujące wnioski: przy położeniu zwierząt na grzbiecie, zastrzykiwania pyoktaniny przekonały mówcę, że barwniki, zastrzyknięte do tchawicy na linii środkowej kroplami i to bardzo powoli, dostają się zarówno do prawego, jak i do lewego płuca, zarówno do zrazów dolnych, jak i do wierzchołków. Jeżeli zwierzęta były ułożone na boku prawym lub lewym, a płyn wlewany był po ścianie bocznej tchawicy kroplami, to, o ile zwierzę zachowywało się spokojnie przy zastrzykiwaniu, płyn dostawał się wyłącznie do prawego, względnie do lewego płuca. Przy położeniu pionowem zwierzęcia płyny dostawały się do wierzchołków płuc w ilości nieznacznej, mniejszej, niż wtedy, gdy zwierzę leżało poziomo.

Druka kategoria doświadczeń, wykonanych przez H., polegała na wprowadzeniu do mięszu płuc płynów od zewnątrz, i na zasadzie tych doświadczeń H. wyprowadza wnioski następujące: 1) wprowadzenie płynów do mięszu płuc przez skórę i mięśnie u królików jest możliwe, lecz umiejscowienie jest tylko względne; 2) zastrzykiwanie nie jest dokładne; 3) sam akt zastrzykiwania wywołuje często znaczne wylowy krwi; 4) może się wydarzyć zranienie wielkich pni naczyńowych; 5) gdy pyoktanina ($\frac{1}{8}\%$), wprowadzona przez tchawicę, nie wywoływała silniejszego odczynu zapalnego, zastrzyknięta wprost do mięszu płuc, spowodowała zapalenie na dużej przestrzeni.

Z doświadczeń nad zastrzykiwaniami pyoktaniny przez tchawicę na trupach suchotników H. przekonał się, że: 1) płyny rozechodzą się do obu płuc i dostają się do wszystkich ustępów płuca, jeżeli zastrzykiwanie dokonane było w położeniu poziomem; 2) barwniki dochodzą do wierzchołków obu płuc; 3) płyn dostaje się z łatwością do jam i do rozszerzenia oskrzeli w wierzchołkach płuc; 4) barwniki przenikają do części płuc, będących siedliskiem zapalen niezbytowych, zrazikowych i pomiędzy ogniska okołooskrzelowe; 5) najtrudniej dostają się płyny do odcinków płuc, dotkniętych sprawą zapalenia włóknistego.

W końcu mówca zaznacza, że z wykonanych doświadczeń najdonioślejszym jest fakt, że płyny zastrzyknięte dostają się do szczytów płuc, do jam, do dolnych zrazów, chociażby mięsz płucny był siedliskiem spraw zapalnych przewlekłych natury gruźliczej; sprawy zapalenia włóknistego, blizny utrudniają przenikanie płynów, lecz leki to przez imbibicję znajdując niezawodnie drogę do otaczającej owe ogniska tkanki płuc.

5) Kol. JAWDYŃSKI przedstawił następujących chorych: a) chorego po całkowitem wycięciu nerki. Fiełczor, lat 47 liczący, zauważył przed 14-tu laty kilkakrotnie krew w moczu. Rzoączki nie przechodził. Od czasu do czasu występowały mocne bóle w brzuchu z prawej strony. Od dwóch lat wystąpiła *dysuria*. Przed dwoma miesiącami z moczem oddał znaczną ilość ropy i od tego czasu mocz stale zawiera znaczną przymieszkę ropy. Prócz tego chory miał gorączkę, poprzedzoną dreszczami. Przed przybyciem chorego do szpitala znaleziono w moczu jakoby łasczniczki gruźlicze. Przy kilkakrotnem badaniu moczu w pracowni kol. JAKOWSKIEGO, nie wykryto ani gonokoków, ani łasczniczków gruźliczych. Przy badaniu chorego znaleziono w podżebrzu prawem guz wielkości główki dziecięcej, guz ten okazał się powiększoną do znacznych rozmiarów nerką (*pyonephrosis*). Do mocnych bólów przyłączyły się wymioty. 8. I. 95 wykonał J. nefrektomię. Trudność operacji polegała na tem, że po wykonaniu cięcia lędźwiowo-brzusznego okazało się, że fałda otrzewnej zachodzi daleko ku tyłowi i pokrywa prawie całą nerkę. W celu oddzielenia otrzewnej do pierwszego cięcia dodano cięcie poprzeczne. Po mozolnem usunięciu nerki odpreparowano możliwie nisko moczowód, odcięto go, wszywając odcinek dolny w powłoki brzuszne na wysokości kolca biodrowego przedniego górnego. Przebieg pooperacyjny

zupełnie prawidłowy. Pierwszego dnia ilość moczu 300 ctm. szśc., drugiego 400, ilość ta stopniowo wzrastała do 1500 ctm. szśc. Mocz z początku zawierał przymieszkę krwi i ropy, obecnie jest zupełnie czysty. Rany są prawie doszczętnie zagojone. Chory przed operacją wychudły i wyniszczony, obecnie doskonale wygląda. Nerka tylko w górnej części zachowała budowę prawidłową, pozostała jej część zmieniona jest w ogromny guz torbielowaty, składający się z oddzielnych komór. Moczowód niezwykle zgrubiały, ściany jego przeszło pół ctm. grube. Błona śluzowa mocno zmieniona, przedstawia się w postaci rozpadających się strzępków. b) Następnie kol. JAWDYŃSKI przedstawił 18-letniego chłopca po wyluszczeniu guza nosogardzielowego. O początku choroby chory niewiele powiedzieć może. Od kilku miesięcy pojawiły się silne krwotoki nosem i gardłem, przytem trudność oddechania i przyjmowania pokarmów. Bezkrwistość i wyniszczenie w wysokim stopniu. W jamie nosogardzielowej guz olbrzymich rozmiarów, wypierający podniebienie miękkie ku przodowi. Usunięcie guza zapomocą pętli okazało się niemożliwe. Z powodu niewielkiego dostępu, jaki dają dawniejsze sposoby tymczasowej osteoplastycznej resekcji szczęki, zamierzono operację wykonać według metody KOCHER'a, opisaną przez LANZ'a. Ponieważ jednak przy sposobie tym i tak przecina się podniebienie miękkie, postanowiono więc spróbować, czy cięcie to nie wystarczy do usunięcia guza. Okazało się, że przez przecięcie podniebienia otwierał się taki dostęp dla ręki i narządu, że pomimo nadzwyczaj szerokiego przyczepu guza do podstawy czaszki i wyrostka skrzydłatego, usunięcie guza dało się wykonać stosunkowo łatwo. Podniebienie zaszyto. Przed operacją wykonano tracheotomię. Guz twardy, włóknisty składał się z dwóch połów, wielkości jaja kurzego; jedna zwisała się nad podniebieniem, druga wrastała do nosa. Obecnie chory doskonale wygląda. c) Następnie kol. J. przedstawił chorą po nefropeksyi i zaznaczył, że nie posiadamy w symptomatologii chorób tego rodzaju wytycznych, któreby pozwoliły w danym przypadku nerki wędrującej orzec na pewno, czy przejawy chorobowe zależą od samej nerki wędrującej, czy też źródłem ich jest cierpienie narządów trawienia, narządów płciowych lub cierpienie czysto nerwowej natury. Dlatego też wskazania do nefropeksyi nie mogą być w większości przypadków zupełnie stanowcze. Z tego też powodu tej miary specjalista w chorobach nerek, jak ISRAEL, na 81 różnych operacyi na nerkach—nefropeksję wykonywał tylko 4 razy, i to w dwóch przypadkach jako akt następczy. Przedstawiona przez J. chora liczy lat 40. Od 4 lat cierpi na bóle w brzuchu, szczególnie z prawej strony, i wymioty. Ordynator oddziału wewnętrzznego, na którym chora przebywała, skłonny był do przypuszczenia, że objawy chorobowe zależą głównie od nerki wędrującej, wskutek czego skierował ją do oddziału kol. J. Kol. J. wykonał nefropeksję sposobem GUYON'a 3 maja 1894 r. Przez kilka miesięcy trwała poprawa znaczna, potem wystąpiły objawy jak poprzednio, pomimo, że, jak widać przy badaniu, nerka jest doskonale przytwierdzona.

6) W końcu kol. J. opisał przypadek dość rzadki całkowitego przeistoczenia lewej połowy gruczołu tarczowego w torbiel surowiczo-krwawą. Chora 52-letnia przed 13 laty zauważyła niewielki guz na lewej stronie szyi. Od 8-u lat guz zaczął szybciej rosnąć. W ostatnich czasach wywołał objawy duszności, co głównie skłoniło chorą do operacyi. Guz zajmował lewą połowę szyi i sięgał do mostka, jako część torbieli, mieszczącej się między skórą i kością. Przy przekłuciu otrzymano płyn surowiczo-krwawy, po opróżnieniu płyn szybko napowrót się zebrał. Przy operacyi okazało się, że jedna torbiel, poczynając się u kąta szczęki dolnej, opuszczała się ku dołowi, jedna jej część przechodziła na mostek, druga wypełniała dół nadobojczykowy. Po oddzieleniu tej torbieli okazała się druga torbiel między tchawicą i przełykiem. Ta właśnie torbiel wielkości pięści wywoływała objawy duszności. Torbiele wszędzie dość silnie pozrastane z częściami otaczającymi. Podwiązano obie tętnice tarczowe. Zabliźnienie doraźne.

Prof. BRODOWSKI, pokazując wyluszczoną przez kol. JAWDYŃSKIEGO torbiel, zwraca uwagę na niezwykłą jej wielkość i niekształtność, przedstawia preparaty drobnowidzowe i na zasadzie dokładnego zbadania guzów przychodzi do wniosku, że mamy do czynienia z wolem na całej przestrzeni, z niewielkim tylko wyjątkiem włóknisto zwyródnionem, które wskutek zmięknienia (*degeneratio hydropica*) powstałej w ten sposób tkanki łącznej, zamieniło się w torbiel.

W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

Losy surowicy przeciwbłoniczej miały być, jak na teraz, rozstrzygnięte na zjeździe internistów w Monachium. Dwa posiedzenia poświęcone zostały tej sprawie, a opinia referentów mieć będzie, naturalnie, doniosłe znaczenie dla oceny nowego leku.

Obrady zagał HEUBNER, wykazując przedewszystkiem, że pandemiczny charakter błonicy w chwili rozpoczęcia stosowania surowicy nie był ani osobiście złośliwy, ani też niezwykle łagodny, że trzymał się na poziomie ostatnich lat 70.

Przegląd statystyczny wyników leczenia błonicy w roku 1894 we wszystkich szpitalach berlińskich dowodzi, że w okresie stosowania surowicy śmiertelność była o połowę mniejsza, niż w czasie, kiedy surowicy nie używano. Za materiał porównawczy służy tu z każdej kategorii około 1,500 przypadków. H. przyznaje, że gra tu pewną rolę znaczna ilość przypadków lekkich, leczonych surowicą. Jeżeli zestawić wszystkie z całego świata przypadki, ogłoszone do końca stycznia r. b., to otrzymamy liczbę 3090 chorych, leczonych surowicą, ze śmiertelnością 20%. Zaaakcentowawszy swoistość lasecznika LOEFFLER'a, H. przechodzi do rozbioru swoich przypadków. W berlińskim szpitalu Charité stosowano środek BEHRING'a u 207 chorych, z których 26 przedstawiało postać mieszaną błonicy, 181—czystą. Śmiertelność ogólna wynosiła 13%, śmiertelność przypadków czystych 10%. Rokowanie było tem lepsze, im wcześniej rozpoczynano leczenie. W porównaniu z przypadkami z lat dawniejszych, zauważono różnicę w przebiegu gorączki i bardzo wyraźne przyspieszenie w oddzielaniu się błon. Nie spostrzeżono niepomyślnego wpływu na nerki. Przypadki, w których na początku leczenia krtań była wolna, pozostawały zawsze takimi do końca; jeżeli zaś drogi oddechowe były dotknięte chorobą, to wielokrotnie w krótkim czasie wracały do stanu prawidłowego.

Pomimo wyraźnych objawów dławca, 9 chorych uniknęło przecięcia tchawicy. Z drugiej jednak strony w całym szeregu przypadków środek zupełnie albo częściowo zawodził. Powroty zanotowano w 1,6% wszystkich przypadków, porażenia w 7,4%. Poważnych powikłań surowica stanowczo nie wywołuje. Szczepienia ochronne wykonał H. u 64 dzieci, z których dwoje zachorowało na błonicę po upływie 6 tygodni, jedno (bardzo wątłe i dotknięte przewlekłym zapaleniem płuc) zmarło. W końcu zaznacza referent, że, według jego zdania, na różnicę w przebiegu gorączki oraz na szybkie oddzielanie się błon zapatrywać się należy jako na skutek swoistego działania surowicy; inne niezwykle pomyślne właściwości spostrzeganych przypadków mogłyby być przypisane szczególnie łagodnemu charakterowi epidemii. W każdym jednak razie taki zbieg tej zmiany charakteru epidemii w najrozmaitszych miejscowościach z leczeniem swoistem byłby bardzo dziwny.

BAGINSKY w klinice swojej w ostatnich czterech latach miał śmiertelność od błonicy = 50%, 33%, 36%, 42%; w r. 1894 przed wprowadzeniem surowicy śmiertelność wynosiła 48,2%, a w chwili, gdy surowicy zabrakło—52%.

Do 15 marca r. b. leczył B. surowicą 525 przypadków ze śmiertelnością 15%. Jak i dawniej, umierały przeważnie dzieci, niżej 2 lat mające; i tu jednak różnica w porównaniu z latami ubiegłymi jest wybitna, śmiertelność bowiem z 63% spadła na 23%.

W wieku od	2 — 4 lat	śmiertelność spadła z	52 na	17
"	4 — 6 "	"	37	" 17
"	6 — 8 "	"	27	" 11
"	8 — 10 "	"	19	" 5
"	10 — 12 "	"	9	" 4,1
"	12 — 14	pozostała na wysokości	13%.	

Co się tyczy przebiegu oddzielnych przypadków, to zwykle 2—3 dnia zauważyć można wybitną poprawę w stanie ogólnym; ciepłota po większej części wkrótce po zastrzyknięciu obniża się; w rzadkich przypadkach i zwykle po niedostatecznej dawce nanowo się podnosi. Najciekawsze jest ograniczenie sprawy, która dawniej miała taką skłonność do rozszerzania się. W porównaniu z latami ubiegłymi uderza fakt, że, gdy dawniej rzadko kiedy udawało się w miejsce tracheotomii zastosować intubację, obecnie było to na porządku dziennym. Przy stosowaniu obu tych rękoczynów otrzymano 62% wyzdrowień. Zmiany w sercu, klinicznie stwierdzone, spostrzegał B. daleko częściej, niż dawniej, bo prawie w 50%, śmierć zaś z powodu porażenia serca zanotowano tylko w 0,6%. Częstsze, niż dawniej, powikłania ze strony nerek referent nie zau-

ważył, karbolu w moczu szczepionych surowicą BEHRING'a nie wykrył. Porażenia spostrzegał i teraz, zarówno jak w latach ubiegłych. Odsetka śmiertelności zmniejsza się proporcjonalnie do wcześniejszego zastosowania surowicy. Co się tyczy działania ubocznego, to 7 razy notowano ropnie, wielokrotnie wysypki bez zajęcia stawów, 13 razy także wysypki z zajęciem stawów i gorączką. Żadne z tych powikłań samo przez się nie spowodowało śmierci. Jedna seryja szczepień ochronnych dała 8 przypadków nieudatnych, druga 2. Ze szczepionych zaś w r. b. 124 dzieci ani jedno nie zachorowało. B. kończy słowami: „Jesteśmy pod wrażeniem doniosłego faktu w lecznictwie, faktu, który może być porównany jedynie z ochronnym szczepieniem ospy. Nie przypuszczam, abym musiał słowa te kiedy odwołać. Jestem pod wrażeniem, że surowica lecznicza dla przyszłości medycyny w każdym kierunku mieć będzie doniosłe znaczenie.

WIDERHOFER leczył surowicą od początku października 1894 r. do końca lutego 1895 r. 300 dzieci ze śmiertelnością 23,7%; jeżeli zaś odliczyć tych chorych, którzy zmarli w przeciągu pierwszych 24 godzin po zastosowaniu leku, to śmiertelność wyniesie 14,3%. W ubiegłych latach w tym samym okresie czasu śmiertelność wahała się pomiędzy 40,8% a 56%. Większość przypadków leczonych należała do postaci ciężkiej. U 22 chorych surowica, jak się zdaje, usunęła objawy dławca. Ze 130 szczepień ochronnych po jednym tylko w następstwie wystąpiła błonica. Wogóle odzywa się W. o surowicy z największym zapalem.

KÖRTE i HAGENBACH, nieobecni na 2-m posiedzeniu, upoważnili BÄUMLER'a do wypowiedzenia zdania, że podzielają pogląd poprzednich mówców co do wartości surowicy.

RANKE stosował surowicę w czasie od 24 września r. z. do 27 marca r. b. u 124 chorych, pomiędzy którymi byli dotknięci jednocześnie szkarlatyną i odrą. Śmiertelność wynosiła 22,4%. 102 przypadki należały do postaci niepowikłanej, z nich 96 przedstawiało błonicę istotną, z liczby tej zmarło 19 = 19,7%. W porównaniu z latami poprzednimi, różnica w śmiertelności jest olbrzymia. Z powyższych 96 przypadków w 63 były objawy dławca. Po zastrzyknięciu surowicy u 21 chorych objawy te ustąpiły, u 42 zastosowano intubację. Z liczby tych ostatnich zmarło 13 = 30,9%, co w porównaniu z odsetką, dochodzącą do 75 w latach ubiegłych, stanowi istotny tryumf dla surowicy. Surowica, zdaniem R., jest w stanie wstrzymać rozszerzanie się błon z krtani na oskrzela. Przy stosowaniu tego leku wyjęcie tubusa z krtani daje się skutecznie i wiele wcześniej, niż w latach ubiegłych. Poważnego działania ubocznego surowicy R. nie spostrzegał. Surowica, zdaniem referenta, jest środkiem swoistym dla błonicy.

KOHTS, rozporządzający małym materiałem, zaznacza, że wyniki, otrzymane przez niego przy leczeniu surowicą, nie różnią się od dawniejszych. Wpływu na stan ogólny nie zauważył, zmiany miejscowe jednak ulegają istotnie modyfikacji: błony po zastrzyknięciu surowicy nie rozszerzają się, jakkolwiek i tu zdarzają się wyjątki.

SEITZ zdaje sprawę z powikłań, spostrzeganych przy stosowaniu surowicy u 140 chorych. Zapalenie nerek zanotowano u 47 chorych, z nich 24 przybyło już do szpitala z białkomoczem. Powikłanie to trwało 3—7 dni. Wogóle o wpływie szkodliwym surowicy na nerki niema mowy. To samo da się powiedzieć o wpływie na serce. Porażenia wystąpiły 8 razy, w każdym razie nie częściej, niż dawniej. Powiększenie śledziony spostrzegał S. równie często, jak dawniej. Wysypki zanotowano w 28 przypadkach, znacznie częściej, niż dawniej, 10 razy z gorączką, 1 z ciepłotą niżej normy i 3 razy z drgawkami. Wysypki zjawiały się po upływie 8 — 14 dni i znikaly w przeciągu 1—3 dni; 8 razy zanotowano ból w stawach, 3 razy obrzmienie ich. Ryzyko dla życia i zdrowia przy stosowaniu surowicy jest wyłączone, wpływ korzystny leku niewątpliwy.

STINTZING na 59 przypadków miał 20% śmiertelności, z 16 operowanych wyzdrowiało 56,2%. W porównaniu z równą ilością przypadków z r. 1894, śmiertelność zmniejszyła się o 5%.

REHN uważa nowy lek za środek potężny. Jako rzecz ciekawą podaje przypadek, nie leczony surowicą, w którym wystąpiło zajęcie stawów, podobne do tego, jakie opisują przy stosowaniu surowicy.

RAUCHFUSS staje po stronie zwolenników surowicy, która zmniejszyła mu śmiertelność od błonicy o 21%.

W ogóle tedy surowica wyszła zwycięzko z obrad zjazdu monachijskiego.

Z. Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== ROGER na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego w Paryżu zakomunikował o przypadku (drugim) gorączki płożowej, wyleczonym zapomocą zastrzykiwań surowicy przeciw paciorkowcowej. Początkowo zastrzyknięto chorej pod skórę 26 ctm. szśc., następnie wieczorem tegoż samego dnia 20 ctm. szśc. Chora po tych zastrzykiwaniach czuła się znacznie lepiej. Po dwóch następnych zastrzykiwaniach (po 20 ctm. szśc.) chora wyzdrowiała zupełnie. Autor leczył swoją chorą wspólnie z CHARRIN'em i obydwaj są zdziwieni bardzo szybkim powrotem chorej do zdrowia. Oprócz tego mówił ROGER o przypadku różni u dziecka 3-tygodniowego. W 48 godzin po zjawieniu się różni zastrzyknięto dziecku 5 ctm. szśc. surowicy przeciw paciorkowcowej. Nazajutrz róża się zmniejszyła i po upływie 24 godzin dziecko wyzdrowiało zupełnie. Na temże posiedzeniu MARMOREK oświadczył, że na oddziale d-ra CHANTENESSE'a leczył w ciągu pewnego czasu 46 chorych, dotkniętych różą, zapomocą zastrzykiwań surowicy przeciw paciorkowcowej. Wszyscy chorzy wyzdrowieli. Surowica pochodziła od koni i osłów, uodpornionych zapomocą szczepień bardzo jadowitych hodowli paciorkowców. Początkowa dawka surowicy wynosiła 10 ctm. szśc. Autorowie powyżej wymienieni są zdania, że wobec przedewszystkiem zupełnej nieszkodliwości omawianej surowicy i dobrych wyników leczniczych, dalsze próby winny być uskuteczniane. (La semaine médicale № 17. 95).

S. M.

== GUSIEW, badając wpływ łaźni parowych na azotową przemianę materii u osobników zdrowych, skutecznie doświadczenia swoje na 10 osobnikach zdrowych i młodych, a rozchód i przychód dokładnie był mierzony 3 dni przed łaźnią, 3 dni, w które wypadła łaźnia, i 3 dni po łaźniach. Wyniki otrzymano następujące: 1) przyswajanie ciał azotowych pokarmu nieznacznie się poprawia w drugim i trzecim okresie; 2) przemiana azotowa ilościowo obniża się podczas łaźni, rośnie natomiast po niej i to dość znacznie nawet w stosunku do normy; 3) wydalanie azotu wraz z moczem w jednym i drugim okresie wzrasta; 4) stosunkowa ilość neutralnej siarki w moczu zmniejsza się w obydwu okresach, co przemawia za poprawą jakościową azotowej przemiany materii; 5) ilość moczu się zmniejsza, ciężar gatunkowy wzrasta, odczyn pozostaje kwaśny; 6) średnia waga ciała powiększa się; 7) samopoczucie poprawia się znacznie. (Dysertacya. Petersburg). G.

== ALLAN Mc LANE HAMILTON przytacza wyniki leczenia rozmaitych rodzajów niedokrwistości zapomocą wyciągu glicerynowego szpiku ko-

stnego. Preparat wyrabia się w ten sposób, że $1\frac{1}{2}$ funta zeber cielecych drobno posiekanych nalewa się kwartą czystej gliceryny na przeciąg kilku dni; następnie przecedza się przez płótno i preparat jest gotów. Chorem daje się 1 do 4 łyżeczek od kawy 3 razy dziennie, dodając parę kropel wyciągu miętowego. Autor otrzymał przy leczeniu tym sposobem znaczną poprawę u kilkunastu chorych z niedokrwistością; oprócz tego u jednego suchotnika z silnymi krwotokami płucnymi nastąpiła znaczna poprawa. (The New-Jork. Med. Jour. 12. I. 95.). S. M.

== SCHWARZ radzi gotować jedwab w glicerynie w celu wyjałowienia go. Gliceryna posiada rozmaity punkt wrzenia, zależnie od zawartości wody; po przegotowaniu jednak jednokrotnem łatwo osiągnąć punkt wrzenia 135—140°. Jedwab, wymyty wodą z mydłem, a później 1—2%-ym roztworem sody i zwinięty na szpulki, dość gotować w ciągu 5 minut przy tej temperaturze, poczem przenosi się go do roztworu 5%-go karbolu. Przy takim postępowaniu jedwab jest jałowy, a nie traci nic ze swych własności. (La Rif. med. 1894. № 38).

== GARRÉ stosował w 140 przypadkach wola śródmiąższowe zastrzykiwania rozczyну jodoformu w oliwie z eterem (*jodof. 1,0, ol. olivarium, aether. sulfur. aa 7,0*). Żywkła jednorażowa dawka wynosiła 1 ctm. szśc., liczba zastrzykiwań u każdego chorego dochodziła od 3 do 16, leczenie trwało 3 do 4 tygodni. Z pomiędzy 87 chorych, leczonych powyższym sposobem, u 51 obwód szyi zmniejszył się o 2 do 7 ctm., wogóle dobry wynik konstatawano w 90%. Najbardziej nadają się do leczenia zastrzykiwaniami jodoformu: zwykła rozrostowa postać wola, oraz *struma follicularis mollis*, daleko mniej wole naczyniaste i klejowate. Jedyne niemile działanie zastrzykiwań jodoformu polega na uczuciu palenia i czasami występującym bólu w uchu lub w zębach, dolegliwości te mijają jednak po kilku minutach. (Ctbl. f. Chirurgie 1895. № 10).

== Z prac, które wykonali AZAREWICZ i LEPLIŃSKI w pracowni klinicznej wynika, że pod wpływem 5 grm. dawki dziennie sody: 1) przyswajanie pokarmów białkowych nieznacznie wzrasta; 2) przemiana białkowa zmniejsza się; 3) utlenienie ciał białkowych bywa dokładniejsze; 4) kwaśny odczyn moczu słabnie; 5) przyswajanie tłuszczów nie ulega wielkiej zmianie; 6) ciężar ciała (przy obfitym w tłuszcz pokarmie) wzrasta; w największej liczbie przypadków; 7) ilość wody w kale i moczu nie ulega wielkim zmianom. (Dyssert. Petersburg.).

== GROUZDEFF zwraca uwagę na częste bardzo powstawanie wrzekomej dusznicy bolesnej po-

chodzenia odruchowego. Cierpienie to bywa najczęściej wywołane przez zaburzenia żołądkowe. Na 11 przypadków tego rodzaju dusznicy autor w 9-iu znalazł taką przyczynę. Napad choroby prawie nieczym się nie różni od napadu dusznicy bolesnej prawdziwej, tylko, że pomiędzy objawami klasycznymi można zawsze odnaleźć ból w dołku. Najczęściej napad kończy się nagle wymiotami. U jednego ze swoich chorych G. przerwał napad, wywoławszy wymioty przez drażnienie gardzieli palcem, u innych chorych zapomocą przepłukania żołądka. (Presse méd. de Paris. 26. I. 95). S. M.

== GORIAŃSKI w instytucie medycyny doświadczalnej przerobił pod kierunkiem NENCKIEGO i SIEBER'owej doświadczenia z surowicą przeciwbłoniczą, zmienioną pod wpływem niskich temperatur. Surowica była wystawiona na działanie ciepłoty — 10°R . w przeciągu 10 dni; staje się ona $1\frac{1}{2}$ razy słabszą. Czyste hodowle laseczników błonicy, wystawione na działanie niskiej temperatury (-10°R . przez 3 dni), nie tracą wcale swej żywotności i przeszczepione po odmarznięciu dają bardzo obficie rosnące hodowle. Doświadczenia te objaśnić nam mogą fakt, że epidemia błonicy nie

wygasa nawet podczas silnych mrozów. L.

== SACAZE na zasadzie własnego doświadczenia zaleca chloralozę, jako środek nasenny i zarazem powstrzymujący poty u suchotników i u osobników dotkniętych przewlekłymi ropnymi nieżytami oskrzeli. Zwykła dawka na raz 0,05; dawkę tę można powtarzać co pół godziny, dopóki chory nie zaśnie, przyczem cała dawka nie powinna przewyższać 0,2—0,4. U suchotników gorączkujących autor radzi środek ten dawać razem z chininą. (La sem. méd. 1894).

== SULZER komunikuje historię 2 chorych na zapalenie nerwu wzrokowego. Innej przyczyny dla tego cierpienia, jak *ozeena*, S. nie znalazł. Przy odpowiednim leczeniu katar znacznie się zmniejszył i równocześnie nastąpiła poprawa ze strony oczów. (Le Bulletin méd. 17. I. 95). S. M.

== PASINI i CALABRESE wykazali, że dodanie cukru gronowego do surowicy osłabia znacznie jej siłę bakterjობójczą; taki sam wpływ, choć w mniejszym stopniu, wywiera kwas moczowy. Natomiast chinina zwiększa kilkakrotnie tę własność dodatnią surowicy.

Wiadomości bieżące.

— W sprawie kąpeli ludowych pisma codzienne piszą, co następuje: „Sprawa urzeczywistnienia projektu kąpeli natryskowych zbliża się nareszcie ku końcowi. Towarzystwo Dobroczyńności znalazło sposób pogodzenia życzeń komitetu ze swą ustawą, zapewniając pewną pomoc pieniężną dla urzeczywistnienia tak ważnego pod względem zdrowotnym środka, jakim są kąpiele ludowe. Fundusz w kwocie 30,000 rs. jest zapewniony. Komitet budowy kąpeli ludowych został w ostatnich czasach zreorganizowany i przez przystąpienie wielu członków odpowiednio wzmocniony. Prezesem komitetu zostaje profesor BARANOWSKI i pod jego egidą niewątpliwie rzecz do skutku dojdzie. Na sekretarza komitetu wybrano adwokata przysięgłego Holewińskiego. Wydział budowlany składa się z p. Adama Popławskiego, jako przewodniczącego, i trzech techników: pp. Sokala, Cichockiego i Goldberga“.

— Nareszcie po wielu latach starania i oczekiwania, wkrótce rozpocznie się budowa stałego szpitala powiatowego na 30 łóżek w Skierniewicach.

— W Warszawskim Towarzystwie Lekarskim jest projekt utworzenia stałej posady stenografa; zarząd Towarzystwa stawia za warunek, aby stenografem był lekarz.

— Międzynarodowa wystawa higieniczna odbędzie się w roku bieżącym w Paryżu na polu Marsowem, od 15 maja do 15 października.

— Pierwszy zjazd portugalski dla omówienia spraw dotyczących gruźlicy, miał miejsce w Coimbrze od 24 do 27 ubiegłego miesiąca, pod przewodnictwem profesora da ROCHA. Pomiedzy innymi powodami, zmuszającymi ciało lekarskie w Portugalii do zajęcia się gorąco sprawą gruźlicy, jest fakt, że w tym kraju na 4,500,000 mieszkańców umiera na gruźlicę 20,000 osób rocznie.

— Jedno z towarzystw ubezpieczeń na życie w Londynie wypłaciło podczas obecnej epidemii grypy więcej, niż trzy miliony franków z powodu przypadków śmierci w tej chorobie; wogóle toż towarzystwo w ciągu dwóch lat ostatnich wypłaciło z powodu grypy więcej, niż w ciągu 43 lat z powodu cholery.

— O postępie Japonii na polu medycyny świadczy okoliczność, iż gdy w wojnie domowej przed 20 laty zmarło z ran 10,75% rannych, obecnie śmiertelność między nimi doszła do 2,72%.

— W osadzie poprawczej Studzieniec wakuje miejsce lekarza z pensją 600 rs. rocznie, mieszkaniem, opałem i światłem. Wiadomość Królewska № 33. w Zarządzie Osad rolnych.