

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O urojeniach wstecznych jako o odrębnej postaci urojeń. Przyczynę do nauki o obłąkaniu ostrem halucynacyjnem (paranoia acuta hallucinatoria). Napisał Adam Wizel. — Siedem przypadków błonicy, leczonych surowicą swoistą. Podał D-r J. Rosenberg z Będzina. — Patologia i terapia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, oraz uwagi o leczeniu neurastenii płciowej, napisał S. Groszlik. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 27. Surowica krowlankowa i jej działanie. 28. Leczenie szkarlatyny zapomocą surowicy przeciwpaciorkowej. 29. O intubacji w błonicy. 30. O zachowywaniu się pepsyny w cierpieniach żołądka. 31. O bakterjach wrzodu miękkiego. — **Odcinek.** Z życia i z praktyki, skreślił D-r Ludwik Natanson. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Wizel — Du délire rétrograde comme forme particulière du délire (Paranoia acuta hallucinatoria). 2) D-r J. Rosenberg — Sept cas de diphthérie traités par le sérum antidiphthérique. 3) D-r S. Groszlik — Pathologie et thérapeutique de la prostatite chronique et remarques concernant le traitement de la neurasthénie sexuelle.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Wizel — Ueber eine specielle Form von Wahnideen (Paranoia acuta hallucinatoria). 2) D-r J. Rosenberg — Sieben Fälle mit antidiphtheritischem Serum behandelter Diphtherie. 3) D-r S. Groszlik — Pathologie und Therapie der Prostatitis chronica und Bemerkungen über die Behandlung der sexuellen Neurasthenie.

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

O urojeniach wstecznych jako o odrębnej postaci urojeń. Przyczynę do nauki o obłąkaniu ostrem halucynacyjnem (paranoia acuta hallucinatoria).

Napisał **Adam Wizel**, ordynator klin. psychiatrycznej w szp. Ś-go Jana Bożego.

Przypadek, który od kilku miesięcy mam sposobność spostrzegać, przedstawia niezwykłą ze stanowiska psychiatrycznego doniosłość. Jest to przypadek obłąkania ostrego halucynacyjnego, ciekawy zarówno ze względu na swój przebieg, jak i na zejście. Gdy chorego po raz pierwszy widział, znajdował się on już w okresie zdrowienia, — i w tym właśnie okresie zauważyłem objaw, szczególnie budzący zainteresowanie, objaw, na który, jeśli się nie mylę, uwagi dotąd nie zwrócono. Objaw ten nazwałem „urojeniami wstecznymi“, i on to głównie skłonił mnie do napisania niniejszej pracy. Na czym urojenia wsteczne polegają, dowie się czytelnik z podanego opisu.

W październiku r. z. zwrócił się do mnie z prośbą o poradę młody człowiek, lat 25, z zawodu felczer. Przyszedszy, odezwał się w te słowa: „Udaję się do pana z prośbą, aby pan był łaskaw leczyć mnie hypnotyzmem. Cierpię od pewnego czasu na halucynacje, które zostały sztucznie we mnie wywołane. Prosiłbym pana, aby mi pan te halucynacje zapomocą hypnotyzmu usunął“.

Zdziwiony podobnie oryginalnem żądaniem chorego, proszę go, aby mi dokładniej stan rzeczy przedstawił i aby możliwie ściśle historię swej choroby opowiedział, na co chory nader chętnie się zgodził. Opis, który przytaczam poniżej, jest dosłownem niemal powtórzeniem jego długiej opowieści.

Chory od 10-go roku życia oddaje się samogwałtowi, co trwa aż do chwili obecnej, mimo to, że jeszcze w 15-tym roku życia rozpoczął stosunki płciowe z kobietami. Gdy miał lat 18, zaczął cierpieć na niemoc płciową, która się przejawiała bądź pod postacią braku erekcji, bądź pod postacią przedwczesnego wytrysku nasienia. Jednocześnie zaczął doznawać rozmaitych dolegliwości neurastenicznych, jak: bólów głowy i krzyża, rozdrażnienia, osłabienia, apatii i t. p., które z każdym dniem przybierały coraz większe rozmiary. Trapiiony swą chorobą, postanowił pojechać do Paryża, aby zasięgnąć tam porady CHARCOT'a. Chory kilka miesięcy przebył w Paryżu, lecząc się w Salpêtrière hydroterapią. Leczenie odniosło skutek pomyślny: wróciwszy do domu, chory czuł się znacznie lepiej. Po niejakiem czasie wszakże objawy neurasteniczne znów zaczęły powracać, o leczeniu jednak nie mogło być mowy, gdyż oto w owym czasie chory został powołany do wojska.

Gdy wstąpił do wojska, pierwszą jego myślą było podjęcie odpowiednich starań o uzyskanie uwolnienia ze służby,—przypuszczał bowiem, że dzięki swej chorobie, uwolnienie z łatwością uzyska. Zaraz tedy w pierwszych dniach pobytu w pułku zwrócił się do lekarza pułkowego z oświadczeniem, że cierpi na neurastenię i że z tego powodu służyć żadną miarą nie może. Lekarz zbadał chorego i odesłał go dla dalszej obserwacji do szpitala. W szpitalu chorego wielokrotnie badano i istotnie rozstrój nerwowy stwierdzono, zaopiniowano wszakże, że choroba jego nie jest tak poważną, aby miała powód do uwolnienia stanowić. Chorego odesłano napowrót do pułku, przyczem powiedziano mu, że właśnie służba wojskowa może znakomicie przyczynić się do wyleczenia go z neurastenii.

Orzeczenie to lekarzy szpitalnych chorego w wysokim stopniu zirytowało. Wróciwszy do pułku, zaczął on głośno na władze szpitalne wyrzekać i publicznie oskarżać je o nieuczciwość. Niezrażony pierwszym niepowodzeniem, postanowił w dalszym ciągu bądźco bądź starać się o uwolnienie. Znowu tedy zwrócił się do lekarza pułkowego ze skargą na rozstrój nerwowy oraz niemoc fizyczną, niedozwalające mu pełnić obowiązków szeregowca. Lekarz ponownie odesłał go do szpitala. I tym razem wszakże chory celu nie dopiął; lekarze, potrzymawszy go pewien czas w szpitalu, znowu wypisali do pułku. Po niejakiem czasie po raz trzeci to samo się powtórzyło; tym razem jednak chorego odesłano ze szpitala nie do pułku, lecz do innego szpitala (centralnego), znajdującego się w mieście W.

Wszystkie powyższe przygody fatalnie na stan nerwowy chorego wpłynęły. Bezowocność usiłowań uwolnienia się z wojska doprowadziła go do najwyższego rozdrażnienia. W rozdrażnieniu tem chory pozwalał sobie na najrozmaitsze wybryki samowoli; zarówno w pułku, jak i w szpitalu okazywał coraz większy nietakt i nieposzluszeństwo swym zwierzchnikom, począł nawet nieprzyzwoicie i obelżywie o władzy się wyrażać. Razu pewnego oświadczył on publicznie w przystępie gniewu, że wyszle do Petersburga raport ze skargą na przedajność lekarzy wojskowych. I oto w podobnym stanie rozdrażnienia, przygnębienia i rozpacz przybył on do szpitala W. U.

Ale i tu chory nie znalazł zadowolenia. Przeciwnie, położenie jego nawet się pogorszyło. Zaraz na wstępie spostrzegł on, że całe otoczenie szpitalne jest wrogo dlań usposobione. Pierwszą osobą, która, według słów chorego, okazała mu swą nienawiść, była siostra elżbietanka. Ta ostatnia nieustannie mu dokuczała, skarżyła się nań lekarzom, hutowała przeciwko nie-

mu władzę i t. p., za co chory, mszcząc się, zachowywał się względem niej nad wyraz nietaktownie i nieprzyzwoicie. Co zaś do lekarzy, to ci obchodzili się z nim również ostro i lekceważąco, jak i ich koledzy z miasta L.

W miarę rosnącego z każdym dniem rozdrażnienia, w chorym zaczął się jednocześnie budzić pewien niepokój i obawa. Chory zaczął się lękać o następstwa nierozważnych pogroźek, jakich się był dopuścił względem lekarzy wobec licznych świadków. W umyśle jego zjawilo się domniemanie, że nieprzyjazne względem niego usposobienie władzy lekarskiej jest prawdopodobnie wynikiem jego nieoględnych słów i czynów. Chory powziął myśl, że mu tak łatwo przebaczonem nie będzie i że z wszelką pewnością władze postarają się surowo ukarać go za jego zuchwałość. Jedyne zbawienie widział w pełnem skrucy i rezygnacyi poddaniu się okrutnemu losowi. To też w niespełna miesiąc po wstąpieniu do szpitala, zwrócił się do lekarzy z prośbą o wypisanie go do pułku,—obiecując sobie, iż odtąd będzie posłuszny i uległy, i mniemając jednocześnie, że tym sposobem, być może, uniknie zasłużonej kary.

Chory wypisał się ze szpitala z goryczą w sercu i z bolesną myślą o swem niezwykłym i karygodnem przewinieniu. Lecz im więcej o tem przewinieniu myślał, tem bardziej przychodził z wolna do wniosku, że samą skrucą i posłuszeństwem winy nie okupi. Aby obrażonych zwierzchników przebłagać, trzeba uczynić coś więcej. Jedyna rzecz, któraby go mogła od kary uwolnić, to chrzest, — zadecydował wtedy; i odtąd nieustannie tylko przemysliwał o przyjęciu chrześcijaństwa. Jakżeż jednak straszną była ta myśl dla niego! Co powie ojciec, co powie rodzina? Toć dla nich to będzie ciosem śmiertelnym. Nie, on nie może zmienić religii żydowskiej. Rozumując w ten sposób, chory przechodził najokropniejsze walki wewnętrzne, które się zwykle kończyły rozpaczliwą myślą o samobójstwie. Począł często wałęsać się samotnie koło stawu, który znajdował się nieopodal obozu, co gdy zostało zauważone, nakazano rozciągnąć nad nim nader ścisły dozór.

O, jakżeż ciężkie przechodził on wówczas chwile. Smutek, przygnębienie, rozpacz dręczyły jego duszę, a nad tem wszystkim górowała obawa zemsty obrażonej władzy.

Że obawy chorego nie były płonne, wkrótce miał on sposobność doskonale się o tem przekonać. Od czasu do czasu zdarzały się fakty, napozór nic nie znaczące, dla chorego jednak niezmiernie doniosłe, w zupełności bowiem potwierdzały słuszność jego przeczuć. Tak np., będąc pewnego dnia u feldfebla na obiedzie, słyszał wyraźnie, jak feldfelbel rzekł pocichu do sąsiada: „niech je, będzie mocniejszy, łatwiej zniesie wszystko“. Uwaga ta przejęła chorego niewymownym strachem,—dowodziła bowiem niezbicie, że przeciw niemu został uknuty spisek.

I gdyby nietakt i zuchwalstwo chorego były jedyną przyczyną wrogiego względem niego usposobienia władz wojskowych! Ale gdzie tam! Istniał jeszcze inny powód, dla którego postanowiono męczyć go i prześladować; powodem tym była fałszywa opinia, jaką zdobył sobie w wojsku. Ponieważ chory nie przyznał się był do zawodu felczerskiego, w obawie, aby go tem łatwiej o umiejętne udawanie nie podejrzewano, oświadczył zaś, że jest wyrobnikiem; a ponieważ z drugiej strony inteligencyą swą zdradzał człowieka, zajmującego znacznie wyższe, niż wyrobnik, stanowisko, — rozeszło się więc w pułku mniemanie, że chory należy do partii nihilistów. Z jednej więc strony zuchwalstwo i pogroźki chorego, z drugiej znów jego rzekomy

nihilizm złożyły się na to, że został on uznany za indywiduum niepewne i niebezpieczne, indywiduum, które należy bezwarunkowo zgładzić, tak wszakże, aby to niczyjej uwagi nie zwróciło.

Już w pułku, jakeśmy rzekli, zaczął chory spostrzegać pewne wielce wymowne fakty. Nadobre wszakże przeczucia jego zaczęły się spełniać w szpitalu, dokąd po miesiącu znowu został przez lekarza skierowany. Wszystko, co przewidywał, ziściło się tutaj, i to w stopniu stokroć wyższym, niż jak sam był przypuszczał. Nawet lekarz, który mu dawniej okazywał przyjaźń, obecnie przeszedł do wrogiego obozu.

Zaraz pierwszego dnia, gdy wchodził do sali, zauważył, jak felczerzy szepnęli sobie coś na ucho. Lekarze zaś, zobaczywszy go, uśmiechnęli się wzajem do siebie, a jeden z nich nawet powiedział: „niech mu się nie zdaje, że to teraz będzie tak samo, jak wpraw”.

I oto zaczęła się wkrótce cała serya aktów prześladowczych ze strony otoczenia, aktów, które miały na celu zgębienie i powolne uśmiercenie chorego. Tak np. jeden z felczerów otrzymał rozkaz dmuchania mu w nos podczas snu zapomocą przyrządu, otrzymanego od duchownego. Zamiast bromu dawano mu truciznę, od krórej chory spuchł trzykrotnie. Do herbaty dosypywano mu arsenik, a na kawałkach cukru widział wyraźnie jakieś obrzydliwe żółte błony, jak gdyby ropę.

Gdy leżał w łóżku, lekarze z gabinetu swego puszczali nań przez ściany prądy elektryczne, które budziły w nim to wściekłość, to smutek bezgraniczny. W nocy zaś, gdy spał, przytykali mu do nosa chloroform. Było to dlań okropne: czuł wyraźnie, że obumiera,—a zerwać się nie mógł, by odtrącić od siebie zbrodniczą rękę.

Chory stracił powoli całkowicie swą wolę,—lekarze uczynili zeń posłuszny ich rozkazom automat, który myślał i czynił to, co oni mu nakazywali. Tę siłę oddziaływania na jego umysł zdobyli oni zapomocą elektryczności, chloroformu i hypnozy. Chory utrzymuje, iż niejednokrotnie podczas snu był nietylko chloroformowany, ale i hypnotyzowany.

Jak dalece był on przez lekarzy opanowany, dowodem fakt, iż każdą myśl jego odgadywali oni. I nic w tem dziwnego, każda bowiem myśl, którą miał w głowie, była mu naprzód przez lekarzy suggestyjonowana. Zdarzało się nieraz, że chciał coś powiedzieć lekarzowi. Już, już myśl swą kształtował w słowa, gdy wtem w umyśle jego zjawiała się idea całkiem inna, i chory mówił nie to, co chciał powiedzieć. Wówczas w głowie słyszał jakiś drwiący głos, który mu mówił: „Aha! widzisz, co może zrobić szpital U.” Do jakiego stopnia lekarze myśli jego odgadywali, dowodzi jeszcze fakt następujący. Chory postanowił pewnego razu zerwać jednemu z lekarzy podczas wizyty epolety. Jakież było jego zdziwienie, gdy tego dnia, w którym czyn swój miał wykonać, lekarz podchodzi do jego łóżka w asystencyi licznej służby. Widoczna rzecz, że lekarz zamiar chorego odgadł, inaczej bowiem nie zaopatrywałby się w ową niezwykłą pomoc.

Siła panowania lekarzy nad nim nie miała granic. Był on w ich rękach prawdziwą maryonetką. Raz np. obudzili w nim sztucznie wilczy apetyt. Chory czuł tak straszny głód, iż jadł z żarłocznością zwierzęcia, nie mógł jednak głodu żadną miarą zadowolnić. A oto inny jeszcze ciekawy wypadek.

Razu pewnego choremu zachciało się ogromnie palić,—prosi tedy lekarza o papieros, a otrzymawszy go, dziękuje. W tejże chwili jednak słyszy

w głowie swej głos, który mu mówi: „patrzcie, oni go męczą, a on im jeszcze dziękuje“. I w tem zrobiło mu się słabo, zaciśnięły mu się szczęki, poczem upadł z łóżka, bijąc głową o ziemię. Gdy tak leżał na podłodze, nagle błysnęła mu myśl udawania zmarłego. Chory widział w tem wielką dla siebie korzyść, mniemał bowiem, że lekarze, wzięwszy go za umarłego, każą wynieść do prosektoryum i tam go pokrają. Tym sposobem, myślał, już raz przynajmniej skończą się jego męczarnie. Wszystkie te myśli i zamiary, jak utrzymuje chory, były mu przez lekarzy suggestyonowane.

Do wszystkich powyższych męczarni przyłączyło się wiele jeszcze innych.

(C. d. n.).

Siedm przypadków błonicy, leczonych surowicą swoistą,

podał D-r J. Rosenberg z Będzina.

W okresie czasu od 1-go czerwca 1895 r. do 1 stycznia 1896 r. miałem w swej praktyce prywatnej 7 przypadków błonicy, które leczyłem surowicą swoistą. Jakkolwiek przebieg choroby nie przedstawiał nic szczególnego, sądzę jednak, iż ze względu na nowość samej metody leczenia i znaczenie, krótki opis powyższych przypadków na uwagę zasługuje.

Stosownie do umiejscowienia sprawy, były między nimi: 4 przypadki *anginae diphthericae*, 2 przypadki *laryngitidis diphthericae*, 1 przypadek *anginae et laryngitidis diphthericae*. Rozpoznawałem sprawę błoniczą tylko na zasadzie objawów klinicznych, gdyż badanie drobnowidzowe nie mogło być przeprowadzone; ale tak objawy, jak i przebieg żadnej wątpliwości co do właściwego rozpoznania nie przedstawiały.

Angina diphtherica.

I. A. W. 4-roletni chłopiec. Wezwany doń zostałem dnia 2. VI. z powodu gorączki i bólu gardła; chory od wczoraj. Odżywianie średnie, ciepłota $39,4^{\circ}$, tętno 140, gruczoły podszczękowe z lewej strony obrzmiałe; na lewym migdale nalot szaro-żółty. Zastrzyknąłem 10 ctm. surowicy BEHRING'a N. 2. Wieczorem tegoż dnia C. $39,2^{\circ}$; w gardzieli stan ten sam. Dnia 3. VI. C. $38,2^{\circ}$, T. 120; gruczoły mniejsze, nalot w części się oddzielił, natomiast pozostało owrzodzenie dość powierzchowne, czerwone. Wieczorem tegoż dnia C. $37,0^{\circ}$, w gardzieli stan, jak i zrana. Dnia 4. VI. C. $36,8^{\circ}$, T. 84. Stan ogólny zadawalający, gruczoły podszczękowe niewyczuwalne, w gardzieli nieznaczny nalot. Dnia 5. VI. stan bezgorączkowy. Gardziel zupełnie czysta; na miejscu byłego nalotu lekkie zaczerwienienie.

II. Chaja G. 8 miesięcy, budowy wątłej, odżywiania nędznego. Zostałem wezwany dnia 17. VII. z powodu gorączki. Dziecko od 3 tygodni choruje na koklusz. C. $38,5^{\circ}$, T. 110; w płucach objawy silnego zapalenia nieżyłowego; w gardzieli na migdale lewym niewielki nalot szary; gruczoły podszczękowe nie powiększone. Zaleciłem jednocześnie chininę, środek wykrztuśny, i zastrzyknąłem 10 ctm. surowicy BEHRING'a N. 1. Już następnego dnia nalot w gardzieli zupełnie zginął; pomimo to przypadek ten po

trzech dniach zak ończył się śmiercią z powodu wspomnianego wyżej zrazikowego zapalenia płuc (*pneumonia catarrhalis*).

III. S. K. 4 lata. Przyniesiony został do mnie przez ojca dnia 9 listopada; uskarża się od dnia poprzedniego na ból gardła. Dobrego odżywiania; bez gorączki. Gruczoły podszczękowe nie obrzmiały; na lewym migdale niewielki nalot szaro-żółty. W innych narządach nic nieprawidłowego. Wstrzyknąłem zaraz 5 ctm. surowicy ARONSON'a. Już następnego dnia ból gardła zmniejszył się, a nalot na migdale lewym znikł.

IV. B. K. (brat poprzedniego), 10-cioletni. Sprowadzony do mnie dnia 31 grudnia, chory od dnia poprzedniego. Uskarża się na ból gardła, wzmagający się przy łykaniu. C. 37,8°, T. 114 pełne. Łuki tylne, przeważnie lewy, i tylna ściana gardzieli pokryte są grubym nalotem szaro-żółtym, przy dotykaniu nieco krwawiącym. Gruczoły podszczękowe znacznie obrzmiały. Wstrzyknąłem tegoż dnia 10 ctm. surowicy ARONSON'a. Dnia 1 stycznia 1896 r. C. 37,5°, T. 100. Bólu przy łykaniu chory nie doznaje nalot znacznie mniejszy, gruczoły mniej obrzmiały. Po upływie dwóch dn powrót do zdrowia.

Laryngitis diphtheritica.

V. S. Z. 1 1/6 r.; zachorował dnia 29. IX. Dziecko źle odżywiane, krzywicze. Brak gorączki; kaszel suchy, nieznaczna duszność. Zaleciłem wzięcia z wody wapiennej, okład rozgrzewający na szyję i *tart. stib.* w roztworze 0,01% co 2 godz. łyżeczkę. Dnia 30. IX. C. 39,4°, T. 170 miękkie. Kaszel „krupowy“, objawy zwężenia krtani: duszność, wciąganie w dołku, oddech chrapliwy. Zastrzyknąłem jeden flakon (5 ctm.) surowicy ARONSON'a. Wieczorem tegoż dnia C. 39,0°, T. małe, bardzo częste; objawy zwężenia wzmożone. Na proponowaną operację matka zgodzić się nie chciała. Prócz wdechań, zaleciliśmy wraz z drugim kolegą wino i *inf. senegae* z kofeiną. Około 11-ej w nocy dziecko zmarło przy objawach zatrucia kwasem węglanym.

VI. A. K. 2 letni. Zachorował dnia 24. X. Zawezwany zostałem w nocy z dnia 25 na 26 października. C. 37,9°, duszność, kaszel „krupowy“, gardziel czysta. Zaleciłem *cupr. sulf.*, jako *emeticum*, i wzięcia z wody wapiennej. Z rana dnia 26. V. C. 38,3°, T. 98; znaczna duszność, kaszel suchy, krupowy. Zastrzyknąłem 10 ctm. surowicy BEHRING'a N. 2. Dnia 27. X. C. 38,0°; stan ten sam. W okolicy ułęcia (na prawem udzie) zaczerwienienie skóry i nieznaczne obrzmienie; zaleciłem zimne okłady. Dnia 28. X. Brak gorączki, duszność znacznie mniejsza, kaszel mniej suchy, stan ogólny zadowalający; wspomniane zaczerwienienie i obrzmienie skóry znikło. Dnia 29. X. Brak gorączki, duszność zupełnie ustąpiła, kaszel lekki, wykrztuszanie obfite; zaleciłem *Inf. ceph. c. vin. stib.* Po trzech dniach chory powrócił zupełnie do zdrowia.

Angina et laryngitis diphtheritica.

VII. P. S. 4 lata; przyniesiony został do mnie dnia 3. VI. Chory od dwóch dni; C. 39,0°, T. 104, głos ochrypli, kaszel suchy, krupowy, wyraźna duszność; gruczoły podszczękowe obrzmiały i bolesne. Wstrzyknąłem w udo prawe 10 ctm. surowicy BEHRING'a. Niestety, o wyniku leczenia dowiedzieć się nie mogłem, chory bowiem więcej się nie pokazał, a dokładnego adresu nie posiadałem (pochodził z zamiejskiej kolonii fabrycznej).

W żadnym z opisanych przeze mnie przypadków nie zauważyłem jakichkolwiek powikłań, tylko w przypadku VI., następnego dnia po wstrzyknię-

ciu surowicy, wokoło miejsca ułknięcia (prawe udo) wystąpiło lekkie zaczerwienienie i obrzmienie skóry, co jednak szybko znikło pod wpływem zimnych okładów.

Na zasadzie tak małej liczby przypadków nie mam zamiaru wyprowadzać jakichbądź wniosków, tembardziej, iż nie wszystkie mogłem obserwować do samego końca; zauważyć jednak winienem, iż poprawa następuje po wstrzykiwaniu surowicy dość szybko, najczęściej już po upływie doby, daleko prędzej, aniżeli to przy stosowaniu zwykłych metod leczenia w przypadkach dotąd przezemnie spostrzeganych miewało miejsce.

PATOLOGIA I TERAPIA

przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,

oraz uwagi

o leczeniu neurastenii płciowej.

Napisał S. Groszlik.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 9).

IV. Rozpoznanie.

Pomimo całej zmienności i różnorodności objawów, właściwych zapaleniu przewlekłemu gruczołu krokowego, rozpoznanie tego cierpienia nie przedstawia zazwyczaj trudności, jeżeli za punkt oparcia do dyagnozy przyjmujemy wyłącznie patologicznie zmienioną wydzielinę gruczołu. Najmniejsze trudności napotykamy wówczas, gdy mamy do czynienia z prawdziwą prostatoreą lub też gdy przy ucisku na gruczoł krokowy otrzymujemy w ujściu zewnętrznym cewki kilka kropel wydzieliny. Jeżeli niema żadnych powikłań ze strony pęcherza i cewki, poddajemy badaniu wydzielinę bezpośrednio po mokrzeniu. Chory oddaje moc do dwóch lub trzech naczyń i, jeżeli się okaże przytem, że ostatnia porcja jest zupełnie czysta, bez mętów lub nitek, wówczas wprowadzamy palec do odbytnicy i uciskamy kolejno jeden zraz gruczołu, potem drugi, wykonywując przytem miesienie gruczołu. Rękoczyn ten, który możemy skutecznieć zarówno w pozycji leżącej chorego, jakoteż w położeniu *à la vache* (osobiście przekładam sposób pierwszy), powinien trwać około minuty. Podczas wykonywania miesienia zaciśkamy dwoma palcami lewej ręki otwór zewnętrzny cewki w celu zapobieżenia wylewaniu się płynu, poczem płyn zbieramy i poddajemy badaniu pod drobnowidzem. Ostatnie krople płynu spływają zazwyczaj wówczas, gdy chory przyjmuje położenie pionowe, dobrze jest przeto polecić choremu, ażeby podczas wstawania zaciśkał otwór zewnętrzny cewki. Ostrożność ta jest niezbędna w tych przypadkach, gdzie wogóle z gruczołu krokowego wydziela się bardzo mało płynu, który ścieka dopiero w położeniu stojącym chorego. We wszystkich tych razach poddajemy bezpośredniemu badaniu sam płyn wyciśnięty z gruczołu krokowego, i rozpoznanie nie przedstawia wówczas żadnej trudności. Tego rodzaju przypadki nie należą jednak do zbyt częstych. Zdarza się bowiem, że przy najbardziej energicznym miesieniu gruczołu krokowego, nie jesteśmy w stanie wycisnąć ani jednej kropli wydzieliny. W innych znów razach płyn przy ucisku na gruczoł krokowy wydzie-

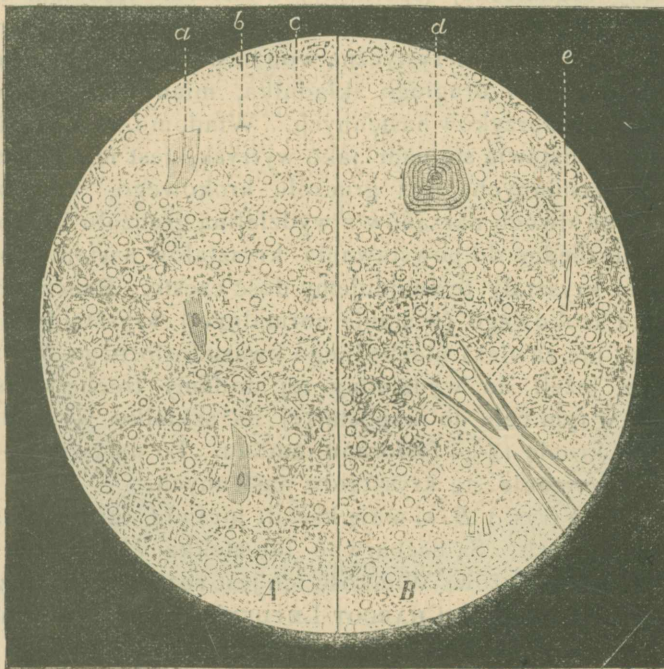
a się wprawdzie obficie, nie nadaje się wszakże do badania bez pewnych manipulacji przygotowawczych, które dałyby gwarancję, że nie zawiera żadnych domieszek obcych. Następczające się w tych razach trudności rozpoznawcze dają się usunąć przez następujące postępowanie. Jeżeli przy ucisku na gruczoł krokowy ilość wydzieliny jest zbyt mała, ażeby mogła ukazać się w otworze zewnętrznym cewki (*prostatorrhoea latens* w naszym pojęciu), polecamy choremu oddać mocz do dwóch naczyń i zapowiadamy, żeby niewielką część moczu zatrzymał w pęcherzu. Po mięsieniu gruczołu chory oddaje resztę moczu, która zabiera z cewki wydzielinę wyciśniętą z gruczołu. To postępowanie daje nam możliwość dokładnego zbadania zawartych w moczu składników oraz porównania z moczem poprzednio oddanym.

Daleko większe trudności przedstawiają te przypadki, które powikłane są sprawą zapalną cewki lub pęcherza. W tych razach musimy usunąć doszczętnie wszelkie domieszki, pochodzące z błony śluzowej tych narządów, ażeby wynik badania nie budził żadnej wątpliwości co do natury wydzieliny. W razie zajęcia cewki przedniej, wprowadzamy cewnik aż do opuszki i wypłukujemy całą przednią cewkę wodą wyjałowioną lub roztworem kwasu bornego. Gdy wracający płyn nie zawiera już żadnych domieszek ropnych, chory opróżnia pęcherz całkowicie lub częściowo, zależnie od tego, czyspodziewamy się obfitej, czy też skąpej wydzieliny z gruczołu krokowego. W razie silniejszego zajęcia części krokowej cewki lub pęcherza, polecamy choremu przedewszystkiem opróżnić pęcherz, poczem wypłukujemy zarówno cewkę, jak i pęcherz przy pomocy cewnika, wprowadzonego najpierw do opuszki, później do części krokowej cewki. Płukanie trwać musi tak długo, dopóki wracająca woda nie będzie bezwzględnie czysta. Gdy to nastąpi, napęlniamy pęcherz wodą, usuwamy cewnik i polecamy choremu oddać wodę całkowicie lub tylko w części, kierując się wyżej podanymi względami. Po tym ręko-czynie przygotowawczym wykonywamy mięsienie gruczołu przez odbytnicę. Jest rzeczą ważną, ażeby w tego rodzaju czynnościach posługiwać się do smarowania cewnika gliceryną, miesza się ona bowiem z wodą i nie wpływa szkodliwie na składniki morfologiczne wydzieliny. Wazeliny lub tłuszczów w tym celu stosować nie należy, gdyż zacierają one obraz drobnowidzowy, mający tak ważne znaczenie w rozpoznaniu.

Dla ocenienia zmian, zachodzących w wydzielinie gruczołu krokowego przy zapaleniu przewlekłym, należy przedewszystkiem znać dokładnie cechy wydzieliny normalnej. Jakkolwiek, dzięki poszukiwaniom FUEBRINGER'a ⁷⁾, wydzielina prawidłowa gruczołu krokowego jest dokładnie zbadana już od lat kilkunastu, jednakże znajomość jej składu morfologicznego bardzo mało jest wśród lekarzy rozpowszechniona. Jako dowód tej nieznajomości, przytoczyć mogę okoliczność, iż nieraz rozpoznają przewlekłe zapalenie gruczołu przy wydzielinach z cewki, które nic wspólnego z gruczołem krokowym nie mają, lub też na mocy wydzieliny, wyciśniętej wprawdzie z gruczołu, lecz nie przedstawiającej żadnych zgoła zmian chorobowych. Tak różne sprawy, jak prostatoreja, nasieniotok, *urethrorrhoea ex libidine* i t. d., uważane są nieraz za cierpienia identyczne, tylko dzięki nieznajomości składu tych wydzielin.

⁷⁾ FUEBRINGER: Ueb. d. Herkunft u. d. klin. Bedeutung d. sog. Spermakristalle nebst Bemerk. üb. d. Componenten d. menschl. Samens u. die Prostatorrhoe, Zeltschr. f. klin. Med. 1881. Zeszyt 2. Tenże: Ueb. Spermatorrhoe u. Prostatorrhoe, Volkmann's klin. Vorträge Nr. 207 (1881). Tenże: Zur Diagnose d. Harnröhrenausflüsse, Monatsh. f. praktische Der. u. Gynäkologie, 1883, N. 1.

Prawidłowa wydzielina gruczołu krokowego przedstawia masę płynną, mętną, mleczno-białą, nie jest ciągliwa ani lepka, posiada woń nasienia. Odczyn płynu nie jest stały, przeważnie jednak jest on kwaśny. Badanie drobnowidzowe (rys. 1 *A* i *B*) wykazuje przede wszystkim dużo drobnych, nadzwyczaj delikatnych kuleczek blado-żółtawych, wielkości $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ czerwonego krążka krwi (*b*); pod względem chemicznym składają się one, jak to wykazały badania FUEBRINGER'a, przeważnie z lecytyny. Drugą stałą część składową prawidłowej wydzieliny gruczołu krokowego stanowią drobne ziarnka o charakterze bliżej nieokreślonym, tak zw. detryt (*c*); ilość jego jest bardzo znaczna. Obie te części składowe nadają wydzielinie prostatycznej wejrzenie mleczne. Tu i owdzie napotykamy na prepara-



Rys. 1. Prawidłowa wydzielina gruczołu krokowego.

cie jedną lub kilka komórek cylindrycznych, pojedynczo rozsianych albo też zebranych parami lub po trzy. Są to komórki nabłonka gruczołów (*a*). Niekiedy, nie stale jednak—wbrew mniemaniu innych autorów—w płynie prostatycznym znaleźć można zazwyczaj w ilości bardzo małej ciała okrągłe, koncentrycznie uwarstwione, o środku ziarnistym, podobne do ziarn skrobi, rozmaitej wielkości, barwiące się po dodaniu jodu na kolor czerwony, zaś jodu i kwasu siarczanego na kolor niebieski lub fioletowy. Są to t. zw. ciała skrobiowate (rys. 1. *B. d.*). W typowej swej postaci występują one nie zawsze, czasami wskutek napęczenia przedstawiają się w formie kul jednorodnych, galaretowatych, w innych znów razach od środka rozchodzą się ku obwodowi promienie, utworzone prawdopodobnie z soli wapiennych. Ciała skrobiowate nie stanowią cechy charakterystycznej płynu gruczołu krokowego, napotykamy je bowiem również w wydzielinie cewki,—nawet w moczu kobiet. Oprócz tego w płynie prostatycznym osób starych napotykamy niekiedy barwnik żółtawy w postaci ziarn i łusek rozmaitej wielkości i wejrzenia. Leukocytów wydzielina prawidłowa gruczołu krokowego nie zawiera.

Powyższy opis własności makro- i mikroskopowych dotyczy płynu, otrzymywanego za życia przez ucisk na gruczoł krokowy. Nieco odmiennie przedstawia się płyn ten u trupów. Tu wskutek złuszczenia się nabłonka gruczołów (złuszczenie trupie) płyn przedstawia zazwyczaj masę gęstszą, w części przypominającą z wejrzenia ropę, pod mikroskopem zaś stwierdzić można obfitą zawartość komórek cylindrycznych.

Dla zupełnego scharakteryzowania płynu prostatycznego należy jeszcze wspomnieć o jednej części składowej, która w przypadkach wątpliwych rozstrzyga nieraz o pochodzeniu wydzieliny. Mam tu na myśli tak zwane kryształy nasienne BOETTCHER'a. Według poszukiwań SCHREINER'a kryształy te przedstawiają sól fosforanową sperminy, do powstawania ich więc niezbędna jest obecność dwóch składników: zasady organicznej (sperminy) i fosforu. Zdaniem FUEBRINGER'a spermina stanowi część składową prawidłowej wydzieliny gruczołu krokowego, nadaje ona wydzielinie tej charakterystyczną woń nasienia, jej też nasienie woń swoją zawdzięcza. Co się tyczy drugiego składnika, mianowicie fosforu, to zawiera się on w wydzielinie pęcherzyków nasiennych. Wiadomo, że nasienie w tej postaci, w jakiej ono przedstawia się nam jako wytrysk, jest mieszaniną wydzieliny jąder, pęcherzyków nasiennych oraz gruczołu krokowego. Przy zetknięciu się wydzieliny pierwszych dwóch narządów z wydzieliną gruczołu krokowego, istnieją wszelkie warunki niezbędne do powstawania kryształów nasiennych. Stąd w nasieniu prawidłowym kryształy te znajdujemy dość często. Rzecz prosta, że sama wydzielina gruczołu krokowego (w stanie normalnym) kryształów nasiennych nie wytwarza, ponieważ nie zawiera niezbędnego kwasu fosforowego. Można je wszakże otrzymać sztucznie, jeżeli do wydzieliny tej dodamy trochę kwasu fosforowego. FUEBRINGER radzi w tym celu do rozpostartej na szkiełku wydzieliny gruczołu krokowego dodawać kroplę 1%-go fosforanu amonu. Po upływie 1—2 godzin można już stwierdzić utworzenie się kryształów nasiennych.

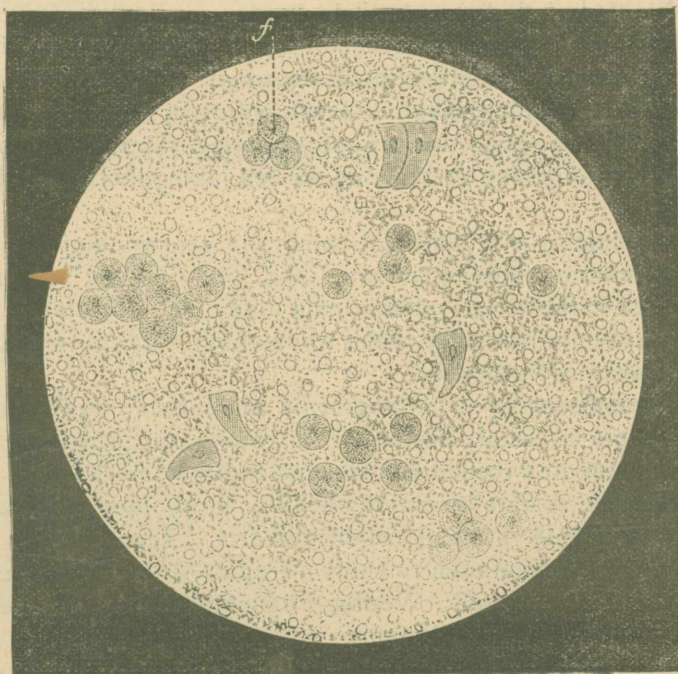
Kryształy nasienne (rys. 1 B, e) mają kształt piramid lub pryzmatów o wypukłych nieco płaszczyznach. Są bezbarwne lub zlekka żółte, tworzą zazwyczaj złogi w postaci gwiazd i krzyżów. Wielkość ich jest rozmaita. Okazują one wielkie podobieństwo do kryształów CHARCOT-LEYDEN'a, napotykanych w płwocinie.

Jakkolwiek tworzenie się kryształów nasiennych w warunkach wyżej podanych stanowi ważną cechę prawidłowej wydzieliny gruczołu krokowego, niezawsze jednak udaje się je otrzymać z taką łatwością, jakby się to na pozór zdawać mogło. Sam FUEBRINGER zaznacza, że najmniejsza domieszka do wydzieliny moczu (w którym kryształy rozpuszczają się) oraz inne nieokreślone bliżej wpływy chemiczne działają nieraz szkodliwie na ich powstawanie.

Streszczając wszystko, cośmy powyżej o normalnej wydzielinie gruczołu krokowego powiedzieli, dochodzimy do wniosku, że najbardziej na uwagę zasługującymi cechami tej wydzieliny są: kulki lecytynowe, detryt, powstawanie kryształów nasiennych w warunkach omówionych oraz brak leukocytów. Nabłonki cylindryczne, jakkolwiek dość stale w płynie prostatycznym występują, jednakże nie mają cech dostatecznych, przekonywających o pochodzeniu wydzieliny, ponieważ nadzwyczaj trudno je odróżnić od podobnych komórek gruczołów COWPER'a.

W wydzielinie gruczołu krokowego, znajdującego się w stanie zapalenia przewlekłego, zachodzą pewne zmiany, dające możność ścisłego rozpoznania. Makroskopowo wydzielina przedstawia się rozmaicie, zależnie od natężenia sprawy zapalnej. Cechy makroskopowe jednak same przez się niezawsze wystarczają do ocenienia, czy gruczoł znajduje się w stanie zapalnym. W niektórych razach samo

wejrzenie wydzieliny nie pozostawia żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia z zapaleniem gruczołu. Wydzielina bywa obfita, bardzo mętna, śluzowo-ropna lub ropna, zupełnie podobna do wydzieliny w rzeżączce przewlekłej. W innych razach wydzielina — mówię ciągle o wydzielinie wyciśniętej z gruczołu palcem, wprowadzonym do odbytnicy — makroskopowo niczem prawie nie różni się od normalnej: ani pod względem ilości, ani też jakości. Pomędzy temi własnościami krańcowymi znajduje się cały szereg zmian makroskopowych, mniej lub więcej charakterystycznych; jednakże we wszystkich przypadkach, w których podejrzewamy zapale-



Rys. 2 Wydzielina gruczołu krokowego przy zapaleniu przewlekłym.

nie przewlekłe gruczołu, niezbędne jest badanie mikroskopowe, albowiem ono tylko jest w stanie z całą pewnością rozwiązać wszelkie wątpliwości. Przy badaniu mikroskopowym należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na to, czy dana wydzielina zawiera ciała ropne. Te występują w ilości najrozmaitszej, zależnie od natężenia sprawy chorobowej. Najczęściej znajdujemy na polu widzenia przy średnim powiększeniu (rys. 2, *f*) kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt leukocytów, rozsianych pojedynczo lub zebranych gromadkami. Rzadziej, mianowicie przy stałej prostatorei (*prostatorrhoea vera*), obraz mikroskopowy przypomina obrazy, napotykane w rzeżączce przewlekłej: całe pole widzenia usiane jest prawie wyłącznie ciałkami ropnemi, wobec których inne części składowe wydzieliny prostatycznej reprezentowane są bardzo skąpo. Występowanie ropy w wydzielinie jest najważniejszą cechą patognomoniczną zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, bez względu na ilość leukocytów. Cecha ta jednak posiada wartość rozpoznawczą wówczas tylko, jeżeli przedsięwzięte były uprzednio wszystkie podane wyżej środki ostrożności, dające pewność bezwzględного wyłączenia domieszek z innych źródeł. Na zasadzie tej jednej cechy możemy, bez obawy popełnienia błędu, rozpoznać zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego.

Obok ciałek ropnych, w patologicznie zmienionej wydzielinie gruczołu krokowego występują, aczkolwiek niezawsze, inne jeszcze składniki, które bądź przemawiają za charakterem zapalnym, bądź też za pochodzeniem wydzieliny z gruczołu krokowego. W pierwszym rzędzie postawić tu należy zjawienie się w wydzielinie większej ilości komórek cylindrycznych. Istnieje nawet postać zapalenia przewlekłego złuszczonego, gdzie ilość leukocytów jest nadzwyczaj mała i ogranicza się do 2—3 na polu widzenia i gdzie na pierwszy plan występują liczne komórki cylindryczne, które nadają wydzielinie makroskopowo wejrzenie ropy. Zazwyczaj nabłonki te rozrzucone są pojedynczo lub tworzą płateczki, złożone z kilku komórek. Niekiedy jednak, wprawdzie bardzo rzadko, można znaleźć w wydzielinie całe kawałki woreczków gruczołowych, w których komórki ułożone są w dwa charakterystyczne dla gruczołu krokowego rzędy. Powierzchnowy rząd składa się z komórek cylindrycznych, których wyrostki sięgają w głęboki rząd komórek okrągłych. Tego rodzaju twory napotykają się, jak rzekłem, bardzo rzadko; częściej nabłonki cylindryczne rozrzucone są bez jakiegokolwiek ściśle określonego porządku.

Niekiedy znajdujemy w wydzielinie nieliczne czerwone ciała krwi. Są one przeważnie niezmienione; jedyną zmianą, jaką prawie stale spostrzegałem, jest bladość, jakkolwiek całkowitego odbarwienia nigdy nie widziałem. Obecność czerwonych ciałek krwi nie jest stałą cechą wydzieliny, wszakże wystąpienie ich jest dowodem stanu zapalnego gruczołu.

Zdaniem FUEBRINGER'a, w patologicznie zmienionej wydzielinie występują niekiedy samodzielnie kryształy nasienne. Zjawisko to przypisuje FUEBRINGER tej okoliczności, iż wskutek rozpadania się elementów komórkowych w zmienionej chorobowo wydzielinie zostaje uwolniony fosfor, który łączy się z zasadą organiczną (sperminą), w płynie prostatycznym zawartą. Tego rodzaju powstawanie kryształów stwierdził FUEBRINGER również u trupów, dzięki złuszczeniu i rozpadowi elementów komórkowych. Według FUEBRINGER'a, samodzielne tworzenie się kryształów w wydzielinie bez dodania fosforanu amonu wprost już dowodzi zapalnego stanu gruczołu. Zdarza się to jednak bardzo rzadko. Osobiście nigdy zjawiska tego nie spostrzegałem. Przypuszczam, iż może ono również dobrze zależeć od domieszki do cieczy prostatycznej—bogatej w fosfor wydzieliny z pęcherzyków nasiennych, które, przy niedość ostrożnem miśczeniu gruczołu krokowego, ulegać mogą mimowolnemu uciskowi. Na poparcie zdania tego przytoczyć mogę okoliczność, iż w wydzielinie gruczołu krokowego znajdujemy nieraz mniejszą lub większą ilość ciałek nasiennych, których pochodzenie z pęcherzyków nasiennych nie może ulegać wątpliwości.

Bądźcobądź, samodzielne tworzenie się kryształów nasiennych, jeżeli nawet jest możebne, zdarza się bardzo rzadko, i dlatego nie może ono służyć za cechę rozpoznawczą zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Jeżeli wszakże mamy wątpliwości co do pochodzenia danej wydzieliny, można posługiwać się podanym wyżej sposobem sztucznego otrzymywania kryształów nasiennych, a wynik dodatni wątpliwości te usunie.

Obok wyłuszczonych w rozdziale niniejszym cech makro- i mikroskopowych wydzieliny, otrzymywanej przy ucisku na gruczoł krokowy, należy w każdym poszczególnym przypadku brać pod uwagę i inne objawy chorobowe. Objawy te same przez się nie wystarczają do rozpoznania ścisłego; połączone wszakże z wynikami badania mikroskopowego wydzieliny, mogą rozpoznanie potwierdzić oraz dać nam szereg wskazówek co do powikłań, towarzyszących cierpieniu zasadniczemu.

Nakoniec muszę tu przypomnieć, iż w każdym przypadku zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego należy badać wydzielinę na obecność gonokoków. Do badania tego należy użyć wydzieliny, wyciśniętej z gruczołu po dokładnem przemyciu cewki, dającem rękojmię bezwarunkowego wyłączenia znajdujących się ewentualnie w cewce gonokoków. Jakkolwiek osobiście nigdy nie mogłem wykryć gonokoków nawet w przypadkach bardzo uporczywych zapalenia przewlekłego gruczołu, sądzę jednak, iż wobec komunikatów NEISSER'a i PUTZLER'a oraz FELEKI'ego, na okoliczność tę należy zwrócić baczną uwagę, ma ona bowiem ważne znaczenie w rokowaniu.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

27. HLAWA. Surowica krowiankowa i jej działanie. Zajmując się od dłuższego czasu etyologią i anatomią krowianki i ospy, H. powziął myśl użycia surowicy zwierząt, szczepionych krowianką lub ospą, jako środka uodparniającego, a to w celu zastąpienia szczepienia krowianką—szczepieniem surowicą swoistą. Miałoby to wielkie znaczenie wobec powikłań, jakie pociąga niekiedy za sobą szczepienie krowianką, i wobec nierówności i niepewności jej działania. Na drugim planie było użycie surowicy takiej, jako środka leczniczego przy ospie.

Surowice, otrzymywane różnymi sposobami, oznaczono literami A, B, C.

Surowica krowiankowa A pochodziła z krwi dwóch jałówek, u których po zaszczepieniu utworzyły się bardzo rozwinięte krosty; u jednej jałówki szczepienia dokonano cztery razy, za każdym razem krowianką, pochodzącą od innego cielęcia, u drugiej—dwa razy. Tej ostatniej prócz tego zastrzyknięto do żyły udowej 1 ctm. szśc. szczepionki.

Z surowicą tą przeprowadzono doświadczenia na trzech cielętach. Zastrzykiwano im uprzednio 15—30 ctm. szśc. surowicy, poczem szczepiono je krowianką. Dwa doświadczenia wykazały, że uprzednie zastrzyknięcie surowicy krowiankowej wywiera pewien wpływ, przejawiający się bądź w niezupełnym rozwoju krost po następem zaszczepieniu krowianki, bądź w braku charakterystycznej gorączki. Doświadczenie trzecie wykazało, że można nawet zupełnie uodpornić zwierzę przeciwko krowiance i ospie (szczepiono cielęciu i limfę ospową).

Ponieważ surowica u cieląt nie sprowadzała żadnego odczynu, a świnki morskie zniosły najspokojniej zastrzyknięcie 10 ctm. szśc. pod skórę lub do jamy otrzewnej, przeto H. spróbował stosować ją u 13 dzieci, którym miano szczepić ospę. Okazało się, że surowica A, w ilości 3—9 ctm. szśc. stosowana podskórną, nie ma żadnych złych skutków, ulega wessaniu prędko, bez bólu i miejscowego odczynu. Ciepłota nie podniosła się ani razu, białkomoczu nie było, raz tylko wystąpiła pokrzywka. Z tych 13 uodpornionych dzieci, u 6-iu po następem szczepieniu krowianki nie rozwinęła się ani jedna krosta, u reszty dzieci krosty rozwinęły się nie we wszystkich nacięciach.

Biorąc pod uwagę możliwość wrodzonej odporności u dzieci, H. nie był zadowolony z uodparniających własności surowicy A, a większej ilości nad 10 ctm. szśc. zastrzykiwać nie chciał, słusznie sądząc, że w praktyce używanie większych ilości nie ma racji, bądź ze względu na obawę zaszkodzenia dziecku, bądź ze względu na cenę leku.

Możnaby przypuszczać, że u jałówek, z których brano surowicę, sprawa wytwarzania się „ciał ochronnych“ została powstrzymana wskutek przerwania rozwoju krost w celu otrzymania szczepionki (na czwarty dzień po pierwszym zaszczepieniu z pięknie rozwiniętych krost zebrano krowiankę, poczem szczepiono znowu krowianką, ale bez skutku; 34-go dnia dopiero upuszczono krwi w celu otrzymania surowicy).

Przyrządzając surowicę B, autor pozwolił sprawie chorobowej rozwinąć się i przebieść przez wszystkie okresy. Przy zastosowaniu tej surowicy u zwierząt okazało się, że u uodpornionych nią cieląt, po następem zaszczepieniu krowianką, rozwijały się krosty słabsze, mniejsze, niż u cieląt nie uodpornionych. Zupełnej odporności, jak w jednym z pierwszych doświadczeń, nie osiągnięto. Doświadczenia, przeprowadzone na pięciorgu dzieciach, wykazały, że surowica B nie posiada własności uodparniających; brak jej nawet tego osłabiającego wpływu na rozwój krost, jaki spotykamy w doświadczeniach ze zwierzętami. Różnica ta mogła wynikać stąd, że surowica pochodziła od zwierząt uodpornionych i szczepionych tą samą krowianką, dzieciom zaś szczepiono inną, silniejszą. Możliwy byłby też zarzut, że surowicę brano zapóźno, tak, że większa część ciał ochronnych już znikła. Wskutek tego H. postanowił brać krew z cielęcia na czwarty dzień, gdy krosty są dobrze rozwinięte, gdy ciepłota dochodzi do znacznej wysokości, gdy podług PFER'a jakoby pojawiają się we krwi pełzakowate twory—pasorzyty ospy. Ze względu zaś na mniemanie DELBET'a, że ciała uodparniające niekoniecznie mają być zawarte w surowicy, lecz mogą się znajdować w osoczu i ciałkach krwi, H. prócz surowicy przyrządził osocze i krew krowiankową C z dodatkiem 2% roztworu cytrynianu sodu.

Doświadczenia przeprowadzono na 3-ch cielętach i 6 dzieciach. U zwierząt 20 ctm. szśc. osocza i 30 surowicy chroniły je od przyjęcia się szczepionki, zaś 10 ctm. szśc. krwi (5 ctm. szśc. czystej krwi, reszta w roztworze 2% cytrynianu sodu) pozwoliły rozwinąć się małym, lecz wyraźnym krostom. Wynik taki tłumaczyć można zbyt małą ilością krwi dla cielęcia, ważącego 40 klgr. Doświadczenia zaś z dziećmi wykazały, że u dziecka wagi przeszło 4000 grm., 3 ctm. szśc. surowicy zupełnie zapobiegają rozwojowi krost, zaś 2 ctm. szśc. w części. Surowica C okazała się najsilniejszą.

Doświadczenia podobne będą dalej prowadzone, między innymi w celu przekonania się, jak długo działa surowica; chociaż i teraz można twierdzić, że surowica C, brana 4-go dnia, w chwili najsilniejszego rozwoju krost i gorączki, zbliża się do tej, która mogłaby zastąpić szczepienie krowianką. W ten sposób H. przypuszcza, że po raz pierwszy wykonał szczepienie ochronne surowicą krwi.

Podając artykuł niniejszy jako wzmiankę tymczasową, autor dodaje, że ze względu na niepewne i nierówne działanie kupnej krowianki, przeprowadził szczepienie zwierząt i ospianką i krowianką, i że, prócz doświadczeń z surowicą krowiankową, robił doświadczenia z surowicą owczą, krowiankowo-ospową, oraz z surowicą owczą ospową; ta ostatnia posiada, zdaje się, znaczne własności uodparniające i lecznicze. Kto chciałby wypróbować działanie lecznicze dwóch ostatnich surowic, może się zwrócić z prośbą do c. k. anatomo-patologicznego instytutu czeskiego (Praga, ulica Katarzyńska), a będą mu dostarczone z ochotą i bezpłatnie, o ile starczy materiału. H. radzi próbować przy ospie podskórnio 10—20 ctm. szśc. najwyżej trzy razy.

(Časopis lékařů českých № 35 r. 95.).

S. Kossobudzki.

28. A. MARMOREK. **Leczenie szkarlatyny zapomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej.** Jakkolwiek zarazek szkarlatyny nie jest nam znany, wiadomo je-

dnak, jak ważną rolę odgrywają paciorkowce w powikłaniach przy tej chorobie (zapalenie nerek, wsierdza, opłucnej i t. d.). Chcąc zabezpieczyć ustrój od powikłań, wywoływanych przez te drobnoustroje, autor przystąpił do prób stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej u dzieci, dotkniętych szkarlatyną. Próby były prowadzone w szpitalu TROUSSEAU w Paryżu od 16-go października do 30 grudnia 1895 roku.

Epidemia, która początkowo przebiegała dość łagodnie, w listopadzie i grudniu stawała się coraz groźniejszą. Ze 103 dzieci, przybyłych do szpitala w tym czasie, 7-ro tylko nie leczono surowicą, ponieważ był to już okres łuszczenia.

Surowica, używana w celu leczniczym, posiadała siłę ochronną 30,000. Badanie bakteriologiczne u wszystkich dzieci wykazało obecność samych paciorkowców lub w połączeniu z innymi zarazkami. U 17 dzieci znaleziono oprócz paciorkowców laseczniki LOEFFLER'a; z tych 4-ro zmarło pomimo stosowania surowicy przeciwbłoniczej i przeciwpaciorkowcowej. Z pozostałych dzieci jedno jeszcze zmarło na zapalenie płuc, które się przyłączyło do szkarlatyny o przebiegu nawet bardzo łagodnym.

Wszystkie dzieci zaraz po przybyciu do szpitala otrzymywały dawkę 10 ctm. szśc. surowicy przeciwpaciorkowcowej, w przypadkach zaś ciężkich 20 ctm. szśc. Leczenie ograniczano wyłącznie do zastrzykiwań surowicy i przepłukiwań gardła środkami odkażającymi.

Szczepienie stosowano codziennie aż do obniżenia ciepłoty ciała. W zwykłych przypadkach 1—2 zastrzyknięcia wystarczały; w razie pojawienia się białkomoczu lub obrzmienia gruczołów szyjowych, ponawiano zastrzyknięcia aż do chwili powrotu do stanu normalnego. Ogólna ilość zastrzykiwanej surowicy w przypadkach zwykłych wynosiła 10—30 ctm. szśc., w cięższych dochodziła do 40, 60, 70, 80, a w jednym przypadku do 90 ctm. szśc. Wpływ surowicy przeciwpaciorkowcowej najwyraźniej dał się zauważyć przy obrzmieniach gruczołów szyjowych, które szybko się zmniejszały i nie przechodziły w stan ropny (19 przypadków).

Na sprawy uszne surowica również wywierała wpływ dodatni; u 4-ga dzieci z obustronnem zapaleniem uszów, po zastosowaniu surowicy nie doszło do ropienia.

Białkomocz zniknął po 1—2 zastrzyknięciach. Tylko przy bardzo ciężkich powikłaniach surowica przeciwpaciorkowcowa nie wywierała wyraźnego wpływu, jakkolwiek zawsze powodowała oddzielanie się błon fałszywych i polepszenie stanu ogólnego.

Ciepłota ciała, zależnie od powikłań, wywołanych przez paciorkowce, pod wpływem surowicy swoistej szybko się obniżała, w przeciwnym zaś razie pozostawała bez zmiany, co wyraźnie świadczy, że paciorkowce nie są przyczyną szkarlatyny.

Na zasadzie wyżej podanych spostrzeżeń, autor mniema, że surowica przeciwpaciorkowcowa może w przyszłości oddać ważne usługi w leczeniu szkarlatyny.

(*Annales Pasteur N. 1 1896*).

Wł. P.

29. Nes. **O intubacji w błonicy.** W czasie między 1-ym stycznia 1894 roku i 1-go lutego 1895 na oddziale chirurgicznym szpitala miejskiego autor zastosował intubację u 64 dzieci z powodu błoniczego zwężenia krtani. W tym czasie leczono wogóle 267 chorych na błonicę, z których wyzdrowiało 161, a mianowicie: bez operacji 89 na 109 chorych, po tracheotomii 44 na 94 operowanych, a po intubacji 28 na 64; z tych ostatnich wyzdrowiało 21 na 36 po zastosowaniu tylko intubacji, a 7 na 28 po intubacji z następczą tracheotomią. Z chorych, podległych intubacji, 7 leczono surowicą BEHRING'a, z tych wyzdrowiało 6.

Przy stosowaniu intubacji autor trzymał się zwykłych wskazań i przeciw-wskazań; stosował więc omawiany rękoczyn przy znacznym zwężeniu błoniczym krtani, z wyjątkiem przypadków, w których spostrzegać się dawała równocześnie błonica nosa i gardzieli, obrzęk krtani; również przeciwwskazaniem do intubacji była agonia i ropień pozagardzielowy. Przy powikłaniach płucnych intubacja też stosowaną nie była. Rękoczyn autora niczem się nie różnił od zwykle stosowanego, z tą tylko różnicą, że do rurki autor przyczepiał nitkę, której końce łączył naokoło szyi dziecka; w ten sposób usunięcie rurki z łatwością skutecznie się daje bez użycia specjalnego narzędzia.

Po większej części bezpośrednio po wprowadzeniu rurki napad duszności mija. Dzieci oddychają zupełnie swobodnie i spokojnie, sinica natychmiast przechodzi. Zdarza się jednak niekiedy, że po intubacji napad duszności trwa dalej, tak, iż natychmiast do tracheotomii przystępować należy. Bywa to przy szybkim bardzo tworzeniu się błon w tchawicy, które zatykają otwór rurki; duszność wtedy znakomicie się powiększa i jedynie operacja zapobiedz może uduszeniu się dziecka. Nieraz się zdarza, że dzieci bezustannie wykrztuszają rurkę, co powoduje ponowny napad duszności, przez co tracheotomia staje się nieodzowną.

W mniejszości przypadków dzieci oddychają swobodnie przez wprowadzoną rurkę, względnie bez rurki, aż do wyzdrowienia lub do śmierci; po większej zaś części powoli lub też nagle występuje ciężki napad duszności i rurkę natychmiast usunąć trzeba. Powoli rozwijająca się duszność następuje przeważnie przy zapaleniu płuc; zaś nagła duszność występuje z powodu wykrztuszenia rurki, co zniewała do szybkiego wprowadzenia jej powtórnego lub też do wykonania tracheotomii, jeżeli podobne wykrztuszenie często się powtarza.

Wykrztuszenie wydzieliny lub błon krupowych przez rurkę nadzwyczaj jest utrudnione. Wydalają się przez rurkę tylko bardzo małe cząsteczki błon, większe nie przechodzą, lecz zatykają otwór rurki. Dzieci wówczas podlegają silnemu napadowi kaszlu, podczas którego albo same wyrzucają rurkę, a następnie błonę, albo trzeba rurkę usunąć, poczem z kaszlem błony się wydają i oddech staje się swobodniejszym. W następstwie zastoju wydzieliny, często się zdarzającego, zwykle rozwija się zrazikowe zapalenie płuc, a rokowanie z tego powodu naturalnie się pogarsza. Wogóle autor spostrzegał 37 przypadków zapalenia płuc; z tych w 6 przypadkach spostrzegać się dawało zapalenie płuc jeszcze przed zastosowaniem intubacji, w pozostałych zaś przypadkach zapalenie płuc wystąpiło: 1-go dnia po intubacji w 9 przypadkach, 2-go dnia w 13 przypadkach, 3-go dnia w 3, 4-go dnia w 2, 5-go dnia w 2, 6-go i 23-go w 1 przypadku. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym wykonano tracheotomię następczą, wszystkie zakończyły się śmiercią. Wynika z tego, że w przypadkach, powikłanych zapaleniem płuc, intubacji zaniechać należy, lecz wykonać tracheotomię natychmiast po stwierdzeniu pierwszych objawów zapalenia.

Usunięcie rurki w 21 przypadkach, zakończonych pomyślnie, miało miejsce: 1-go dnia w 2 przypadkach, 2-go w 1, 3-go w 6, 4-go w 3, 5-go w 4, 7-go w 1, 8-go w 2, 9-go w 1, 12-go w 1. Przecięciowo usuwano rurkę po $4\frac{1}{2}$ dniach.

Tylko w 2 przypadkach autor miał sposobność spostrzegać powierzchowne niewielkie odleżyny w miejscu, odpowiadającym dolnemu brzegowi rurki. Większych odleżyn, będących jakoby następstwem ucisku rurki, autor nie spostrzegał.

Doskonale wyniki spostrzegać się dawały przy stosowaniu intubacji w przypadkach, w których po wykonanej tracheotomii rurki usunąć nie było można.

Co się tyczy wieku, to najgorsze wyniki dawały dzieci, podległe intubacji w 1-ym i 2-im roku życia, najstosowniej więc w takich razach natychmiast przystępować do tracheotomii.

Na zasadzie spostrzeżeń swoich autor dochodzi do następujących wniosków. Główną operacją pozostaje tracheotomia. W wielu przypadkach błoniczego zwężenia krtani, w których sprawa ogranicza się do gardzieli i krtani, tracheotomię zastąpić można intubacją. Dzieci w 1-ym i 2-im roku życia nadają się do intubacji. Przy pierwszych objawach zajęcia płuc intubację zastąpić należy tracheotomią. W razie trudnego usunięcia rurki po dokonanej tracheotomii, intubacja daje bardzo korzystne wyniki.

(*Zeitschr. f. Chirurgie* 1895 T. 42).

L. Krauze.

30. OPPER. **O zachowywaniu się pepsyny w cierpieniach żołądka.** Działanie trawienne soku żołądkowego poznajemy zwykle zapomocą badania wytworów tego trawienia, powstałych w żołądku np. po przyjęciu śniadania próbnego. Jeżeli chodzi nam jedynie o stosunki jakościowe, badanie to wystarcza nam w zupełności. Rzecz się ma inaczej, gdy zechcemy powziąć pojęcie o tem, jakie ilości pepsyny bywają przez gruczoły wydzielane, jaka jest siła porównawcza danego soku żołądkowego, a właściwie danej zawartości żołądka. W tym celu stosowano rozmaite metody, przeważnie polegające na rozcieńczaniu danej zawartości i sztucznem trawieniu w termostacie. Autor proponuje również metodę badania siły peptycznej, opartą na następującej zasadzie. Jeżeli przesączyć zawartości żołądka po śniadaniu próbnem (osobnika zdrowego) rozcieńczać będziemy do 1, 2, 5, 10 lub 20 litrów zapomocą roztworu kwasu solnego, możemy otrzymać płyny o tej samej ilości kwasu solnego, a różniące się ilością pepsyny. Do pewnej ilości tych płynów dodaje się znaczną ilość roztworu białka i wstawia się próby te na 3 godziny do termostatu. Z ilości białka, jaka po upływie tego czasu bywała strawioną, przekonywał się autor o sile trawiennej danego rozcieńczenia. Azot określano przy zachowaniu wszystkich ostrożności zapomocą metody KJELDAL'a. Rozcieńczenie do 1 litra dawało 70% strawionego białka, a do 20 litrów—tylko 45%. Przyjąwszy cyfry te (i wiele pośrednich) za normę, badał autor zachowywanie się pepsyny w rozmaitych stanach chorobowych żołądka i znalazł, że w przypadkach upośledzonego, zmniejszonego wydzielania kwasu solnego, np. w katarze przewlekłym żołądka, ilość pepsyny znacznie malała, jakkolwiek nigdy nie znikiała całkowicie. Podobne stosunki zachodzą w przypadkach raka żołądka, które zwykle lekarz późno spostrzega; jakkolwiek w początkach raka odźwiernika, wówczas, gdy kwas solny znikać poczyna, ilość pepsyny jest jeszcze znaczna, później jednakże ilość ta maleje. Autor sądzi, że przez wycięcie odźwiernika można temu zapobiedz. (Badania dowodzą wręcz przeciwnie. Ref.). Niedowład i rozstrzeń żołądka (zwężenia odźwiernika natury niezłośliwej) tylko wówczas wykazują mniejsze działanie peptyczne, gdy do nich przyłącza się sprawa nieżyłowa wraz ze zmniejszeniem wydzielania soku żołądkowego; w przeciwnym bowiem razie mamy nawet tutaj wzrost siły peptycznej, prawdopodobnie wskutek drażnienia błony śluzowej przez zalegające pokarmy. Wzrost tej siły peptycznej spostrzegamy dalej we wrzodzie żołądka, w nieżycie kwaśnym JAWORSKIEGO, w sokotoku przewlekłym, a czasem w blednicy; nerwowa zaś podkwaśność soku żołądkowego i wtórne cierpienia żołądka zwykle wykazują zmniejszenie tej siły; w niestrawności nerwowej siła ta waha się. Zdaje się, że wydzielanie pepsyny idzie równolegle z wydzielaniem kwasu solnego; jednakże nie zawsze tak bywa, a i szybkość, z jaką znikają pojedyncze składniki soku żołądkowego, nie jest zawsze jednakowa. Zaczyn podpuszczkowy (*Labferment*) jest najodporniejszy i ginie najpóźniej. Zwykle naprzód znika kwas solny, później pepsyna, a w końcu zaczyn podpuszczkowy. W żadnej sprawie chorobowej nie ma pepsyna znaczenia patognomonicznego; znaczenie posiada ona jedynie w szeregu innych czynników, służących do rozpoznawania stanu

żołądka. Badanie powyższe do celów praktycznych nie nadaje się; do celów naukowych może być z korzyścią zastosowane, jest bowiem nieco zmuadne, ale dosyć dokładne.

(*Centralblatt für innere Medicin. N. 5. 1896*). *Ig. Grundzsch.*

31. A. JORDAN. **O bakterjach wrzodu miękkiego.** Bakterye, powodujące tworzenie się wrzodów miękkich, są dotychczas jeszcze nieznanne; przynajmniej nikt nie otrzymał czystych hodowli tych czynników swoistych i nie sprawdził ich zaraźliwości. Tem przyjemniej czyta się każdą wiadomość, potwierdzającą przypuszczenia, już dawniej przez różnych autorów wypowiedziane.

Pierwsze próby w tym kierunku wykonali PRIMO FERRARI i de LUCA około 1880, ale dopiero opis DUCREY'a (1889) doczekał się większego uznania. Przeszczepiał on wrzody miękkie z jednego miejsca na inne i otrzymywał do 6 pokoleń typowych wrzodów miękkich. Jedyna różnica, jaka w szeregu tych przeszczepień wystąpiła, tyczyła się wydzieliny wrzodów; była ona wolna od domieszek obcych bakteryi, które zwykle wrzodom miękkim towarzyszą, i zawierała wyłącznie krótkie, grube ($1,48 \mu$ na $0,5 \mu$) łaseczki z zaokrąglonymi i zgrubiałymi końcami, podobne do 8. Znajdował je autor w różnej ilości pośród ciałek ropnych i w ich zarodki, barwiąc je fuksyną, fioletem metylowym lub gencyanowym; próby barwienia według metody GRAM'a i KUEHNE'go wypadły ujemnie.

Badania te powtórzył KREFTING; otrzymywał on nawet do 8 pokoleń wrzodów miękkich. Opisy jego są wogóle zgodne z opisami poprzedniego autora, z tą jedyną różnicą, że mu się udawało nawet barwienie według metody GRAM'a.

PETERSEN, który w tym kierunku również pracował, znajdował w wydzielinie wrzodów miękkich, prócz rozmaitych łaseczek i koków, stale bakterye, które zupełnie przypominają opisy DUCREY'a i KREFTING'a. Zwraca on uwagę, że środkowa część tych bakteryi barwi się znacznie gorzej, niż ciemno-zabarwione końce, i posługuje się w tym celu błękitem metylenowym z boraksem SAHLI'ego, o czym już poprzednio KREFTING pisał. Badając owrzodzenia pochodzenia syfilitycznego, nie znajdował nigdy podobnych bakteryi.

Cokolwiek inaczej brzmią opisy UNNA'y, który wycinał wrzody miękkie i barwił bakterye w tkankach. Spotykał on zawsze nieco dłuższe i cieńsze bakterye, tworzące łańcuszki (*streptobacilli*), wypełniające przestrzenie limfatyczne pomiędzy komórkami i barwiące się zasadowym roztworem błękitu metylenowego.

Inni autorowie, którzy później o tym przedmiocie pisali, opisywali naprzemiennie bakterye DUCREY'a lub UNNA'y, lecz nie byli w stanie ani tych bakteryi w hodowli otrzymać, ani nawet wykazać przyczyny, od której taka różnica pomiędzy bakteriami z wydzieliny i z tkanek wrzodów miękkich zależy.

JORDAN, który ostatnio tym przedmiotem się zajął, zbadał pod względem bakteriologicznym 34 przypadki wrzodów miękkich, w zupełności odpowiadające opisowi, podanemu dla tego cierpienia przez KAPOSÍ'ego.

Badając wydzieliny wrzodów, rozpostarte w cienkiej warstwie na szkiełkach pokrywkowych, barwił preparaty fuksyną karbolową lub błękitem metylenowym SAHLI'ego. Badania te potwierdzają w zupełności opisy DUCREY'a, z tą niewielką różnicą, że autor spotykał niekiedy krótkie nawet łańcuszki, złożone z takich bakteryi. Pod wpływem środków odkażających liczba bakteryi znacznie się zmniejsza. Leżą one częściej pomiędzy ciałkami ropnymi, niż w nich samych. Godnem jest zaznaczenia, że w dwóch, z pomiędzy tych 34-ch zbadanych przypadków, owrzodzenie miękkie przeszło stopniowo w sklerozę (*chancrę mixte*).

Bakterye te znalazł autor również 4 razy w owrzodzeniach napletka, które nie robiły wrażenia wrzodów miękkich, nie mógł ich jednak nigdy wykazać w wytworach pochodzenia przymiotowego.

Czy opisane bakterye są istotnie swoiste dla wrzodów miękkich, w tym względzie dopiero od przyszłych doświadczeń, z czystymi hodowlami tych bakteryi, ostatniego wyrazu oczekiwać należy.

(*St. Petersburger med. Woch. N. 1. 1896*).

Wacław Orłowski.

ODCINEK.

Z życia i z praktyki,

skreślił D-r Ludwik Natanson.

(Dokończenie.—Zob. N. 9).

Przechodząc do praktyki prywatnej, młodzi lekarze wnoszą nieraz rubaszne zwyczaje, albo, znalazłszy się wobec innej klasy ludzi, stają się dziwnie lękliviymi. A jednak takt i maniery lekarza więcej znaczą dla jego powodzenia w praktyce, aniżeli gruntowna nauka, której klientela naturalnie ocenić nie jest w stanie. Jeżeli klinika ma być szkołą praktyczną dla poświęcającego się zawodowi lekarskiemu, to, obok doskonalenia go w stronie naukowej i w technice lekarskiej, należy uczyć go również właściwego obchodzenia się z chorymi. Byli wprawdzie pierwszorzędni praktycy, którzy wytwornością manier nie grzeszyli. DUPUYTREN, ROUX, LEROY d'ETIOLLES, SCHOENLEIN, PIROGOW, PORCYANKO, odznaczali się szorstkością, wprawdzie nieraz jowialną i dobroduszną, OPPOLZER przyjmował u siebie chorych w szlafroku, nie odznaczającym się elegancją; zmarły przed 30-tu laty jeden z najbardziej wziętych praktyków tutejszych, odznaczający się w obejściu dystynkcyą wielkoświatową, zwykł był tykać swoich pacjentów bez względu na płeć, wiek i stanowisko społeczne. Były to jednak osobistości, u których rubasznosc nie raziła, a robiła raczej wrażenie przyjacielskiej poufałości, którą wybaczano im ze względu na wielką ich wziętość i uznawaną genialność. Dziś obyczaje się zmieniły, a publiczność wymaga od lekarza dobrego wychowania, radaby go mieć przyjacielem domu, biorącego udział w życiu towarzyskim i rodzinnem. Jeżeli tedy zmuszona kiedy udać się o poradę do lekarza o prostackich obyczajach, to znosi je tylko o tyle, o ile musi, ale go do bliższych stosunków nie dopuszcza.

Lekarze stanowią i stanowić powinni czoło inteligencji w społeczeństwie, a odebrawszy wyższe wychowanie uniwersyteckie, odznaczać się nie tylko nauką, ale i kulturą obyczajową. Tę kulturę wnoszą w życie nie wszyscy, sposobiący się do zawodu lekarskiego, bo ją nie wszyscy otrzymali w domu rodzicielskim. Dopiero stosunki koleżeńskie, a szczególnie przykłady przewodników mogą im nadać konieczną towarzyską ogładę, tak pociągającą, tak uprzyjemniającą życie. Idzie tu już nie tylko o stanowisko osobiste, o odróżnienie lekarza od zarobkującego rzemieślnika, ale i o poważanie dla całego stanu lekarskiego. *Ex uno disce omnes.*

Nigdy też lekarz nie powinien zapominać o względach, jakie zachowywać należy wobec nieszczęścia. Więcej, aniżeli ktokolwiek, lekarz jest świadkiem nędzy, cierpień, bolesti i niedostatku. Nie wszyscy jednaki mają wrodzony stopień czułości: jedni są wrażliwsi, inni obojętniejsi, ale nawet u spółczujących przytępia się wrażliwość wobec codziennie powtarzającego się widoku utrapień. Rzeźnik, za-

bijający codziennie bydło, staje się okrutnikiem; kucharka, zarzynająca drób, skrobiąca żywe ryby, nie psuje sobie przytem humoru.

Poeci utrzymują, że w utworach swoich oddają część swego życia, wlewają w nie swoją duszę, piszą krwią swego serca. Nie o wszystkich może być mowa, bo byli między nimi i tacy, którzy, jak Goethe, Lamartine, Hugo, Krasicki, pisali pięknie między dobrem śniadaniem, a jeszcze lepszym obiadem; a musieli mieć duży zapas życia, kiedy go starczyło i dla innych, i dla nich samych; o niektórych zaś wiadomo, że pisali nie krwią serdeczną, a absyntem lub starką.

Natomiast lekarze, bez przesady, część swego życia oddają chorym. Nie mówimy już o tem, że, jak wyraził się pewien lekarz niemiecki, wzięty lekarz musi odzwyczaić się od spania w nocy, od jadania w porę, od zabawy i rozrywki; a chyba już, jak mówią, kamienne serce nie wzruszyłoby się na widok ogromu nędzy ludzkiej, jaki codziennie przedstawia się oczom lekarza. Orzeźwia go i podtrzymuje powodzenie, jeżeli uda mu się ukoić, ulżyć, pomódz, wybawić. Ale owe ciężkie, niepewne, niebezpieczne przypadki chorób, które tak wielką obarczają go odpowiedzialnością wobec rodziny chorego i wobec własnego sumienia, a owe nieszczęśliwe zakończenia, w których вина najniesprawiedliwiej rzuca na jego zaniedbanie lub nieumiejętność; zakłócają mu one sen, niepokoją wśród każdego zajęcia lub zabawy. Ileż razy z biciem serca wchodzi do mieszkania chorego, niepewny, czy go nie znajdzie przykrytego już całunem, czy, po dokonanej operacji, nie zastanie go w grożącej gorączce! A owe nagłe przypadki krwotoku, strasznych pokaleczeń, apopleksyi, a spustoszenia strasznej epidemii, a widok klęski i rozpacz rodziny, którą zgon jedynej podpory rzuca w nędzę i t. d.! A owe ciężkie operacje, podczas których ręka lub nóż chirurga obraca się wśród najważniejszych organów życia, kiedy lada zboczenie lub nieuwaga mogą spowodować natychmiastowy zgon operowanego, przy których zachować potrzeba całą zimną krew i przytomność umysłu,—czy mogą się obejść bez wstrząsających wzruszeń? Nieocenione odkrycie środków znieczulających oszczędza operatorowi wzruszeń, wywołujących jękami, i przeszkód ze strony niespokojnych, nieraz gwałtownych ruchów operowanego. Natomiast samo zastosowanie tych środków wymaga baczного skupienia uwagi na ogólny stan chorego, zagrożonego co chwila zabójczem działaniem tych samych anestetyków. Wprawny operator przywyka do tych scen i spokojną, a pewną ręką, bez pośpiechu, kieruje swemi narzędziami. Ale i to panowanie nad sobą wymaga wysiłku psychicznego. Nieraz jednak toż samo przywyknienie wyradza się w zupełną obojętność; zaufanie do chirurgii aseptycznej rozsuchwała do podejmowania najniebezpieczniejszych operacji, a czasami niekoniecznie potrzebnych. Codzienny widok chorób i śmierci wyziębia współczucie. Nie godzi się jednak okazywać tego lekceważenia, a przeciwnie, uszanować boleść tych, których dotknęło nieszczęście.

Jako wybitną część inteligencji społeczeństwa, lekarze mają obowiązek przyjmować poważny udział w ogólnych jego sprawach. Niechże każdy lekarz, po za zajęciem zawodowym i po za niezbędnem zarobkowaniem, poświęca część swej pracy umysłowej, swojego czasu i mienia dla dobra publicznego. Nie mówimy tu o bezpłatnem leczeniu ubogich. W Anglii etyka zawodowa wzbrania lekarzom bezwarunkowo bezpłatnego leczenia kogobądź. Uznają tam, że obowiązek podawania pomocy lekarskiej biednym, nie powinien ciążyć na lekarzach, a na całym społeczeństwie. Dlatego też są tam ustanowieni płatni lekarze ubogich. Urządzenie to uwalnia lekarzy innych od uciążliwych ambulatoryów i od wyzysku, tak powszechnie u nas praktykowanego bez ceremonii, nawet przez osoby bynajmniej nie ubogie. Dawniej uchodziło za regułę: *dat Galenus opes*; każdy lekarz uchodził

za zamożnego pana, któremu dać bezpłatną poradę nie przynosiło uszczerbku, a którego obawiano się obrazić drobnem honorarium. Zawijano też monetę w papier, a banknot wkładano w kopertę, by pieniądz nie zbrudził rąk p. konsyliarza. Bezpłatne leczenie biednych uważano wprost jako obowiązek nieodłączny od praktyki lekarskiej. Nawet prawo zmusza lekarza do podawania pomocy lekarskiej każdemu, kto się o nią zgłosi, bez względu na porę dzienną, czy nocną, bez względu na wiek i położenie lekarza, bez względu na to, czy będzie za pracę ową wynagrodzony, i pozostawiając wysokość tego wynagrodzenia dobrej woli interesanta. Taksa lekarska ustanawia wprawdzie cenę za poradę, ale, aby ją otrzymać, potrzeba prowadzić proces sądowy. Kto wie, ile czasu i nakładu wymaga prowadzenie takiej sprawy, jak opinia publiczna ocenia takie domaganie się najśluszej należnego wynagrodzenia, nawet wobec oczywistego wyzyskiwania ze strony pozwanego, i jak nieodpowiednie przyznaje się honorarium w razie wygranej; ten zrozumie, dlaczego takie sprawy są tak rzadkie, pomimo, że przypadki niecnego wyzysku zdarzają się codziennie. We Francyi i w Niemczech lekarze przesyłają swoim klientom rachunki, zwykle roczne, a w razie niezaspokojenia rachunku, oddają go do realizacji oddzielnie tem trudniącym się agencjom prawniczym, które umieją w sądach bronić tych spraw i uzyskiwać od sędziów odpowiednią satysfakcję.

Nasze społeczeństwo, przejęte dotąd pojęciem o kapłaństwie zawodu lekarskiego, jest jeszcze dalekiem od zrozumienia istoty położenia; bieda jeszcze jest zbyt wielką, nadmiar konkurencyi praktyków daje się czuć w Warszawie i kilku miastach dopiero od niedawna i wywołuje u lekarzy troskę o chleb powszedni. Nie możemy porównywać stosunków naszych ze stosunkami społecznymi innych krajów. My jeszcze, i kto wie, jak długo jeszcze, musimy brać na swe barki znaczną część ciężaru, który gdzieindziej dźwigają: państwo, miasto, gmina, stowarzyszenia dobroczynne lub kasy zawodowe. Nie wolno nam odmawiać bezpłatnej porady biednym. Przecież i wdzięczność nieszczęśliwych, i przeświadczenie o spełnieniu dobrego uczynku mają swoją niezaprzeczoną wartość. Takt lekarza pozwoli mu zręcznie uwolnić się od wyzysku, bez wywołania posądzenia o zbytęcną interesowność. Niechaj jeszcze początkujący zużytkują porady bezpłatne dla zyskania rozgłosu, niech natłok biednych podczas ambulatoryum służy im za uprawnioną reklamę. Niech zasiewają; przyjdzie pora, że plony zbierać będą.

Obok tej bezpośredniej usługi, oddawanej społeczeństwu, jest jeszcze obszerne pole dla działalności lekarza w sprawach publicznych. Szerzenie zdrowych pojęć higienicznych o karmieniu i wychowywaniu dzieci, pielęgnowaniu chorych i położnic, i t. d.; tępienie przesądów, naleganie na zachowywanie przepisów higieny domowej, szkolnej, przemysłowej i t. d.; popieranie wszelkich urządzeń sanitarnych, gimnastyki, kąpieli, pralni, żłobków, ochron, kolonii letnich; czynny udział w działalności zakładów dobroczynnych i społecznych; popieranie literatury i nauki, nietylko lekarskiej. Wszędzie, gdzie tylko zechce, lekarz będzie mógł wnieść swą kompetencję zawodową, swe doświadczenie życiowe, swą naukę i wykształcenie. *Non solum medicus sed etiam civis sum, et nil a me civile alienum esse puto.*

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= 38-letnia góralka od 4 miesięcy cierpiała na bóle w dolnej części brzucha. REGNIER znalazł u niej w prawym podbrzuszu guz wielkości pięści dorosłego człowieka; guz ten, dość ściśle zrosnięty ze ścianą brzucha, uważano za złośliwy nowotwór jajnika lub sieci, a laparotomia przekonała, że był on ściśle zrosnięty z poprzecznicą i wyrostkiem robaczkowym. Chora wyzdrowiała, ale po upływie półrocza nastąpił powrót cierpienia wokół blizny. Badanie guza i wyciętej części wyrostka robaczkowego przekonało, że była to promienica; w błonie śluzowej wyrostka znaleziono tkankę bliznowatą i jakieś ciało obce, trudno dające się określić. R. sądzi, że wyrostek robaczkowy stanowił wrota, przez które wkroczył zarazek promienicy. (Zeitschr. f. Heilkunde B. XV. 255).

Gr.

= W wielu razach należy się zapamiętać na zapalenie кишки ślepej (*typhlitis*) jako na cierpienie pochodzenia reumatycznego. ROBINSON spostrzegał, że częstokroć po początkowych objawach reumatycznych mniej lub więcej nagle powstawało zapalenie кишки ślepej. Z drugiej znów strony napadom tego cierpienia towarzyszą następco objawy opuchnięcia stawów charakteru reumatycznego (? Ref.). W przypadkach tego rodzaju nie zaleca tedy R. makowca, morfiny lub kodeiny w celu usunięcia bólów, ale, zgodnie z naturą cierpienia—salicylan sodu, i sądzi, że w ten sposób udaje mu się leczyć to cierpienie w zaraniu. (Med. Record. 1895. September 14).

Gr.

= Jako jedyne leczenie nieustających wymiotów i zwracań natury nerwowej, mogących zagrażać nawet życiu chorego, poleca VICENTE, obok najściślej dyety, odżywianie przez odbytnicę; ilość ławaty wynosi około 6 na dobę (3 rano i 3 po południu), a składać się winny rano: z bulionu, peptonu, odrobiny sody i koniaku lub malagi obok 6 do 10 kropel *trac laudani*, a po południu: z mleka, żółtek, odrobiny sody, cukru i również 6 do 10 kropel *trac laudani*. (Gazette des hôpitaux. 1895 N. 102).

Gr.

= W przypadkach nieustających zwracań i wymiotów nerwowych zaleca

BONNEFIN stosowanie prądu przerywanego 2 razy dziennie po głównych posiłkach. Leczenie to zdaniem B. wymaga wprawdzie cierpliwości ze strony chorego i lekarza, jak również pewności w ręku lekarza, ale wzamian daje nadzieję wyleczenia tego uporczywego cierpienia. (France méd. et Paris méd. 1895 N. 38).

Gr.

= W ciągu krótkiego stosunkowo czasu spostrzegał FESSLER ośm przypadków kolki kiszkowej, przebiegającej przy objawach bardzo ciężkich i groźnych. Spostrzeżenia te dotyczą żołnierzy batalionu austriackiego, składającego się z 270 ludzi. Ani wówczas, ani kiedy indziej nie widział F. podobnych postaci kolki kiszkowej w praktyce prywatnej, cywilnej. We wszystkich przypadkach spostrzeganych kolki te, które chorzy umiejscawiali w okolicy pępka, były tak silne, że wywoływały kilkakrotne napady drgawek, podobne do napadów tężyczki lub padaczki, a trwające mniej więcej 20 sekund. Wkrótce po napadzie spostrzegano w połowie przypadków zupełne znikanie odruchu rogówki, trwające kilka minut. W czasie napadu przytomność niezupełnie zachowana: odpowiedzi chorych brzmiały niewyraźnie, chorzy nie poznawali swoich przyjaciół, śmieli się i płakali bez widocznej przyczyny i t. p. Przyczyna cierpienia jest zupełnie niewiadoma. Autor przypuszcza, że sprawa ta polega na zatruciu gazami gnilnymi, powstałymi w przewodzie kiszkowym, a szczególnie oddziaływającymi na narząd nerwowy ośrodkowy. Jakkolwiek nie znamy dokładnie przyczyny cierpienia, znać ją należy, aby nie uważać choroby za jednoznacznie z tężcem, tężyczką lub padaczką, jak to zrobił sam autor w pierwszych dwóch swoich przypadkach. Co się dotyczy leczenia, autor nie radzi zwlekać, oczekiwać działania czyszczącego lub wogóle opróżniającego кишки, ale natychmiast zastrzykiwać 2 cgrm. morfiny i dawkę tę w miarę potrzeby kilkakrotnie powtarzać w krótkich odstępach czasu; nie radzi jednakże zastrzykiwać więcej, niż cztery razy; byłoby to bowiem już zbyt ryzykowne.

(La Semaine médicale N. 2). (Wiener med. Woch.N. 2 1896).

Gr.

= Dwuchromian potasu wielokrotnie był już stosowany w cierpieniach żołądka z pomyślnym skutkiem. Przypadki wyleczone należały do różnych kategorii i różne też były objawy cierpień, wyleczonych podobno zapomocą dwuchromianu potasu. Niektóre z nich były to niewątpliwe przypadki wrzodu okrągłego żołądka, a wszystkie wogóle należały do bardzo nieokreślonego obszernego szeregu t. zw. niestrawności przewlekłej (*chronische Dyspepsie*). Istniejąca współzależnie małąkrowistość przez leczenie to usuwana nie była, ale po owem leczeniu z wielką korzyścią stosowano żelazo. Przeciwwskazania dotąd nie istnieją. Dawka wynosi 0,005 do 0,008 w pigułkach, roztworze lub kapsułkach (3 razy dziennie) w stanie czczym żołądka. W przypadkach krwotoku żołądka dwuchr. potasu pozostaje bez skutku, nie jest środkiem hemostatycznym, ale posiada działanie odkażające, lekko ściągające i odczyn słabo kwaśny. W większych dawkach jest to drażniący trująca, która działa na układ nerwowy i sprawy wydzielnicze, w małych zaś, leczniczych, działa dwuchromian potasu, o ile się zdaje, pobudzająco na komórki wydzielnicze lub też, jak przypuszcza VULPIAN i FRASER, na zakończenia nerwowe błony śluzowej żołądka. (Lancet 1895. September 14).

Gr.

= W 22 przypadkach tyfusu brzuszego 19 razy wyhodowano laseczniki tyfusowe z zawartości pęcherzyka żółciowego. W 15 przypadkach dały się wykryć jedynie owe laseczniki, w 13 przypadkach znaleziono zapalenie pęcherzyka żółciowego, które CHIARI nazywa *cholecystitis typhosa*. Przeważnie znajdowano laseczniki owe w znacznej bardzo ilości w zawartości pęcherzyka, z czego CH. wnosi, że tu się one rozmnażają, i zwraca uwagę na to, że obecnością swoją laseczniki te powodować mogą następco wytwarzanie kamieni pęcherzyka i nawroty tyfusu. (Zeitschr. f. Heilkunde Bd. XV. p. 199).

Gr.

= MACALISTER (Liverpool) w przypadku ciężkiej śpiączki mocznicowej wprowadził rurkę gumową balonu z tlenem do nozdrza chorego, znajdującego się

in extremis. Stan chorego natychmiast się poprawił: tętno wzmochniło się, sinica ustąpiła i chory przyszedł do siebie. Kilka następnych napadów śpiączki u tegoż chorego również szybko ustępowało po podaniu tlenu. Tenże sposób leczenia zastosował autor u jednej chorej, otrutej morfiną (0.25). Chora oddychała tylko 4 razy na minutę. Rurkę wprowadzono do gardzieli, gaz wpuszczano pod silnem ciśnieniem, jednocześnie zastosowano oddychanie sztuczne. Sinica natychmiast ustąpiła, tętno podniosło się, a oddech stał się prawidłowym. (Sem. méd. N. 62 1895). J. Sz.

= Na IX zjeździe chirurgów francuskich komunikowano spostrzeżenia kliniczne i bakteryologiczne nad działaniem cyanku rtęci. Cyanek rtęci w roztworze 5‰ posiada takie same działanie antyseptyczne, jak sublimat w roztworze 1‰. Nie posiadając żadnych złych stron w porównaniu z sublimatem, ma tę nad nim wyższość, że nie niszczy rąk chirurga, ani jego narzędzi, a nadto mniej drażni tkanki, niż sublimat. CHIBRET twierdzi, że cyanek rtęci całkowicie może zastąpić sublimat w praktyce chirurgicznej. TARNIER, VIGNAL i inni przeprowadzili szereg badań laboratoryjnych i bakteryologicznych i jednomyślnie przyznają cyankowi rtęci wysokie własności antyseptyczne. (La semaine médic. 1895 N. 52).

W. M.

= BOZDANIK spostrzegł przypadek zatrucia śmiertelnego u nowo-narodzonego dziecka, któremu nałożono opatrunek karbolowy po obrzezaniu rytualnem. Pierwszym razem zastosowano roztwór 3‰ na wacie. Jakkolwiek tegoż samego dnia mocz przedstawiał czarną barwę, akuszerka nałożyła powtórnie nowy opatrunek na drugi dzień. Śmierć nastąpiła w 48 godzin po operacji.

(Lyon Médic. 1896 N. 2).

W. M.

= NEWGATON stosuje z zupełnem powodzeniem w wielu przypadkach *kal. jodatum*, jako *anthelminticum*, w postaci: *Rp. jodi puri 0,75, kali jodati 2,25, aq. dest. 30,0, MDS.* 3 razy dziennie po 10 kropel. Tasiemiec wychodzi zawsze w całości, cierpienie nigdy nie wraca. (Therap. Monatsh. 1895. N. 43).

W. M.

Wiadomości bieżące.

— Rada miasta Paryża wyasygnowała 250,000 franków na budowę 3 nowych łazienek przy szkołach. W Niemczech przy szkołach po większej części są urządzane prysznice; w wielu miastach, np. w Monachium, Karlsruhe, Norymberdze, prawie każda szkoła publiczna ma swoje własne łazienki dla dzieci. W Anglii od 1885 do 1889 r. wydano przeszło 17 milionów franków na urządzenie kąpieli ludowych i łaźni. W Londynie 60 rozmaitych instytucji pozwala kąpać się dzieciom w towarzystwie nauczycieli za bardzo małą opłatą. Wszystkie nowe szkoły w Liverpoolu mają swoje własne łazienki. W Budapeszcie wydaje się rocznie około 5 milionów bezpłatnych biletów do kąpieli. W królewskich łazienkach Budapesztu może się od razu kąpać 1000 ludzi. Wobec tak znacznych udogodnień w całej Europie, aby uprzyścić kąpiele dla ludzi niezamożnych, dziwną wydaje się nam obojętność, z jaką u nas traktowaną jest sprawa kąpieli ludowych. Sprawa ta bowiem u nas dotąd zupełnie nie jest załatwiona.

— W Amsterdamie zacznie wkrótce wychodzić pismo zeszytowe p. t. „Janus“, archiwum międzynarodowe, poświęcone historii medycyny i geografii lekarskiej. Redaktorem głównym jest D-r H. F. A. PEY-PERS (Amsterdam, Parkweg), do którego po wszelkie objaśnienia zwracać się należy. Redakcja ma w różnych miastach Europy swych współredaktorów w liczbie jedenastu. Odezwa, zapraszająca do udziału we współpracownictwie, uwiadamia, iż nazwiska stałych współpracowników będą umieszczane w numerach pisma. Z uwagi, iż w prospekcie, mającym się wkrótce rozesłać, ma być podany wykaz prac zakwalifikowanych do pierwszych zeszytów, redakcja prosi o nadsyłanie prac tych, lub o podanie ich treści. Artykuły mogą być pisane po niemiecku, angielsku, lub po francusku. Warunki prenumeraty nie zostały jeszcze podane.

— Nakładem Fischer'a w Jenie zaczęło wychodzić pismo p. t. „Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie“, podre-

dakcją prof. J. MIKULICZA we Wrocławiu i B. NAUNYN'a w Strasburgu, przy współudziale najwydatniejszych chirurgów i internistów. Zadanie pisma, którego brak bardzo dotkliwie czuć się dawał przedewszystkiem internistom, sam tytuł dobrze określa. Chirurgia ostatnich czasów tak śmiało wkracza w dziedzinę terapii chorób czysto wewnętrznych, że dokładne informowanie się na tem polu stało się koniecznością dla każdego lekarza, bez względu na to, czy jest on chirurgiem, czy nie. Pojawienie się pisma, podobne zadanie spełniającego, uważać należy za bardzo doniosły i poniekąd reformatorski krok naprzód ku zbliżeniu chirurga z internistą. Pismo takie z pewnością przyczyni się do usunięcia powierzchownych poglądów, mających na celu wykazanie rzekomej wyższości lub niższości jednego nad drugim, i utrwali przekonanie, że chirurg uzupełnia internistę, i odwrotnie. Pierwszy zeszyt bardzo interesująco się przedstawia i zawiera cztery doniosłe prace, które czytelnikom naszym w obszerniejszych referatach wkrótce podamy.

— Od 1 kwietnia r. b. zacznie w Lipsku wychodzić miesięcznik p. t. „Centralblatt für Kinderheilkunde“ pod redakcją D-ra E. GRAETZER'a. Każdy zeszyt (2 do 2½ arkusza druku) zawierać będzie przeważnie sprawozdania z prac, dotyczących chorób dzieci. Będą uwzględniane prace we wszystkich językach. Cena tego nowego miesięcznika wynosić będzie 6 marek.

— Francuski minister oświaty rozesłał cyrkularze do wszystkich liceów i kolegiów, z poleceniem wykładów o złych skutkach, z używania alkoholu wynikających. Wykłady te dotąd są już zaprowadzone w szkołach początkowych i w szkołach normalnych.

— Rada higieniczna w Nowym-Yorku, w celu zabezpieczenia ludności od używania mleka krów dotkniętych gruźlicą, przedstawiła projekt, według którego każdy z właścicieli krowiarni obowiązany jest mieć zaświadczenie, że krowy jego nie są dotknięte gruźlicą, ani też innemi chorobami.