

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (cholelithiasis), podał d-r Ludomił Korczyński. — Patologia i terapia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, oraz uwagi o leczeniu neurastenii płciowej, napisał S. Groszlik. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** O błonicy, streszczył A. Simon. — **Streszczenia i wyciągi.** 35. Przyczynę do nauki o otoku ropnym (Empyema) zatok czołowych i o jego leczeniu operacyjnym. 36. Blednica i opadnięcie żołądka (Gastroptose). 37. Dalszy przyczynek do biologii gonokoków i anatomii patologicznej sprawy rzeżączkowej. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za luty r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Głoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Korczyński — Contributions à la question de certaines inflammations suppuratives comme conséquence de la cholélithiase. 2) D-r S. Groszlik — Pathologie et thérapie de la prostatite chronique et remarques concernant le traitement de la neurasthénie sexuelle.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Korczyński — Klinische Erläuterungen zur Frage ueber gewisse eitrige Entzündungen im Gefolge der Cholelithiasis. 2) D-r S. Groszlik — Pathologie und Therapie der Prostatitis chronica und Bemerkungen ueber die Behandlung der sexuellen Neurasthenie.

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

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

I.

Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (cholelithiasis),

podał D-r Ludomił Korczyński, I Asystent kliniki lek.

Sposób wytwarzania się złożeń żółciowych nie jest dotąd jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Jak wiadomo, kamyki te składają się w przeważnej większości z cholesteryny i wapna w połączeniu z barwnikami żółciowymi w tych odmianach, w jakich znajdujemy je w żółci, t. j. jako bilirubina, biliwerdyna, lub też w postaci połączeń pochodnych: bilihuminy, bilifuscyny, bilycyaniny; wyjątkowo przydarzają się kamyki z węglanu wapniowego. Skład chemiczny rzadko jest stały i jednolity; najczęściej spotykamy kamyki mieszane, złożone z cholesteryny i połączeń wapna z barwnikami żółciowymi.

Ważnem jest pytanie: skąd pochodzi materiał, z którego tworzą się kamyki, i co wpływa na jego gromadzenie się w znaczniejszej ilości? Przed niedawnym jeszcze czasem ogólnie przyjęte było zapatrywanie, że ilość cholesteryny i wapna w żółci zależy od jakości pokarmów i sposobu ich przyswajania i że nadmiar tych dwóch składników powoduje strącanie się ich z rozczynów żółci i tworzenie się kamyków żółciowych; czyli, że kamica żółciowa jest chorobą, polegającą na zboczeniach w przemianie materji.

Nauka ta zachwianą jednak została stanowczo w swych podstawach i dziś nader mało ma zwolenników, tak, że wkrótce zapewne już tylko do historii medycyny zaliczyć ją wypadnie. Nowszymi zapatrywaniom uitorowały drogę prace z kliniki Sztrasburskiej, wykonywane pod kierunkiem NAUNYN'a przez JANKAU'a ¹⁾ i KAUSCH'a ²⁾. Celem doświadczeń było przekonać się, czy i w jakim stopniu wydzielanie cholesteryny i wapna zależy od sposobu żywienia się, a nawet od bezpośredniego spożywania powyższych połączeń. Odpowiedź wypadła ujemnie. Zaznacza to dobitnie NAUNYN ³⁾ w swej klasycznej pracy o kamicy wątrobowej, mówiąc: „Der Gehalt der Galle an Steinbildnern, an Cholesterin und an Kalk ist vom allgemeinen Stoffwechsel und von der Nahrung unabhängig“. Skoro więc zwiększenie ilości cholesteryny nie jest wynikiem wadliwej przemiany materii, należało szukać innego źródła dla jej wydzielania. Źródłem tem zdaje się być błona śluzowa, a względnie przybłonek, wysielający drogi żółciowe, przedewszystkiem pęcherzyk żółciowy. Przypuszczenie to oparte zostało na wyniku badań wydzielin innych błon śluzowych, dotkniętych sprawą zapalną (GLIŃSKI ⁴⁾). Ilość cholesteryny wynosi w tych wydzielinach nawet ponad 2% (NAUNYN ⁵⁾), a w ropie dochodzi do 7% (ROBIN ⁶⁾). Przez analogię to samo przyjąć wypada także dla wydzieliny błony śluzowej pęcherzyka i dróg żółciowych. W warunkach prawidłowych wydzielanie to jest powolne, a nieznaczna ilość wytworzonej cholesteryny rozpuszcza się dostatecznie zapomocą soli żółciowych i soli tłuszczowych. Z chwilą jednak, gdy błona śluzowa znajdzie się w stanie podrażnienia nieżyłowego, wzrasta ilość cholesteryny i przy sprzyjających warunkach strąca się z roztworu żółci, stając się powodem złożeń cholesterynowych, stanowiących przeważny składnik kamyków żółciowych. Komórki wątrobowe zdają się brać także pewien udział w wydzielaniu cholesteryny, zwłaszcza, o ile ulegają pewnym przemianom wstecznym. Ilość wapna w żółci zdaje się również w znacznej części zależeć od ilości mucyny, wydzielanej przez błonę śluzową dróg żółciowych, jak to już udowodnił był FRERICH'S. Doświadczenia SOCIN'a wykazały później, że ta ilość wapna nie jest wcale zależną od ilości soli wapniowych, podawanych wewnątrz z pokarmami.

Skoro więc, według tego zapatrywania, wydzielanie się głównych składników kamieni żółciowych jest bezpośredniem następstwem cierpienia błony śluzowej dróg żółciowych, należy bliżej oznaczyć czynniki, które wpływają na powstawanie spraw nieżyłowych na odnośnych błonach śluzowych. Jest obecnie rzeczą pewną, że kamica żółciowa powstaje przedewszystkiem u tych osób, u których odpływ żółci jest w znaczniejszym stopniu utrudniony. Jak liczne mogą być tego przyczyny, zbytby było wymieniać; szczegółowo wystarczy zwrócić uwagę na siedzący sposób życia, częstociężę, niedowład jelit, noszenie sznurówek, obniżenie nerki prawej i na te wszystkie czynniki, które upośledzają swobodne ruchy przepony.

Skutkiem utrudnionego odpływu żółci powstaje najpierw znaczniejsze łuszczenie się śródbłonna i rozpad tegoż; wytworzone w ten sposób ciała białkowe strącają z żółci sole wapienne i bilirubinę, które tak często stanowią

¹⁾ JANKAU. Ueber Cholesterin und Kalkausscheidung in der Galle. (Archiv f. exp. Path. u. Pharm. T. 39).

²⁾ KAUSCH. Ueber den Gehalt der Leber an Galle u. Cholesterin. (Diss. Strassburg. 1891).

³⁾ NAUNYN. Klinik der Cholelithiasis. 1892.

⁴⁾ GLIŃSKI. Cholesteryna w moczu. (Kronika lek. 1894 s. 109).

⁵⁾ NAUNYN. L. c.

⁶⁾ ROBIN. Cyt. według NAUNYN'a.

miękkie jądro zawiązkowe kamyków. Wyjątkowo sprawa ta strącania się wapna i bilirubiny odbywa się skutkiem podrażnienia warstwy przyblonkowej przez ciała obce lub pasorzyty zwierzęce. Jeśli przeszkoda, tamująca odpływ żółci, trwa czas dłuższy, błona śluzowa popada w stan zapalenia nieżyłowego, a wydzielina jej, obfitująca w nabłonki i mucynę, zawierając znaczniejsze ilości cholesteryny i wapna, ułatwia dalsze tworzenie i rozrastanie się kamyków.

Wchodzi tu jednak w grę jeszcze jeden bardzo ważny czynnik, w nowszych czasach poznany, a są nim drobnoustroje, przedewszystkiem lasecznik ESCHERICH'a (*bacterium coli commune*). Prątek ten, znajdujący się w każdej treści jelitowej i nie sprawiający w zwykłych warunkach żadnych zaburzeń, przedostawać się może do innych narządów, jak śledziony, nerek, wątroby, otrzewny; bardzo łatwo do przewodu żółciowego wspólnego, przewodu pęcherzykowego i do samego pęcherzyka żółciowego. Świeżo ogłoszona rozprawa d-ra KLECKIEGO ⁷⁾, omawiająca w sposób nadzwyczaj wyczerpujący warunki rozwoju, jadowności, odmiany i symbiozę tego pasorzyta, uwalnia mnie od bliższego wchodzenia w tę sprawę ze stanowiska ogólnego. Tu więc tylko nadmienię, że badania bakteriologiczne licznych przypadków ostrych zapaleń ropnych przewodów żółciowych (*angiocholitis*) i pęcherzyka (*cholecystitis*) wykazały, jeśli nie stale, to jednak nader często, obecność tego właśnie drobnoustroju NETTER ⁸⁾, GILBERT i GIRODE ⁹⁾, BOUCHARD ¹⁰⁾, NAUNYN ¹¹⁾, BASTIONELLI ¹²⁾. Znajdywano go nawet w przypadkach zapaleń dróg żółciowych, w których zupełnie kamicy nie było (A. LÉTIENNE ¹³⁾. O zdolności zakażenia tego drobnoustroju świadczą nie tylko badania powyższe, ale także doświadczenia na zwierzętach wykonywane GILBERT i DAMENICI ¹⁴⁾, BIGNAMI ¹⁵⁾. Hodowle *b. c. communis*, wstrzykiwane do pęcherzyka, wywoływały objawy ostrego ropienia miejscowego obok zakażenia ogólnego, osobliwie, jeżeli poprzednio podwiązano przewody żółciowe. Według społecznego stanowiska bakteriologicznego nie może również ulegać wątpliwości, że niezależnie od tego pasorzyta dostawać się mogą do dróg żółciowych także i inne pasorzyty, podniecające ropienie (gronkowce i paciorkowce), jeżeli temu sprzyjają warunki miejscowe. Tym warunkiem kardynalnym są z jednej strony sprawy nieżytowe, rozpadowe i gnilne w przewodzie jelitowym, a z drugiej strony dłuższy czas trwający zastój w odpływie żółci.

Ostatecznie więc, powstawanie kamicy żółciowej tłumaczyć należy w przeważnej części przypadków, według obecnego stanowiska nauki, sprawą zapalną, wywołaną zakażeniem (*angiocholitis resp. angiocystitis infectiosa*), przy istniejących już poprzednio przeszkodach w odpływie żółci. Prócz powyższych badań bakteriologicznych, przemawia za tem tłumaczeniem także obserwacja kliniczna i wyniki sekcyjne tych przypadków, w których kamica żółciowa dała powód do ropnych zapaleń dróg żółciowych i wątroby, a w dalszem następstwie niekiedy i do ogólnego zakażenia ustroju. Wprawdzie niezawsze udawało się wyhodować z wydzielin zapalnych w drogach żółciowych kolonie drobnoustroju ESCHERICH'a, a natomiast rozwijały się inne

⁷⁾ K. KLECKI. O zapaleniu otrzewny w cierpieniach przewodu pokarmowego. Kraków, 1895.

⁸⁾ ⁹⁾ ¹⁰⁾ Cyt. według NAUNYN'a.

¹¹⁾ L. c.

¹²⁾ BASTIANELLI. Centrbl. f. kl. Med, 1892.

¹³⁾ A. LÉTIENNE. Ibidem.

¹⁴⁾ GILBERT et DAMENICI. Centrbl. f. kl. Med. 1894.

¹⁵⁾ BIGNAMI. Centrbl. f. kl. Med, 1892.

drobnoustroje ropne; fakt ten zupełnie jednak nie wpływa na zmniejszenie znaczenia chorobotwórczego tego lasecznika, a tem mniej ogranicza podstawę zakaźną pewnych rodzajów kamicy żółciowej, osobliwie, jeśli zważymy, że niejednokrotnie w rozmaitych chorobach zakaźnych na podłożu, że się tak wyrażę, przygotowanym przez patogeniczny dla poszczegółnej choroby rodzaj drobnoustroju, rozwijają się inne, przedewszystkiem pasorzyty ropne, dając wyraz t. zw. zakażeniu mieszanemu. Nie ulega też najmniejszej wątpliwości, że w przebiegu kamicy żółciowej z tego rodzaju zakażeniem dość często spotkać się możemy.

Sądziłoby wypadało, że skoro przeważna część przypadków kamicy żółciowej polega na tle zakaźnem, we wszystkich prędzej lub później powinnyby się pojawiać przypadki zakażenia ropnego, bądź miejscowego, bądź też ogólnego. Tak jednak nie jest; owszem, bardzo często kamica żółciowa nie wznieca żadnych takich objawów, które świadczyłyby mogły o ważnem zaburzeniu w ustroju, a kamyki żółciowe stwierdzone bywają przy sekcyach jako zjawisko zupełnie przypadkowe. Od czego zależy tak łagodny przebieg kamicy, niepodobna nawet na razie rozstrzygnąć. Naodwrot jednak, objawy kamicy wystąpić mogą odrazu w postaci nader groźnej i powikłanej. Pomijam tu napady zwykłej kolki żółciowej, chociażby czas dłuższy trwającej lub zjawiającej się w pewnych peryodycznych odstępach czasu, nawet z przebiegiem gorączkowym, a kilka słów poświęcę zmianom zapalnym w drogach żółciowych przyrody ropnej i ropnym zapaleniom, toczącym się wśród samego miąższu wątrobowego.

Sprawa zapalna rozwijać się zwykła najpierw w przewodzie żółciowym wspólnym i to w bezpośrednim następstwie uwięźniętego kamyka lub na pozór przynajmniej zupełnie od tegoż niezależnie. W wyjątkowych razach ogranicza się ropienie do samych przewodów żółciowych, zajmując nawet najdrobniejsze rozgałęzienia wewnątrzwątrobowe, a choroba przebiega wśród objawów wspólnych wszystkim sprawom ropnym (NAUNYN¹⁶). W większości przypadków ropienie przenosi się na pęcherzyk żółciowy, a wtedy zawartość jego stanowi przeważnie ropa z domieszką żółci. W jednym i drugim razie zapalenie ropne wywołać może zniszczenie mniej lub więcej rozległe ścian dróg żółciowych i pośredniczyć w powstawaniu przetok do narządów sąsiednich, jak worka opłucnowego, osierdziowego, otrzewnowego, wzniecając w dalszym ciągu zapalenie ropne tych błon surowiczych, lub wobec rozległych zrostów staje się źródłem powstawania ropni ograniczonych; wreszcie ropa torować sobie może drogę do naczyń sąsiednich, jak żyły wrotnej, żyły głównej dolnej, lub tętnicy wątrobowej. Najkorzystniejszym względnie następstwem bywają przetoki do jelit, jak do dwunastnicy, niekiedy poprzecznicy. Uważać je można za pewnego rodzaju samowyleczenie, gdyż tą drogą nastąpić może wydalenie nazewnątrz wytworów ropienia zazwyczaj wraz ze złoгами żółciowymi.

Odrębne do pewnego stopnia stanowisko zajmują ropnie wątroby, nie tylko ze względu na ciężkość choroby, ale także na sposób powstawania. Ropne zapalenie rozgałęzień przewodów żółciowych (*angiocholitis*) przenieść się może nader łatwo na otaczający miąższ wątrobowy i stać się powodem całego szerepu ropni i jam ropą wypełnionych. Większość ropni w ten sposób zdaje się powstawać. Znamy jednak przypadki typowych ropni przerzutowych, występują-

¹⁶) NAUNYN. L. c.

cych skutkiem ropienia w drogach żółciowych, których naczynia żyłne należą do dopływów żyły wrotnej (GEIGEL ¹⁷⁾), jeżeli zapalenie ropne przenosi się na gałązki żyłne. Należą tu także ropnie, powstające skutkiem uwięźnięcia kamyka żółciowego w przewodzie wspólnym w tych przypadkach, w których kamyk przez ucisk wznieca zakrzep żyły wrotnej, a w dalszym ciągu zaczopowanie tejże, względnie jej rozgałęzień wewnątrzwątrobowych; dalej zapalenie ropne żyły wrotnej w miejscu wywartego ucisku z przebicciem ścian i wytworzeniem przetoki między przewodem żółciowym i żyłą lub bez tegoż [GEIGEL ¹⁸⁾, LEUDET ¹⁹⁾, BRISTOVE ²⁰⁾, STEWART ²¹⁾, FIEDLER ²²⁾ i in.]. Dalej ropień w wątrobie powstać może skutkiem przeżarcia ścian przewodów żółciowych lub pęcherzyka i wylania się ropy do wątroby. Wreszcie znamy ropnie, rozwijające się wśród ostrego zapalenia przewodów żółciowych, a będące następstwem obumierania (nekrozy) komórek wątrobowych, wywołanego zatamowaniem odpływu żółci [STEINHAUS ²³⁾, PICK, CHAMBARD]. Do obumarłych obszarów dostają się drobnoustroje ropne, miejsca nekrotyczne rozmiękają, a dokoła rozwija się zapalenie demarkacyjne. Takie przypadki opisał TEUFFEL i CARL ²⁴⁾ pod nazwą „*hepatitis sequestrans*“.

Przebieg zapalenia ropnego dróg żółciowych, a tembardziej samego miąższu wątroby, jest nader ciężki, a odnośnie do wątroby wyjątkowo tylko kończy się wyzdrowieniem samodzielnem. Z natury rzeczy wynika, że zabieg operacyjny wykonać należy o ile możności wcześniej, aby mieć większą pewność wyniku dodatniego. To też do pewnego stopnia mają słuszość ci autorowie, którzy każdy przypadek kamicy wątrobowej uważają za przedmiot leczenia chirurgicznego, jeżeli zatkanie przewodu żółciowego wspólnego daje powód do uporczywej żółtaczki, grożącej wyniszczeniem ustroju lub cholemią, jeżeli istnieje ropne zapalenie pęcherzyka żółciowego lub zagraża pęknięcie tegoż, jeżeli uwięźnięcie kamyka w przewodzie żółciowym wspólnym wznieca zapalenie ropne przewodów żółciowych, lub wreszcie, jeżeli rozpoznać można ropień w miąższu wątroby.

O ile jednak już rozpoznanie kamicy wątrobowej bardzo często napotyka znaczne trudności, tem większe są one w przypadkach ropni wątroby, i to zarówno ropni, rozwijających się w następstwie ropienia w drogach żółciowych, jak w wyższym jeszcze stopniu ropni przerzutowych bez wybitniejszego ropienia w drogach powyższych. Szczegół ten bardzo dobitnie podniósł FÜRBRINGER ²⁵⁾ na X kongresie internistów niemieckich. W jednym, jak i w drugim przypadku następują objawy zakażenia ogólnego; ale objawy, wskazujące, że źródłem tego zakażenia jest wątroba lub przewody żółciowe, mogą być tak słabo zaznaczone, że nie uprawniają do żadnych wniosków stanowczych. Ale nawet w tych przypadkach, gdzie objawy te są wybitne, niezawsze rozstrzygać można, gdzie leży właściwe ognisko ropne.

Ogólnych prawideł rozpoznawczych stawiać tu prawie nie można i rozpoznawanie opierać należy raczej na logicznem łączeniu spostrzeganych objawów i dokładnej, ścisłej obserwacji, aniżeli na podawanych t. zw. objawach dyagnostycznych. Nie wynika stąd, aby nie zwracać na nie uwagi; owszem, należy

¹⁷⁾ GEIGEL. Zeltschft. f. kl. Med. 1889. S. 333.

¹⁸⁾ L. c.

¹⁹⁾ ²⁰⁾ ²¹⁾ ²²⁾ Cyt. według NAUNYN'a.

²³⁾ STEINHAUS. Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. T. 28.

²⁴⁾ CARL. Deutsche med. Wochschft. 1880.

²⁵⁾ FÜRBRINGER. Die Gallensteinkrankheiten. (Verhandl. des Congresses für innere Med. X. Wiesbaden. 1891).

je znać, umieć należycie ocenić i użytkować w danym przypadku. Objawy te zostały zebrane i podane przez PEL'a na kongresie międzynarodowym w Berlinie. Są to: 1) powiększenie stłumienia wątroby; 2) wyparcie przepony ku górze; 3) wypukły ku górze przebieg linii stłumienia wątroby; 4) upośledzenie ruchomości dolnych granic płuc. Nie mam zamiaru poddawać ich rozbiorowi krytycznemu, zaznaczyć jednak muszę, że same przez się nie wystarczają, aby uzasadnić rozpoznanie ropnia wątroby. O wiele więcej doniosłości mają wyniki obmacania dostępnych części wątroby, wykazanie większych wyniosłości lub chęłbotania, co, jak słusznie podnosi LEUBE²⁶⁾, udaje się dość często, a w danym razie wykonanie przekłucia próbnego w tych miejscach.

(C. d. n.).

PATOLOGIA I TERAPIA

przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,

oraz uwagi

o leczeniu neurastenii płciowej.

Napisał S. Groszlik.

(Dokończenie.—Zob. N. 12).

Pragnąc naocznie stwierdzić wpływ mięsienia gruczołu krokowego w zapaleniu przewlekłym i chcąc uniknąć zarzutu, że wnioski swoje opieram na zbyt krótkotrwałej obserwacji chorych, starałem się leczenie to przeprowadzić systematycznie przez dość długi przeciąg czasu, pomimo, że po kilku posiedzeniach nie widziałem żadnej poprawy ani stanu ogólnego, ani też miejscowego. W trzech przypadkach ilość posiedzeń wynosiła około 30, w jednym 46, w jednym zaś 70. Nie bacząc na to, nie udało mi się ani w jednym przypadku stwierdzić polepszenia. Wydzielina przy badaniu drobnowidzowem przedstawiała wszelkie cechy stanu zapalnego gruczołu, pod względem obfitości pozostała taką, jak dawniej; ból, towarzyszący mięsieniu, przetrwał aż do końca leczenia; w dwóch przypadkach, powikłanych prostatoreą przy oddawaniu moczu i kału, objaw ten pozostał nadal; spermaturya w jednym przypadku nie ustąpiła. Co się tyczy objawów podmiotowych, to i pod tym względem mięsienie, sądząc ze słów chorych, żadnej ulgi nie przyniosło.

Jak widzimy, wyniki leczenia mięsieniem wcale nie zachęcają do stosowania tego środka. Zdaniem mojem, dopóki nie znamy lepszego sposobu doszczętnego leczenia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, musimy się ograniczyć do leczenia objawowego, które daje nieraz wyniki doskonałe. W wielu razach, jak już wyżej miałem sposobność zauważyć, leczenie miejscowe jest niezbędne. Zadaniem lekarza jest zdać sobie przedewszystkiem sprawę z tego, co zamierza osiągnąć przez stosowanie tego lub owego sposobu leczenia, i ściśle zważyć dane, przemawiające za leczeniem przez odbytnicę lub za leczeniem wewnątrzcewkowym, lub też na korzyść jednego i drugiego. Co się tyczy leczenia przez odbytnicę, to opierając się na doświadczeniu osobistem, uważam, że działanie środków rezorbcyjnych, tak chętnie stosowanych przez wielu lekarzy, jest wysoce wątpliwe,

²⁶⁾ LEUBE. Spec. Diagnose der Inneren Krankheiten, Leipzig. 1895.

a z uwagi na podrażnienie błony śluzowej kiszek, jakie nieraz sprowadzają, radziłbym być powściągliwszym w zalecaniu wszelkiego rodzaju czopków, zawierających związki rtęci, jodu lub ichtyol. Jeżeli chorzy skarżą się na zboczenia czucia, można z wielkim pożytkiem stosować czopki, zawierające bromek potasu, beladonę lub morfinę, zależnie od stopnia tego zboczenia. Czopki te przepisuję wraz z masłem kakaowem według wzoru następującego: Rp. *Kalii bromati* 0,2—0,3 (lub *extracti belladon.* 0,015 lub *morphii muriat.* 0,01—0,015), *butyri cacao q. s., ut f. supposit.* *Idios. N. XII. S.* Jeden lub dwa czopki dziennie.

Pod wpływem tych czopków rozmaite objawy nerwowe w sferze moczopłciowej ustępują lub ograniczają się do *minimum*, parcie na mocz staje się zazwyczaj rzadszem. Doskonale działa nieraz w tym samym względzie stosowanie miejscowe ciepła przy pomocy przyrządu hemoroidalnego ARZBERGER'a, lub też przyrządu FINGER'a. Przyrząd FINGER'a składa się z gruszki metalowej *à double courant* długości 16 cm., połączonej z dwiema rurami kauczukowemi. Gruszkę, dobrze posmarowaną tłuszczem, wprowadza sobie chory do odbytnicy, koniec wolny jednej rury zanurza w wysoko umieszczonem naczyniu z wodą o ciepłocie około 40°, koniec zaś drugiej rury w podstawionem naczyniu. Woda, krążąc w przyrządzie, udziela ciepła dolnemu odcinkowi odbytnicy i działa wysoce kojąco na gruczoł krokowy. Zabieg ten trwać powinien około 10—15 minut i powtarzać się 2—3 razy dziennie.

W niektórych razach postępowanie wyżej wyluszczone najzupełniej wystarcza, ażeby zapewnić choremu względny spokój, i dlatego należy robić zeń użytek, nim przejdziemy do stosowania zabiegów wewnętrzcewkowych. Do leczenia wewnętrzcewkowego uciec się należy dopiero wówczas, gdy ani leczenie ogólne, ani też leczenie przez odbytnicę pożądaných skutków nie odnosi. W tych razach działać musimy bezpośrednio na błonę śluzową cewki oraz na jej przyrząd mięśniowy; metoda zaś postępowania zależeć będzie od wskazań, jakie nam każdy poszczególny przypadek nastręcza.

Przedewszystkiem zwrócić należy uwagę na stan błony śluzowej cewki tylnej. W razie istniejącego zapalenia przewlekłego, uciekamy się do środków przyżegających, które stosujemy bezpośrednio na miejsca dotknięte sprawą chorobową. Najlepsze usługi oddają w tych razach wkraplania (instylacje), dokonywane przy pomocy cewnika, wprowadzonego do części krokowej cewki, lub też wprowadzanie tamże maści i świeczek. Ze wszystkich środków lekarskich, w tym celu zalecanych, jak saletrzan srebra, siarczan miedzi, tanina i t. d., oddają zawsze pierwszeństwo saletrzanowi srebra, jako najbardziej skutecznemu. Do wkraplań używam roztworu saletrzanu srebra, poczynając od 1/4% aż do 3—5% w przypadkach bardzo uporczywych. Jednorazowo wstrzykujemy kilka lub kilkanaście kropel przy umiarkowanie napełnionym pęcherzu. Do rękoczynu tego posługujemy się zwykłą strzykawką PRAVAZ'a lub też strzykawką GUYON'a albo ULTZMANN'a. Nawiasowo dodam, że cewnik, przy którego pomocy wprowadzamy płyn do cewki, winien być smarowany gliceryną. Waselina bowiem, którą zwykle posługujemy się do smarowania cewników, pokrywa błonę śluzową cewki warstwą, nie przepuszczającą wody, osłabia zatem działanie środka leczniczego.

Jeżeli sprawa zapalna tkwi jednocześnie w przedniej części cewki, należy i tę leczyć. Postępowanie w tym razie jest bardzo proste. Wprowadzamy cewnik najpierw do części krokowej cewki i tu wkraplamy środek leczniczy. Następnie cewnik usuwamy powoli, wstrzykując jednocześnie kilka lub kilkanaście kropel do części przedniej. Ważną jest rzeczą pamiętać, że w braku wskazań do leczenia cewki przedniej, należy cewnik przy usuwaniu z cewki zacisnąć. Ostrożność ta zapobiega działaniu drażniącego leku na zdrową błonę śluzową przedniej części cewki.

Zamiast wkraplań lekarstw płynnych można wprowadzać do tylnej części cewki maście albo świecek, zawierające żądane leki. Mają one tę przewagę, że działają dłużej na błonę śluzową, przyczem cząsteczki maści mogą dostawać się do przewodów wyprowadzających gruczołu krokowego i wywierać wpływ leczniczy. Do wprowadzania maści służy strzykawka TAMASOLI'ego, do wprowadzania świeczek *porte-remède* DITTEL'a. Ponieważ środki te działają silniej, używać należy słabszych koncentracji. Maść przepisujemy w postaci następującej: Rp. *Argenti nitr.* 1,0—3,0, *lanolini* 95,0, *ol. olivar.* 5,0. *Mf. ung. S.* Do części krokowej wprowadzać jeden decygram maści (jedną podziałkę strzykawki TOMASOLI'ego), w razie potrzeby tyleż do części przedniej.

Świecek zapisujemy również z saletrzanem srebra: Rp. *Argenti nitr.* 0,12 — 0,36, *butyri cacao* 10,0, *ut f. suppositor. urethral. brev. N.* 10. Każda świeczka zawiera 1,2—3,6% saletranu srebra. Osobiście postępuję w ten sposób, że początkowo wstrzykuję lapis w roztworze. Gdy dochodzę do roztworów 2%-wych, zaczynam stosować świecek 1,2—2,4%-owe.

Jako zasadę przy leczeniu środkami przyżegającymi, bez względu na to, w jakiej postaci je stosujemy, należy przyjąć, ażeby zabieg następny rozpocząć dopiero po całkowitem ustąpieniu podrażnienia, wywołanego przez rękozryn poprzedzający. Dlatego też zarówno wkraplania, jakoteż wprowadzanie maści i świeczek należy przedsięwziąć najwyżej co trzeci lub czwarty dzień. Niekiedy będziemy musieli czekać dłużej.

Jeżeli kto ma wprawę w endoskopowaniu, może stosować środki przyżegające pod kontrolą oka. W tym jednak razie zabiegi należy powtarzać rzadziej.

Pożytek, jaki osiągamy ze stosowania środków przyżegających w zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego, jest podwójny: 1) środki przyżegające działają na błonę śluzową cewki tylnej i usuwają istniejące tamże zapalenie; 2) działając na zakończenia nerwowe, założone w tylnej części cewki, środki te przytępią ich pobudliwość i redukują w ten sposób zboczenia czucia do *minimum*.

W przypadkach, niepowikłanych stanem zapalnym cewki, należy wystrzegać się używania wszelkich środków drażniących, natomiast dla łagodzenia zboczeń czucia i innych objawów nerwowych uciekamy się do kojącego wpływu zgłębników metalowych oraz sondy oziębiającej. Pierwsze działają widocznie dzięki uciskowi, jaki wywierają na błonę śluzową i podśluzową cewki tylnej, zwłaszcza zaś wzgórek nasiennego, znajdującego się częstokroć w stanie przerostu. Stosowanie zgłębników winno być dokonywane z wszelką ostrożnością; rozpoczynać należy od numerów niższych, np. N. 16—18 skali CHARRIÈRE'a i stopniowo dochodzić do coraz wyższych aż do N. 30. Jeżeli otwór zewnętrzny cewki nie jest dość duży, ażeby podobnej grubości narzędzie przepuszczał, rozcinamy otwór ten nożem, ewentualnie znieczulamy pole operacyjne kokainą. Zabieg ten nie pociąga za sobą żadnych skutków poważniejszych, można go zatem stosować, ilekroć zajdzie potrzeba.

Wielkie usługi oddają zgłębniki w przypadkach, powikłanych kapaniem moczu po urynowaniu. W dwóch przypadkach przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, w których powikłanie to najbardziej dawało się chorym we znaki, przykry ten objaw całkowicie i bezpowrotnie ustąpił po kilkakrotnem zaledwie wprowadzeniu zgłębnika. Ten sam skutek osiągnąłem przy leczeniu zgłębnikami chorego, u którego kapanie moczu wystąpiło jako objaw neurastenii płciowej na tle spółkowania przerywanego. O skutecznym wpływie leczniczym sondy metalowej w zwalczaniu objawu, o którym mowa, miałem możność przekonania się w czasach ostatnich. Zgłosił się do mnie młody człowiek z wysoko rozwiniętą neurastenią płciową na tle długotrwałej masturbacji. Obok rozmaitych innych zaburzeń miej-

scowych, najbardziej choremu dolegało kapanie moczu po urynowaniu, trwające od lat kilku i połączone z uczuciem niezupełnego opróżniania pęcherza. Chory utrzymywał, że wogóle rzadko doznaje parcia na mocz, oddaje zaś mocz dwa razy dziennie bez widocznej potrzeby, tylko w obawie, żeby w następstwie zbyt długiego zatrzymywania moczu nie powstało rozszerzenie pęcherza (chory jest studentem medycyny). Badanie zgłębnikiem metalowym wykazało tylko wysoki stopień nadczułości błony śluzowej całej cewki, poczynając od otworu zewnętrznego. W pęcherzu żadnych zmian nie byłem w stanie wykryć. Jakież było moje zdziwienie, gdy nazajutrz zgłosił się chory z oświadczeniem, że nigdy nie czuł się na pęcherz tak dobrze, jak tego dnia; że w ciągu doby miał cztery razy potrzebę oddania moczu; że po tem doznał uczucia całkowitego opróżnienia pęcherza; że od chwili badania—kapania moczu nie zauważył! Oczywiście zgłębnik metalowy reguluje czynność zwieraczy, podnosi *tonus* mięśni cewki.

Niekiedy istnieją wskazania jednoczesnego użycia środków przyżegających i zgłębników metalowych. To podwójne oddziaływanie na cewkę połączyć możemy w jednym rękoczyńnie z wielkim dla chorego pożytkiem, stosując zgłębniki metalowe, powleczone maścią przyżegającą według przepisu UNNA'y. Smarujemy mianowicie zgłębnik roztopioną w ciepłej kąpieli maścią twardą, składu następującego: *butyri cacao* 100,0, *cerae flavae* 2,0, *argenti nitrici* 1,0, *balsami peruviani* 2,0. Maść ta, schnąc przy zwykłej ciepłocie, ściśle do zgłębnika przylega; po wprowadzeniu zaś zgłębnika do cewki, maść ta rozplływa się i wywiera działanie przyżegające na błonę śluzową, zgłębnik zaś działa swoim ciężarem. Przed użyciem zgłębnik taki zanurzamy na chwilę w wodzie ciepłej.

Zbawienne skutki sondy oziębiającej czyli psychroforu WINTERNITZ'a objaśnić sobie należy przez wpływ mechaniczny ciśnienia wody oraz działanie niskiej ciepłoty na zakończenia nerwowe, założone w błonie śluzowej cewki tylnej, tudzież na zwieracz cewki. Stąd podmiotowe uczucie ulgi, jakiej doznają chorzy po każdorazowym stosowaniu psychroforu, stąd polepszenie nieraz ogólnego stanu układu nerwowego. Wskazaniem do użycia sondy oziębiającej jest nasieniotok, występujący jako powikłanie przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, tudzież neurastenii płciowej innego pochodzenia (samogwałt, *coitus reservatus*). Nasieniotok, rozwijający się w następstwie zachorzenia pęcherzyków nasiennych i przewodów wytryskowych, stanowi przeciwwskazanie do użycia sondy WINTERNITZ'a. Z pożytkiem może ona być stosowana również do zwalczania rozmaitych zбоceń czucia.

Zgłębnik i psychrofor wprowadzam zazwyczaj naprzemian co drugi dzień. Jakkolwiek wcale nie roszczę pretensyi, ażeby środki te mogły wyleczyć doszczętnie sprawę chorobową, która tkwi w gruczole krokowym, jednakże zmniejszają one przykre objawy miejscowe do tego stopnia i wywierają tak zbawienny wpływ na ogólny stan chorego, że mogę je tylko gorąco polecić w tych przypadkach przewlekłego zapalenia gruczołu i neurastenii płciowej wogóle, w których istnieją wskazania do leczenia miejscowego. Niektórzy z moich chorych po wzmiankowanym leczeniu pozbyli się w ciągu sześciu tygodni do trzech miesięcy wszelkich dolegliwości, zarówno miejscowych, jak i ogólnych, i pomimo, iż sprawa chorobowa w gruczole krokowym trwa dalej, czują się podmiotowo zupełnie dobrze.

Na zakończenie uważam za konieczne dodać, iż leczenie przyrządami wymaga ścisłego przestrzegania zasad aseptyki. Zasady te wyłożyłem obszernie w dawniejszych pracach swoich¹⁹⁾, do nich więc czytelnika odsyłam.

¹⁹⁾ GROSLIK. Aseptyka w katetyzowaniu. „Przegląd Chirurgiczny“. Tom II, zeszyt 2, oraz: Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania, „Medycyna“ 1895. N. 22—25.

WYKŁADY KLINICZNE.

„O błonicy“

według wykładów Prof. Heubner'a, w Berlinie w r. b.,

streścił Aleksander Simon.

PP.! Do najważniejszych, a po zapaleniu opon mózgowych, ospie i szkarlatynie najgroźniejszych chorób wieku dziecięcego należy błonica. Jest to, jak wiadomo, ostra choroba zakaźna, polegająca na włóknikowym zapaleniu błon śluzowych, któremu towarzyszą ogólne objawy zatrucia ustroju toksynami.

Historia błonicy jest bezwątpienia tak starą, jak historia ludzkości. Choroba ta ulegała z biegiem czasu wielkim wahaniom pod względem natężenia. Na stałe rozgościła się w Europie dopiero w początku bieżącego stulecia. Wielką epidemię, która się srożyła w roku 1826 w Tours, opisał z wzorową dokładnością BRETONNEAU. Wykazał on tożsamość błonicy i krupu, z którego to odkrycia wielu lekarzy nie umie po dzień dzisiejszy należycie korzystać. W owych czasach była błonica, zarówno jak i krup, chorobą miejscową: chorzy ginęli wskutek zaduszenia, tracheotomia niechybnie ratowała życie.

Wkrótce jednak, bo już po upływie lat dziesięciu, błonica zmieniła swój łagodny charakter. Przyjęła ona według określenia TROUSSEAU'a ataksodynamiczną czyli tyfoidalną postać. „Choroba obecnie już grozi nie tylko zaduszeniem, lecz i zatruciem“, skarży się ten wielki klinicysta. W krótkim czasie szerzy się błonica szerokimi kręgami z zachodu na wschód po całej Europie, przyjmując coraz groźniejszy charakter, nie szczędząc najwięcej ukrytych zakątków.

Etyologia. Przyczyny błonicy dadzą się sprowadzić do dwóch czynników: 1) epidemiologicznych, 2) bakteryologicznych.

Co do pierwszego. Że błonica należy do chorób typowo zakaźnych, jest to obecnie powszechnie wiadome. Tę prawdę dawniej często sprawdzali na sobie chirurdzy, którzy ustami wysysali wydzielinę z rurki tracheotomicznej. Wielu, np. LEBER i inni, w ten sposób zginęło śmiercią przedwczesną. Z drugiej jednak strony podkreślić należy niewątpliwy fakt, że błonica jest bez porównania mniej zaraźliwą, niż ospa, odra, a nawet szkarlatyna. Kwestya, czy błonica może też powstać miazmatycznie, t. j. nie przez zarażenie się od żywego ustroju, pozostaje dotychczas otwartą. Zdaje się jednakże, że lasecznik błonicy potrafi utrzymać się i po za ustrojem. Że na ubraniu, włosach, brodzie i t. d. można go przenieść, to sprawa dowiedziona, a zdarza się to daleko częściej, niż przy innych chorobach, np. szkarlatynie (co do niej, to istnieje w literaturze tylko jeden podobny przypadek). Jak trudno zniszczyć tę zarazę, widać choćby z tego, że żadna dezynfekcja mieszkania nie daje absolutnej pewności, że zdrowe dzieci po powrocie do domu chorobie nie ulegną. Jedyną pociechą w epidemiologii błonicy była dotychczas ważna sprawa usposobienia i odporności ustroju ludzkiego. Wiek odgrywa pod tym względem ogromną rolę. Ssawcy rzadko jej ulegają, najczęściej dzieci od 1—6 lat. Statystyka HEUBNER'a w Lipsku wykazała, że wśród trzy- i czteroletnich dzieci 25% przechodziło błonicę. Natomiast w 7-ym roku usposobienie (*Empfänglichkeit*) zmniejsza się znacznie, a w 14—15 roku dochodzi do 0,5%, później do zera. Wiadimy więc, że w okresie uczęszczania dzieci do szkół, niebezpieczeństwo zarażenia się jest niewielkie. Wyjątkowo ulegają chorobie dorośli, a nawet starcy, ale przebiega ona wtedy wogóle łagodniej. Usposobienie do choroby jest rzeczą indy-

widualną: widzimy jednostki, a nawet całe rodziny niezmiernie wrażliwe. Jednorazowe przebycie choroby zwykle wzmacnia odporność na pewien czas, niekiedy na lat kilka. Dzieci tracheotomowane prawie nigdy powtórnie nie zapadają. Tylko dwa podobne przypadki widział HEUBNER w ciągu 25 lat. Zółta zmniejsza u dzieci odporność w wysokim stopniu. U 60% dzieci chorych na błonicę zanotował ją HEUBNER w klinice Lipskiej. UNRUHE (Drezno) zauważył, że błonica, szerząc się na oddziałach chirurgicznych, jakoby wybiera dzieci, uległe gruźlicy kości. I inne czynniki wpływają na odporność. Ciemne, ciasne i wilgotne mieszkania, zwłaszcza w suterynach (FLUEGGE) sprzyjają rozwojowi i szerzeniu się choroby. Co do pory roku, to statystyka HEUBNER'a, dotycząca 5 największych miast niemieckich, wykazuje, że zimą choroba się wzmacnia. Z powyższego wniesć można, że usposobienie do błonicy nie jest wielkie. Jeżeli pomimo to, choroba należy do największych plag życia ludzkiego, to ze względu na straszną śmiertelność. W ostatnich latach przewyższała ona w Berlinie 36%. Nawet cholera w Hamburgu nie wyrządziła takich spustoszeń.

Co do drugiego. Bezpośrednim czynnikiem, wywołującym błonicę, jest lasecznik, opisany przez LOEFFLER'a. Odkrycie to zawdzięczamy właściwie KOCH'owi; LOEFFLER zaś pod okiem mistrza dokładnie je rozwinął. Gronkowce, paciorkowce, kokki (BRISON) i t. d., którym przypisują niektórzy bakteriologowie wielkie znaczenie, wprowadzając przez to niepotrzebny zamęt do sprawy, i bez tego już dość zagmatwanej, nie odgrywają w patologii błonicy żadnej prawie roli. ROUX sądzi, że paciorkowce wzmacniają złośliwość laseczniaka LOEFFLER'a, czemu RANVIER, SAHLI i inni zaprzeczają. Że przy sprawach wysiękowych w gardzieli często znajdujemy paciorkowce w jamie ustnej, to prawda. Niemniej nie jest błonica nigdy *streptococcaemia*, jak nią jest np. szkarlatyna. We krwi HEUBNER nigdy nie znajdował paciorkowców. Tylko w pobłoniczych zapaleniach płuc odgrywają one pewną rolę. Jest to jednak wtórne zakażenie bezbronnego w walce z drobnoustrojami organizmu. To też odkrycie LOEFFLER'a jest już obecnie wyższe nad wszelką krytykę. Że w przypadkach pojedynczych wykazać laseczniaka nie można, to każdy przyzna. Jednakże liczba podobnych przypadków nader szybko się zmniejsza, i jeżeli ostatnimi jeszcze czasy wynosiła 10%, to HEUBNER w roku przeszłym na 362 razy nie zdołał go wykryć tylko raz jeden. Chyba metoda i niecierpliwość, a nie choroba temu winna. Coprawda, trzeba go umieć szukać: w ropie, pochodzącej z ucha (w przypadkach zapalenia ucha średniego), w nosie, nozdrzach, ślinie można często wykazać laseczniaki, gdy ich niema już w błonach. Często przy krupie niema ich w krtani, gdy się roją w gardzieli i przewodzie oddechowym.

Jedna tylko sprawa zmniejsza blask odkrycia LOEFFLER'a. Znajdował on mianowicie w jamie ustnej u dzieci zdrowych czynne (*virulente*) laseczniaki błonicy. To też przez długi czas przyznać nie chciał znaczenia swemu odkryciu. Spostrzeżenia LOEFFLER'a wielu sprawdzało. Sam HEUBNER zauważył, że od 15%—20% dzieci na salach szpitalnych (w Charité w Berlinie) stale nosi laseczniaki LOEFFLER'a w jamie ustnej, nie zapadając przytem nigdy na błonicę. Jak często w ten sposób się szerzy zaraza, łatwo zrozumieć. Że niejeden lekarz hoduje w swojej jamie ustnej czyste kultury laseczniaka LOEFFLER'a, to chyba nie ulega wątpliwości. Może w ten sposób zarażają się dzieci lekarzy. Jeżeli pomimo to, odkrycie LOEFFLER'a pozostaje niepodzieloną własnością nauki, to dlatego, że w sprawie zarażenia się jadłem błoniczym i odporność ustroju ma ważne znaczenie. O tej, dawno znanej prawdzie nie chcieli bakteriologowie nic wiedzieć.

Zmiany miejscowe w błonicy polegają na włóknikowym, t. zw. dawniej krupowym zapaleniu błon śluzowych, przyczem wysięk pokrywa powierzchnię.

Nabłonek odgrywa tutaj rolę bierną. Dopiero 3—4 dnia zostaje on mechanicznie zepchnięty z błony śluzowej. HEUBNER zwalcza teorię VIRCHOW'a, według którego w błonicy znajdujemy wysięk w głębi błony śluzowej. Prawdziwą zgorzel, tak charakterystyczną np. dla szkarlatyny, znajdował on, zarówno jak i WEIGERT, nadzwyczaj rzadko. Po za tem znajdujemy zmiany we wszystkich narządach: w gruczołach chłonnych, śledzionie, nerkach, wątrobie, ośrodkach nerwowych ogniska krwotoczne i zgorzelowe, w których niema laseczników. Wszędzie gwałtowne zmiany w naczyniach: zgrubienia, wysięki okołonaczyniowe i t. d.; zmiany mięszone w nerkach, wysięki w otaczającej je tkance łącznej. Wszystkie te zmiany anatomiczne, zarówno jak i objawy ogólne zakażenia, wywołane są nie tyle przez same laseczники, ile przez trujące bardzo, właściwe im toksyny. To też samych laseczników we krwi nie znajdujemy; są one dopiero podczas konania. Toksyny błonice działają rozmaicie: na serce np. jako jad molekularny w rodzaju muskaryny, digitaliny i t. d.; spowodzają one porażenie (*Herztod*) bez najmniejszych zmian drobnowidzowych. Dopiero w późniejszych okresach znajdujemy zapalenie śródmięszone.

Obraz kliniczny choroby uległ pewnej zmianie od czasu stosowania surowicy; bywa on zresztą bardzo rozmaity. Zwykle jednak początek błonicy jest nagły. Śród najlepszego zdrowia zjawia się gorączka bez poprzednich zwiastunów, ból głowy i gardła, wymioty; 3—4 dnia ciepłota zwykle prawidłowa; krzywa ciepłoty nie jest typowa. Jednocześnie z gorączką występują zmiany w gardzieli. Przebieg jest wogóle adynamiczny, odczyn ustroju od pierwszej chwili słaby. HEUBNER rozróżnia kilka klinicznych postaci błonicy: 1) błonica bez błon fałszywych t. zw. nieżyłowa, którą rozpoznać można dopiero, kiedy się stała rozsądnikiem zarazy; 2) błonica ukryta (*diphtheria larvata*), występująca u młodych (1—3 lat), charłacznych, zołzowych dzieci z początku jako katar nosa. Tutaj przebieg jest ciężki, krup krtani groźny. Laseczники LOEFFLER'a stale wykryć można; 3) błonica ciężka (*diphtheria gravissima s. septica*), która to ostatnia nazwa jest źle zastosowana, gdyż bakterie septyczne małą tutaj odgrywają rolę. W tych przypadkach na pierwszy plan od samego początku występują groźne objawy zatrucia toksynami, krwotoki w błonach (naloty szaro-rdzawe), odór z nosa, krwotoki na całym ciele (*signum mali ominis!*). W moczu dużo białka, czasem trochę krwi, gruczoły bardzo duże, twarde. Ciepłota zwykle nie wysoka, ale niekiedy dochodzi do 40° C. Przytomność zachowana do ostatniej chwili. Śmierć po kilku dniach, przy objawach porażenia serca. Do powikłań błonicy należy przedewszystkiem krup błonicy krtani. Występuje on zazwyczaj z wolna, piorunująco, zjawia się tylko w przypadkach błonicy ukrytej (*diphtheria larvata*), przeważnie u niemowląt. Z powikłań zasługują na uwagę porażenia. Zjawiają się one zwykle bardzo późno, bo około 6-go tygodnia. Porażenie serca wystąpić może i po chorobie, kiedy niebezpieczeństwo uważa się już zwykle za wyłączone. Ale w tych przypadkach pozostają po chorobie pewne przypadłości, jakoto: brak apetytu, ból brzucha, częste wymioty i białko w moczu, które wobec małego, nieprawidłowego, częstego, lub też bardzo rzadkiego tętna, powodują złe rokowanie. Są to najtrudniejsze do uratowania przypadki.

Rozpoznawanie błonicy jest wogóle łatwe. Bywają jednakże przypadki, w których i najbardziej doświadczeni lekarze się mylą. Są tacy, jak np. SAHL i inni, którzy sądzą, że i bez pomocy badań bakteriologicznych obejść się można. Ale ma to miejsce w klinice, 3—4-go dnia choroby, i to niezawsze. W początkach choroby bez badania bakteriologicznego często obejść się nie można, gdyż tylko ono daje nam bezwzględną pewność rozpoznania. Fakt ten, że i u zdrowego czasem lasecznik LOEFFLER'a się znajduje, powinien lekarz znać, ale w praktyce liczyć się

z nim nie można, w przeciwnym bowiem razie stracimy wszelki probierz rozpoznawczy. W przypadkach, w których u chorych znajdujemy lasecznik LOEFFLER'a, należy chorobę uważać za błonicę, a doświadczenie nauczyło, że w ten sposób prawie nigdy się nie mylimy. Tylko w takich przypadkach występują porażenia.

Od czasu odkrycia BEHRING'a rokowanie poprawiło się bardzo. Im wcześniej stosuje się surowicę, tem lepsze są widoki wyzdrowienia. Jednakże i obecnie nie wszystkich chorych można uzdrowić. Do groźnych powikłań jeszcze i teraz należą: porażenie serca i porażenia mięśni dowolnych. W przypadkach, gdzie objawy zakażenia występują od samego początku (bładość, wylewy krwawe na skórze i błonach śluzowych, tętno małe), rokowanie i obecnie jest złe, zarówno jak nieraz w przypadkach nierozpoznanych, ukrytych (*diphtheria larvata*).

W obecnym stanie sprawy można z bezwzględną pewnością wypowiedzieć zdanie, że odkrycie BEHRING'a jest tryumfem leczniczym, jakiemu równego historia nigdy nie widziała. Wchodzimy z niem w okres leczenia specyficznego. Umysł ludzki nigdy od razu nie potrafi zrozumieć odkryć tej miary: to też rozmaicie oceniają obecnie ten genialny pomysł. I przyszłość pojąć go na pewno nie potrafi; gdyż nie zdoła zrozumieć, co to jest groźna epidemia błonicy, ten, kto jej przedtem nie widział na własne oczy.

Zasada terapii surowiczej polega na twórczej myśli BEHRING'a, że w ustroju krążą ciała, które są w stanie zobojeźnić jady. Początkowo sądził BEHRING, że surowica posiada własności bakteryobójcze. Okazało się jednakże, że przeciwnie, bakterie rozwijają się dobrze w surowicy. Badania BEHRING'a nad wpływem jodoformu na odkrytą przez BRIEGER'a kadawerynę, naprowadziły go na drogę probowania wpływu różnych czynników na toksyny. Używał on z początku litylko przetworów chemicznych. Wydzielenie czystej toksyny laseczników LOEFFLER'a, dokonane przez ROUX'a, co stanowi główną i jedyną zasługę tego sumiennego badacza, dało BEHRING'owi możność poszukiwania środków, zobojeźniających owe jady. Między innemi próbował on w tym celu surowicy. I oto, nad wszelkie spodziewanie znaleziono w niej poszukiwane ciała. Były to jeszcze słabe antytoksyny, dostarczane przez małe zwierzęta: króliki, świnki morskie i t. d. EHRlich'owi udało się powiększyć odporność zwierząt i siłę antytoksyny. Z biegiem czasu użyto surowicy koziej, krowiej i wreszcie końskiej. Na tej ostatniej obecnie się zatrzymano i ją też powszechnie stosujemy. Siła wyrabianej obecnie surowicy wynosi 600 jednostek immunizacyjnych w 1 ctm. szc. Co do dawkowania, to bezwątpienia ma rację KOCH, który sądzi, że nie należy przekraczać pewnej miary. Z drugiej jednak strony zbyt mała dawka niewiele pomaga. HEUBNER na zasadzie 2½-letniego doświadczenia, radzi stosować w przypadkach słabego natężenia nie mniej, niż 1000 jednostek, w cięższych jednorazowo 1,500; w przypadkach zwięźnia krtani i ogólnego zakażenia od razu 2000. W Anglii, Holandii i innych krajach stosują do 7000 jednostek jednorazowo. Ale gdzie mniejsza ilość surowicy nie wystarcza, tam i te kolosalne dawki pożytku nie przyniosą. Należy od początku zaraz użyć odpowiedniej dawki. Najchętniej posługuje się HEUBNER strzykawką KOCH'a, bo wywołuje rzadko ropnie. Ścisłą aseptykę należy zawsze przestrzegać. Co do miejsca wstrzykiwań, to wybiera on najchętniej klatkę piersiową. Mięsienią nigdy nie stosuje i stanowczo je odradza. Wpływu tyle omawianej domieszki karbolu HEUBNER się nie obawia, gdyż złych następstw pod tym względem nie widział. Sam BEHRING uważa dodatek karbolu za konieczny. Jadyną wadę nowego środka stanowi idyosynkrazia, zdarzająca się u 1/6 chorych. Nie różni się zresztą i pod tym względem surowica od wielu innych środków lekarskich, jak np. salicylu, antypiryny i t. d. Objawem tej idyosynkrazyi jest pokrzywka, jak po homarach, rakach i t. d. Są to

zaburzenia natury naczynioruchowej: wysypka i cierpienia stawów. Tylko u 2% zdarzają się nieco przykrzejsze zaburzenia. Nieprawdą jest, jakoby po surowicy występowało zapalenie nerek i tłuszczowe zwyrodnienie narządów wewnętrznych. Po za surowicą leczyć należy błonicę jak dawniej, a nawet staranniej, gdyż obecnie stare środki więcej niż dawniej pomagają. Sztuczne odżywianie u ssawców, leczenie napotne w celu zapobiegania zwężeniu krtani (zawijania) dają wyniki dobre. Intubacje dają się teraz częściej wykonać, gdyż przez krótszy czas są potrzebne. Powikłania leczy się według prawideł ogólnych. Przeciwno porażeniom serca i mięśni dowolnych stosujemy strychninę podskórnie w ilości 0,001—0,003 kilka razy dziennie. Masaż, elektryczność, kąpiele znajdują tutaj ważne wskazanie.

Wogóle bywa lekarz obecnie w przypadkach błonicy bezporównania więcej pożądanym gościem, aniżeli dawniej, a dla jego działalności otwiera się szerokie pole, nawet po za stosowaniem surowicy.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

35. HOPFFGARTEN. **Przyczynę do nauki o otoku ropnym (*Empyema*) zatok czołowych i o jego leczeniu operacyjnym.** Zatoki czołowe zaczynają rozwijać się dopiero w końcu pierwszego roku życia; w tworzeniu ich główną rolę grają wrastające między blaszki kości czołowej komórki labiryntu sitowego (STEINER); komórki te działają jak kliny, i dlatego w pierwszych latach życia zatoki czołowe rosną przeważnie w jednym kierunku. Przy rozszerzeniu chorobliwym zatok czołowych u dzieci, ściana wewnętrzna oczodołu, jako najsłabsza, wypukła się, powodując odsunięcie gałki ocznej nazewnątrż; u dorosłych zaś najcieńszem miejscem kości jest przejście z wewnętrznej do górnej ściany oczodołu, a w przypadkach jej wypuklenia gałka oczna wypchnięta bywa nazewnątrż i ku dołowi. Zatoka czołowa ma kształt piramidy trójsiennej, której wierzchołek znajduje się w wstępującej części kości czołowej, tam, gdzie łączą się ze sobą obydwie jej blaszki. Po większej części bywają dwie zatoki czołowe z przegrodą kostną, posuniętą najczęściej na lewo, ponieważ zatoka prawa bywa większa; nieprawidłowości zresztą rozwoju tak co do wielkości, jak i położenia bywają najrozmaitsze: czasem bywają dwie zatoki, przednia i tylna, to znów zatoka dochodzi aż do kości i t. d. Granice zatok czołowych są następujące: od przodu blaszka zewnętrzna (*tabula ext.*) kości czołowej, od dołu sklepienie oczodołu, od dołu i wewnątrz kość sitowa, od tyłu blaszka wewnętrzna kości czołowej, stanowiąca jednocześnie przednią granicę jamy czaszkowej. Ściany zatoki wysłane są cienką, białawą, łatwo dającą się oddzielić błoną śluzową z nabłonkiem migawkowym, charakterystycznym dla wszystkich jam nosowych. Nerwy błony śluzowej należą do *ramus ethmoidalis nervi nasociliaris* i rozgałęziają się bardzo obficie pod nabłonkiem, czem objaśniają się silne bóle głowy przy zajęciu zatok czołowych; naczynia krwionośne — do *a. spheno-palatina* i *v. ethmoidales*, łączących się z naczyniami opony twardej mózgu; to tłumaczy możebność przejścia zapalenia na opony mózgowie drogą zakrzepów żylnych. Wydzielina błony śluzowej wydostaje się z zatoki do jamy nosowej drogą, nazywaną ogólnie przewodem noso-czołowym (*ductus nasofrontalis*), choć właściwie niema ona cech przewodu; wogóle połączenie to ma bardzo rozmaitą postać i rozmiary, a nawet czasem wcale nie istnieje.

Zatoki czołowe są siedliskiem spraw chorobowych daleko częściej, niż to dawniej przypuszczano. Spostrzegamy tu nowotwory [rzadko, z wyjątkiem kostniaków (*osteoma*)], zastój wydzieliny, nagromadzenie krwi lub cieczy surowiczej na

drodze urazowej, wreszcie wszelkie rodzaje zapalenia, które bywają albo pierwotne, pochodzące z samej błony śluzowej zatoki, albo wtórne, t. j. z otaczających ją kości. Wszystkie zapalenia pierwotne pochodzą z zakażenia (choroby wysypkowe, błonica, tyfus, pneumonia, róża, nosacizna, rzeżączka). Obok ostrego i przewlekłego (głównie postać hipertroficzna, nigdy ozaena) nieżyty nosa, do spraw, wywołujących zapalenie ostre w zatokach, należą polipy muszel nosowych. Przyczyną zapalenia wtórnego bywa głównie przymiot lub gruźlica kości czołowej i uraz, dalej ciała obce lub pasorzyty, wreszcie nowotwory wrastające w zatoki czołowe. Co się tyczy zmian patologiczno-anatomicznych, to przy właściwym ropniu występuje (KUHN) zgrubienie, pulchnienie i obrzęk wyściełającej zatokę błony śluzowej; powierzchnia jej pozostaje gładką, lub też z powodu brodawkowego rozrostu staje się nierówną; przytem następuje zanik nabłonka, cechujący się zniknięciem migawek. Wydzielina przy zapaleniu bywa zupełnie rzadka, surowiczowo-śluzowa, śluzo-ropna, wreszcie czysto ropna. Zajęte bywają zwykle nie tylko obydwie zatoki czołowe, ale i inne jamy przynosowe. Objawy otoku ropnego zatok czołowych podzielić można na: a) podmiotowe—ból głowy, który często ustaje po odejściu ropy przez nos, bolesność okolicy zatok czołowych, szczególnie całej dolnej ich ściany, jedno-lub obustronne zatkanie przewodu nosowego, osłabienie lub brak powonienia, s kargi na zawrót głowy, apatya, rozstrój nerwowy, silnie rozwinięty światłowstręt i widzenie podwójne; b) objawy przedmiotowe: 1) wydzielina ropna z nosa; 2) obrzęk okolicy nasady nosa, jak również i wewnętrznego górnego brzegu oczodołu; 3) znajdująca się w temże miejscu przy przewlekłym zapaleniu przetoka, wydzielająca ropę; pod drobnowidzem ropa ta zawiera (po większej części) oddzielne komórki migawkowe, co daje możność rozpoznania, iż zajęty jest nos lub jedna z jam przynosowych; 4) obecność powietrza pod skórą w okolicy czołowej (*pneumatocoele*); 5) gorączka; 6) objawy ze strony mózgu, powstałe z powodu przedziurawienia tylnej ściany zatoki, lub też na drodze zakrzepu żylnego; 7) objawy ze strony oczu, mianowicie: zboczenie lub wypchnięcie gałki ocznej, ropień powieki, albo nawet zropienie całego oka (*panophthalmitis*), obrzęk siatkówki, tarcza zastoinowa, zapalenie naczyń i tęczówki i ciała rzęskowego, ograniczenie pola widzenia, niedowład (*asthenopia*) mięśniowy, niezdolność dłuższego akkomodowania i inne. Objawy te są tak ważne dla rozpoznania sprawy w zatokach czołowych, iż w przypadkach podejrzanych nigdy nie należy zaniedbać dokładnego zbadania oczu (ZIEM, KUHN).

Najrozmaitsze sposoby pomocnicze podawane są w celu rozpoznania otoku ropnego zatoki czołowej. CZERNICKI poleca osłuchiwanie, ZENKER opukiwanie, VOHSEN prześwietlanie zatok zapomocą specjalnego przyrządu, KUHN i WINKLER badanie bolesności całego brzegu oczodołowego, dolnej ściany zatok i nasady nosowej. Jednakże tylko wykrycie ropy w zatoce czyni rozpoznanie pewnem. W tym celu istnieją trzy sposoby, stosowane zarazem i w celach leczniczych. Pierwszy—cewnikowanie (JURASZ i inni) przez przewód noso-czołowy i przemywanie zatok—daje zaledwie w połowie przypadków wynik pomyślny, jest często bardzo trudny, a przy głębszych zmianach błony śluzowej niewystarczający. Drugi sposób jest to przebicie dolnej ściany zatoki (od strony nosa) dla rozszerzenia ujścia (DIEFFENBACH i TILLAUX, SCHAEFFER i inni); zabieg ten przez wielu, a między nimi i przez autora uważany jest za bardzo niebezpieczny. Trzeci wreszcie sposób, odznaczający się małym niebezpieczeństwem i dlatego dający się stosować nie tylko w celach leczniczych, ale i rozpoznawczych (RUPPRECHT), polega na otwarciu zatoki czołowej z zewnątrz. Dawniej uważano rękoczyn ten za niebezpieczny, w nowszych czasach stosowano go częściej w sposób następujący (KUHN): robiono ma-

ły otwór od, zewnątrz w miejscu wypukłonym, wypuszczano ropę i następnie albo zaprowadzano sączki na zewnątrz, albo do nosa przez rozszerzony sztucznie zapomocą zgłębnika od strony zatoki przewód noso-czołowy, albo też w obu kierunkach. W ostatnich czasach położono większy nacisk nietylko na przywrócenie połączenia z nosem, ile na szerokie odsłonięcie ogniska chorobowego przez szerokie otwarcie przedniej ściany zatoki. Najradykałniejsze są metody NEBINGER'a, JANSEN'a i KUHNT'a. Wymagania NEBINGER'a są: 1) dostatecznie wielkie otwarcie zatoki czołowej w całej jej rozciągłości od przodu; 2) zupełne usunięcie błony śluzowej jamy i rozszerzenie przewodu do nosa; 3) możliwe oszczędzanie bogatej w naczyńia błony śluzowej przed jej wyluszczeniem; 4) szew tymczasowy i sączek. JANSEN stara się pozostawić przednią ścianę zatoki i otwiera jamę od brzegu oczodołu aż do nasady nosa od strony oczodołu. Autor sposobu tego nie zaleca, ponieważ zdarza się następnie konieczność otwierania i przedniej ściany, a gojenie się jest bardzo powolne. KUHNT łączy niejako obydwaj powyżej opisane sposoby, przytem kładzie nacisk na zniszczenie błony śluzowej i, stosownie do wielkości zatoki, zaleca albo usunięcie całej przedniej ściany i całej chorej błony śluzowej, przy prawidłowej wielkości zatoki, albo też usunięcie nietylko przedniej, ale także i dolnej ściany razem z błoną śluzową, przy niedostatecznym rozwoju zatoki. Autor operuje podobnie do KUHNT'a: usuwa całą przednią ścianę zatoki i całą błonę śluzową, zamieniając zatokę w rodzaj płaskiego wgłębienia (*Rinne*) kostnego, w które wrastają następnie części miękkie (okostna, mięśnie czoła i skóra). Przebieg rękoczynu jest następujący: 1) cięcie poziome skórne aż do kości tuż pod łukiem brwiowym od linii środkowej aż do zewnętrznego kąta ocznego; 2) oddzielenie okostnej; 3) otwarcie zatoki dłutem na przestrzeni 1 ctm. kw. w miejscu odpowiadającym wewnętrznemu kątowi oczodołu, przyczem zwykle odrazu wstapia się w otwór błona śluzowa zatoki; 4) przecięcie błony śluzowej i wypuszczenie ropy z zatoki; 5) wydłutowanie przedniej ściany po sprawdzeniu zgłębnikiem wielkości zatoki; 6) wyskrobanie ostrą łyżeczką VOLKMANN'a błony śluzowej; jeżeli przytem okaże się, że i druga zatoka jest zajęta, cięcie skórne przedłuża się aż do zewnętrznego brzegu drugiego oczodołu i rękoczyn powtarza i po tej stronie w tym samym porządku. Przegroda obu zatok musi być w zupełności wydłutowana; okolica przewodu noso-czołowego również wyłyżeczkowana; zgłębnikowanie przewodu bywa przedsiębrane tylko przy jego nadmiernem rozszerzeniu lub przy ropieniu w sąsiednich komorach kości sitowej; 7) przemycie jamy fizyologicznym, wyjałowionym roztworem soli kuchennej, dla usunięcia odłamków kości i przekonania się, czy błona śluzowa jest w zupełności usunięta; 8) wypełnienie jamy gazą jodoformową i założenie szwów tymczasowych, po których w 1—2 dni zakładają się szwy wtórne; 9) wilgotny, lekko uciskający opatrunek z octanu glinu. Zniekształcenie po tym rękoczynie jest bardzo nieznaczne, co potwierdza i fotografia chorego przed i po rękoczynie. Na zakończenie podany jest opis szczegółowy czterech przypadków operowanych przez autora.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*. T. 42. Zeszyt 4—5. Luty. 1896).

B. Makowiecki.

36. MELTZING. **Blednica i opadnięcie żołądka** (*Gastroptose*). Według MEINERT'a i kilku innych autorów, blednica jest nerwicą, powstającą wskutek ustawicznego drażnienia splotów nerwu współczulnego, leżących w sąsiedztwie bezpośrednim żołądka, i wynikającego stąd uszkodzenia włókien nerwowych, regulujących tworzenie się krwi w śledzionie. Przyczyny główne tego ciągłego drażnienia nerwu współczulnego upatruje MEINERT w opadnięciu żołądka, spostrzeganem przezeń we wszystkich zgola przypadkach blednicy, a powstającym wskutek działania gor-

setu na klatkę piersiową. Opadnięcie żołądka i wywołane przezeń podrażnienie nerwu współczulnego nie wywołują objawów blednicy, lecz znakomicie do niej usposabiają. Wskutek działania pewnych bodźców bądź psychicznych, bądź mechanicznych rozwija się w pełni cały obraz chorobowy blednicy. Za bodźce takie uważa MEINERT: I. Wszelkie stany psychiczne, które działają przygnębiająco. II. Znaczny wzrost wagi narządów brzusznych. Powodować go mogą: a) Przekrwienia na tle przeziębien i chorób zakaźnych, jak tyfus, gościec stawowy, biegunka krwawa i płonica, oraz wstrząśnienia rytmiczne narządów brzusznych, szczególnie przez poruszanie nogami maszyny do szycia. b) Ciśnienie, wywierane z góry na narządy brzuszne, co spostrzegamy przy kaszlu, wchodzeniu na wschody, wycieczkach górskich i siedzącym sposobie życia.

Dane, na których MEINERT opiera swój pogląd, są następujące:

1) Historia i geografia blednicy i gorsetu są wspólne. Lekarze starożytni i wieków średnich nie znali zupełnie cierpienia, zwanego dzisiaj blednicą.

2) Za zajęciem nerwu współczulnego przemawia ból w dołku pod wyrostkiem mieczykowatym, wzrastający przy ucisku. Miejsce bolesne odpowiada w zupełności przestrzeni, wytwarzającej się, wskutek opadnięcia żołądka, pomiędzy brzegiem dolnym wątroby a krzywizną małą żołądka; leżą tam właśnie sploty nerwu współczulnego, oplatające powierzchnię przednią aorty.

3) MEINERT nie spostrzegł ani jednego przypadku blednicy, któremu by nie towarzyszyło opadnięcie żołądka.

Badania, przeprowadzone przez MELTZING'a w celu sprawdzenia słuszności poglądu MEINERT'a, wykazały, że o istnieniu tak ścisłego związku między blednicą a opadnięciem żołądka nie może być nawet mowy. Co się tyczy samego opadnięcia żołądka to chodzi tu zdaniem autora bardziej o zmianę kształtu i położenia różnych części żołądka (*Gastrokateixie*), niż o opadnięcie całego tego narządu pod wpływem ucisku, wywieranego na klatkę piersiową przez gorset. Jedną część żołądka, mianowicie dno (*fundus*) zostaje na miejscu ściśnięta, część zaś, leżąca w okolicy nadbrzusza, zepchnięta zostaje ku dołowi lub na bok. Wskutek tego krzywizna mała leży prawie poziomo, a dno żołądka tworzy z odźwiernikiem kąt rozwarty ku dołowi. Wskutek ściśnięcia dna żołądka wytwarza się rozszerzenie części przylegającej do odźwiernika. Pokarmy zbierają się tu przeważnie i spychają odźwiernik ku dołowi, niekiedy aż do *promontorium*. Zachodzą tu więc zmiany o wiele bardziej złożone, niż sądzi MEINERT, który przyjmuje jedynie opadnięcie żołądka w całości.

Nietylko anatomicznie, lecz i klinicznie określenie gastropatozy bardzo jest trudne. Znane dotąd sposoby badania umożliwiają jedynie dokładne oznaczenie przebiegu krzywizny wielkiej. Części przykrytych wątroba, płucami i śledzioną dokładnie zbadać nie mamy możliwości. Przeświecanie dopomaga o tyle, że umożliwia oznaczenie położenia dna żołądka tam nawet, gdzie on jest już przez płuca przykryty.

Z badań autora wynika, że rozděcia żołądka uważać nie można za metodę pewną, dlatego też autor określał granice żołądka jedynie zapomocą przeświecania, napełniając przed wprowadzeniem lampki elektrycznej żołądek wodą. Przy opadnięciu żołądka, kiedy między krzywizną małą a dolnym brzegiem wątroby znajduje się przestrzeń wypełniona przez kiszkę, przeświecanie wykazuje między granicą górną świetlnej figury żołądka i oznaczonym przez opukiwanie brzegiem wątroby przestrzeń ciemną, która daje ogłos wypukowy bębnowy.

Jeżeli opadnięcie żołądka wywołane zostało głównie przez zmianę kształtu lewego zraza wątroby, wówczas przeświecanie wykaże dokładnie nieprawidłowe

położenie i zmieniony przez ucisk wątroby kształt żołądka. W przypadkach rozwijającego się lub bardzo nieznacznego opadnięcia żołądka, wszystkie metody badania, nie wyłączając przeświecania, okazują się niewystarczającymi do dokładnego określenia położenia żołądka, ponieważ nie wykazują przebiegu krzywizny małej. Klinicznie zatem rozpoznać można jedynie daleko posunięte opadnięcie żołądka; okresy początkowe tego cierpienia przy dzisiejszych metodach badania rozpoznane być nie mogą.

Niezmiernie ważne jest rozstrzygnięcie pytania, czy zawsze zmiana położenia żołądka jest objawem patologicznym. Na zasadzie badań własnych doszedł autor do wniosku przeciwnego; napełniony żołądek zmienia swe położenie przy rozmaitych położeniach ciała; zmiany te dokonywają się w dość znacznych granicach 5—10 ctm.

Chcąc przekonać się, czy istotnie każdemu przypadkowi blednicy towarzyszy opadnięcie żołądka, zbadał autor 6 chorych z blednicą i, dla sprawdzenia, 7 kobiet zdrowych. Do określenia granic żołądka używał, jako jedynie dokładnego, sposobu przeświecania, przyczem żołądek stale napełniany był wodą; dawało to jednocześnie wskazówki co do jego objętości.

Z podanych w pracy autora szczegółowych opisów wszystkich 13-tu przypadków wynika, że granice przeświecanego żołądka u kobiet zdrowych i chorych były zupełnie jednakowe, odpowiadały one również określanym tym samym sposobem granicom żołądka osobników męskich. A zatem opadnięcie żołądka nie jest objawem stałym blednicy i nie może być uważane za jedyną przyczynę zmian zachodzących we krwi.

Co się tyczy drugiego, zdaniem MEINERT'a, stałego objawu blednicy — bólu w dołku pod wyrostkiem mieczykowatym, powstającego jakoby wskutek podrażnienia oplatających aortę splotów nerwowych,—to autor zapewnia, że spostrzegał objaw ten równie często u zupełnie zdrowych mężczyzn, jak u dotkniętych blednicą kobiet; nie jest on zatem w żadnym z blednicą związku.

Teoria MEINERT'a, jakkolwiek ciekawa i zręczna, pozbawiona jest według autora wszelkiego ściśle naukowego uzasadnienia; hipoteza, że noszenie gorsetu wywołuje w ustroju zmiany, sprzyjające rozwojowi obrazu chorobowego blednicy, nie wytrzymuje krytyki. Jak dotąd, pozostać należy przy poglądzie v. NOORDEN'a, że blednica jest cierpieniem pierwotnem narządu krwiotwórczego, jakkolwiek o istocie i przyczynach tego cierpienia krwi dotąd jeszcze nic pewnego nie wiemy.

(*Wien. med. Presse*, N. 30—34. 95).

S. P.

37. E. FINGER, A. GHON i F. SCHLAGENHAUFER. **Dalszy przyczynek do biologii gonokoków i anatomii patologicznej sprawy rzeżączkowej.** Zapalenie stawów, jako jedno z powikłań rzeżączki, było dobrze znane dawnym lekarzom. Inaczej się rzecz ma z zapaleniem błon serca. Choć bowiem RICORD był zdania, iż do gościa rzeżączkowego może przyłączyć się zapalenie wsierdza i opon mózgowych, to FOURNIER uważa je za powikłanie nader rzadkie, a TROUSSEAU uważa za cechę znamiennej gościa rzeżączkowego, że nie prowadzi za sobą powikłań ze strony serca.

Pierwszy dopiero BRANDES (1854) opisuje przypadek zapalenia wsierdza i upatruje związek pomiędzy niem a rzeżączką. Za nim i inni autorowie ogłaszają podobne spostrzeżenia, w których *endocarditis*, występując podczas zaostrzeń rzeżączki u ludzi przedtem zdrowych na serce, przebiegała bez gorączki i ustępowała, nie pozostawiając trwałych następstw. Zpośród tych przypadków wyróżnia się opisany przez MARTY, w którym zapalenie wsierdza wystąpiło jako bezpośrednie powikłanie rzeżączki bez pośrednictwa gościa.

Pierwszy DESNOS demonstrował (1877 r.) narośle w postaci polipów na wolnym brzegu zastawki dwudzielnej i na wszystkich zastawkach aorty — jako następstwo *endocardit. gonorrhoeic.* Następnie SCHEDLER (1880) opisuje przypadek, spostrzegany przez niego w klinice LEYDEN'a i zakończony śmiercią. Przy sekcji stwierdzono: *endocarditis recens ulcerosa aortica; dilatatio cordis sinistri; myocarditis interstitialis haemorrhagica; pericarditis incipiens; infarctus haemorrhagici et hyperplasia recens lienis; nephritis interstitialis et parenchymatosa.* S. nie wątpi, że zmiany powyższe wystąpiły jako powikłanie rzeżączki, nie jest jednak pewnym, czy ma w nich widzieć zapalenie, powstałe pod wpływem drogą naczyń chłonnych przetuconych gonokokków, czy też ma je uważać za zmiany naczynioruchowe.

Przypadków takich opisywano coraz więcej. Między innymi przypadek WECKERLE'go jest o tyle ciekawy, że dotyczył kobiety młodej, krzepkiej, zdrowej aż do owego czasu. W chwili przyjęcia do szpitala stwierdzono tylko rzeżączkę części rodnych i zapalenie gruczołów pachwinowych. Tego samego dnia zaczął się rozwijać obraz ostrego gośćca stawowego, a po 2 tygodniach usłyszano pierwszy raz nad wierzchołkiem serca szmer zamiast pierwszego tonu. W dalszym ciągu rozwinęły się: *pleuritis, nephritis*, zakończone śmiercią. Przy sekcji znaleziono: *endocarditis ulcerosa* zastawek tętnicy płucnej; przy badaniu drobnowidzowem — bardzo wiele w łańcuszki i gromadki uszykowanych kokków wśród narośli zastawek, w mięszu serca i w nerkach. Hodowli jednak nie zaszczepiono, metodą GRAM'a nie barwiono.

Pierwszy, bez zarzutu pod względem ścisłości i wszechstronności zbadany przypadek opisał WEICHSELBAUM. Młody człowiek, od trzech tygodni cierpiący na rzeżączkę, umiera wśród wysokiej gorączki nazajutrz po przyjęciu do szpitala. Sekcja, wykonana przez W., wykazuje *urethritis, endocarditis ulcerosa, tumor lienis acutus.* Badanie drobnowidzowe osadu z zastawek serca wykazuje mało kokków, ułożonych parami, płaskimi powierzchniami ku sobie. W skrawkach narośli zastawek kokki, zrzadka porozrzucane parami w szczelinach lub wewnątrz leukocytów, o ile się te ostatnie w danym miejscu znajdują. Metodą GRAM'a odbarwiają się, choć można zachować je blade zabarwionemi, jeżeli się nie doprowadza odbarwiania do ostatecznych granic. W wydzielinie cewki moczowej — gonokokki.

Szczepienia kawałków narośli na agarze nie dały żadnego wyniku. W bulionie wyrósł *streptococcus pyogenes.*

Omawiając przypadek ten, W. powiada, że ujemny wynik szczepienia co do gonokokków, nie dowodzi bezwzględnie ich nieobecności w naroślach zastawek. Wiadomo bowiem, że gonokokki wzrastają tylko na surowicy ludzkiej. Niemniej jednak w danym przypadku odegrały one prawdopodobnie rolę czynnika, ułatwiającego wtargnięcie streptokokków, i te ostatnie prawdopodobnie wywołały *endocarditis.*

Podobne przypadki ogłaszali jeszcze HIS, LEYDEN i inni.

Takim jest w krótkości bieg rozwoju omawianej sprawy do chwili obecnej.

FINGER, GHON i SCHLAGENHAUFER opisują wspólnie przypadek *endocardit. ulceros.*, wywołany jedynie tylko przez gonokokki bez współudziału innych drobnoustrojów.

Z historii choroby wyjmujemy najważniejsze fakty, odsyłając czytelnika co do szczegółów do pracy oryginalnej. Przypadek dotyczył 19-letniego fryzjera; mniej więcej rok przedtem zapadł on na rzeżączkę, która przeszła w stan przewlekły. W końcu marca 1895 r. zaraził się rzeżączką powtórnie. Zapalenie

przeszło na tylną część cewki i pęcherz moczowy, co jednak nie powstrzymało chorego od dalszego używania trunków i spółkowania niejednokrotnie powtarzanego. 15 kwietnia wystąpił silny ból i obrzęk prawego kolana, gorączka. Podczas wywiadów chory zaprzecza, jakoby miał kiedykolwiek przymiot, gościec. Na serce nie cierpiał nigdy. Trunków w nadmiernej ilości nie używał.

Status praesens z dnia 27 kwietnia wykazuje między innymi: C. 40,2, O. 22, tętno 82; granice serca prawidłowe, tony czyste, drugi ton nad aortą i tętnicą płucną zaakcentowany. Prawe kolano obrzękłe, bolesne. Z cewki moczowej wypływa obficie zielono-żółta ropa, zawierająca gonokokki w bardzo znacznej ilości. 28. IV nad aortą wyraźny, głośny szmer rozkurczowy; dreszcze. 30. IV ten sam szmer bardzo głośny. Wydzielina z kanału moczowego znikła bez miejscowego leczenia. 3. V upadek sił, znużenie, napad gwałtownego kaszlu. Plwocina krwawa, pienista, laseczników Koch'a nie zawiera. O 4 godz. sinica, zapaść. Badanie krwi wykazuje znaczną leukocytozę o komórkach wielojądrowych. O godzinie 6½ wieczorem śmierć wśród objawów obrzęku płuc. Protokół sekcji, dokonanej w 10 godzin po śmierci, stwierdza: w prawej zastawce aorty przedziurawienie o nieregularnych wystrzępionych brzegach, wielkości ziarna grochu. Większa część zastawki obłożona mięką, szaroróżową masą, łatwo dającą się oddzielić. Pod zastawką wyżarcie mięszu serca o średnicy 1 cm., z dnem ropą obłożonem. Lewa zastawka podobnie obłożona. Błona śluzowa cewki moczowej w *fossa navicularis* zgrubiała, w części wiszącej i opuszkowej nastrzyknięta w postaci pasemek; w części grucz. krokowego, szczególnie na *caput gallinaginis* spulchniona i zaczerwieniona. Gruczoł krokowy nie powiększony, pozornie prawidłowy; naciśnięty—wydziela ciemno-żółty, gęsty płyn. Po przecięciu znaleziono na lewo od *cap. gallinaginis* 2 mm. pod powierzchnią błony śluzowej jamę wielkości pestki od wiśni, wypełnioną żółtą ropą (*abscessus follicularis*). W prawym kolanie dużo żółtej ropy.

Sekcyę wykonano ściśle aseptycznie. Pod drobnowidzem w preparatach z wydzieliny kolana i cewki moczowej, barwionych błękitem metylowym lub metodą GRAM'a, żadnych drobnoustrojów nie znaleziono. W wydzielinie gruczołu krokowego niewiele gonokokków. Natomiast w naroślach zastawek serca dość liczne diplokokki, kształtem, ugrupowaniem i zastosowaniem się względem barwików ściśle odpowiadające gonokokkom, po części wewnątrz bardzo licznych leukocytów, przeważnie jednak po za ich obwodem. Kokki te zatrzymują barwik rozmaicie—zupełnie, jak to ma miejsce w czystej hodowli gonokokków.

Szczepienia wszystkich wymienionych wydzielin, dokonane na surowicy wołu z agarem peptonowym, dały wynik ujemny. Tylko z wydzieliny przedniej części cewki wyrósł *coccus*, nie należący do znanych chorobotwórczych.

Dla sprawdzenia, na tych samych podłożach szczepiono czyste hodowle gonokokków z ostrej rzeżączki, *staphylococcus pyogenes aureus*, *albus*, *citreus*, *streptococcus pyogenes* i *diplococcus pneumoniae*—wszystkie z dodatnim skutkiem.

Na zasadzie faktów powyższych autorowie uważają zakażenie mieszane za wyłączone. Drobnoustroje bowiem, które się spotyka w naroślach zastawek serca, przyjmują się bardzo łatwo. Tymczasem szczepienia w danym przypadku pozostały bez skutku. Wprawdzie i gonokokki, znalezione we wspomnianych złogach, nie przyjęły się na pożywcę; nie podaje to jednak w wątpliwość ich tożsamości ze względu, że wogóle trudniej dają się hodować i że mogły w tych warunkach utracić zdolność życia i nie wzejść na pożywcę, na której gonokokki, świeżo wzięte z wydzieliny rzeżączki ostrej, rozwijają się łatwo.

Lecz nietylko wyżej wspomniane względy potwierdzają przypuszczenie, że autorowie mieli w danym razie do czynienia wyłącznie tylko z gonokokkami.

W skrawkach zastawek i mięszu serca, stwardniałych w alkoholu i barwionych błękitem metylowym z boraksem, a odbarwianych $\frac{1}{2}\%$ kwasem octowym, diplokoki zawsze dawały obraz charakterystyczny. W obwodowych częściach narodził się i w mięśniu sercowym znajdowano je zawsze w tej samej charakterystycznej postaci prawie wyłącznie wewnątrz leukocytów. W częściach środkowych narodził się nie tylko że przy najkrótszym odbarwianiu sposobem GRAM'a lub WEIGERT'a natychmiast barwik oddają, lecz ich licznie spotykane tu gromady dają najwspanialszy obraz czystej hodowli gonokokków w 48 godzin po zaszczepieniu. Tak samo, obok silnie zabarwionych diplokokokków kształtu ziarn kawy, „większe, jakby obrzękłe, bledziej i zupełnie blade zabarwione“, a obok nich małe ciemne i duże blade okrągłe kokki—jako wyraz szybkiego rozwoju i szybkiego wyrodnienia.

Nakoniec jeszcze jeden charakterystyczny szczegół. Gdzie utkanie jest pulchniejsze lub gdzie kokki natrafiają na jamę, tam tylko dają powyższy obraz, identyczny z hodowlą gonokokków. Gdzie zaś utkanie jest zwęższe lub napotyka tylko wąskie szczeliny w tkance, tam zachowują się inaczej. Nie spotykamy tu długich łańcusków pojedynczych kokków, w jakie się szeregują np. streptokokki, a tylko poprzerywany szereg, złożony z par kokków, zawsze po dwa występujących. Jest to właśnie sposób, w jaki gonokokki drążą w tkankę łączną, jak to wielokrotnie stwierdził dawniej już FINGER przy powikłaniach rzeżączki cewki.

Zestawiając wszystkie powyższe fakty, autorowie nie wahają się uznać opisanego przypadku jako stwierdzonej *endocardit. gonorrhoeic.* Wszystkie cechy charakterystyczne, jakie może dać przebieg kliniczny, badanie fizyczne i drobnowidzowe, przemawiają za tem. Nieudane szczepienie na właściwą pożywkę nie może więc przeciwważyć pozytywnym faktom, tembardziej, że luka ta da się łatwo wytłumaczyć. Już laboratoryjne doświadczenie uczy, że ciepłota 39° — 40° z początku osłabia wzrost hodowli gonokokków, a następnie je zabija.

Potwierdza to także obserwacja kliniczna: podczas wyższej gorączki wyciek z cewki ustaje, rzeżączka zdaje się ginąć. Szczepienia także wykazały, że wyższa gorączka na czas jej trwania czyni człowieka niewrażliwym na zarazek rzeżączki. Cóż więc dziwnego, że gonokokki, spoczywające w naroślach wsierdza, po kilku dniach znacznego podwyższenia ciepłoty ciała, tracą zdolność rozmnażania się?

Praca zawiera jeszcze wiele cennych szczegółów, które, ze względu na już i tak przekroczone granice streszczenia, musimy pominąć milczeniem.

(*Arch. für Derm. u. Syphil. T. XXXIII—zeszyt 1, 2 i 3*).

A. Kozerski.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. luty r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 43 (m. 16, k. 27); przybyło w lutym 60 (m. 26, k. 34); wypisało się 65 (m. 23, k. 42); zmarło 7 (m. 4, k. 3); pozostało na następny miesiąc chorych 31 (m. 15, k. 16).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, niż w ubiegłym miesiącu, a także sama prawie, jak w lutym roku zeszłego. Zależne to jest od równomiernego prawie zmniejszania się wszystkich chorób zakaźnych, głównie zaś różni odry, prócz ospy, która w dalszym ciągu pojawia się dosyć często. Mieliliśmy jej przypadków 10 (m. 8, k. 2), przeważnie z przebiegiem ciężkim. Śmiercią zakończyły

się 4 przypadki (m. 3, k. 1). Wszystkie dotyczą chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Franciszkańska 12, Wązki Dunaj 12, Nowolipie 61, Chłodna 10, Podwał 22, Nowe Miasto 3, Plac Grzybowski 6, Smocza 58, Królewska 17, oraz wieś Marki.

Następną rubrykę, znacznie mniejszą, niż w ubiegłym miesiącu, zajmuje róża, której mieliśmy tylko przypadków 10 (m. 4, k. 6), o przebiegu znacznie łżejszym, bez poważniejszych powikłań. Dwa przypadki chorych dawniej przybyłych, z powodu powikłań i uwiadu starczego, zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Elekoralna 1, Gęsia 27, Krzywe Koło 14, Towarowa 29, Tamka 24, Chmielna 76, Trębacka 4, Ujazdowska 4, Solec 18 i wieś Pruszków.

Rzadziej również występowała odra, której mieliśmy przypadków 8 (m. 4, k. 4) u dorosłych. Wszystkie zakończyły się pomyślnie. Chorzy przybyli z ulic: Krochmalna 53, Wązki Dunaj 12, Dzika 28, Piwna 27, Krucza 6, Ogrodowa 46, Marszałkowska 38.

Tyfusy w dalszym ciągu rzadko bardzo się pojawiają. Zapowiadający się w zeszłym miesiącu tyfus wysypkowy w lutym wcale nie występował. Jeden odnotowany i śmiercią zakończony przypadek pochodził z okolic miasta (Górczewska 7). Nie o wiele częściej spotykaliśmy i tyfus brzuszny. Z 2 przybyłych chorych, jeden pochodził z Pańskiej 97, drugi ze wsi Szczęśliwice. Oba przypadki zakończyły się pomyślnie.

W jednej mierze trzymała się błonica, której mieliśmy 4 przypadki u kobiet z przebiegiem pomyślnym, z ulic: Gęsia 48, Żytnia 27, Plac Warecki 3 i Sienna 18. Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 8 przypadków (m. 3, k. 5) zapalenia migdałków, 3—biegunki krwawej oraz 1—płonicy ze wsi Jabłonna.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 4 przypadki nieżytu oskrzeli i krtani, 3—nieżytu żołądka i kiszek, 2—zapalenia tkanki podskórnej, oraz po 1 przypadku: pokrzywki, *furunculosis* i uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 16 (m. 9, k. 7).

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— MORRIS podaje przypadek wyleczenia *lupus vulgaris* zapomocą tyreo idyny. Choremu, młodemu człowiekowi, u którego wilk zajął nos, policzki i szyję, przepisał M. tabletki tyreo idyny, 1—5 dziennie. Po 19 miesiącach owrzodzenia zabił niły się. Miejscowo stosowano tylko słabe, obojętne maści przeciwnilne. Z początku leczenia wystąpiło silne przyspieszenie tętna i wstręt do jadła, później wszystko to znikło i chory czuł się doskonale. (Sem. méd. N. 62. 1395 r.).

J. Sz

— CARLETON, jako odtrutkę przy otruciu kwasem karbolowym zaleca ocet. Jeśli polać octem skórę lub błonę śluzową, na które podziałał stężony kwas

karbolowy, to zbielenie i znieczulenie skóry szybko przemija, a strup wcale się nie tworzy. Przy wewnętrznem otruciu ocet również jest dobrą odtrutką. Podaje się szybko ocet napół z wodą, a następnie przemywa się żołądek. (Allg. medic. Centr. Zeit. N. 101. 95). *J. Sz.*

— LÉPINE podaje 10 przypadków z literatury i 3 własne, karmienia zapomocą lawatyw, i przychodzi do przekonania, że metoda ta posiada niewątpliwą doniosłość: waga ciała pozostaje *in statu quo*, a czasami nawet się podnosi; zmniejsza się zaś u chorych, u których ogólna przemiana materii została prawie prawidłową. U tych chorych karmienia zapomocą lawatyw nie jest w stanie zrównoważyć

wydatków ustroju. W moczu wykrywa się zwiększoną ilość mocznika, w porównaniu z tą, jaka była przed karmieniem, a w kale zwiększa się ilość azotu. Makroskopowo kał nie różni się niczem od prawidłowego. Najdłuższy przeciąg czasu karmienia przez odbytnicę, przytoczony w literaturze, obejmuje 14 miesięcy. Jest to przypadek, spostrzegany przez DAREMBERG'a, dotyczący chorego ze zwężeniem przelyku. Chory otrzymywał ławatywy z wina, silnie rozcieńczonego wodą, i z odwarów z mięsa, jaj i chleba. Do odwarów DAREMBERG dodawał najprzód pepsyny, potem pankreatyny. Chory, zajmując się pracą zwykłą, w ciągu 14 miesięcy trochę utył. Ilość mocznika przed karmieniem była 4,0 na dobę, w czasie karmienia 15,0—20,0. Ten i inne przypadki nie pozostawiają wątpliwości co do skuteczności samej metody, chodzi tylko o jej praktyczną stronę, o szczegółowe opracowanie, które, jak dotychczas, wiele pozostawia do życzenia. (La semaine médicale. N. 38. 1895).

L. K.

= P. NENDELER opisuje jedyny tego rodzaju przypadek ciąży jajowodowej po całkowitem wyłuszczeniu macicy przez pochwę z pozostawieniem jajników i jajowodów. Chora po operacji miesiączkowała prawidłowo, a badanie, dokonane z powodu obfitego krwawienia, po ośmiotygodniowym wstrzymaniu się miesiączki wykazało ciążę jajowodową prawą w części jajowodu, odpowiadającej *isthmus*. Wylot jajowodu otwierał się swobodnie do pochwy, a przez otwór można było wycofuć jajo płodowe. Po rozszerzeniu otworu usunięto zapomocą łyżeczki resztki jaja płodowego, a pozostałą jamę wytamponowano gazą jodoformową. Chora wyzdrowiała. (Monatschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie). J. G.

= Dla usunięcia przykrej woni, jaką pozostawia jodoform w naczyniach, KONTESCHWELLER zaleca roztwór alkoholowy heksametylentetraminy, która z jodoformem tworzy połączenie bezwonne. Roztworem tym należy zmoczyć miejsca, zawalane jodoformem, poczem dobrze je wytrzeć. Heksametylentetramina przedstawia ten sam związek, który NICOLAIER pod nazwą urotropiny zaleca, jako środek, rozpuszczający kwas moczowy. (Therapeut. Monatsh. N. 12. 1895).

= Według GILLES de la TOURETTE'a przewlekłe zatrucie kawą wywołuje głównie zaburzenia ze strony przewodu po-

karmowego i układu nerwowego. Spotykamy tu objawy, jakie daje *gastritis alcoholica*: ślinotok rano, bóle w dołku podsercowym, język obłożony, utrata łaknienia. Chorzy ostatecznie dochodzą do tego, że żywią się wyłącznie chlebem i kawą, przez co cierpienie potęguje się: zjawiają się mdłości, wymioty, chudnienie. Tętno staje się powolnem. Chorzy cierpią na bezsenność. Występuje drżenie, drgania włókienkowate warg i języka, dalej mięśni twarzy, bolesne drgawki w mięśniach biodra i goleni, wreszcie zaburzenia czuciowe. Odruchy bywają wogóle niezmienione. Pomimo tych wszystkich objawów, poprawa szybko następuje, skoro tylko chory przestaje przyjmować kawę. (Deut. Medic. Zeit. 16. XII. 95).

= L. BAJARAS (Madryt) z cierpienia krtani, towarzyszących tyfusowi, spostrzegał: *laryngitis catarrhalis, follicularis, ulceroso-necrotica* (połączone często z obrzękiem krtani), *pseudomembranosa* i zaburzenia ruchowe (porażenia jedno- i dwustronne). Na podstawie własnego doświadczenia, a także danych, zaczerpniętych z literatury, B. dochodzi do następujących wniosków: 1) pomyślny przebieg tyfusu nie daje rękojmi, że i cierpienie krtani również pomyślnie przebiegać będzie; 2) cierpienia krtani zaczynają się zawsze w drugim tygodniu tyfusu albo później, nigdy zaś wcześniej; 3) na rozwój sprawy w krtani zasadnicze cierpienie widocznego wpływu nie wywiera. Powikłanie ze strony krtani może samo spowodować śmierć; 4) skoro tylko występuje obrzęk krtani, należy natychmiast przedsięwziąć tracheotomię, zanim duszność wystąpi. (Rev. de Med. y Chir. pract. 22. III. 94.).

= HRTZIG opisał przypadek ropnia płuc, jako zejście zapalenia wywołanego przez lasecznika grypy. Przy ośmiokrotnem badaniu znajdowano go stale prawie w czystej hodowli przy jednoczesnym braku innych ustrojów ropotwórczych. Jest to pierwszy przypadek (choć nie dość dokładnie opisany), w którym lasecznik grypy okazał własności ropotwórcze. (Münch. med. Woch. 1895).

Ż.

= FREUND spostrzegł kobietę ciężarną, która, dostawszy tyfusu brzuszego, poroniła żywy płód w piątym miesiącu; płód zmarł po przecięciu pępowiny. Płytki żelatynowe, przygotowane ze krwi pępowiny i soku śledziony płodu, wykazywały obecność dość licznych laseczników ty-

fusu, tymczasem żadnych szczególnych zmian anatomicznych w płodzie nie znaleziono, z wyjątkiem nieznacznego powiększenia śledziony. Przypadek ten dowodzi, że łożysko, nie ulegając wydatnym zmianom, przepuszcza laseczniki tyfusu. (Berl. Kl. Woch. 1895 str. 539).

— HEIM zbadał owady (z rzędu tegoskrzydłych) znalezione na wysuszonych skórach owczych, przy obrabianiu których kilku robotników dostało węglika. Zarówno same owady, jak i gąsienice ich zawierały w przewodzie pokarmowym jadowite zarodniki węglika, co wykazano zapomocą doświadczenia na morskich świnkach. Jest to zatem dowód, że węgielik może być rzeczywiście przenoszony przez owady. (Comp. rend. de la soc. de biol. 1894. N. 3).

— JACQUOT zastosował w przypadku gorączki połogowej surowicę przeciwpaciorkowcową. Po trzech dawkach cho-

ra uważała się już za zdrową, gdy nagle dostała różę twarzy. J. zastosował wtedy nową dawkę, poczem róża znikła w ciągu doby. Chwaląc nową metodę leczenia, zwraca autor słuszną uwagę, że przyczyna obu tak różnych chorób była jedna i ta sama. Może takie dowody usuną nareszcie bałamutne różniczkowanie niektórych gatunków bakterii chorobotwórczych.

— W pięciu przypadkach zaszczepili BAR i RENON morskim świnkom krew z łożyska i żyły pępkowej dzieci, których matki chorowały na gruźlicę płuc; wynik szczepienia był dodatni w dwóch przypadkach. W obu zmarły zarówno matki, jak i dzieci na gruźlicę.

— GOLDBERG widział przypadek przewlekłego zapalenia pęcherza na tle rzeżączki, który nie ulegał leczeniu; chory wyzdrowiał zupełnie po przebyciu grypy. (Centr. f. inn. Med. 1895. N. 26).

Ż.

Wiomości bieżące.

— W dniu 2-im z. m. prof. BENEDIKT w Wiedniu obchodził 40-letni jubileusz swej pracy autorskiej, w którym udział wzięły szerokie koła lekarskie wraz z wydziałem medycznym wiedeńskim.

— Zesprawozdania Tow. ochotniczego ratunkowego w Krakowie za r 1895 wiadać, iż towarzystwo to udzieliło swej pomocy 1987 razy, w dzień 1342, w nocy 645, czyli na dobę 5,5 razy. Dochody towarzystwa wyniosły 3277 złr., rozchody 1755 złr. Pozostało na rok bieżący 1521 złr.

— Ministerium oświecenia publicznego zrobiło przedstawienie do Rady Państwa o utworzenie wydziału lekarskiego przy uniwersytecie w Odesie.

— Zarząd odeskiego towarzystwa, mającego na celu popieranie fizycznego rozwoju dzieci, razem z niektórymi lekarzami oraz pedagogami postanowił prosić odpowiednie władze o skrócenie każdej lekcyi w szkołach o 5 minut, tak, żeby małe paury pomiędzy lekcyami trwały 10 minut, większa zaś 45 minut.

— Francuska izba deputowanych proponuje, ażeby z sum, nie odbieranych w kasach oszczędności, przeznaczać co-rocennie 250,000 fr. na cele naukowe z działu medycyny, a mianowicie: 65,000 fr. dla Instytutu PASTEUR'a; 125,000 fr.

dla 6 wydziałów lekarskich i 2 szkół wyteryaryjnych, i 60,000 fr. dla klinik wydziałowych i laboratoryów w celu popierania nowych metod leczenia chorób zakaźnych.

— Prof. SALVIONI wynalazł przyrząd nazwany przezeń kryptoskopem, zapomocą którego można badać wnętrze ustroju ludzkiego i zwierzęcego przy pomocy promieni ROENTGEN'a, lecz bez udziału kliszy. Przyrząd ten stanowi rurka z tektury, zakryta z jednego końca krążkiem również z tektury, który wewnątrz wyłożony jest świecącą substancją siarczanu wapnia; z drugiego końca rurki jest umieszczona soczewka, która pozwala widzieć bardzo dokładnie świecący krążek. Zapomocą tego kryptoskopu można bardzo dokładnie widzieć kości ręki, monety znajdujące się w zamkniętym woreczku i t. p.

— W Sztutgardzie z początkiem r. b. zaczęło wychodzić nowe czasopismo p. t. „Archiv für Unfallheilkunde, Gewerbs-hygiene und Gewerbskrankheiten“, pod redakcją D-rów PIETRZYKOWSKIEGO, BUELER'a, BRUNNER'a i GOŁĘBIEWSKIEGO. Czasopismo to wychodzi zeszytami, po 10 arkuszy druku zawierającymi, bez oznaczonego terminu.

WYKAZ CHORÓB,
leczonych u wód mineralnych w Busku podczas pory kąpielowej
1895 roku w szpitalu św. Mikołaja i praktyce prywatnej

przez

J. MAJKOWSKIEGO

lekarza zdrojowego i szpitala św. Mikołaja w Busku.

Rodzaj choroby	Leczono			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Rezultat niewiadomy
	W praktyce prywatnej	w Szpitalu św. Mikołaja	Razem				
I. Przymiot (<i>syphilis</i>) i inne choroby weneryczne:							
1. Syph. cutan. macul., papul., pustul. recens.	3	—	3	3	—	—	—
2. Syph. cutan. macul., papul. pustul., recidiva	15	3	18	15	2	—	1
3. S. mucosae oris et linguae (leucoplac.)	8	2	10	6	2	1	1
4. Angin. syph. erythemat.—papul.	15	3	18	15	2	—	1
5. Rhinitis syph. erythem.—papul.	7	1	8	6	1	1	—
6. Laryngit. syph. erythem.—papul.	2	—	2	2	—	—	—
7. Lymphadenit. syph. et stad. latentiae. S. II-ae	27	3	30	20	8	—	2
8. Syph. cutan. tubercul.—gumat.—ulcer. III-a.,	12	2	14	10	4	—	—
9. Rhinit gumatos necrosis oss. nasal.	12	3	15	8	6	—	1
10. Keratitis parenchym.	2	—	2	1	1	—	—
11. Iritis syphil.	3	—	3	3	—	—	—
12. Periostitis et osteitis irritativ. et gumos	22	3	25	18	4	1	2
13. Arthritis luetica	3	—	3	1	2	—	—
14. Cephalalg. et alia prodroma lues cerebral.	11	—	11	10	1	—	—
15. Hemiplegiae luet. recentes.	8	5	13	3	10	—	—

Rodzaj choroby	Leczone			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Rezultat niewiadomy
	W praktyce prywatnej	w Szpitalu św. Mikołaja	Razem				
16. Hemiplegiae luet. stationar.	7	5	12	—	5	6	1
17. Epilepsia luetica	2	—	2	—	2	—	—
18. Meningit. basilar. syph. (paral. nn. cerebr.)	3	—	3	1	2	—	—
19. Syph. cerebro—spinalis.	6	—	6	1	4	1	—
20. Meningo—myelitis syph.	5	1	6	—	6	—	—
21. Tabes dorsal. luetic	17	2	19	—	15	3	1
22. Paralys. progress. luetic.	2	—	2	—	2	—	—
23. Neuritis radicularis syph.	12	—	2	—	2	—	—
24. Cavernitis gumatos.	2	—	2	1	1	—	—
25. Orchitis syph.	1	—	1	—	1	—	—
26. Syph. hereditaria	6	—	6	2	4	—	—
27. Stadium latentiae syph. III-ao	8	1	9	9	—	—	—
28. Syph. abacta	3	—	3	3	—	—	—
29. Ulcus venereum	2	2	4	4	—	—	—
30. Urethrit. gonorr. poster.	2	1	3	1	2	—	—
31. Urothr. gonorr. et arthrit. gonorrhoeic.	2	—	2	1	1	—	—
Summa.	220	37	257	144	90	13	10
II. Przewlekły gościec stawów i mięśni:							
1. Arthralgiae et Myalgiae vagae et fixae	62	15	77	57	14	—	6
2. Arthritis rheumatic exsudat. chron.	57	23	80	38	35	3	4
3. Myositis rheumatica	8	3	11	5	4	—	2
Summa.	127	41	168	100	53	3	12
III. Artretyzm postępowo zniepodabniający (<i>Arthritis deformans</i>).							
	5	2	7	—	5	2	—
IV. Dna (<i>Arthritis urica</i>).							
	22	—	22	10	11	1	—
V. Żołą (scrophulos) i grzlica miejc. (<i>tuber. loc.</i>)							
jako: Lymfatyzm.	31	4	35	18	17	—	—
żołą odrętwiałe (<i>scroph. torpid.</i>)	11	2	13	5	8	—	—
żołą kwitnące (<i>scroph. florida.</i>)	3	1	4	1	2	1	—
	45	7	52	24	27	1	—

Rodzaj choroby	Leczone			Wydrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Rezultat niewiadomy
	W praktyce prywatnej	w Szpitalu św. Mikołaja	Razem				
VI. Choroby układu nerwowego:							
1. Hemiplegiae recentiores	2	2	4	—	4	—	—
2. Hemipleg. inveterat — stationarzer	4	3	7	—	3	3	1
3. Myelitis chron. transversa	3	1	4	—	4	—	—
4. Myelit. c compress. med. sp.	1	—	1	—	1	—	—
5. Tabes dorsal	3	2	5	—	4	1	—
6. Residua poliomyelit. ant. acut. (paral. spinal. infant.	1	—	1	—	1	—	—
7. Residua neuritidis diphteritic.	1	—	1	—	1	—	—
8. Atroph. muscular. progress. spinalis.	—	1	1	—	1	—	—
9. Neuritis multiplex chr. (alcohol—rheum)	3	—	3	—	3	—	—
10. Cephalalg. habitualis.	1	—	1	—	1	—	—
11. Ischias postica rheumat.	3	4	7	2	4	—	1
12. Neuralgia intercostal.	1	—	1	1	—	—	—
13. Neuralg. ophthalmica	1	—	1	—	1	—	—
14. Neurasthenia	4	1	5	2	2	—	1
15. Hysteria	1	—	1	—	1	—	—
16. Epilepsia.	1	—	1	—	1	—	—
VII. Choroby skóry:							
	30	14	44	5	32	4	3
1. Eczema	9	2	11	6	4	—	1
2. Prurigo	10	1	11	4	6	—	1
3. Psoriasis	3	1	4	2	2	—	—
4. Acne vulgaris	1	—	1	1	—	—	—
5. Acne rosacea	2	—	2	1	1	—	—
6. Pruritus cutaneus	1	—	1	1	—	—	—
7. Furunculosis	1	—	1	—	—	—	1
8. Elephantias. crur.	1	—	1	—	1	—	—
9. Favus	1	—	1	—	1	—	—
10. Ulcera aton. crur. varicos.	4	1	6	3	1	—	1
VIII. Chroniczne zapalenia stawów, kości traumatyczn. pochodzenia i ich następstwa:							
	33	5	38	18	16	—	4
1. Gonitis synovial. chr.	1	2	3	1	2	—	—
2. Omitis.	1	—	1	—	—	—	1
3. Periostitis	1	2	3	1	1	1	—
4. Necrosis femoris	—	2	2	—	2	—	—
5. Luxatio art. tibio—tarsal	—	1	1	—	1	—	—
	3	7	10	2	6	1	1

Rodzaj choroby	Leczono			Wydrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Rezultat niewiadomy
	W praktyce prywatnej	w Szpitalu św. Mikołaja	Razem				
IX. Przewlekłe zapalenia i sprawy pozapalne różnych narządów i tkanek:							
1. Rhino—pharyngitis catar. ehr. . . .	1	—	1	1	—	—	—
2. Lymphadenitis idiopat. (?). . . .	1	—	1	—	1	—	—
3. Oophoritis	1	—	1	—	1	—	—
4. Parametritis.	1	—	1	—	—	—	1
5. Orchitis ex trauma	—	1	1	—	1	—	—
	4	1	5	1	3	—	1
X. Stany zastoinowe w jamie brzusznej i hemoroidy (<i>plethora abdomin. Haemorrhoides</i>)							
	2	—	2	—	2	—	—
XI: Przewlekłe zatrucia metalami:							
1. Mercurialismus	1	1	2	2	—	—	—
2. Saturnismus.	1	—	1	—	1	—	—
	2	1	3	2	1	—	—
XII. Inne różne choroby:							
1. Chlorosis.	3	—	3	—	3	—	—
2. Obesitas	2	—	2	—	1	—	1
3. Vitia organica cordis	2	—	2	—	2	—	—
4. Amblyopia progress. (<i>Atroph. n. opt.</i>)	—	1	1	—	—	1	—
5. Varices crurum.	2	1	3	—	3	—	—
6. Neoplasmata	1	1	2	—	—	2	—
Razem	503	*) 118	621	306	255	28	32

*) Ogólna liczba chorych, leczonych w szpitalu św. Mikołaja, wynosiła właściwie 282. Z tych 164—jako pozostający w opiece lekarskiej kol. SULIMIERSKIEGO—nie zostali w niniejszym wykazie pomieszczeni.