

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub z jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Admistracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O zapaleniu gardzieli płoniczem (*Angina scarlatinosa*). Napisał E. Sonnenberg (Zgierz). — 10 przypadków owrządzeń goleni, leczonych z zastosowaniem metody Manngoldt'a „zastawiania naskórka”. Podał d-r med. Adolf Kozerski. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 42. O nowych preparatach tuberkuliny. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 23 lutego r. b. — Zjazd syfilidologów w Petersburgu. Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Sonnenberg — Angine scarlatineuse. 2) D-r A. Kozerski — Dix cas d'ulcères des jambes, traités par la méthode de Manngoldt.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r E. Sonnenberg — Angina scarlatinosa. 2) D-r A. Kozerski — Zehn Fälle von Unterschenkelgeschwüren behandelt nach Manngoldt.

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

O ZAPALENIU GARDZIELI PŁONICZEM

(*Angina scarlatinosa*).

Napisał **E. Sonnenberg** (Zgierz).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Łódzkiego Tow. Lek. w dniu 3 lutego 1897 r.).

Na zmiany chorobowe gardzieli przy szkarlatynie zdawien dawna rozmawiało się zapatrywano. Większość, trzymając się zasady, że każde zapalenie gardzieli, któremu towarzyszy tworzenie się błon rzekomych, jest natury błoniczej, utożsamiała zapalenie płonicze gardzieli z istotną błonicą, — inni znów rozróżniali te sprawy.

BRÉTONNEAU w klasycznej swej rozprawie o błonicy wyodrębnił gatunek zapaleń gardzieli, jaki towarzyszy szkarlatynie od spraw błoniczych¹⁾. Wzmiankowany autor w orzeczeniu swem opierał się na spostrzeżonych różnicach w klinicznym przebiegu omawianych spraw chorobowych. Otóż przy płoniczych zapaleniach gardzieli początek według BRÉTONNEAU'a jest nagły, ciepłota podnosi się znacznie, przyczem cierpieniom tym towarzyszą zaburzenia w trawieniu (wymioty i t. p.).

¹⁾ Oto tytuł wzmiankowanej rozprawy Pawła BRÉTONNEAU'a: „Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la diphtherie, connue sous le nom de croup”. Paris. 1826. („Historia Medycyny” HAESER'a, tom. prof. ŁUCZKIEWICZA).

Największy nacisk przy odróżnianiu zapaleń płoniczych gardzieli od błonicy kładzie BRÉTONNEAU na dwie cechy charakterystyczne. Przy zaburzeniach w gardzieli, jakie towarzyszą płonicy, nie spostrzegamy porażen podniebienia miękkiego, przyrzędu akomodacyjnego oczu i t. p., jak to bywa często przy błonicy; prócz tego sprawa zapalna w gardzieli przy płonicy nigdy prawie nie przechodzi „*per continuitatem*” na drogi oddechowe. „*La scarlatine—słowa tego uczonego — n’a aucune tendance à se propager dans les canaux aëriifères* ²⁾... Elle n’aime pas le larynx“... .

HENOCH, stanowiący przeciwnik utożsamiania zapalenia gardzieli płoniczego z błonicą, wskazuje również zaznaczone zachowywanie się sprawy zapalnej w gardzieli przy płonicy względem niższych odcinków dróg oddechowych, uważa jednak twierdzenie BRETONNEAU’a, jakoby sprawa omawiana nie miała najmniejszej skłonności do szerzenia się na drogi oddechowe, za zbyt stanowcze. HENOCH utrzymuje, iż sam miał sposobność spostrzegać kilkanaście przypadków przejścia zapalenia płoniczego na krtań, tchawicę i t. d.

Wogóle, odmawiając zajęciu płoniczemu gardzieli związku z błonicą, H. uważa je za postać *sui generis* i nazywa ciężkie postacie tego zapalenia zgorzelinowemi (*angina necrotica*).

Według autora wymienionego podobieństwo tworów anatomicznych, t. j. wysięków przy zapaleniu gardzieli płoniczym i błoniczym, nie jest jeszcze wystarczające, aby utożsamiać dwie sprawy chorobowe. Pogląd swój na tę sprawę opiera HENOCH, między innymi, na spostrzeżeniu, że przebycie zapalenia płoniczego nie chroni wcale ustroju od zapadnięcia i to w bardzo krótkim czasie po przyjsciu do zdrowia na prawdziwą błonicę ³⁾.

JACCOUD, STRÜMPPELL dzielą zdanie wymienionych wyżej autorów w sprawie bardzo rzadkiego rozprzestrzeniania się sprawy zapalnej gardzieli przy płonicy na krtań i zwracają również uwagę na brak porażen mięśni przy płonicznym zapaleniu gardzieli. Lżejsze postacie omawianego zapalenia uważa STRÜMPPELL za będące w ścisłym związku z samą istotą zarazka płoniczego, cięższe zaś zaburzenia gardzielowe gotów jest utożsamiać z błonicą, lecz tylko ze stanowiska podobieństwa anatomicznego. Pod względem etyologicznym sprawa omawiana nie ma nic wspólnego z błonicą właściwą ⁴⁾.

COHNHEIM uważa zaburzenia w gardzieli przy płonicy za postać bardzo pokrewną, a nawet identyczną z błonicą prawdziwą ⁵⁾.

NIEMEYER ciężkie postacie zmian w gardzieli przy płonicy nazywa błonicami (*angina maligna diphtheritica septica*); wikłają one najczęściej nagminne przypadki płonicy ⁶⁾.

Zobaczmy teraz, w jakim stopniu wyświetliły sprawę omawianą nowe badania bakteriologiczne.

HAIM, powołując się na poszukiwania drobnowidzowe w 20 przypadkach zapalenia gardzieli płoniczego, rozróżnia dwa rodzaje tych powikłań: zapalenie nieżytowe (*angina catarrhalis*) i zgorzelinowe (*ang. necrotica*). W nieżyto-

²⁾ HENOCH: Vorlesungen über Kinderkrankheiten.

³⁾ Jednorazowe przebycie błonicy powoduje zwykle odporność ustroju względem wymienionej sprawy na czas pewien, niekiedy na lat kilka. (HEUBNER: „O błonicy“, zob. streszczenie w „Medycynie“. 1896. Kol. SIMONA).

⁴⁾ Prof. A. STRÜMPPELL: Lehrbuch der Speciellen Pathologie und Therapie der Inneren Krankheiten. 1887. s. 62.

⁵⁾ Prof. COHNHEIM: „Vorlesungen über Allgemeine Pathologie“. Tłom. ros. 1878. Tom. I. str. 487.

⁶⁾ Prof. F. NIEMEYER: „Podręcznik patologii i terapii szczegółowej“. Tł. ros. Tom III. str. 394. 1882.

wem zapaleniu HAIM znajdowali gronkowce, rzadko paciorkowce; w zgorzelinowym zaś—niesłusznie według HAIM'a nazywanem błoniczem—sposzręgał przeważnie paciorkowce. Te ostatnie, jak utrzymuje autor, najniekorzystniej wpływają na dalszy przebieg choroby ⁷⁾.

Inni autorowie (BOURGÉS ⁸⁾, TROUSSEAU, WURTZ i t. d.) na zasadzie badań bakteryologicznych utrzymują, że zapalenia rzekomo - błonice, towarzyszące płonicy, nie są błonice tylko w pierwszych dniach choroby, te zaś powikłania ze strony gardzieli, które występują w późniejszym okresie choroby podstawowej, są natury błonicznej. Badając nalot gardzieli w 8 lub 9 dniu płonicy, wymienieni autorowie najczęściej znajdowali laseczники KLEBS-LOEFFLER'a.

Podobne zdanie w tej sprawie wypowiedział w r. z. RANKE na zjeździe lekarzy i przyrodników we Frankfurcie nad Menem ⁹⁾.

Otóż według RANKE'go im później w miarę trwania płonicy przyłączy się zapalenie gardzieli, tem więcej zaznaczone powikłanie zbliżyć się będzie do prawdziwej błonicy. W 92-ch przypadkach płonicy, powikłanej zapaleniem gardzieli, mówca zawsze, ilekrotnie badania mikroskopowe przeprowadzał w pierwszych dniach choroby, spostrzegał w błonach rzekomych same tylko drobnoustroje ropotwórcze (gronkowce, paciorkowce), lub znaczną ich ilość. Im zaś później w przebiegu cierpienia zasadniczego spostrzegał zmiany w gardzieli, tem częściej znajdował w nalocie przewagę laseczników LOEFFLER'a nad bakteriami ropotwórczymi. Wogóle RANKE znajdował swoiste laseczники w 53,7% wszystkich badanych przypadków zapalenia płoniczego gardzieli; w 38,8% przypadków wykrywane były paciorkowce ¹⁰⁾. Z dochodzeń więc RANKE'go wynika, że gardziel w przebiegu płonicy często podlega zapaleniu błoniczemu.

W temże mniemaniu utwierdzają nas i badania FRONZ'a ¹¹⁾. Według niego w wiedeńskim szpitalu dziecięcym na kilkaset dzieci z płonicą, poddanych natychmiast po przyjęciu na salę badaniu na laseczники LOEFFLER'a, stwierdzono w 5% powikłania błonicą.

SEITZ zaznacza, że na 200 przypadków płonicy, jakie spostrzegał w Monachium, w 3 przypadkach stwierdził bakteryologicznie obecność zarazka swojego w nalocie gardzieli (l. LOEFFLER'a) ¹²⁾.

Zestawienie rozmaitych spostrzeżeń i zdań rzeczoznawców nie daje — jak widzimy—jasnego sądu o istocie sprawy omawianej i nie wyświetla dostatecznie rzeczy.

Gdy jedni, czyniąc rozpoznanie natury zapalenia płoniczego gardzieli zależnem od klinicznego jego obrazu, utrzymują, iż niema ono nic wspólnego z błonicą prawdziwą, inni dopatrują się związku przyczynowego z tą ostatnią, gdy powikłanie ze strony gardzieli występuje w późniejszym okresie płonicy. Są wreszcie autorowie, co jeszcze więcej zacieśniają związek między omawianymi sprawami, twierdząc, że „większa część” spostrzeganych przy płonicy zjawisk ze strony gardzieli jest charakteru błoniczego.

⁷⁾ „Przegląd Lekarski“. Nr. 41. 1895.

⁸⁾ H. BOURGÉS. „Les angines pseudo-diphthériques“. (La Sem. Medical. 1895. p. 293). H. BOURGÉS: La diphtherie. Paris. 1892. („Medycyna“. 1893. ref. kol. ARNSTEIN'a).

⁹⁾ „Therapeut. Wochenschr.“ 1896. Nr. 45. Versammlung deutscher Naturforscher und Aertzte.

¹⁰⁾ Materiał badany pochodził ze szpitala dziecięcego w Monachium za okres 1894—1896 (l. c.).

¹¹⁾ „Therap. Wochenschr.“. (l. c.).

¹²⁾ „Therap. Woch.“. 1896. s. 1127.

Te sprzeczne ze sobą poglądy o istocie zapalenia gardzieli płoniczego mogą poniekąd znaleźć uwzględnienie w fakcie, że dużo jeszcze pozostaje niewyświetlonych pytań, i w sprawie natury bakteryologicznej samej błonicy, gdzie tak rzadko spostrzegamy postacie czyste, zależne jedynie od laseczników KLEBS-LOEFFLER'a, a tak często widzimy domieszki, a nawet przewagę innych drobnoustrojów (gronkowce, paciorkowce ropotwórcze, koki i t. d.).

Prawdopodobne wydaje się przypuszczenie, że zapalenie gardzieli towarzyszące płonicy nie stanowi odrębnej postaci chorobowej, że rozmaite przypadki płonicy mogą się wikłać ze strony gardzieli zaburzeniami o różnym charakterze, natężeniu, poczynając od zwyczajnych zapaleń nieżytowych do postaci ciężkich, jak błonica prawdziwa.

Z praktycznych względów rozpoznanie natury zapalenia gardzieli przy płonicy, oparte na dochodzeniach bakteryologicznych, być może, nieraz dogodziłoby potrzebom chwili. Wykrycie bowiem w badanym nalocie laseczników KLEBS-LOEFFLER'a lub zakażenia mieszanego uprawniłoby lekarza do leczenia danego powikłania płonicy jako błonicy, co ze względu na wysoką wartość nowoczesnych środków leczniczych jest obecnie sprawą większej wagi, niż to było przed laty.

Zagranicą—o wiele wiem z dostępnych mi źródeł—stosowali surowicę przeciwbłoniczą w płoniczych zapaleniach gardzieli (przy wykryciu laseczników LOEFFLER'a): BAGINSKY ¹³⁾, RANKE ¹⁴⁾, THORNTON PAKKER ¹⁵⁾.

ZE SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W WARSZAWIE.

10 przypadków owrzodzeń goleni, leczonych z zastosowaniem metody Manngoldt'a **„zasiewania naskórka“.**

Podał d-r med. ADOLF KOZERSKI, lekarz ambulatorium szpitala św. Łazarza.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 14).

Przypadek IV, służąca, lat 70. Odżywianie mierne, skóra mało elastyczna, sucha, trochę łuszcząca się. Żyłki goleni silnie rozwinięte.

1. Przybyła do szpitala po wielokrotnych próbach zagojenia owrzodzenia w domu. W dolnej części powierzchni zewnętrznej goleni prawej wśród rozlanego zaczerwienienia znajduje się 8 ctm. długie i 5 szerokie cuchnące owrzodzenie z dnem pokrytem martwą tkanką. Brzegi dosyć miękkie.

4. Martwa tkanka oddzieliła się. Owrzodzenie wydziela dużo ropy.

12. Prawie niema wydzieliny. Ziarnina czysta. Narastanie naskórka wolno postępuje od brzegów.

¹³⁾ „Medycyna“ 1895, str. 18: W sprawie leczenia błonicy surowicą swolstą (streścił kol. SREBRNY).

¹⁴⁾ „Therap. Wochenschr.“. 1896. S. 1126.

¹⁵⁾ „Medical Record“. 1895. Nr. 24. P. 766.

23. *St. quo*, z tą różnicą, że cokolwiek naskórka nasuwa się z brzegów stale. Ażeby przyspieszyć się zabliznienie rany,

33. I. dokonałem zasiania naskórka, lecz tylko w środkowej części wrzodu.

II. Pod papierem cynowym dużo kleistej brunatnej masy z domieszką nalotu krupowego.

VII. Wydzieliny lepkiej surowiczej mało. Po opłukaniu rany widać w jej środku kilka punktów suchszych od innych.

XII. W kilku okrągłych przezroczystych błonach, jakie widzieliśmy na środku rany, przez zlanie się powstały dwie wyspy młodego naskórka, których środki zaczynają mętnieć.

XIX. 2 wyspy nowoutworzonego naskórka rozrastają się dość szybko. Jednocześnie młody naskórek z brzegu rany narasta na ziarninę tak, że w wielu punktach wyspy środkowe zetknęły się z naskórkiem przybrzeżnym.

XXIX. Wyspy zlały się zupełnie z brzegiem. Pozostaje jeszcze nie-regularny wąski pas niepokrytej ziarniny.

XXXIII. Pozostał tylko punkt niezagojony.

XL. Chora opuściła szpital z nogą zupełnie zagojoną.

Przypadek V. Służąca lat 63.

1. Skóra dolnej części goleni prawej silnie nacieczona, żywo zaczerwieniona, błyszcząca, gładka. Wśród niej na wewnętrznej powierzchni podługowate owrzodzenie 11,5 ctm. długości, 5 ctm. szerokości z dnem ropnym i brzegami twardymi. Żyłki goleni. Po odpowiednim przygotowaniu

12. wykonałem przeszczepienie, które jednak pozostało bez skutku. Wydzielina ropna zniszczyła cały zasiew. Po powtórnym doprowadzeniu owrzodzenia do stanu należytego

49. I. wykonałem przeszczepienie po raz wtóry, przyczem sądząc, że zanim z zasianego naskórka wytworzy się trwała powłoka na ziarninie, tymczasem naskórek rozrośnie się z brzegu, zeszkobanym zdrowym naskórkiem pokryłem tylko środek owrzodzenia. Naskórek bowiem zachodził z brzegów na ziarninę choć wolno, lecz stale.

III. Niema żadnej wydzieliny. Ceglaste zabarwienie miazgi znikło.

X. Skóra z brzegów dość szybko narasta na ziarninę. Wydzieliny niema. Środek rany suchy, błyszczący.

XXXII. Środek rany pokrył się odrazu na całej przestrzeni białym naskórkiem. Naskórek z brzegu szybko narasta tak, że środkowa wyspa z przybrzeżnym naskórkiem prawie się stykają.

XXXVIII. Środkowa kępa naskórka zlała się z brzegiem rany. Powyżej i poniżej niej pozostały małe przestrzenie niepokryte podczas przeszczepienia, na które naskórek z brzegów jeszcze nie narósł.

XCIV. Wystąpiła ze szpitala z nogą zupełnie zagojoną.

Po 3-ch miesiącach widziałem chorą w ambulatoryum. Oprócz małego zdrapania naskórka nie było widać w górnej części blizny żadnej zmiany niepożądaney.

Przypadek VI. Żebraczka, lat 68.

1) Poniżej połowy przedniej powierzchni goleni prawej znajduje się owrzodzenie owalne, mające 8 ctm. długości i 9,5 ctm. szerokości. Dno owrzodzenia silnie ropieje, brzegi dość miękkie, choć nacieczone, nieregularne, otoczone szerokim pasem czerwonej połyskującej skóry. Oprócz miażdżycy tętnic nic nieprawidłowego poza cierpieniem goleni nie znaleziono.

5. Po zastosowaniu leczenia zwykłego owrzodzenie oczyściło się i pokryło czystą, lecz jeszcze obficie wydzielającą ziarniną.

6. I. Dokonałem przeszczepienia.

III. Pod opatrunkiem bardzo dużo wydzieliny ropnej.

VII. Codzień zbiera się pod opatrunkiem bardzo dużo ropy. Wskutek tego zmieniłem opatrunki cynowe na zwykłe, jodoformowe. Przeszczepienie nie udało się. Miejsce, skąd zapożyczyłem naskórka, zagoiło się.

XXXVIII. Owrzodzenie pozostawało wciąż w stanie jednakowym. Czysta ziarnina wciąż wydelała obficie. Narastania naskórka brak zupełny.

44. I. Dokonałem przeszczepienia po raz wtóry.

II. Ziarninę pokrywa gruba warstwa włókniaka.

IV. Wydzieliny prawie niema. Cała powierzchnia rany pokryta przezroczystym brunatnym klejem.

VI. Widać białawą siatkę, pokrywającą całą ranę.

XI. Wydzieliny prawie niema. Rana pokryta wielką ilością brunatnej kleistej masy.

XVII. W dolnej części rany ziarnina wybujała.

XXV. W górnej części rany pierwszy raz daje się zauważyć szeroka sieć suchego fioletowego naskórka, wśród której występuje wysepka zmętniałego już białego naskórka. Jednocześnie z brzegów dość szybko nasuwa się na ziarninę pas młodego naskórka.

XXXII. Oprócz wysepki nowego naskórka nie widać wyżej wspomnianej błonki w postaci sieci. I na górnej części rany ziarnina wybujała wydziela znacznie więcej, niż poprzednio. Nowotworzenie się naskórka z brzegów nie ustaje. Przeszczepienie uważałem za nieudane powtórnie.

CIII. Dopiero dziś owrzodzenie goleni prawej zostało zupełnie zagojone.

Przypadek VII. Dotyczy tej samej kobiety, co VI. 1. Mianowicie oprócz wyżej opisanego owrzodzenia goleni prawej miała także na zewnętrznej powierzchni goleni lewej owrzodzenie w postaci trójkąta wierzchołkiem ku dołowi zwróconego. Szerokość podstawy wynosiła 7 ctm., wysokość 8 ctm. Owrzodzenie znajdowało się wśród obszernego pola silnie zaczerwienionej i obrzękłej skóry, od którego biegły czerwone smugi *lymphangoitis*. Brzegi owrzodzenia cokolwiek nacieczone, dno silnie ropiejące.

85. Dopiero teraz wszelkie objawy zapalne znikły na goleni lewej i oczyszczone owrzodzenie wydało mi się dostatecznie przygotowane do przeszczepienia, które wykonałem 88. I.

III. Rana pokryta białą warstwą włókniaka.

V. Włókniak daje się jeszcze spostrzegać w postaci sieci.

IX. Rany pokrywa połyskująca przezroczysta sucha błona. Wydzieliny niema wcale.

XXIX. Prawie całą ranę pokrywa gęsta sieć szerokich pasm zmętniałego naskórka.

XXXII. Cała rana pokryta białawym naskórkiem.

XXXVI. Rana zupełnie zabliźniona.

LVII. Zagojone owrzodzenie pozostało bez zmiany.

Przypadek VIII. Bez zajęcia, lat 73. Przednią dolną część goleni lewej obejmuje 4,5 ctm. długie, 9,5 szerokie, wśród twardej, czerwonej, błyszczącej skóry ostro wycięte owrzodzenie o głęboko położonym dnie, pokrytem w części martwą cuchnącą tkanką, w pozostałej zaś części dużą ilością ropy. Żyłki goleni miernie rozwinięte.

18. I. Wykonałem przeszczepienie.

X. Rany pokrywała sucha przezroczysta błona. Z powodu niepokojących objawów umysłowych chora musiała być usunięta ze szpitala.

Przypadek IX. Chora lat 56, chuda, małokrwista, mizerna, bardzo źle odżywiana. Białkomocz. W dolnej części zewnętrznej powierzchni goleni lewej znajduje się owrzodzenie głębokie o brzegach dość ostrych i dnie zgorzelinowem. Długość owrzodzenia wynosiła 13 ctm., szerokość 7 ctm.

Po możliwym oczyszczeniu owrzodzenia nie dało się nigdy doprowadzić ani brzeżnego naskórka do bujania, ani ożywić ziarniny. Brzeg zawsze pozostawał taki sam, bez najmniejszej skłonności do rozrastania się, dno zawsze było blade, włókniste.

Na usilne prośby chorej dokonałem przeszczepienia, które jednak po dość długiem wyczekiwaniu nie dało żadnego wyniku.

Przypadek X. 1. Chora lat 50, dobrze odżywiana. Na goleniach żyłki. Na dolnej części wewnętrznej powierzchni goleni lewej leży owrzodzenie 18 ctm. szerokości i 13,5 ctm. długości mające. Dno pokrywa silnie wydzielająca ziarnina. Wśród ziarniny nie widać żadnej wysepki nowotworzącego się naskórka.

8. I. Po tygodniu dno zostało oczyszczone, wydzielina zmniejszyła się do *minimum*. Dla przyspieszenia pokrycia ziarniny naskórkiem dokonałem przeszczepienia naskórka zdrowego. Że jednak podczas zeskrobywania go (bez znieczulenia) chora zachowywała się bardzo niespokojnie i po zeskrobaniu pewnej ilości krwawej miazgi nie zgodziła się na dalsze skrobanie, miałem więc za mało naskórka do rozporządzenia w porównaniu do powierzchni rany. Dlatego zaszczyłem tylko naskórek na połowę rany—lewą. Z całą jednak raną postępowałem w dalszym ciągu jednakowo.

III. Po przeszczepieniu lewa połowa rany sucha, ziarnina niska. Prawa połowa wilgotna, pokryta bujającą ziarniną.

X. Prawie całą lewą część rany pokrywa półprzezroczysta błonka fioletowa. Prawa połowa pokrywa się naskórkiem od brzegów.

XV. Wśród błonki pokrywającej lewą część rany widać dużo punktów mętniejących.

XX. Prawie całą lewą połowę rany pokryta mętnym już naskórkiem; prawa z brzegów zaciąga się naskórkiem, w środku pokryta wilgotną ziarniną.

XXV. Cała lewa połowa rany pokryta naskórkiem białym.

XLV. Teraz dopiero i prawa połowa rany zagojona.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

42. Robert Koch. **O nowych preparatach tuberkuliny.** Od czasu moich ostatnich komunikatów o tuberkulinie zajmowałem się bez przerwy pracami mającymi na celu zastosowanie hodowli laseczników gruźliczych do leczenia gruźlicy. Sądzę, że otrzymane wyniki moich doświadczeń mam prawo ogłosić. Zastosowanie drobnoustrojów i wytworów ich życia do leczenia i szczepień ochronnych zasadza się na uodparnianiu ustroju i dlatego uważam za właściwe w tem miejscu zaznaczyć moje stanowisko w zapatrywaniu się na tę sprawę, aby w następstwie z tego powodu nie było nieporozumień.

Pierwotnie przypuszczano, że odporność względem chorób zakaźnych jest czemś prostem, nie złożonem; w następstwie jednak przekonano się, że jakkolwiek odporność niekiedy może być czemś prostem, to jednak niekiedy może się składać z dwóch a nawet i więcej składników. Na przykładzie da się to najlepiej wyjaśnić.

Jak to już BEHRING i KITASATO dowiedli, zwierzęta mogą być uodpornione względem tężca; w tym celu zastrzykuje się im przefiltrowane płyny hodowlane, t. j. rozpuszczalne w wodzie wytwory życia laseczników tężca, pomiędzy którymi znajduje się swoisty jad tężcowy. Tym sposobem zwierzę zostaje uodpornione na pewien czas względem jadu tężcowego, nawet w znacznych bardzo dawkach zastrzykniętego. Na same jednak laseczniki uodpornienie to nie ma żadnego wpływu; laseczniki te mogą zupełnie swobodnie rozmnażać się w ustroju uodpornionem. Mamy więc w danym razie do czynienia z istotnem uodpornieniem ustroju tylko względem jadu tężcowego, przyczem może nastąpić okoliczność tego rodzaju, że skoro po upływie kilku tygodni to sztuczne uodpornienie istnieć przestanie, jad wytwarzany przez laseczniki w ustroju przestaje być zubożniany i zwierzę zginąć może od tężca nawet bez powtórnego zakażenia, a tylko od laseczników pierwotnie po uodpornieniu do ustroju wprowadzonych.

Zupełnie odmienne stosunki znajdujemy w cholerze i tyfusie. W tych chorobach, jak tego dowiódł PFEIFFER, zwierzęta uodpornione zostają zapomocą świeżych hodowli na agarze względem żywych bakterii, a nie względem wytworzonego przez nie jadu. Wprowadzone do ustroju uodpornionego względem cholery lub tyfusu, żywe bakterie giną w nim bardzo szybko, uodpornić jednak tych zwierząt względem pewnych dawek jadu przez też bakterie wytworzonego dotąd nie udało się nikomu. Otóż w tym razie mamy do czynienia z odpornością czysto drobnoustrojową (bakteryjną). Uodpornienie idealne wtedy tylko będzie miało miejsce, jeżeli uda nam się zabezpieczyć ustrój zwierzęcy, względnie ludzki, nie tylko od pojedynczych szkodliwych czynników, które chorobotwórcze bakterie zawierają, lecz od wszystkich. Stosunki te grają również ważną rolę i w gruźlicy.

Mogłoby się здаwać, że odporność względem gruźlicy nie istnieje, że gruźlica może lata całe trwać w ustroju ludzkim, a pomimo to wrażliwość na nią nie zmniejsza się wcale. Nawet w tych przypadkach, kiedy następuje wyzdrowienie, człowiek bynajmniej nie staje się odporniejszy przeciwko nowym napadom laseczników gruźliczych. Jednakże są spostrzeżenia, które przemawiają za tem, że nawet i gruźlica pewien stopień odporności nadawać może. W ostrej, prosówkowej gruźlicy u człowieka oraz w gruźlicy doświadczalnej u morskich świnek występuje jako правило pewien okres, w którym początkowo wielka ilość laseczników gruźliczych następnie znacznie się zmniejsza. Jest to tem więcej zastanawiające, iż, jak się później przekonamy, laseczniki gruźlicze, wprowadzone w celu doświadczeń do ustroju, nadzwyczaj pomалу ulegają wessaniu. W powyżej zatem przytoczonych przypadkach mamy w samej rzeczy do czynienia ze sprawą uodpornienia ustroju i to uodpornienia czysto drobnoustrojowego. Niestety uodpornienie to występuje zbyt już późno, aby ustrój jakkolwiek korzyść z tego mógł odnieść. Spostrzeżenia jednak te kazały mi szukać sposobu, któryby pozwolił i w początkowych okresach gruźlicy, gdzie jeszcze pomódz można, także stan odporności wywołać. Obydwie wyżej wspomniane sprawy chorobowe (ostra gruźlica u człowieka i gruźlica u morskich świnek sztucznie wywołana) to mają w sobie wspólnego, że ustrój w przeciągu bardzo krótkiego czasu jest przepełniony lasecznikami. Taż sama okoliczność, zdaje mi się, objaśnia nam, że w gruźlicy przy zwykłych warunkach odnośna odporność nie ma miejsca. Zazwyczaj rzecz się tak ma: laseczniki gruźlicze w ustroju ludzkim są w nieznacznej ilości i rosną pomалу, otoczone są

zwykle tkanką obumarłą i dopiero po upływie długiego czasu, kiedy same ulegną obumarciu i pewnym głębokim zmianom chemicznym, ulegają nareszcie wessaniu. Tam, gdzie laseczники gruźlicze rosną w wielkiej ilości w jamach lub na powierzchni błon śluzowych, niezmienione mogą się oddzielać, lecz wessaniu nie ulegają. W takich warunkach uodpornienie miejsca mieć nie może. Uodpornienie może mieć miejsce, jeżeli laseczники gruźlicze np. w gruźlicy prosówkowej ostrej, albo w sztucznie wywołanej u morskich świnek, w znacznej ilości znajdują się naraz w całym ustroju i nastąpi oddziaływanie wzajemne pomiędzy lasecznikami i żywymi tkankami ustroju. Ażeby stworzyć uodpornienie sztuczne w gruźlicy, należy wytworzyć warunki, podobne do tylko co wyszczególnionych. Tu jednak spotykamy się z wielkimi trudnościami. Wszystkie doświadczenia, w których starano się, aby żywe, niezmienione, lub nawet obumarłe laseczники gruźlicze w większej ilości uległy wessaniu, już to po zastrzyknięciu ich do tkanki łącznej podskórnej, już to do jamy brzusznej, już to do naczyń krwionośnych, nie udawały się zarówno mnie, jak i innym badaczom. Zastrzyknięte pod skórę martwe laseczники gruźlicze wywołują zazwyczaj w miejscu zastrzyknięcia ropienie. W ropniach tu powstałych laseczники nawet po upływie kilku miesięcy barwią się prawidłowo. W jamie brzusznej wessanie idzie lepiej i na tej drodze udawało mi się wywoływać wyraźną odporność, lecz niestety równocześnie występuje zazwyczaj zapalenie z jego następstwami, co powoduje bardzo często śmierć użytego do doświadczeń zwierzęcia. Zastrzyknięte królikowi do żył martwe laseczники gruźlicze wywołują w płucach gruźelki podobne do tych, jakie powstają pod wpływem laseczników żywych i w tych gruźelkach po upływie nawet dłuższego czasu można odnaleźć laseczники niezmienione i tu więc wessanie następuje bardzo pomalą.

Przekonawszy się, że laseczники gruźlicze w niezmienionej swej postaci nie mogą nam służyć do wywoływania odporności sztucznej, starałem się uczynić je łatwiejszymi do wessania, działając na nie zapomocą czynników chemicznych.

Jedynie doświadczenia, które w tym kierunku oddawały pewne usługi, polegały na działaniu na laseczники gruźlicze kwasów mineralnych lub silnych zasad. Pod wpływem działania tych czynników zmienione laseczники ulegają, pomalą wprawdzie, wessaniu, gdy zastrzyknięto je do tkanki łącznej podskórnej, odporności jednak nie wywołują, należy więc przypuścić, iż zachodzą w nich pod wpływem czynników chemicznych zmiany tak głębokie, że i własności uodparniające w nich znikają.

Nie mogąc na tej drodze otrzymać wyników pożądaných, postanowiłem z całej masy laseczników gruźliczych zrobić wyciąg, któryby mógł uleść wessaniu, będąc zastrzyknięty pod skórę. Z początku wyciąg taki zacząłem otrzymywać zapomocą gliceryny i stąd powstała *tuberkulina*. Tuberkulina, zastrzyknięta w bardzo małej ilości pod skórę ludziom lub zwierzętom dotkniętym gruźlicą, wywołując charakterystyczny odczyn całego ustroju, oddaje wielkie usługi dla celów rozpoznawczych. Twierdzenie zaś, jakoby po jej stosowaniu miało następować uruchomienie laseczników i wędrówka ich nawet do tych okolic, gdzie ich dotąd nie było, nie zostało przez nikogo dowiedzione. Dalsze korzyści tuberkuliny wypływają ze stosowania jej w celach leczniczych w gruźlicy.

Ponieważ po każdym odczynie w ustroju wskutek zastrzyknięcia tuberkuliny następuje poprawa w sprawie gruźliczej u danego osobnika, należałoby te odczyny wywoływać dotąd, dopóki one te ciągle polepszenia sprawiają. Do nieskończoności jednak nie da się tego uskuteczniać—następuje wyczerpanie, ustrój przestaje oddziaływać na tuberkulinę, a zatem i tuberkulina działać przestaje. Następuje zupełne uodpornienie względem tuberkuliny, które może trwać kilka miesięcy.

Na same laseczniki jednak takie uodpornienie wpływu nie wywiera; mamy więc tu do czynienia z odpornością przeciwko jadowi (toksynom), lecz nie przeciwko drobnoustrojom. Niestety oddziaływanie ustroju na tuberkulinę wyczerpuje się wcześniej, aniżeli następuje zupełne wyleczenie. Następują nawroty choroby, które, skoro ustrój znów odzyska możność oddziaływania na tuberkulinę, winny być za jej pomocą leczone. Na tej drodze można, jeżeli nie we wszystkich, to przynajmniej w bardzo wielu przypadkach czystej gruźlicy otrzymać wyleczenie lub znaczną poprawę. I dla tego, gdybym był nie wynalazł preparatów uodparniających drobnoustrojowo, tuberkulinę pierwotnie przezemnie wynalezioną uważałbym za najlepszy dotychczas istniejący środek przeciw gruźlicy.

Z pomiędzy licznych doświadczeń, które dokonywałem w celu odnalezienia środka istotnie drobnoustrojowo uodparniającego względem gruźlicy, wspomnę o jednym, które zajęło mi rok czasu, ponieważ pod wielu względami jest ono bardzo pouczające. Mam tu na myśli preparat, który otrzymałem zapomocą działania na laseczniki gruźlicze $\frac{1}{10}$ normalnego ługu potażowego. Laseczniki gruźlicze ulegały temu działaniu w ciągu trzech dni przy ciepłocie pokojowej, naczynie przy tem często było poruszane. Płyn zbierający się po nad masą hodowli filtrowałem i zobojetniałem. Otrzymany w ten sposób przezroczysty, lekko na żółto zabarwiony płyn nie był pozbawiony w zupełności laseczników. W zwykłych preparatach drobnowidzowych na szkiełku przykrywkowem znajdowano 5 do 10 laseczników w polu widzenia. Były one wszystkie nieżywe, o czem zresztą byłem już poprzednio przekonany, wiedząc, że $\frac{1}{10}$ normalny ług potażowy zabija laseczniki gruźlicze po upływie 12 do 15 godzin.

Otrzymany w powyżej opisany sposób preparat dla skrócenia nazwałem TA, ponieważ był to wyciąg alkaliczny. Doświadczenia z TA wykazały, że wywołuje ona podobny odczyn w ustroju jak i tuberkulina, odczyn ten jednak trwa dłużej i ustrój na TA oddziaływa dłużej. Najważniejszym jednak okazało się to, iż otrzymane przy stosowaniu TA w celach leczniczych wyniki były stalsze, nawroty choroby mniej częste i występowały później, aniżeli przy stosowaniu tuberkuliny. Zauważyłem jednak, że przy zastrzykiwaniu TA w większych dawkach na miejscu zastrzyknięcia tworzyły się ropnie, które były zupełnie jałowe i mogły powstać jedynie wskutek obecności martwych laseczników gruźliczych w TA. Ażeby tego uniknąć, płyn filtrowałem przez gliniane filtry i tym sposobem martwe laseczniki zupełnie z niego zostały usunięte. Płyn jednak, nie powodując ropni, w działaniu swem nie okazał się wyższy od tuberkuliny; wobec zaś tego, że psuł się daleko prędzej, niż tuberkulina, tę ostatnią uważać musiałem za preparat lepszy. Że przy pewnej dawce TA zawsze wytwarzają się ropnie, jest to fakt bardzo ważny, uczy bowiem, że pewnego przyzwyczajenia, pewnego uodpornienia względem zastrzykujących zwykłą swoją postać laseczników oczekiwać nie można. Początkowo zastrzykiwano nadzwyczaj małe dawki, zawierające tylko pojedyncze laseczniki gruźlicze; te się wysysały. Później stopniowo dawkę powiększano i po 20—30 zastrzykiwaniach dochodzono do dawek dużych, wywołujących ropnie. Przyzwyczajenia nie było. W tkance łącznej podskórnej pewna mała ilość martwych laseczników gruźliczych może uleść wessaniu, lecz nigdy ilość znacznie większa. Ażeby jednak na tej drodze można było wprowadzić większą ilość laseczników gruźliczych, należałoby równocześnie w rozmaitych miejscach pod skórę zastrzykiwać małe dawki, co ze względów praktycznych okazuje się niemożliwe. Doświadczenia nad TA nasunęły mi myśl, czyby nie dało się uczynić laseczniki gruźlicze łatwiej ulegającymi wessaniu zapomocą ich mechanicznego rozdrabniania. W tem mniemaniu utwierdzały mnie jeszcze spostrzeżenia przy badaniu chemicznych wła-

sności laseczników gruzliczych. W poprzednio dokonywanych doświadczeniach, mających na celu doprowadzenie do stanu rozpuszczalności laseczników gruzliczych zapomocą kwasów mineralnych i silnych zasad, znalazłem, że laseczniki gruzlicze zawierają w sobie dwa swoiste ciała chemiczne, które należą do nienasyconych kwasów tłuszczowych. Jeden z nich rozpuszcza się w rozcieńczonym wysoku i łatwo zamienia się na mydło pod działaniem ługu potażowego, drugi rozpuszcza się we wrzącym wysoku absolutnym i w eterze i trudno zamienia się na mydło. Obydwa przyjmują t. zw. zabarwienie lasecznikowe (fuksyna karbolowa) i zatrzymują zabarwienie to nawet po poddaniu działaniu rozcieńczonego kwasu azotnego i alkoholu. Ponieważ pierwszy z tych kwasów tłuszczowych rozpuszcza się w alkoholu, to przy zabarwianiu laseczników gruzliczych zwykłym sposobem pozostaje w nich tylko ten drugi kwas tłuszczowy, który nie rozpuszcza się w zimnym alkoholu; on to zatrzymuje w sobie barwniki i warunkuje tym sposobem swoiste zabarwienie laseczników gruzliczych. Działając gorącym ługiem potażowym, można i ten kwas tłuszczowy pomału wydzielić z laseczników i całą tę sprawę pod drobnowidzem przesledzić: kwas tłuszczowy w postaci zabarwionych kropelek występuje z laseczników i zbiera się w duże krople; laseczniki z początku zachowują swoją zwykłą postać, ale już swoście nie są zabarwione. Ten kwas tłuszczowy tworzy jakby osłonę dla lasecznika i chroni go od wpływów zewnętrznych, powodując jego trudne wysysanie się. Należy zatem starać się zniszczyć tę osłonę, aby wysysanie laseczników łatwiej nastąpić mogło.

Po wielu próbach udało mi się ten cel osiągnąć, rozcierając wysuszone hodowle laseczników w moździerzu z agatu zapomocą tłuczka również z agatu przez czas dłuższy. Okazało się bowiem wtedy, że ilość prawidłowo barwiących się laseczników znacznie zmalała. A żeby jednak jeszcze i tę ilość usunąć, otrzymaną przy rozcieraniu masę rozrabiałem wodą destylowaną i poddawałem działaniu centryfugi (4000 obrotów na minutę w ciągu $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ godziny). Płyn rozdzielał się na 2 warstwy: górną, białą opalizującą, lecz zupełnie przezroczystą, nie zawierającą zupełnie laseczników i dolną—osad śluzowaty. Osad ten znów suszyłem, rozcierałem w moździerzu i poddawałem działaniu centryfugi, przyczem znów otrzymywałem, podobnie jak poprzednio, dwie warstwy. Taki rękoczyn może być powtarzany tyle razy, dopóki nic się nie pozostanie chyba uprzednio wypadkowo znajdujące się w hodowli włókna waty, pył i t. p. Tym sposobem można całą masę hodowli laseczników gruzliczych zamienić w cały rząd zupełnie przezroczystych płynów.

To doświadczenie, które każdy bez żadnych trudności powtórzyć może, było punktem wyjścia dla moich prac dalszych.

Przedewszystkiem przekonałem się zapomocą doświadczeń na zwierzętach, a później i na ludziach, że otrzymany w powyżej opisany sposób płyn ulegał w zupełności wessaniu, nigdy nie wywoływał ropni i nie zawierał zupełnie barwiących się laseczników. Następnie przekonałem się, że tylko pierwszy płyn zasadniczo różnił się od następnych, drugi zaś i następne pomiędzy sobą w niczem się nie różniły. I dla tego górną warstwę po pierwszym zcentryfugowaniu nazwałem m tuberkuliną O, w skróceniu TO, a TR resztę pozostałą (dolną warstwę) i dalej ulegającą obrobieniu.

Już przy badaniu mikroskopowem materiału pierwotnego okazuje się, że ciała laseczników gruzliczych nie zamieniają się w substancję jednolitą. Barwiąc fuksyną karbolową a następnie błękitem metylenowym, nie spostrzegamy zupełnie mas na czerwono zabarwionych, nie widać również kropelek kwasów tłuszczowych; natomiast w polu widzenia spostrzegamy twory blade zabarwione, obrączkowate, które są otoczone kroplami ciemno-niebieskimi; te ostatnie zbierają się po brze-

gach. Po oddzieleniu TO od TR spostrzegamy w TR fioletowe, podobne do obłoków twory, w TO na niebiesko zabarwione masy. Po dodaniu 50% gliceryny TO nie zmienia się wcale, w TR natomiast tworzy się biały kłaczkowaty osad. TR zawiera zatem takie części składowe laseczników, które nie rozpuszczają się w glicerynie. TO więc w działaniu swem odpowiada zwykłej tuberkulinie, tylko, że nie wywołuje ropni, posiada jednak bardzo małe własności uodparniające, TR zaś działa zupełnie uodparniająco, wywołuje wprawdzie również odczyn gorączkowy, jeżeli zastosujemy duże dawki, lecz działanie jej jest zupełnie niezależne od tego odczynu. Przy użyciu tuberkuliny, jak również przy użyciu TA i TO, odczyn musi się zjawić, aby otrzymano efekt leczniczy; przy stosowaniu TR unikałem tego odczynu; stosując z początku dawki bardzo małe i stopniowo je powiększając starałem się uczynić ustrój niewrażliwym na dawki duże, t. j. starałem się go uodpornić względem TR a tem samem, jak to mam prawo, zdaje się, sądzić, i względem laseczników gruźliczych. Że TR zawiera w sobie wszystko, co jest zawarte względnie do czynników uodporniających w hodowlach laseczników gruźliczych, wypada już z tego, że człowiek uodporniony względem TR, unikając odczynu, pozostaje niewrażliwy ani na działanie zwykłej tuberkuliny ani na TO.

Nie każda jednak hodowla laseczników gruźliczych nadaje się do wyrobu TR. Przekonałem się razem z d-rem VAGADES'em, że laseczники gruźlicze nie zawsze jednokową jadowitość posiadają nawet w świeżych hodowlach. W laboratoriach dłuższy czas przeszczepiane hodowle tracą na swej jadowitości. Do wyrobu TR należy używać hodowli bardzo jadowitych i świeżych, suszenia dokonywać należy w suszarce w próżni. Gotowa TR winna być zabezpieczona od wpływu słońca. Hodowle po ich wysuszeniu winny być zaraz obrabiane. Większe naraz ilości, niż 100 mg., trudno obrabiać. Dostateczne oddzielenie się TO od TR tylko wtedy ma miejsce, jeżeli zupełnie czysta TO podniesie się na 50% ponad częściami stałymi, w przeciwnym razie w TR pozostają większe lub mniejsze ilości TO i przy zastrzykiwaniu takiej TR można otrzymywać odczyny niepożądane.

Kto ma zamiar zająć się wyrobem TR pamiętać musi, że przy rozcieraniu w wysokim stopniu jadowitych wysuszonych laseczników wytwarza się bardzo dużo pyłu, co naraża pracującego na niemałe niebezpieczeństwo. Zaznaczyć muszę, że przy tego rodzaju doświadczeniach miałem niekiedy uczucie, jakbym miał do czynienia z łatwo wybuchającymi materiałami. Respiratorem nie posługiwałem się, nie sądzę bowiem, aby wielkie korzyści mógł okazać. Nie zabezpieczy on od osiadania laseczników na ubraniu i rozszerzania się ich po całym pokoju. I dlatego wątpię, aby TR w większych ilościach ręcznie mogła być przygotowywana. Na zlecenie moje i pod moim kierunkiem fabryka Meister Lucius et Brüning w Höchst nad Menem będzie wyrabiać zarówno TR jak i TO w większych ilościach. Płyny te najlepiej się przechowują po dodaniu do nich 20% gliceryny.

Zastosowanie i dozowanie tych preparatów jest bardzo proste. Płyn zastrzykuje się pod skórę zapomocą łatwo dających się wyjaławiać strzykawek. Płyn zawiera w 1 ctm. sz. 10 mg. części stałych i może być używany po odpowiednim jego rozcieńczeniu, stosownie do potrzeby, fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Zwykle zaczynać należy od dawki $\frac{1}{500}$ mg. Po zastosowaniu tej dawki minimalnej zwykle odczynu nie ma. Gdyby jednak odczyn się zjawił, następną dawkę należy zmniejszyć. W przeciwnym razie dawkę należy stopniowo powiększać, zastrzykując co drugi dzień; czyniąc to ostrożnie, można zupełnie uniknąć podnoszenia się ciepłoty, lub co najwyżej podniesienie to równa się pół stopnia. Gdyby po zastrzyknięciu nastąpiło podniesienie ciepłoty, należy z następnem zastrzyknięciem poczekać, zanim ciepłota nie opadnie. Zazwyczaj dochodziłem do 20 mg. i jeżeli ta

dawka nie wywoływała odczynu, zaprzestawałem zastrzykiwać lub wstrzykiwałem po dłuższej przerwie. Ażeby uodpornić dane zwierzę, zastrzykuje się taką dawkę, aby mogła być należycie wessana: świnkom morskim—2—3 mg., większym zwierzętom więcej. U zwierząt zakażonych gruźlicą należy zaczynać od dawek mniejszych; dawka 2 mg. już może śmierć wywołać. Przy uodparnianiu zdrowych i leczeniu chorych zwierząt, należy starać się zastrzykiwać jaknajwiększe dawki, mogące naturalnie uleść wessaniu zupełnemu, co się daje sprawdzić zwracaniem uwagi na nacieczenie powstałe po zastrzyknięciu. Postępując w ten sposób, udało mi się najzupełniej uodpornić świnki morskie. Znosiły one bezkarnie zastrzykiwane następnie bardzo duże dawki jadowitych hodowli laseczników gruźliczych. Na miejscu zastrzyknięcia tych hodowli nie pozostawał żaden ślad, gruczoły zaś sąsiednie po upływie kilku miesięcy nie ulegały w bardzo wielu przypadkach żadnym zmianom, w niektórych zaś były cokolwiek powiększone, bez żadnych widocznych zmian gruźliczych; laseczników gruźliczych odnaleźć w nich nie było można. W niektórych przypadkach uodpornienie zwierząt było jeszcze nie zupełne w chwili zakażenia. Wtedy na miejscu zastrzyknięcia hodowli jadowitych śladu żadnego również nie było, lecz gruczoły chłonne sąsiednie ulegały zserowaceniu. Narządy wewnętrzne jednak nie były dotknięte gruźlicą, u zwierząt zaś kontrolujących występowały znaczne zmiany zarówno w płucach, jak i w śledzionie i wątrobie.

Nieznaczny stopień uodpornienia w chwili zakażenia był u tych zwierząt, gdzie chorobie uległy tylko płuca. Taki stan widziałem jeszcze dawniej u świnek morskich dotkniętych gruźlicą a uodpornionych zapomocą zwykłej tuberkuliny, lecz stan ten odpowiadał okresowi późniejszemu choroby. U świnek morskich, którym po zakażeniu gruźlicą zastrzykiwano TR, znajdowałem bez wyjątku mniej lub więcej posunięte zmiany wsteczne w narządach uległych już chorobie. Najwyraźniej dało się to zauważyć na wątrobie i śledzionie. W wątrobie nie znajdowano obumarłych żółto zabarwionych ognisk, a zamiast tego zagłębienia i wciągnięcia na powierzchni narządu. Podobne zmiany znajdowano i w śledzionie. Wogóle wyniosłem to przekonanie na zasadzie własnych doświadczeń, że zupełne uodpornienie występuje po 2 do 3 tygodniach po zastosowaniu największych dawek. Wyleczenie świnek morskich, u których to zwierząt choroba rozwija się dosyć szybko, udawało mi się tylko wtedy, kiedy leczenie rozpoczynałem po tygodniu lub 2 od chwili zakażenia.

Ostatnie правило stosować się winno i do ludzi, których leczenia zbyt późno zaczynać nie należy. Z początku trzeba stosować dawki małe, po których uodpornienia spodziewać się nie należy; tylko przy stosowaniu dawek 0,5—1 mg. występuje działanie uodparniające. Działanie lecznicze tego środka ma swoje bardzo określone granice; chorzy, którym nie pozostaje do życia więcej, jak kilka tygodni, nie mogą spodziewać się poprawy po zastosowaniu u nich tego środka. Tak samo będzie bezcelowe leczenie zapomocą tego środka chorych z zakażeniami wtórnymi (paciorkowce). Wogóle dotychczasowe doświadczenie nauczyło, że chorzy z ciepłotą po nad 38° tylko w wyjątkowych razach mogą się spodziewać wyników dodatnich z leczenia zapomocą tego preparatu. Środek ten stosowałem u znacznej ilości chorych na gruźlicę i na wilka i otrzymałem bez wyjątku znaczne „polepszenie“, daleko większe, niż po zastosowaniu tuberkuliny lub TA. Mówię tylko o „polepszeniu“, jakkolwiek niektóre przypadki mogą być uważane za wyleczone, zamało bowiem czasu upłynęło, aby nie mogły nastąpić jeszcze nawroty choroby.

Działania pobocznego, zależnego od stosowania tego środka, nie widziałem. U chorych dotkniętych wilkiem miejscowy odczyn był bardzo mały, pomimo widocznego ciąglego polepszenia. Toż samo u chorych dotkniętych gruźlicą. Po zastrzyknięciu TR w płucach zauważyć można było jako jedyny miejscowy objaw, powiększenie ilości rzeżeń wilgotnych, które następnie szybko zmniejszały się; ilość płwociny również ulegała zmniejszeniu lub chorzy zaprzestawali ją wydzielać. Rzeżenia znikaly, okolica stępienia zmniejszała się. Chorym przybywało na wadze; u chorych wreszcie z podniesioną ciepłotą, wahania znikaly.

Czy wypróbowane dotąd przezemnie metody w zastosowaniu TR są najlepsze, nie twierdzę; być może, że inne sposoby lub też połączenie z TO lub z preparatami surowic, które zapomocą TO i TR zostały otrzymane, będą prędzej do celu prowadziły; nie sądzę jednak, aby można było spodziewać się ulepszeń w samych preparatach. Składają się one z nadzwyczaj jadowitych świeżych, poprzednio żywych hodowli, przeistoczonych bez pomocy czynników chemicznych, w stan płynny.

Czegoś lepszego w tym rodzaju trudno sobie przedstawić i wszystko, co tylko można było z hodowli laseczników gruźliczych otrzymać, w tych preparatach otrzymano.

(Berlin 14 lutego 1896. *Deut. med. Woch. N. 14. 1897.* (Tłomaczyl M. S.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 23 lutego r. b.

TREŚĆ. 1) DOBROWOLSKI. a) Przedstawienie preparatu pierwotnego włóknikowego zapalenia oskrzeli, powikłanego wrodzonymi brodawczakami krtani; b) przedstawienie preparatu brodawczaków krtani. 2) REJCHMAN. O wpływie chorób dróg żółciowych na czynność ruchową żołądka. 3) SZTEMBARTH. a) *Amputatio supravaginalis uteri*; b) *Sectio caesarea* z powodu zwężenia miednicy.

1) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił a) przypadek pierwotnego przewlekłego krupu oskrzeli, powikłanego brodawczakami krtani. Na wstępie D. zaznaczył, iż liczba ogłoszonych przypadków pierwotnego krupu oskrzeli przekracza zaledwie setkę, a tylko w kilku z nich znajdujemy wynik badania pośmiertnego. W początku lutego do ambulatorium kol. D. w szpitalu dziecięcym przyniesiono 3-letnią dziewczynkę, która według słów matki ma od urodzenia chrypkę i często dostaje duszności; objawy te wzmożyły się od 4-ch miesięcy, t. j. od czasu, kiedy dziecko przechodziło dławiec (krtani) i błonicę. D. znalazł brodawczaki (*papillomata*), wypełniające krtani oraz przewlekły nieżyt oskrzeli głównie w prawem płucu; chora kaszlała i niestale gorączkowała (*maximum* 38,2°). D. wykonał tracheotomię dolną; duszność nieco zmniejszyła się, lecz nie ustąpiła, dziecko zaczęło mocniej gorączkować (*maximum* 39°), kaszlać, płuć krwią i w 10 dni po tracheotomii zmarło. Przy badaniu zwłok znaleziono: słabe prawostronne włóknikowe zapalenie opłucnej, także zapalenie oskrzeli obu płuc, w wyższym jednak stopniu po prawej stronie, oraz brodawczaki krtani. Powyższy przypadek D. uważa za niezmiernie ciekawy ze względu z jednej strony na bardzo rzadkie spostrzeżenie pierwotnego krupu oskrzeli, stwierdzonego przy badaniu pośmiertnem, z drugiej zaś— z powodu niezwykłych trudności przy rozpoznawaniu; istotnie rozpoznanie krupu oskrzeli w tym razie było niemożliwe wskutek powikłania brodawczakami krtani i braku objawów krupu (odpluwanie błon i odlewów oskrzeli, krwioplucie i t. p.). D. przypuszcza, iż krup oskrzeli mógł istnieć u chorej od czasu przebycia błonicy i dławca, zaś po tracheotomii nastąpiło zaostrenie sprawy. W końcu D. przedstawił płuca i krtani wyjęte przy badaniu pośmiertnem.

b) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił brodawczaki krtani wyjętej przy oględzinach pośmiertnych. Przed dwoma laty do kol. D. przyniesiono z Mławy 5-letnią dziewczynkę, która podług słów rodziców żadnych chorób nie przechodziła, tylko od urodzenia miała chrypkę; do niej przyłączyła się duszność: objawy te stopniowo wzmagaly się. D. znalazł dziecko w najwyższym stopniu wyczerpania i rozpoznawszy brodawczaki wypełniające całą krtani, przyjął chorą do szpitala dziecięcego. Tutaj D. kilkakrotnie usuwał brodawczaki endolaryngealnie, lecz przekonawszy się, że wznowienie nowotworów następuje bardzo szybko, zaproponował rodzicom dziecka laryngofissurę. Rodzice na zabieg ten nie zgodzili się i chora po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu zmarła. Przy badaniu zwłok znaleziono krtani całkowicie wypełnioną brodawczakami; w innych narządach z wyjątkiem zmian zanikowych, nic osobliwego nie znaleziono. D. uważa przypadek powyższy jako ciekawy ze względu na dokładne spostrzeganie niezmiernie szybkiego odrastania brodawczaków krtani.

2) Kol. REJCHMAN w odczycie swoim omawiał sprawę wzajemnej zależności chorób dróg żółciowych, zwłaszcza kamicy, i chorób żołądka. Kamica oddziaływała na czynność ruchową żołądka w sposób dwojaki: podczas napadu zjawia się wzdęcie okolicy żołądka, wymioty i w następstwie tego niedowład, trwający przez czas dłuższy; w przestankach pomiędzy napadami zaburzenia w mechanizmie żołądka mogą być albo pochodzenia nerwowego (gwałtowne kurcze, t. zw. gastralgia), albo też zależeć od zmian anatomicznych (zwężenie odźwiernika z następczą rozstrzenią, powstałe skutkiem bądź zrostów wskutek przetok żółciowych, bądź zatkania odźwiernika lub dwunastnicy przez kamień żółciowy, bądź skutkiem ucisku odźwiernika wzgl. dwunastnicy przez wypełniony kamieniami pęcherzyk.

W bardzo ożywionej dyskusyi kol. SOKOŁOWSKI przypomina spostrzegany przez siebie w szpitalu św. Ducha, a znany dobrze prelegentowi i prof. BRODOWSKIEMU przypadek, opisany następnie przez kol. BĄCZKIEWICZA w „Gazecie Lekarskiej“, gdzie badanie zwłok wykryło olbrzymie, bo aż do spojenia łonowego sięgające rozszerzenie żołądka, zależne od ucisku odźwiernika przez duże zrosty łącznotkankowe, powstałe skutkiem obecności kamienia w pęcherzyku żółciowym i przetoki między żołądkiem i *ductus cysticus*.

Kol. KRAJEWSKI podnosi ważność poruszonej przez mówcę sprawy dla chirurgów i na poparcie swego zdania przytacza przypadek, jaki spostrzegał przed niedawnym czasem w swoim oddziale. Po operacyi cholecystotomii, dokonanej u pewnej chorej z powodu trwającej od lat sześciu kamicy żółciowej, wystąpiły w parę godzin po operacyi niezmiernie uporczywe wymioty żółciowe, które, trwając mimo przepłukania żołądka przez dni parę, wzbudziły w kol. K. podejrzenie, że ma do czynienia z niedrożnością jelit, tem więcej, że z lewej strony brzucha na poziomie pępka zauważył ograniczone wypuklenie dające wyraźne pluskanie; skutkiem tego mówca dokonał laparotomii pośrodkowej, przyczem znalazł żołądek mocno rozszerzony i sięgający aż do pępka i sieć na dość znacznej przestrzeni przyklejoną do rany brzusznej i nieco napiętą; po usunięciu zrostu sieci, odprowadzeniu zarówno jej jak i żołądka ku górze i zaszyciu rany brzusznej wymioty ustały na kilka godzin, poczem jednak wróciły z tą samą gwałtownością; po paru dniach takiego stanu kol. K., w przypuszczeniu, że może powiększona i unieruchomiona w następstwie operacyi wątroba uciska dwunastnicę i powoduje przedostawanie się żółci do żołądka, ułożył chorą na prawym boku i od tej chwili wymioty ustały zupełnie, stan zaś chorej szybko zaczął się poprawiać. Na zasadzie przytoczonego przypadku mówca przychodzi do wniosku, że: 1) przyrost sieci do rany nie wywoływał przegięcia dwunastnicy, 2) że wymioty w myśl poglądów wygło-

szonych przez REJCHMANA zależały od zaburzeń w czynności ruchowej żołądka i 3) powiększona i unieruchomiona wątroba przyczyniała się swym ciężarem do powstania względnej niedrożności dwunastnicy.

Kol. REJCHMAN w odpowiedzi wypowiada przypuszczenie, że miała w tym przypadku miejsce niedomykalność odźwiernika, powstała po operacji.

Kol. CHEŁMOŃSKI nie zgadza się ze zdaniem mówcy, że bóle w dołku u chorych, którzy przebywali kolkę żółciową, są wyrazem zaburzenia ruchowego i uważa je jako objaw czuciowy, zależny od promieniowania bólu.

Kol. REJCHMAN odpowiada, że nie twierdził stanowczo, aby bóle w dołku zależały od skurczów żołądka, uważa jednak takie przypuszczenie za najprawdopodobniejsze; na objaśnienie tego objawu promieniowaniem bólu mówca się nie zgadza, albowiem niejednokrotnie zdarza się, że w prawym podżebrzu bólów niema, a umiejscawiają się one w dołku lub bardziej nawet odległych okolicach, jak np. w dole biodrowym prawym.

Kol. GRUNDZACH przypomina opisany przez siebie w 1889 r. w „Gazecie Lekarskiej” przypadek rozstrzeni żołądka, będącej w związku z kamicą żółciową oraz zapytuje kol. R., czy często spostrzegał przemijające zwężenie odźwiernika w następstwie kolki wątrobowej, gdyż G. podobnych przypadków nie spotykał; co do niedowładu żołądka, jaki towarzyszy kolce wątrobowej, to jest on, zdaniem kol. GRUNDZACHA, następstwem wstrząsu wywołanego przechodzeniem kamieni żółciowych.

Kol. REJCHMAN odpowiada, że czasowe zwężenie odźwiernika spostrzegał trzy razy, choć prawdopodobnie zdarza się ono częściej.

Kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że bóle w dołku mogą być następstwem promieniowania z innych okolic, np. z nerek przy kamicy.

Kol. REMBIELIŃSKI również przytacza na potwierdzenie powyższego zdania swe spostrzeżenie, w którym napady kamicy nerkowej u 18-letniej panny przebiegały pod postacią napadu gastralgi.

Kol. REJCHMAN objaśnia te spostrzeżenia skurczami żołądka powstałymi na drodze odruchu.

Nie zgadza się z tem zdaniem kol. CIĄGLIŃSKI. Pod nazwą odruchu pojmujemy zjawisko ruchowe, wywołane wskutek podrażnienia nerwów czuciowych przy współudziale rdzenia; w danym zaś przypadku miał miejsce objaw promieniowania (*irradiatio*), t. j. przeniesienie pobudzenia przez dany nerw w kierunku dośrodkowym i przesłanie go na inne najbliższe mu włókna czuciowe drogą zwojów lub splotów.

Kol. ZIELIŃSKI z uwagi, że przy badaniu zwłok zawsze w przypadkach kamicy żółciowej znajdował opadnięcie kiszek (*enteroptosis*), wypowiada zdanie, że bóle oddalone, jak np. w dołku, w dole biodrowym prawym, w kręgosłupie należy tłumaczyć tylko enteroptozą, nie zaś sprawą odruchową lub promieniowaniem. Wobec tego i rozszerzenie żołądka współistniejące z kamicą należałoby uważać raczej za *gastroptozę*, przy której krzywizna wielka opuszcza się poniżej pępka, co ułatwia spływanie żółci do żołądka, jak to miało miejsce np. w przypadku przytoczonym przez kol. KRAJEWSKIEGO. Skurczu żołądka przy napadzie kolki żółciowej nie może być, albowiem w takim razie musiałby mieć miejsce albo skurcz wpustu i wtedy nie byłoby wymiotów, albo też skurcz odźwiernika, co znów nie pozwalałoby na dostawanie się żółci do żołądka.

Kol. REJCHMAN nie zgadza się z kol. ZIELIŃSKIM, gdyż kamica spotyka się przeważnie u otyłych, enteroptoza zaś przeciwnie i dlatego właśnie — być może—

kol. Z. spotyka tak często enteroptozę, że większość badań wykonywa na osobach wychudłych.

Kol. ZIELIŃSKI odpowiada, że enteroptozę znajdował równie często u otyłych jak i u chudych, co zaś do kamieni żółciowych, to spotykał je u ludzi najrozmaitszej budowy i dotkniętych najrozmaitszymi cierpieniami, skutkiem czego jest zdania, że kamica nie jest wynikiem szczególnego usposobienia (*diathesis*), lecz po prostu następstwem utrudnionego odpływu żółci, co właśnie ma miejsce przy enteroptozie.

Prof. BRODOWSKI nie podziela poglądów kol. ZIELIŃSKIEGO co do stałej zależności kamicy żółciowej od enteroptozy: pierwszą częściej znacznie spotykamy u kobiet, gdy druga jest jednakowo właściwa obu płciom. Na powstawanie kamicy składają się czynniki różnorodne, między innymi także ucisk wywierany na okolicę pęcherzyka żółciowego przez gorset np. lub pasek, co powoduje zmianę w położeniu dolnego brzegu wątroby i pęcherzyka i stąd zastój żółci; nie bez znaczenia są także i zmiany w składzie chemicznym żółci.

Kol. ZIELIŃSKI w odpowiedzi prof. BRODOWSKIEMU zaznacza, że dlatego właśnie kamica żółciowa częstsza jest u kobiet niż u mężczyzn, iż u tych pierwszych częstsza jest także i enteroptoza, co zależy od różnych czynników. Przedewszystkiem porody, które osłabiają jędrność ścian brzusznych, następnie częstsze niż u mężczyzn zaparcie stolca z powodu guzów macicy, tyłozgięcia, wysięków okolicznych a także niewypróżnianie się we właściwym czasie ze względów przyzwyczajenia. Co się tyczy gorsetu, to daleko od niego szkodliwsze jest umocowywanie wszystkich dolnych części ubrania kobiecego zapomocą tasiemek i ściskanie niemi brzucha, co pociąga za sobą wrzynanie się ich w ścianę brzuszną i uciskanie trzewiów; wątroba wydłużona i przewężona, t. zw. gorsetowa, spotyka się najczęściej właśnie u kobiet z gminu, które gorsetu wcale nie noszą.

Kol. REJCHMAN odpowiada jeszcze, że u kobiet kamica żółciowa powstaje najczęściej podczas ciąży, t. j. wtedy właśnie, gdy o enteroptozie mowy być nie może. Co do gorsetu, to nie jest on jego przeciwnikiem bezwzględny, wszelako uważa za potrzebne zaprowadzenie w nim pewnych zmian.

3) Kol. SZTEMBARTH opisał dwa operowane przez siebie przypadki. a) U 40-letniej wdowy, która rodziła w 19-ym i 20-ym roku życia i dwa razy roniła, od 2-ch lat miesiączkowanie zaczęło stawać się coraz to częstsze i obfitsze, tak że w końcu doszło do prawdziwych, po kilka tygodni trwających krwotoków; przed półrokiem chora zauważyła guz w dolnej części brzucha szybko się powiększający oraz zaczęła doznawać bardzo silnych bólów. Badanie przedmiotowe pozwoliło stwierdzić istnienie guza, wielkości główki noworodka, gładkiego, okrągłego, ruchomego, stanowiącego znacznie powiększoną macicę. Kol. SZTEMBARTH z uwagi na silne bóle i uporczywe obfite krwotoki, podejrzewając nadto złośliwy charakter guza, zaproponował chorej usunięcie go na drodze operacyjnej. Operacji dokonał *per laparotomiam*. Macicę wyciął wraz z jajnikami, pozostawiwszy dolny jej odcinek, który przypalił żegadłem PACQUELIN'a; szypułę wszył w dolny koniec rany brzusznej. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy i chora oddawna powróciła do zwykłych swych zajęć, uskarża się jednak ciągle na różne bóle, ociężałość, zdenerwowanie, bezsenność, brak łaknienia, odbijanie, wzdęcie, zaparcie stolca i inne objawy histeryczne, które mówca stawia w zależności od wycięcia jajników i dlatego ostrzega przed zbyt pohopnem trzebieniem kobiet i zaleca oszczędzanie jajników podczas operacji.

Z powodu powyższego odczytu zabiera głos najprzód kol. KRYSIŃSKI i zapytuje mówcę: czy były przed operacją badane wydzieliny macicy, czy i jakie środki

przedsiębrano w celu powstrzymania krwotoków, jaki był wynik badania wyciętego guza i jeśli guz ten był rakiem, to czemu kol. SZTEMBARTH nie usunął i szyi macicznej, wreszcie czy trzon pozostały nie przedstawia obecnie cech nowotworu?

Kol. SZTEMBARTH odpowiada, że badanie wydzielin uważał za niepotrzebne, że w celu powstrzymania krwotoków stosował wszystkie używane w tym celu zabiegi, że guz wycięty okazał się włókniakiem i że pozostały trzon cech nowotworu nie przedstawia.

Kol. KRAKÓW powstaje przeciwko sposobowi operacji przez mówcę użytemu zdaniem mówcy, jeśli już kol. SZTEMBARTH znajdował wskazania do operacji, to powinien był dokonać jej przez pochwę, tem więcej zwłaszcza, jeśli podejrzewał złośliwą naturę guza.

Kol. KRAJEWSKI tak samo jest zdania, że należało przedewszystkiem wyskrobać macicę i poddać wyskrobiny badaniu drobnowidzowemu, że operacja powinna być dokonana przez pochwę i że konieczną rzeczą było usunięcie i szyi macicznej tem więcej, jeśli mówca podejrzewał złośliwą naturę guza; co do wycinania jajników, to właśnie sam kol. S. okazał się w tym kierunku pohopnym, wyciąwszy je wraz z macicą w przypadku opisanym.

Prof. BRODOWSKI nie zgadza się na konieczność wyskrobywania macicy, jeśli wydzielinę jej nie przedstawiają cech, mogących budzić obawę istnienia nowotworu złośliwego; przeciwnie nawet, przy mięśniaku podśluzowym np., przy którym błona śluzowa macicy jest przekrwiona i spulchniona, skrobanie mogłoby okazać się w następstwach szkodliwe.

b) U 27-letniej panny, nimfomaniaczki, kościec przedstawiał zmiany krzywicze, miednica zaś zwięzła była do tego stopnia, że istniała zaledwie wąska; szpara po stronie prawej tak, że niepodobna było nawet dojść do szyi macicznej. Gdy przeto stwierdzono u chorej ciężę i gdy już rozpoczęły się bóle porodowe, kol. SZTEMBARTH, uważając wskazanie do operacji za bezwzględne, dokonał cięcia cesarskiego. Przez pierwsze sześć dni po operacji stan był bezgorączkowy, tętno tylko stale przyspieszone, powyżej 100: siódmego dnia przy objawach zapaści chora zmarła. Przyczyna śmierci jest dla mówcy zagadkowa; skłania się on do przypuszczenia samozakażenia zgodnie z poglądem FRITSCH'a, główną zaś przyczynę zejścia śmiertelnego upatruje w słabej od samego początku działalności serca.

Kol. KRYSIŃSKI jest zdania, że przyczyny śmierci szukać tu trzeba w zakażeniu posocznicowem. Zdanie to podziela również i kol. KRAKÓW, dodając, że samozakażenia w pojęciu FRITSCH'a wyłączyć niemożna wobec zwłaszcza bardzo niedokładnie podanego przez mówcę opisu techniki operacyjnej.

Prof. BRODOWSKI zaznacza przedewszystkiem, że wobec nimfomanii, na jaką cierpiała chora kol. SZTEMBARTHA, przezorność nakazywała wykonać raczej operację PORRO, nie zaś cięcie cesarskie. Co zaś do przyczyny śmierci, to także przypisuje ją posocznicy i zdanie to ilustruje opisem przypadku, spostrzeganego przez siebie przed wielu laty; w przypadku tym we dwa tygodnie po prawidłowym porodzie nastąpiła śmierć nagła; badanie zwłok wykazało obecność w jamie macicy paru łyżek brudnego, podobnego do fusów płynu, w narządach zaś znaleziono wszędzie zmnętnienie mięaszowe; była więc w tym przypadku posocznica piorunująca, *septicémie foudroyante* i sprawa analogiczna musiała mieć miejsce i w przypadku kol. SZTEMBARTHA.

Zjazd syfilidologów w Petersburgu.

Z urzędowych sprawozdań ułożył **J. Majkowski.**

(Dokończenie.—Zob. N. 14).

30) Badanie drobnowidzowe na gonokoki może być zastosowane w punktach przeznaczonych do oględzin tylko w celu skontrolowania skutków leczenia rzeżączki u kobiet, które po wyjściu ze szpitala stawily się do rewizyi.

31) Szpitalne leczenie przymiotu i chorób wenerycznych pomimo być obowiązujące i bezpłatne dla prostytutek wszystkich kategorii. Jeżeli leczenie przymiotu odbywa się podług metody FOURNIER'a, to prostytutki znajdujące się w okresie wolnym od nawrotów, czyli t. zw. okresie utajenia, mogą być leczone ambulatoryjnie.

32) Leczenie prostytutek przez lekarzy rewidujących wcale się nie dozwala.

33) Przy wysyłaniu prostytutki do szpitala majątek jej powinien być zabezpieczony. W wielkich miastach należałoby z powodu znacznych odległości wysyłać do szpitala prostytutki oddzielnie mieszkające w powozach na koszt miasta.

34) prostytutka wypisana ze szpitala powinna stawić się do rewizyi nie później, jak na 2-gi dzień, szpital zaś obowiązany jest przesłać lekarzowi - rewidentowi wiadomość o rodzaju choroby i przebytem leczeniu, a także datę wyjścia prostytutki ze szpitala.

35) Chore prostytutki powinny pozostawać w szpitalu przez czas należyty; nie należy wypisywać je dla braku miejsca z istniejącymi jeszcze objawami chorobowymi.

36) Obowiązkowo należy urządzać w szpitalach oddzielne pomieszczenia lub całe oddziały dla prostytutek chorych na przymiot i choroby weneryczne.

37) Wzbronienie prostytutkom, znajdującym się w okresie lepieżowym przymiotu a pozostającym na wolności, zajmowania się swoim rzemiosłem, nie da się w praktyce urzeczywistnić. Przymusowe przebywanie w szpitalu, zdala od atmosfery rozpusty i pijaństwa, stać się może zbawiennym odpoczynkiem dla ciała i ducha prostytutki. Należałoby z tych warunków skorzystać i wpływać na umoralnienie tych istot zapomocą odpowiednich zajęć, czytania, modlitwy, zbawiennego wpływu kościoła, szlachetnych rozrywek i przyjemności w obrębie szpitala. Zarząd szpitala i stowarzyszenia prywatne mogłyby tu znaleźć obszerne pole działalności na pożytek tych nieszczęśliwych istot!

38) prostytutki z wysoko rozwiniętą gruźlicą jak również ze złośliwymi nowotworami macicy powinny być ze spisów wykreślone.

39) Wykonanie nadzoru nad prostytutką powinno być poruczone oddzielnemu zarządowi kolegialnemu (Komitetowi) pod zwierzchnictwem społecznych instytucyi miejskich lub urzędów je zastępujących. Komitetowi podlega tak służba lekarska jak i administracyjna.

40) Praca lekarzy—rewidentów powinna być odpowiednio wynagrodzona przez rząd lub instytucje miejskie. Wszelkie rachunki pieniężne z tytułu wynagrodzenia za rewizye pomiędzy lekarzami a prostytutkami lub utrzymującymi domy tolerowane są wzbronione.

41) W domach tolerowanych należy zwracać bacniejszą niż dotąd uwagę na warunki i urządzenia zdrowotne. Byłoby pożądane ustanowić pewną obowiązującą normę w tym względzie.

42) Zgromadzenie domów tolerowanych w jednym oznaczonym miejscu jest bardzo dogodne dla wypełniających nadzór, lecz z drugiej strony takie ześro-

kowanie jawnych przytułków rozpusty oddziaływa demoralizująco na ludność okoliczną, a zarazem sprzyja większemu rozwojowi tajnych przytułków nierządu w bardziej oddalonych częściach miasta.

43) Z zasady domy tolerowane nie są pożądane, lecz pod warunkiem istnienia dobrego nadzoru mogą być tolerowane do czasu, w którym zaprowadzona zostanie ogólna poprawa kontroli nad prostytutucją.

44) W domach tolerowanych powinny być bezwzględnie wzbronione: sprzedaż trunków, zabawy wszelkiego rodzaju (tańce, muzyka, śpiewy i t. p.) oraz reklamy zewnętrzne (latarnie i t. p.).

45) Prostytutki ciężarne powinny być, o ile można, wcześniej wydalone z domów tolerowanych.

46) Istniejące i znane policyi tajne przytułki nierządu właściwiej będzie nazywać przytułkami pod nadzorem będącymi.

47) Otwieranie t. zw. „domów schadzek“ lub pokoiów sekretnych nie powinno być dozwolone.

48) Kąpiele parowe ogólne nie powinny być miejscem nierządu.

49) Gospodynie utrzymujące pokoje dla prostytutek powinny podlegać nadzorowi na równi z utrzymującymi domy tolerowane.

50) Nad prostytutkami oddzielnie mieszkającymi, chorem na przymiot, powinien być ustanowiony nadzór bardzo staranny.

51) W czasie jarmarków nadzór nad prostytutkami powinien być wzmożony.

52) W miejscowościach, w których okaże się to możebne, należy powieścić oględziny lekarskie prostytutek kobietom—lekarzom.

53) Leczenie prostytutek przez lekarzy - rewidentów nie powinno być dozwolone.

54) W interesie obyczajności publicznej należy przedsięwziąć środki (o ile się to da), ograniczające prowokację uliczną, uprawianą przez wałęsające się prostytutki.

55) Wszelkie sposoby werbowania kobiet, czyli t. zw. „handel żywym towarem“ powinien być surowo prześladowany.

56) Wychowawcy i pedagogowie powinni wpajać w młodzież zamiłowanie czystości obyczajów i wstrzeźliwości oraz poszanowanie dla kobiety bez względu na jej położenie społeczne.

II. Prostytucja wśród ludności wiejskiej (zamiejskiej).

1) Prostytucja wiejska istnieje przeważnie pod postacią prostytutki tajnej. Jedynie wyjątkowo spotykamy w nielicznych wielkich wsiach i miasteczkach słabo i nie na stałe zorganizowany nadzór nad prostytutkami oddzielnie i w domach tolerowanych mieszkającymi.

2) Tajne i jawne prostytutki wiejskie bywają przypadkowe i zawodowe.

3) Po wsiach spotykamy w znakomitej większości prostytutki okolicznościowe (przypadkowe) i tajne. Kobiety te uprawiają nierząd jako zarobek poboczny obok innego zajęcia stałego. Tego rodzaju nierząd najbujniej się rozwija w wielkich węzłach komunikacyjnych i w miejscowościach przechodu lub gromadzenia się wielkich mas ludności roboczej.

4) Pomiędzy robotnikami obu płci pracującymi wspólnie przy poszukiwaniach górniczych i przemyśle rybnym wytwarzają się nader swobodne stosunki, dochodzące niekiedy do najsłabszej rozpusty, co jednak nie może być uważane za prostytutucję, która zresztą może istnieć obok tego.

5) Zawodowa prostytutka wiejska najbardziej się rozwija: we wsiach handlowo-przemysłowych i fabrycznych, w miejscach większego nagromadzenia i postoju wojsk i w ogóle tam, gdzie warunki życia przybierają charakter życia miast większych. We wsiach zaś z niewielką ludnością napływową, których mieszkańcy przeważnie zajmują się rolnictwem lub warzywnictwem, prostytutka zawodowa prawie nie istnieje.

6) W czasie jarmarków, targów, świąt miejscowych i odpustów liczba prostytutek zwykle się powiększa. Toż samo można powiedzieć o czasowym gromadzeniu się mężczyzn w pewnej miejscowości (pobór miejscowy, ćwiczenia i rewie, obozy, ładowanie karawan, statków, spławianie drzewa i t. p.).

7) W niektórych miejscowościach partie koczujące złożone z 3—5 prostytutek przenoszą się z jednego jarmarku na drugi lub do tych miejsc, w których w pewnym czasie zapotrzebowanie prostytutek jest większe.

8) Z powodu dość wysokiego procentu zachorowań przymiotowych wśród prostytutek wiejskich (pomiędzy aresztowanymi za tajną prostytutką było 16% chorych na przymiot) i prawie zupełnego braku nad nimi kontroli niebezpieczeństwo, jakie stąd dla zdrowia publicznego wynika, jest niewątpliwe i znaczne.

9) Wpływ prostytutki wiejskiej na szerzenie się przymiotu bywa stwierdzony nie tylko zeznaniami chorych, wskazujących prostytutkę wiejską jako źródło zarażenia, lecz i przeważającą liczbą zarażeń płciowych wśród ludności wiejskiej.

10) prostytutka wiejska — jako zjawisko stosunkowo nowe — mało była dotąd badana; posiadane o niej wiadomości są skąpe i urywkowe. Dlatego przede wszystkim zaleca się: dokładniejsze jej zbadanie i największa ostrożność przy wyborze środków w zaradczych, które powinny się stosować nie tylko do istniejących przepisów prawnych, lecz i do warunków miejscowych.

11) Główniejsze środki zaradcze są następujące: a) wprowadzenie stałego prawidłowego nadzoru nad prostytutką we wsiach, w których ona istnieje, b) nadzoru czasowego w miejscowościach i w czasie tłumnego zgromadzenia ludzi, c) zorganizowanie i uprzywilejowanie leczenia szpitalnego dla prostytutek chorych na przymiot i choroby weneryczne.

12) W miejscach postoju wojska, nie posiadających ani ziemskich ani wiejskich lekarzy; ogłędzin prostytutek powinni dokonywać lekarze wojskowi i wolno-praktykujący za wynagrodzeniem z funduszy instytucji ochrony zdrowia publicznego. W zakładach fabrycznych i przemysłowych obowiązek ogłędzin może być poruczony lekarzom tych zakładów.

13) Liczba lekarzy i szpitali we wsiach, osadach, miasteczkach i t. p. powinna być powiększona, zwłaszcza w guberniach nie posiadających ziemstw.

12. O znaczeniu stacyi leczniczych w sprawie leczenia przymiotu.

1) Zaprowadzenie prawidłowej rejestracji chorych, leczących się w zakładach wód mineralnych i stacyach leczniczych, należy uznać za środek niezbędny.

2) Wzory takiej rejestracji powinny obejmować wszystkie dane, odnoszące się do choroby, jej przebiegu, powikłań, leczenia i wyniku tegoż, z pominięciem jednakże nazwiska chorego wenerycznego i numeru jego biletu sezonowego, jak tego słusznie zachowanie tajemnicy chorego wymaga.

3) Przygotowanie szematów potrzebnych do rejestracji i statystyki i dostarczenie ich lekarzom zdrojowym należy do zarządów zakładów zdrojowych.

4) Rejestracja w sposób powyższy zaprowadzona zgromadzi niewątpliwie cenny materiał naukowy, który odpowiednio opracowany może się bardzo

przyczynić do rozwoju i udoskonalenia środków balneologicznych i całego aparatu leczniczego i higienicznego danej miejscowości leczniczej. Dlatego lekarze zdrojowi we własnym moralnym i materyalnym interesie powinni się zobowiązać do dokładnego prowadzenia rejestracji chorych.

5) Celem uprzystępnienia leczenia zdrojowego dla mniej zamożnych i niezamożnych chorych niezbędne jest powiększenie liczby kąpeli ulgowych i bezpłatnych co przynajmniej w zakładach rządowych nastąpić by powinno; dla biednych chorych przymiotowych należy wydawać, w miarę rzeczywistej potrzeby, leczenie balneologiczne bezpłatnie.

6) W tym samym celu byłoby bardzo pożądaną zakładanie szpitali we wszystkich stacyach leczniczych, gdzie leczą się syfilitycy, na podobieństwo szpitala istniejącego przy wodach mineralnych w Busku *).

7) Dla włościan i robotników, a w szczególności chorych na przymiot, byłoby bardzo pożądaną: urządzać przy zdrojowiskach tanie mieszkania kosztem rządu, instytucji społecznych lub dobroczynnych. Takie mieszkania nie powinny nosić żadnych nazw specjalnych, odznaczać się możliwie taniem utrzymaniem i urządzeniami, któreby pozwalały pożytkować pracę lżej chorych na korzyść zakładów zdrojowych, lecz bez uszczerbku w ich leczeniu.

8) Urządzenia zdrojowisk i stacji leczniczych powinny być pod względem sanitarnym i higienicznym wzorowe. Zarząd lekarski powinien być dostatecznie zaopatrzony w środki zabezpieczające swych gości kuracyjnych od wszelkich niekorzystnych wpływów, chorób zaraźliwych i innych.

9) W zakładach odwiedzanych przez chorych przymiotowych należy — dla zabezpieczenia ludności miejscowej i okolicznej od zarażenia przymiotem — poruczyć służbę policyjno - lekarską i kontrolę prostytucji jednemu stałemu lekarzowi.

Po ukończeniu robot programowych, zjazd wydał jeszcze następujące postanowienie.

Ze względu na to, że wydawnictwa popularne dla ludu stanowią jeden z najważniejszych środków walki z przymiotem, zjazd uznaje za niezbędne starać się o pozwolenie, aby książki popularne o higienie, chorobach zaraźliwych w ogólności, a o przymiocie w szczególności mogły być zaprowadzone w bibliotekach i czytelnich ludowych.

U w a g a. Przepisy dotyczące się przymiotu i chorób wenerycznych na drogach żelaznych nie mogły być pomieszczone w niniejszym zbiorze, lecz zostaną ogłoszone później w zbiorze prac zjazdu.

Zamknięcie zjazdu syfidologów nastąpiło dnia 23 stycznia (4 lutego) r. b. i miało charakter bardzo uroczysty. Dyrektor departamentu lekarskiego L. T. RAGOZIN wyraził lekarzom najwyższe uznanie i podziękę za ich sumienną pracę i zakończył swą mowę życzeniem, aby lekarze, powróciwszy do miejsc swojej działalności, urzeczywistnili i wprowadzili w życie to, co na zjeździe przez nich opracowane i postanowione zostało.

*) Szpital ten bez żadnej zapomogi rządowej a jedynie z ofiarności leczącej się u wód publiczności i pomocy zarządu wód utrzymuje w ciągu 4 letnich miesięcy po 75—80 chorych dziennie, którzy za stosunkowo bardzo niską opłatę (73 lub 43 kop. dziennie), a niektórzy zupełnie bezpłatnie, otrzymują wygodne i czyste mieszkanie, zdrowe jado, pomoc lekarską i leczenie tak balneologicznymi jak i aptecznymi środkami.

Prof. KAPUSTIN (Kazań) zaznaczył między innemi w swej mowie, że zjazd ubiegły wyróżniał się jedną ogólną a piękną cechą, a tą było: wysoce humanitarne uwzględnienie praw jednostki. Myśl ta — jak nitka przewodnia — ujawniała się we wszystkich dyskusjach i orzeczeniach zjazdu. Dobro ogólnie - społeczne starano się pogodzić z interesem chorego, czy to mężczyzny, czy też kobiety. W najtrudniejszych zadaniach zawsze troszczono się o to, aby jednostka nie doznała ucisku, aby godność człowieka nie została dotknięta i obrażona.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— NICOLAS badał aglutynacyjne własności surowicy krwi chorych na błonnicę i otrzymał wynik ujemny. Odczyn aglutynacyjny występuje natomiast bardzo wyraźnie, jeżeli działać na świeżą hodowlę surowicą chorych, którym zastrzykiwano surowicę przeciwbłoniczą; własność aglutynacyjną posiada ta surowica nie dłużej jak 2—4 tygodni po zastrzyknięciu. (Soc. de Biologie S. 30. I. 1897).

— STRAUS, podając królikom i świnkom morskim wewnątrz hodowlę lasecznika gruźlicy ludzkiej lub ptasiej, otrzymał następujące wyniki. Świnki morskie po spożyciu hodowli gruźlicy ludzkiej zapadały na gruźlicę

kiszek, a niekiedy i płuc; w wypróżnieniach znajdowano laseczniki na początku doświadczeń oraz gdy gruźelki w kiskach zaczęły się rozpadać. Po spożywaniu hodowli gruźlicy ptasiej świnki, pozostawały zdrowe, a gdy je zabijano, znajdowano wewnątrzności prawidłowe czasami zaś oddzielne gruźelki na kiszce ślepej. Króliki po spożyciu hodowli gruźlicy ludzkiej lub ptasiej nie zapadają na zółtowię, po zabiciu zaś znaleźć można nieznaczne gruźelki w kiszce ślepej lub w wyrostku robaczkowym. Doświadczenia te świadczą o różnicy między lasecznikiem gruźlicy ludzkiej a ptasiej. (Arch. de méd. exp. et d'anat. path. X. 1896).

Wiadomości bieżące.

— Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego Antoni GLUZIŃSKI i Ludwik RYDYGIER mianowani zostali profesorami na Uniwersytecie we Lwowie.

— Kol. MŁOČKOWSKI Wacław został mianowany lekarzem miejscowym szpitala Dz. Jezus.

— Rada miasta Paryża wyznaczyła 1000 franków na urządzenie laboratorium w celu zdjęć fotograficznych według sposobu RÖNTGEN'a przy chirurgicznym oddziale w szpitalu BICHAT.

— W Berlinie nakładem M. PRIBER'a ukazało się nowe czasopismo p. t. „Zeitschrift für Criminal-Anthropologie, Gefängniswissenschaft und Prostitutionswesen“. Czasopismo ukazywać się będzie zeszytami; 6 zeszytów stanowić będzie jeden tom. Cena tomu 20 marek.

— W ciągu ostatniego dziesięciolecia liczba studentów medyków w Stanach Zjednoczonych Północnej Ameryki po-

większyła się z 10,600 na 17,600; wobec tego setki lekarzy corocznie przestaje się zajmować medycyną dla braku praktyki.

— Na drogach żelaznych mają zacząć kursować specjalne wagony sanitarne z łózkami i aptekami. Przy każdym takim wagonie ma być felczer lub student z wydziału lekarskiego.

— Zarząd miasta Phoenix w Stanie Arizona ogłosił, że każdy, kto splunie na chodnik na ulicy, zapłaci kary 10 dolarów.

— Baronowa HIRSCH niedawno ofiarowała 80000 funtów sterlingów na budowę szpitala na Rivierze dla dzieci dotkniętych gruźlicą.

— W Wiedniu latem r. b. ma być urządzona międzynarodowa Wystawa nowych wynalazków. Na wystawie będzie osobny oddział dla higieny i medycyny.

APTEKA

E. GESSNERAAleja Jerozolimska 27 róg Kruczej
w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi	0,03
" " "	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,10
" " "	0,10 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,15
" " "	c. balsam. tolutan aa
" acid. arsenicos	0,001
" aloes	0,10
" balsam. peruyiani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen.
	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05
" " "	muriatici 0,05
" " "	sufurici 0,05
" extr. cascar. sagrad. fluid.	0,5
" " hydrast. canadens. fluid.	0,5
" " rhei comp.	0,05
" " rhei simpl.	0,05
" Valerianae spir.	0,10
¹⁾ Dragées ferri albuminati	0,05
" " carbonici-Blauidii minor aa	10,00 =
	100
" " " Blauidii major aa	15,00 =
	100
" " Valleti	
" " dialisati peptonati	0,05
" " lactici	0,05
" " oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pill.	
" guajacoli	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " "	0,05 c. extr. belladonnae 0,01
" ichtyoli	0,05
" jodoformii	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	0,5 c. morph. muriat. 0,004
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)
" picis	0,05
" Kreosoti Carbonici	0,05
" Guajacoli Carbonici	0,05
" Blauidii minor. c. acid. arsenic.	0,001
" Camphor. bromat	0,05
" Guajacol	0,05 c. extr. belladon 0,001
" " "	0,10 c. codaini 0,10
" jodoformii	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	c. extr. belladon 0,001
" hydrastinini hydrochlorici	0,025

¹⁾ Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CIEPLICE
TRENCZYŃSKIE.
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Kąpiele siarczane od 27°—31° R. na Węgrzech, w Małych Karpatach, 20 minut drogi od stacyi Tepla-Trencsin-Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe i natryski wzorowo urządzone, skuteczne w artrytyzmie, reumatyzmie, cierpieniach nerwowych, obwodowych i centralnych, cierpieniach skóry, obrażeniach kości i t. p.

Do masażu personel wyćwiczony. Mieszkania od 50 ent. do 3 zlr. za dobę. Lecznica, teatr, koncerty. Kuchnia wykwintna. Woda do picia z górskich źródeł.

Sezon od 1-go maja do końca września.

W maju i wrześniu za 3 zlr. mieszkanie i stół. Dyrekcya Kąpielowa rozsyła prospekty bezpłatnie. Broszura D-ra Filipkiewicza do nabycia w celniej-szych księgarniach.

Księgarnia E. WENDY i Sp.

Krakowskie-Przedmieście 9.

Otrzymała na skład główny dzieło:

Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas 1831 do 1890 włącznie.

Cena rs. 3.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 117 i Bielańska 5.

Zamówienia listowne są załatwiane

odwrotną pocztą

Nowe katalogi ilustrowane franko.

NOWSZE DZIEŁA

Staraniem i nakładem Wydawnictwa Dział Lek. Polskich

wyszły w Krakowie:

1. HYDROTERAPIA

przez Doc. D-ra St. Smoleńskiego

II wydanie powiększone cena 2. zlr. 50.

2. GIMNASTYCZNE LECZENIE CHOROÓB NIEWIEŚCICH

przez D-ra Wł. Haraiewiczza, cena 40 ct.

Nabyć można we wszystkich księgarniach, oraz
w Administracji Wydawnictwa Kraków
Floriańska 13.