

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO 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 za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 39.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do morfologii i biologii zarazka dżumy, podał Wł. Palmirski. — Zapalenie nerwu kulszowego, nerwoból kulszowy i histerya. Nowy objaw różniczkowy oraz kilka uwag o powyższych cierpieniach, napisał Maksymilian Biro. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 59. O bakteriologicznych różnicach 2 przypadków *pieclae nostralis*. 60. O leczeniu gruźlicy i innych chorób zakaźnych oksytoksynami. 61. Leczenie zakażenia połogowego zapomocą surowicy Marmorka. 62. O patologii grasicy. 63. Wyniki karmienia grasicą przy wolu. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 30 marca r. b. — Z 18-go Zjazdu balneologów w Berlinie. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Palmirski — Sur le bacille de la peste bubonique. 2) D-r M. Biro — La névrite et la névralgie du grand nerf sciatique; leur relation avec l'hystérie. Un nouveau symptôme différentiel.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Palmirski — Ueber den Bacillus der Bubonenpest. 2) D-r M. Biro — Ueber das Verhältnis der Entzündung des Ischiadicus und der Ischias zur Hysterie. Ein neues differenziell-diagnostisches Symptom nebst einigen Bemerkungen über die obengenannten Krankheitszustände.

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

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Przyczynek do morfologii i biologii zarazka dżumy,

podał WŁ. PALMIRSKI.

Dokładne opisy epidemii dżumy, jakie nawiedzały niejednokrotnie Europę, sięgają nawet czasów Tucydidesa. Dają nam one nietylko opis kliniczny i zmiany anatomo-patologiczne, lecz i poniekąd wyświetlają etyologię tej choroby. W ostatnich czasach, kiedy dżuma ze swej pierwotnej siedziby została zawleczona do Hong-Kongu i Bombaju i zjawiała się możliwość dostania się jej do Europy, zainteresowały się nią szersze koła badaczy.

W 1894 r. KITASATO, uczeń KOCH'a i YERSIN, uczeń PASTEUR'a, pracując niezależnie jeden od drugiego podczas epidemii w Hong-Kongu, wykryli swoistego lasiecznika dżumy.

Zawdzięczając Sz. prof. M. NENCKIEMU, który łaskawie udzielił mi hołdowi zarazka dżumy, miałem możność zapoznać się z morfologicznymi jego

własnościami. Przy tej sposobności podam zdobycze ostatnich prac KITASATO'a, YERSIN'a, KOLLE'go i innych badaczy w sprawie własności biologicznych zarazka, samej istoty dżumy oraz środków zapobiegawczych i leczniczych, osiągniętych na tem polu.

Jednym z najcharakterystyczniejszych objawów dżumy jest silne obrzmienie gruczołów pachwinowych (dymienice), rzadziej pod pachą lub gdzieindziej w połączeniu z gorączką i bredzeniem. Objawy te poprzedzane bywają przez kilkodniowe osłabienie i przygnębienie. Dymienice szybko się powiększają, osiągają niekiedy wielkości jaja kurzego, miękną i przechodzą w ropienie.

Badając pod drobnowidzem ropę, wyciekającą z dymienic, KITASATO i YERSIN znajdowali w niej oprócz ciałek ropnych, rozpadu komórkowego, czerwonych ciałek krwi, powstałych z wybroczyn, i liczne małe laseczniki.

Z mięszu tych właśnie dymienic, a w ciężkich przypadkach i ze krwi chorych na dżumę, badacze omawiani otrzymywali czystą hodowlę zarazka.

Zarazek dżumy przedstawia się to pod postacią krótkich laseczek z końcami zaokrąglonymi, to pod postacią diplokoków, koków lub nitek, których rozczłonkowania nie można rozpoznać. Im starszą hodowlę badamy, tem więcej znajdujemy postaci uwsteczniionych. Średnia długość zarazka wynosi 1 μ , szerokość $\frac{1}{2}$ μ . Omawiany zarazek obdarzony jest rzęskami, wskutek czego w kropli wiszącej widzimy dość szybkie ruchy postępowe.

Według KITASATO'a i YERSIN'a zarazek posiada otoczkę, z czem zgadza się najzupełniej ZETTNOW. Co się zaś tyczy barwienia, to barwi się dobrze zwykłymi barwnikami anilinowymi, przytem należy zauważyć, że niekiedy konce lasecznika barwią się silniej, niż środek, który przy słabem barwieniu może pozostać niezabarwiony. Wskutek tej własności zarazek dżumy według KOLLE'go zbliża się do zarazka cholery kur, drobnoustroju nieszkodliwego dla rodu ludzkiego; nie barwi się on zaś według metody GRAM'a.

Zarazek ten rośnie dobrze na zwykłych podłożach. Hodowla na agarze glicerynowym przedstawia się pod postacią obfitego, błyszczącego, białoszarawego nalotu; na zwykłym agarze rośnie słabiej. Hodowle na żelatynie mają wygląd gwoździa o główce płaskiej, barwy białoszarawej również błyszczącej; żelatyny nie rozrzedzają. Rozpatrując kolonie na płytkach żelatynowych, możemy zauważyć, że głębsze przedstawiają się pod postacią małych punkcików szarawych, powierzchnne zaś—szarawych guziczków. Pod drobnowidzem kolonie są ziarniste, brzegi ich równe. Na bulionie zasadowym rozwój jest słaby, lecz charakterystyczny; już po 24 godzinach tworzą się kłaczki, opadające na dno, przyczem płyn pozostaje przezroczysty. Na bulionie z cukrem gronowym wzrost jest silniejszy. Czy zarazek dżumy wytwarza zarodniki, KITASATO i YERSIN stanowczej odpowiedzi nie dają.

Na czynniki zewnętrzne jest on bardzo niewytrzymały, ciepłota 58° C. zabija go już po kilku godzinach, 100° C. — po kilku minutach.

Jadowność zarazka dżumy w działaniu na zwierzęta bywa różna, lecz zapomocą szeregu przeszczepień możemy otrzymać hodowlę o stałej jadowności dla danego gatunku zwierzęcia, tak np. hodowla, zabijająca stale mysz w ciągu 2 dni, zaszczepiona śwince morskiej potrzebuje dłuższego czasu do zabicia tejże. Po kilku przeszczepieniach na świnkach hodowla taka będzie zabijała świnkę stale w oznaczonym czasie, lecz za to utraci swoją siłę odnośnie do myszy, odzyskując ją dopiero po kilku przeszczepieniach z myszy na mysz.

Jeżeli do ranki zwierzęcia na skórze wetrzemy niewielką ilość hodowli, pada ono dopiero po kilku dniach. Zwierzęta podczas choroby zaprzestają jeść, siedzą nieruchomo, włos mają najeżony i po upływie kilku dni zdychają. Badanie bakteriologiczne wykazuje obecność laseczników we krwi, gruczołach, narządach wewnętrznych i w obrzęku w miejscu zakażenia; ze zmian anatomo-patologicznych widać przekrwienie kiszek, nerki zastoinowe, obrzmienie wątroby i śledziony, która może być usiana jakby gruzelkami i powiększenie gruczołów chłonnych, szczególnie leżących w pobliżu miejsca zakażenia. Wstrzykując hodowle dżumy do otrzewnej lub żyły, wywołujemy śmierć zwierzęcia po 24—48 godzinach. Przy szybkim przebiegu zakażenia zmiany anatomo-patologiczne, jak wykazał KOLLE, są niewielkie; ograniczają się one przeważnie do powiększenia i przekrwienia gruczołów chłonnych.

Jeżeli zarażamy zwierzęta hodowlą przez czas dłuższy hodowaną w pracowni, otrzymujemy te same zmiany anatomo-patologiczne, co i u człowieka. Śmierć opóźnia się, świnki i szczury padają nawet po upływie 2 tygodni. Znajdujemy wtedy gruczoły silnie powiększone z silnymi wybroczynami, niektóre nawet zropiałe. Zarazek możemy wyhodować ze krwi, gruczołów i narządów wewnętrznych. KOLLE zarażał szczury i myszy, karmiąc je hodowlą; próby zarażania przez wdychanie nie doprowadziły go do wniosków stanowczych. Należy jeszcze zauważyć, że zwierzęta zdrowe, będąc pomieszczone razem z chorem, ulegają zarażeniu. Choroba zatem nie tylko daje się szczepić, lecz przenosi się przez obcowanie. Doświadczenia na zwierzętach wyjaśniają nam istotę samej choroby.

Określając bliżej istotę dżumy, możemy powiedzieć, że mamy do czynienia z zapaleniem wielu gruczołów chłonnych, które prowadzi najczęściej do posocznicy swoistej, wskutek której następuje śmierć. O tym charakterze choroby możemy przekonać się, badając skrawki zabarwione z gruczołów chłonnych i narządów wewnętrznych.

Zarazek dżumy roznosi się w ustroju człowieka przez naczynia chłonne i krwionośne, których światło, szczególnie naczyń włosowatych, bywa niekiedy zatkane przez te drobnoustroje. Sądząc z rozpowszechnienia zarazka w ustroju, rozpoznanie dżumy nie jest trudne.

W przypadkach zwykłych wystarcza badanie drobnowidzowe dymienic, w ciężkich, jak to wykazał KITASATO,—krwi. W tem miejscu należy nadmienić, że niekiedy rozpoznanie utrudniają paciorkowce, występujące obok laseczników dżumy. AOYAMA wykazał, że jeżeli u dotkniętych tem cierpieniem gruczoły chłonne przechodzą w ropienie, to choroba staje się zakażeniem mieszanem. Wtedy możemy wykryć paciorkowce nie tylko w zropiałych gruczołach, lecz i we krwi. Drobnowidzowo łatwo je odróżnić, barwiąc preparaty zapomocą metody GRAM'a; paciorkowce utrzymują zabarwienie, podczas gdy zarazki dżumy odbarwiają się.

Ważną jest również rzeczą, w jaki sposób dostaje się zarazek dżumy do ustroju człowieka.

Doświadczenia na zwierzętach oraz spostrzeżenia KITASATO'a, YERSIN'a i AOYAMA'y przemawiają za przenikaniem zarazka do ustroju przez rany w skórze lub przez przewód pokarmowy. Pierwsze przypuszczenie potwierdzają spostrzeżenia na grabarzach chodzących boso po ziemi, zanieczyszczonej wydzielinami zadżumionych; zjawiają się u nich najprzód bóle w łydkach, a następnie dymienice w pachwinach, u dzieci zaś, które jeszcze nie chodzą, dymienice najczęściej ukazują się na szyi.

Za drugim przypuszczeniem przemawiają badania bakteriologiczne WILM'a, który znalazł laseczники dżumy w nalocie na języku i w kale zadżumionych. Pośrednikami w roznoszeniu zarazy mogą być pchły, pluskwy, muchy i inne owady, które przypadkowo przebywały na ludziach zadżumionych lub zwierzętach dotkniętych tą chorobą.

Roznosicielami zarazy mogą być również szczury i myszy, u których gwałtownie szerzy się ta zaraza, poprzedzając epidemię u ludzi w danej miejscowości. Chcąc wyjaśnić to zjawisko, badał YERSIN ziemię, pochodzącą z miejscowości, dotkniętych dżumą. Badając ją podczas i po epidemii stale znajdował zarazek zupełnie podobny do właściwego lasecznika dżumy, lecz mniej od niego jadowity. Zarazek ten, jak się okazuje, stale może się w ziemi znajdować, zachowując swe własności chorobotwórcze. Temu zarazkowi przypisuje YERSIN zarazę u szczurów, poprzedzającą wszystkie epidemie dżumy, jak również powracanie epidemii rok rocznie w niektórych miejscowościach.

Wszystko to, co dotąd mówiliśmy, tłumaczy nam zarażanie się osobników i szerzenie się zarazy, lecz nie wyjaśnia jeszcze w zupełności powstawania epidemii i jej natężenia. Wobec możliwości dostania się dżumy do Europy wspomnę chociaż w kilku słowach o środkach zapobiegawczych i leczniczych, stojących w związku z wykryciem zarazki, ponieważ dawne sposoby leczenia z powodu swej nieskuteczności nawet nie zasługują na wzmiankę. Nowym tym środkiem jest surowica koni uodpornionych przeciwko zarazkowi dżumy. Początkowo badania w tym kierunku były przedsięwzięte przez CALMETTE'a i BORREL'a pod kierunkiem ROUX'a, następnie prowadził je YERSIN po powrocie z Hong-Kongu w 1894 r. Uodparnianie odbywa się przez zastrzykiwanie koniom do żył czystej hodowli agarowej. Po trzech miesiącach uodparniania można już otrzymać surowicę, która posiada własności lecznicze i zapobiegawcze u zwierząt.

Z prac YERSIN'a wiemy dotąd, że w Kantonie i w Amoy stosował on surowicę w 26 przypadkach, z których 2 tylko zakończyły się śmiercią.

Z dotychczasowych prób z 1895 r. dowiadujemy się, że im wcześniej stosuje się surowicę przy dżumie, tem jest ona skuteczniejsza. Jeżeli leczenie jest opóźnione, trzeba wstrzykiwać surowicę w większych ilościach.

Jednym również z dowodów skuteczności surowicy jest szybki powrót do zdrowia osób leczonych, gdy w zwykłych razach trwa on nader długo. Chorzy leczeni surowicą uskarżali się niekiedy na silne bóle w miejscu zastrzyknięcia, które jednak szybko znikwały. Obecnie YERSIN stosuje w Indjach surowicę nie tylko w celu leczniczym lecz i zapobiegawczym; o wynikach tych prób nie omieszkam zawiadomić Sz. czytelników w swoim czasie.

Również ważną sprawą są próby zabezpieczania ustroju ludzkiego od dżumy zapomocą szczepień hodowli pod skórę. HAFKIN, przygotowując swe szczepionki w ten sam sposób jak i szczepionki cholery, próbował ich na ludziach, o ile wiadomo, z dobrym skutkiem. KOLLE, wstrzykując szczurom i świnkom morskim hodowlę ogrzewaną przez kilka godzin przy 65° C., zabezpieczał je od dawki śmiertelnej nawet po 16 dniach od chwili zaszczepienia. Człowiek reaguje na podskórne zastrzyknięcie zabitej dżumy (hodowla agarowa w 2 cm. sz. bulionu i dodatkiem 1% fenolu) miejscowo i ogólnie; występuje gorączka, bezsilność, brak apetytu, obrzęk bolesny w miejscu zastrzyknięcia i t. d. Są to zdobycze naukowe najświeższe, z niemi powinniśmy stać się do walki, jeżeliby dżuma zawitała do nas.

Słuszną robi uwagę Roux, że dżuma, gdyby nawet ukazała się w Europie, nie znajdzie już prawdopodobnie warunków dawniejszych, sprzyjających szerzeniu się epidemii, dzięki wysokiej cywilizacji państw europejskich i stosowaniu przepisów higieny, o których doniosłości przekonał się podczas ostatniej epidemii cholery.

W pracy tej pominąłem część historyczną; znajdu ją Sz. Czytelnicy wraz z opisem samej choroby w pracy kol. DĄBROWSKIEGO pod tytułem „Dżuma“.

L I T E R A T U R A.

1) KITASATO — Preliminary notice of the bacillus of bubonic plague Hong-Kong. 1844. 2) YERSIN — La peste bubonique à Hong-Kong. Annales de l'Institut Pasteur. 1894. 3) YERSIN, CALLMETTE et BORREL — La peste bubonique. Annales de l'Institut Pasteur. 1895. 4) AOYAMA — Mittheilungen der Kaiserlich-Japanischen Universität zu Tokio. Bd. III. 1896. 5) YERSIN — Sur la peste bubonique (séro-thérapie). Ann. de l'Inst. Pasteur 1897. 6) MONOD — Le remède de la peste. Sem. méd. 1896, Nr. 40. 7) ZETTNOW — Beiträge zur Kenntniss des Bacillus der Bubonenpest. Zeit. f. Hyg. und Inf. - krank. Bd. XXI. 8) PETRI — Zum gegenwärtigen Stand der Pestfrage. Deut. Med. Woch. 1897. Nr. 6. 9) KOLLE — Zur Bacteriologie der Beulenpest. Deut. Med. Woch. 1897. Nr. 10. 10) W. DĄBROWSKI — Dżuma. Gazeta Lekarska. 1897 r. Nr. 15, 16 i 17. 11) ROUX — Ueber die Bubonenpest und ihre Serumbehandlung. Therap. Woch. 1897 Nr. 5. 12) J. PRUSZYŃSKI — O zarazku dżumy. Gaz. Lek. Nr. 21. 1897.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

Zapalenie nerwu kulszowego, nerwoból kulszowy i histerya.

Nowy objaw różniczkowy

oraz kilka uwag o powyższych cierpieniach

napisał Maksymilian Biro.

(Dokończenie.—Zob. N. 21).

Po wyłączeniu wszelkich cierpień powyższych pozostaje nam rozstrzygnięcie sprawy, czy nasze przypadki poczytywać należy za wyraz zapalenia, czy też nerwobólu nerwu kulszowego. Przypadki, jakie przedstawiłem, przebiegały z wyraźnymi objawami cierpienia nerwu kulszowego, a pozatem z zakłóconymi odruchami Achillesa, zmianami odżywczemi i zmienionem oddziaływaniem elektrycznem. Ostatnie trzy cechy wyraźnie przemawiają w danym razie za stanem nerwu zapalnym. W jakich razach można byłoby obstawiać za nerwobólem, określić trudno. Z naszych przypadków poliklinicznych wynika, że jedyną cechą przedmiotową, która częściej bywa przy nerwobólu nerwu kulszowego, niż przy zapaleniu tego nerwu są punkty bolesne. Zjawiają się one w 84% przypadków nerwobólu, a w 42%—zapalenia. Zmiany czucia ilościowe zdarzają się natomiast rzadziej przy nerwobólu, niż przy zapaleniu; w chorobach pierwszej kategorii napotyka się one w stosunku 5%, w drugiej

zaś w 50% przypadków. Zanotujemy, że najczęściej zjawia się punkt bolesny pojedynczy i to przeważnie na pośladku (5% przypadków), inne bywają sporadycznie, pojedynczo lub grupami na rozmaitej wysokości nerwu, różnie się kombinując. Gdy obok innych cech, nie przemawiających za zapaleniem, nie znajdujemy zmian czucia ilościowych a natomiast wyraźne punkty bolesne, możemy raczej obstawiać za nerwobólem, niż za zapaleniem nerwu. Czynić to możemy o tyle, o ile rzeczywiście należy przypuszczać, że istnieją dwie postacie cierpienia nerwu kulszowego, że prócz zapalenia tego nerwu istnieje nerwoból. Inne bowiem dane na korzyść dwu postaci nie przemawiają. Nerwoból i zapalenie nerwu kulszowego częściej zdarzają się u mężczyzn, niż u kobiet. Kobiety stanowią 30% ogółu chorych, dotkniętych zapaleniem nerwu kulszowego, a 35% z pośród cierpiących na nerwoból. Zapalenie nerwu kulszowego jako też nerwoból częściej napastują kończynę lewą niż prawą. Nerwobóle lewostronne stanowią 61% nerwobólów kulszowych, a zapalenie nerwu zjawia się po lewej stronie w 56% ogółu danych przypadków. Każde z obu tych cierpień ukazuje się przeważnie w wieku średnim (pomiędzy 31 a 50 rokiem życia). Kobiety chorują na nie może w późniejszych nieco latach, niż mężczyźni (kobiety najczęściej około 50 roku, mężczyźni pomiędzy 40 a 45 rokiem). Powyższe dane ilościowe co do ukazywania się obu tych cierpień po lewej stronie, trapienia przeważnie mężczyzn, zjawiania się w jednym i tym samym prawie okresie życia są ciekawe same przez się, lecz obok tego mają znaczenie ogólniejsze. Ponieważ pod tymi względami istnieją jedne i te same stosunki w obu tych cierpieniach, można przypuścić, że pomiędzy temi chorobami zachodzi pewne powinowactwo. Ostrą linię, odgraniczającą oba te cierpienia, przedstawia, jak wiemy, stan odruchu Achillesa, stan odżywczy pewnych mięśni, jako też oddziaływanie elektryczne. Właściwie linia ta nie jest tak ostra, jak się na pierwszy rzut oka wydaje. Objawy powyższe, wykryte w pewnym przypadku, jakieśmy już mówili, świadczą stanowczo za stanem nerwu zapalnym, lecz brak ich wcale nie dowodzi, że zapalenia niema i że istnieje tylko nerwoból. Może zapalenie nerwu być tak słabe, że objawy te nie występują. Jeśli wszystkie cechy powyższe nie wystarczają do odgraniczenia zapalenia nerwu od nerwobólu, to czyż może być znamienym dla cierpień tych objawem charakter bólu? Ogólnie przyjmują, że przy zapaleniu nerwu ból bywa stały, przy nerwobólu napadowy. Lecz i ten rys nie może być miarodajny. Kto wie, czy charakter bólu stały, bądź napadowy są objawami różnymi jakościowo. Być może, że są to różnice wyłącznie ilościowe. Przy zapaleniach nerwu znajdujemy wyraźne zmiany anatomiczne, przy nerwobólu ich nie wykrywamy. Nie wynika stąd wcale, by one w nerwobólu nie istniały. Może one bywają również przy nerwobólu, lecz w stopniu bardzo nieznacznym. Wobec tego wcale nie jesteśmy zmuszeni godzić się z przypuszczeniem, że napady nerwobólu są wyłącznie skutkiem działania na nerw względnie zdrowy nieprawidłowych bodźców zewnętrznych. Taką teorię stosujemy obecnie do cierpień z dolegliwościami niestałymi, napadowymi. Padaczka, migrena (MOEBIUS) wywołują napady w chwili naładowania w pewnej okolicy ciała zasobu materii, że tak powiem, wybuchowych. Gdy wybuch minie, a materje wybuchowe zostaną zużyte, chory nie miewa napadów, dopóki się nie nagromadzi nowy zapas substancji szkodliwych. Dlaczego jednak przy cierpieniach organicznych również bywają napady, czemu padaczka JACKSON'a również polega na oddziel-

nych napadach, a przy czynnościowej wrzekomo padacze może być *status epilepticus*, dlaczego przy guzach mózgu, leżących w okolicach nawet oddalonych od ośrodków ruchowych mogą zachodzić drgawki od czasu do czasu, a nie ustawicznie? Czy wobec tego koniecznie musimy przypuszczać, że przyczyna napadu padaczki wrzekomo czynnościowej, napadu migrenowego i napadu jakiegokolwiek nerwobólu ma spoczywać wyłącznie poza obrębem ogniska, które wybuchy ujawnia? Możemy z równym prawem przypuścić, że w ognisku wybuchowem istnieją zmiany, wprawdzie niedostępne dla naszych metod badania, że zwykle wytwory przemiany materii przy pewnym stanie tych wytworów, zależnym od czynników zewnętrznych, fizycznych bądź psychicznych, wystarczają do tego, aby wywołać ten lub ów napad odpowiednio do umiejscowienia zmienionej okolicy naszego ustroju. Jeśli ta hipoteza ma rację bytu, wówczas granica pomiędzy zapaleniem nerwu, a nerwobólem przestanie być ostra. Wedle niej nerwoból polega anatomicznie na tych samych zjawiskach, jakie bywają przy zapaleniu nerwu; różnica zmian jest tylko ilościowa a występuje on przy zmianach anatomicznych w nerwie niedostępnych dla naszych metod badania. Czynniki zewnętrzne mogą wywołać wybuch cierpienia przy nieznacznych zmianach w nerwie tylko wówczas, gdy się napiętrzą, przy znacznych zaś wystarczają zwykle zachodzące w ustroju zjawiska przemiany materii, by się bólem ujawnić. Wobec tego przy nerwobólu mamy napady bólu, a zapaleniu nerwu będzie ból towarzyszył stale.

Bez względu, czy się sprawdzi moje przypuszczenie, jakoby postać nazywana nerwobólem kulszowym była tylko słabym stopniem zapalenia nerwu kulszowego, nie może ulegać wątpliwości, że postać zapalenia tego nerwu istnieje. Cierpienie nerwu kulszowego powinno się znajdować w dziale zapaleń z większym nawet prawem, niż w szeregach nerwobólów. Posiadamy pewne cechy, wedle których możemy w niektórych przypadkach owego cierpienia obstawiać za jego charakterem zapalnym (14% przypadków). Istnieje szereg przypadków, w których musimy się wahać, czy zaliczyć je do zapaleń nerwu kulszowego, czy też do nerwobólów (80,4% przypadków). Poza tem zdarzają się okazy wrzekomej rwy kulszowej, które należy uznawać za przypadki histeryi. Do powyższych wniosków doprowadził mnie przegląd 156 przypadków cierpienia nerwu kulszowego. Naturalnie, że moje dane statystyczne należy brać z zastrzeżeniem, jak wszelkie dane statystyki lekarskiej, które dotychczas stale opracowane bywają na zasadzie względnie małego materiału. Dane statystyczne mają tylko wówczas rzetelną wartość, jeśli się trzymamy prawa wielkich liczb. W medycynie będzie to możliwe dopiero wówczas, gdy zamiast ogłaszania wniosków z kilku przypadków, będziemy fakty podawali w specjalnych rocznikach, śpichlerzach faktów, wedle pewnych zasad, w określonych rubrykach, a śpichlerze te będą owem źródłem, z którego badacze będą czerpali materiał dla swych wniosków. Zapewne, że to rzecz nielatwa i na to trzeba dużo czasu oraz ustalenia wielu spraw medycznych. Do owej chwili musimy pozostawiać oddzielnym autorom wyprowadzanie wniosków z nielicznych przypadków i wnioski jednego badacza sprawdzać drogą wyników innych badań.

Z danych poliklinicznych o cierpieniu nerwu kulszowego starałem się wyciągnąć również wnioski inne, o ile materiał na to pozwalał. Udało mi się pod tym względem wyrobić sobie poglądy na chód cierpiących na rwę kul-

szową, na zdarzające się u nich skrzywienie kręgosłupa, w pewnym stopniu na etyologię cierpienia i jego nawroty.

Kto widział wielu chorych z cierpieniem nerwu kulszowego, ten często pozna ich po ruchach. Pokażna część ich utyka na jedną kończynę, a gdy nam ręką wskaże miejsce bólu oraz kierunek, według którego ból się szerzy, wówczas rzadko się pomylimy w rozpoznaniu. Utykający czynią w tym razie wrażenie, jakby się opierali przeważnie na kończynie chorej. Mało ją oni zginają w stawie kolanowym, a prawie stale mają wyprostowaną, używając jej w ten sposób, jak to się zazwyczaj czyni z całą nogą sztuczną, przyprawioną. Większe ruchy można zauważyć w kończynie zdrowej, którą chorzy zginają należycie i wygodniej unoszą. O ile mi się zdaje, takie zachowanie się chorego, jakkolwiek instynktowne, jest celowe. Chorzy unikają w ten sposób ruchów, podczas których długość nerwu chorego może ulegać znacznym zmianom. Ból występuje u nich przeważnie wtedy, gdy nerw ulega wyciąganiu. Najmocniej on dokucza, gdy chorą nogę zginamy w stawie biodrowym dla utworzenia możliwie małego kąta z tułowiem od przodu, a goleń rozginamy, by jej wymiar podłużny stanowił wraz z osią podłużną uda linię prostą; w tych razach chorzy w większości przypadków narzekają na ból bardzo silny (objaw LASSEGUE'a). Taki sam ból występuje, jakem już wspomniał, gdy chory, nie zginając nóg w stawach kolanowych, przegina tułów mocno ku przodowi. Zapewne w celu oszczędzania możliwego wydłużania nerwu niektórzy chorzy (przyp I) podczas chodzenia unoszą piętę kończyny chorej ku górze. Tą drogą mięśnie tylne goleni i nerw kulszowy mniej się rozciągają, niż przy warunkach zwykłych.

Czy ze względu na zmieniony chód, czy też z innych powodów dotknięci cierpieniem nerwu kulszowego miewają niekiedy (9% przypadków) skrzywienie kręgosłupa. Mniejszość posiada (18% moich spostrzeżeń) krzywiznę homologiczną, t. j. wygięcie tułowia, więc i kręgosłupa w stronę chorą, większość (82%)—skrzyżowaną (*scoliose croisée*). Nie podejmuję się wyjaśnienia, w jakiej zależności znajduje się ten lub ów stan kręgosłupa od cierpienia kulszowego: powiem tylko, że żadna z istniejących pod tym względem teorii sprawy nie tłumaczy. Żadnych objawów spastycznych ze strony mięśni grzbietowych (wbrew BRISSAUD'owi i LAMY'emu, a zgodnie z HIGIEREM) nie spostrzegałem, a o jakimkolwiek niedowładzie *m. erectoris trunci* (MANN) strony chorej, ani też o instynktownie powstającym usiłowaniu zmniejszenia ciężaru z ponad kończyny chorej, jako też zmniejszenia napięcia mięśnia krzyżowo-lędźwiowego (*m. sacrolumbalis*) strony chorej dla ochrony zajętego wrzekomo przy rwie kulszowej nerwu czuciowego, przebiegającego przez ten mięsień, mowy być nie może. W jaki bowiem sposób mógłbym wobec tego wytłumaczyć skrzywienie jednoimiennie albo jeszcze więcej—skrzywienie zmienne, stające się czasami jednoimiennem, innym razem skrzyżowaniem czy to zależnie od woli chorego (REMAK), czy też pod wpływem napadu bólu (HIGIER)?

Gdy zagłębiamy do podręczników w celu zapoznania się z etyologią któregośkolwiek cierpienia, uderza nas liczebna strona czynników etyologicznych i ich różnobarwny charakter. Doznajemy takiego samego wrażenia, jak przy czytaniu reklam o zbawiennym wpływie zdrojowiska. Każda miejscowość kąpielowa może być stosowana w legionie cierpień najroz-

maitszych; każde cierpienie może powstać z najrozmaitszych powodów. Bo czyż wymagamy uzasadnienia tego lub owego twierdzenia? Gdzie, być może, istnieje li tylko stosunek następcości, my chętnie znajdujemy związek przyczynowy; wystarcza, aby w kilku przypadkach pewnego cierpienia chory znajdował się w tych lub owych warunkach, miał poprzednio te lub owe dolegliwości, a na karb tych warunków lub dolegliwości już kładziemy winę cierpienia. Istnieje powszechny pogląd, jakoby rwa kulszowa była czasami w jakimś związku z osłabieniem krążenia krwi w jamie brzusznej, więc z rozszerzeniami żylnymi, z żylakami kiszkowymi. Wpływ hemoroidów na powstawanie cierpienia nerwu kulszowego został stanowczo przeceniony. Z naszych chorych bardzo niewielu (mniej niż 7%) miało hemoroidy. Czy można z tego wnioskować o związku hemoroidów z cierpieniem nerwu kulszowego? Żylaki kiszkowe są względnie częstem cierpieniem, ba tak częstem, że większość chorych wcale ich nie uważa za cierpienie. Gdybyśmy każdego chorego, zasięgającego naszej porady, pytali o hemoroidy tak pilnie, jak to zwykle bywa z cierpiącymi na chorobę nerwu kulszowego, to mogłoby się okazać, że mający hemoroidy częściej zapadają na wszelkie inne choroby, niż na cierpienie nerwu kulszowego. Fałszywe wnioski o związku zobopólnym wielu zjawisk chorobowych wynikają bardzo często z mocno zakorzenionego błędu, jaki tkwi w naszym sposobie zbierania danych podmiotowych. Zbyt często zadajemy choremu pytania odpowiednio do przypuszczenia, jakieśmy naprędce wyrobili sobie w umyśle na zasadzie nielicznych faktów przedmiotowych lub podmiotowych i w pytaniach naszych kierujemy się formułkami podanymi przez autorytet. Nie przeczę, że szybkie wnioskowanie ma swe dobre strony, bo wyrabia zdolność oryentowania się, ale muszę wyznać, że może ono się stać źródłem wielkich błędów. Można mieć hipotezę szybko wysnutą, lecz należy się mieć na baczności, by ona z linii wytycznej nie stała się naszym punktem wyjścia. Badanie powinno być prowadzone bez myśli przewodniej, wynikającej z przypuszczalnego z góry rozpoznania; choremu należy zadawać pytania, dotyczące się zaburzeń rozmaitego rodzaju i rozlicznego napięcia, jakie mogą przebiegać w naszym ustroju. Ta droga jest bardziej mozolna, powiem nawet, mniej wrzekomo zręczna, lecz zawsze pewna.

Jeśli tak sceptycznie się zapatruję na związek cierpienia nerwu kulszowego z hemoroidami, to nie mogę bardziej obstawać przy takich czynnikach etyologicznych, jak uraz (15% przypadków), poród (1,5%) i cierpienie zakaźne kiszek (0,75%). Ani słówka nie mogę powiedzieć na korzyść powszechnego względnie twierdzenia o ścisłym związku cierpienia nerwu kulszowego ze sprawami dna wami, miażdżycy naczyń; nie jestem również w stanie obstawać przy poglądzie o ukazywaniu się cukromoczu przy rwie kulszowej. Jeśliby cierpienia nerwu kulszowego miało związek z miażdżycą naczyń, wówczas większość naszych chorych powinna by się rekrutować spośród osób w latach podeszłych. Dane nasze temu jednak przeczą. Zapewne, że niewiele osób może dożyć późnego wieku i z tego względu liczba starców z rwą kulszową może być nieduża. Przy zupełnej zgodzie z powyższą opozycją zapytamy się, czemu większość dotkniętych cierpieniem nerwu kulszowego należy do osób w latach względnie niepodeszłych (31—50), czemu bywa to cierpienie nawet u osób młodych (22 lata). Nikt z naszych chorych na cierpienie nerwu kulszowego

nie był dotknięty chorobą stawów. Jeśliby się tedy nawet okazało, że cierpiący na stawy miewają niekiedy dolegliwości ze strony nerwu kulszowego, to o związku dwóch tych stanów można byłoby mocno jeszcze powątpiewać.

Nie mamy wprawdzie materiału, któryby nam pozwalał wypowiedzieć zdanie o związku z cierpieniem nerwu kulszowego takich objawów dna-wych, jakieby mogło wykazać badanie moczu. Sądzę jednak, że ów związek jest niezmiernie luźny, albo żaden: większość osób ze zmianami w moczu, wskazującymi na cierpienie dnawe, choroby nerwu kulszowego nie przechodzi. Badanie naszych chorych nie wykazało ani razu cukru w moczu. Wobec tego ów cukromocz, wrzekomo zależny od cierpienia nerwu kulszowego, objaw, który akcentują liczne podręczniki, jest również wątpliwą cechą cierpienia nerwu kulszowego. Odwrotnie rzecz się mieć może: niekiedy dotknięci moczówką cukrową mogą cierpieć na zapalenie rozmaitych nerwów, więc i na zapalenie nerwu kulszowego.

„Pomiędzy przyczynami cierpienia nerwu kulszowego zajmuje poważne stanowisko zaziębienie“ (OPPENHEIM); tak przynajmniej zapatruje się większość autorów. Niestety nie wiem, o ile są trwałe zasady, na tle których takie twierdzenie wyrosło. Ileż to cierpień przypisujemy owemu sfinksowi, zwanemu przeziębieniem? Każde porażenie nawet z wyraźnem tłem przymiotowem chory uważa za skutek działania przewiewu, a każdą niemal inną chorobę, o ile nie powstała po urazie lub przyjęciu pokarmu niestrawnego, za wynik przeziębienia. Jeśli chorzy nie pamiętają, czy ulegali wrzekomym zgubnym wpływom czynników atmosferycznych, to i wówczas nie zawahają się powiedzieć, że się chyba przeziębili. Chciałem krytycznie rozebrać wpływ przeziębienia na cierpienie kulszowe. Użyłem w tym celu metody statystycznej opartej na pewnym postulatcie. Zasadą mego rozumowania były dwa fakty. Jeden z nich wyraża myśl: że wpływy przeziębienia są najpotężniejsze podczas pory zimnej i wilgotnej; druga, że o tej porze nawiciej grasują choroby, które według przyjętych zasad bezpośrednio lub pośrednio powstają po przeziębieniu. Jeśli tedy cierpienie nerwu kulszowego jest skutkiem przeziębienia, to i na nie powinno się zapadać przeważnie w czasie zimnym i wilgotnym. Z tego względu według opowiadania chorego o czasie trwania jego choroby do chwili, gdy się do nas zgłosił, określiłem mniej więcej miesiąc, od którego się cierpienie zaczęło; podzieliłem rok na dwa półrocza, jedno z przewagą miesięcy zimnych i wilgotnych, drugie—ciepłych i suchych i określiłem ilość zasłabnięć na nerw kulszowy w każdym z tych półroczy. Tą drogą prawie żadnej różnicy pod tym względem nie znalazłem. Następnie wybrałem dane ilościowe zasłabnięć powyższych w ciągu dwóch najzimniejszych i dwóch najcieplejszych miesięcy i znów przy zestawieniu danych różnicy prawie nie było ³⁾). Zestawiłem wreszcie dane odnośnie do jednego z najzimniejszych miesięcy, w którym liczba zasłabnięć, obchodzących nas w tej chwili, była największa, z danymi miesiąca najcieplejszego i w tym razie również różnicy prawie żadnej nie znalazłem. Drogą tej metody doszedłem do wniosku, że przeziębienie jako czynnik etyologiczny choroby nerwu kulszowego nie ma żadnej roli albo przynajmniej nieznacznej. Być może, że wnioski moje mają war-

³⁾ Od października do marca włącznie 48 przypadków, od kwietnia do września 42, w styczniu i lutym 18, w lipcu i sierpniu 17 przypadków, w styczniu 11, w sierpniu 10.

tość względną wobec nielicznego materiału statystycznego, jakim rozporządzałem, sądzę jednak, że metoda moja mogłaby oddać pewne usługi dla wyświetlenia wpływu przeziębienia na wiele chorób w każdym razie dopóty, dopókiby nie podano lepszej, niż dotychczasowa, oparta na naiwnych przypuszczeniach i frazesach chorych.

Wobec moich danych sprawa etyologiczna cierpienia nerwu kulszowego jest dotychczas nierozstrzygnięta, a rozstrzygnąć by ją warto dla celów zapobiegawczych; może znajomość profilaktyki ochroniłaby nas w pewnej części przypadków od nawrotu. Jeśli nawet nawrotów tych uniknąć nie możemy, to jednakowoż warto wiedzieć, o ile one nam grożą, czyli, jakie jest prawdopodobieństwo, abyśmy po przebyciu choroby nerwu kulszowego z czasem ponownie na nią zasłabli. Przypuszczam, że można to prawdopodobieństwo określić na zasadzie stosunku liczebnego przypadków nawrotowych danego cierpienia do zasłabnięć świeżych tejże choroby przy uwzględnieniu ilości wszelkich zasłabnięć w ciągu danego czasu spostrzeganych i w porównaniu danych tą drogą otrzymanych dla kilku okresów czasu. Według moich danych prawdopodobieństwo nawrotu cierpienia nerwu kulszowego określić można zapomocą stosunku 1,5:100. Nie wątpię, że w przyszłości będziemy w stanie określić względnie ściśle możliwość nawrotu cierpienia przy uwzględnianiu rozmaitych czynników, których nie poruszałem. Materiał mój jest na to zbyt szczupły.

Dla lekarzy - praktyków największą wartość przedstawiają wskazówki lecznicze. Lecz stosować leczenie można tylko przy znajomości stanu chorobowego. Wszelkie przedsięwzięcia bez znajomości stanu rzeczy ubliżają godności ludzkiej, wszelkie leczenie bez znajomości rozpoznania choroby poniża godność lekarza. Umiejętność rozpoznania właściwego przy danym cierpieniu może mieć na stan chorego wpływ tylko zbawienny. Kto właściwie wykryje nerwoból kulszowy lub zapalenie nerwu kulszowego, ten nie każe choremu używać znacznego ruchu, kto zdoła rozpoznać histeryę pod maską rwy kulszowej, ten nie zaleci zbytniego oszczędzania dotkniętej cierpieniem kończyny. Dla każdego z tych cierpień dobry dyagnosta znajdzie inne wskazanie, więc też inne leczenie.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

59. Willy TRACHSLER (Hamburg). **O bakteryologicznych różnicach 2 przypadków *piedrae nostratis*.** Gdy w roku 1846 OSORIO z Południowej Ameryki pierwszy raz opisał grzybek *piedrae*, sądzono, iż jest to choroba włosów spotykana tylko w Ameryce i dotycząca włosów wyłącznie długich, kobiecych. Dopiero spostrzeżenia MALCOLIN'a, MORRIS'a, BEHREND'a i UNNA'y wykazały, że i Europa nie jest wolna od tego pasorzyta i że tutaj, wbrew własnościom *piedry* amerykańskiej, nagabuje on przeważnie włosy mężczyzn na brodzie i wąsach. Istota choroby polega na tworzeniu się wzdłuż włosów licznych pochewkowatych lub pierścieniowatych otoczek, widocznych nawet dla gołego oka i łatwo dających się wymacać palcem. Pochewki te są barwy jaśniejszej od włosa, przeświecają i, jak widać przy niewielkiem nawet powiększeniu, w żadnym ściślejszym związku z samym włosem się nie znajdują. (Przerastają grzybkami tylko włosy odcięte i przechowywane w sztu-

cznych pożywkach). Skóra sama pozostaje zupełnie prawidłowa. Badanie drobnowidzowe wykazuje, iż pochwki składają się wyłącznie z drobnych ziarenek—zarodników, ściśle z sobą złączonych, bez wszelkiej wszakże spajającej masy, rozczynem błękitu metylenowego barwiących się na kolor fioletowy. Na sztucznej pożywce, zarodniki „kielkują“, wydłużają się w nitki (*hyphae*), które, rozgałęziając się i rosnąc w kierunku odśrodkowym, tworzą razem obraz wachlarzowaty. Nitki składają się z oddzielnych członków, zawierających każdy po 4—6 i więcej komórek, które następnie drogą wydzielania z siebie protoplazmatycznej treści wewnętrznej przekształcają się w zarodniki.

Autor opisuje wyniki swych badań, przeprowadzonych z inicjatywy UNNA'y nad znajdującymi się w jego posiadaniu grzybkami *piedrae nostratis* z dwóch przypadków: BEHREND'a i UNNA'y. Pomimo, iż obrazy kliniczne w obu przypadkach były jednakowe, obrazy drobnowidzowe w głównych zarysach również jednakowe, cała zaś różnica polegała na tem, iż zarodniki w pochwach w przypadku B. ściślej do siebie przylegały i wskutek większego wzajemnego ucisku wydawały się bardziej różnokształtne, niż w przypadku UNNA'y, pod względem biologicznym różnice okazały się tak znaczne pomiędzy grzybkami, iż słusznie je conajmniej za różne odmiany jednego gatunku przyjąćby można. Hodował autor grzybki na różnych pożywkach i wszędzie spostrzegał większe lub mniejsze różnice.

Hodowle na płytkach z agaru sernikowego i cukrowego przedstawiają się w ogóle w postaci rys szarych, wypukłych, z masą nitek promienisto z nich wychodzących; brzeg rysy wszakże w przypadku U. jest wszędzie jednakowo cienko-promienisty, równy, jakby rozplywający się w podłożu, w przypadku B. składa się on z oddzielnych kępek, z których wyrastają nitki, przez co wydaje się ostrzej zarysowany i nie tak jednorodny, jak pierwszy. Prócz tego w hodowli grzybka U. pożywka po pewnym czasie wysycha i wskutek tego powierzchnia rysy staje się więcej matowa i pomarszczona, w hodowli zaś B. nie zmienia się, gdyż i stan pożywki pozostaje bez zmiany. Na płytce z agaru słodowego większe różnice w hodowlach występują tylko przy niskiej temperaturze: w tych warunkach grzybek w przypadku B. rozrasta się bardzo szybko, wypuszczając z brzegów rysy masę cienkich, gęsto rozgałęziających się nitek, wzrost zaś hodowli grzybka U. jest powolny, brzegi bardzo długo pozostają gładkie, bez promieni, a natomiast sama rysa staje się bardziej wypukła na powierzchni i głębiej zanurza się w pożywkę. Podobne różnice przedstawiają i hodowle żelatynowe w próbkach: nitki, wychodzące z miejsca ukłócia w hodowli grzybka B., są gęste, cienkie i bardzo długie, sięgają do ściany naczynia i na niej układają się w postaci bujnych pukli, w przypadku zaś U. nitki wyrastają powoli, a choć po pewnym czasie są tak prawie gęste jak pierwsze, nigdy im jednak nie dorównują pod względem długości, nie dochodzą nawet do szkła próbki. W pierwszym przypadku żelatyna rozpuszcza się, w drugim pozostaje bez zmiany.

Przy badaniu drobnowidzowem hodowli okazuje się, iż nitki, a zależnie od tego i zarodniki grzybka B. są o wiele grubsze, niż grzybka U.; prócz tego pierwsze są przeważnie proste i mało rozgałęzione, ostatnie przebiegają zwykle falisto i gęsto rozgałęziając się na końcach, splatają się z sobą. Przy większem powiększeniu widzieć można różnicę nawet w histologicznej budowie grzybków; gdy w przypadku B. błona nitek i zarodników jest stosunkowo cienka, a protoplazmatyczna treść obfita, w grzybku U. przeciwnie, błona jest gruba, treści zaś bardzo niewiele.

(*Monatsh. f. prakt. Dermat. T. XXII. Nr. 1*).

J. Widański.

60. HIRSCHFELDER. O leczeniu gruźlicy i innych chorób zakaźnych oksytoksynami. Istnieje kilka teorii powstawania antytoksyn, żadna z nich jednak dowie-

dziona nie jest. Gdy SPENCER WELLS dokonał wskutek wadliwego rozpoznania laparotomii u chorej z gruźlicą otrzewny i wbrew oczekiwaniu chora wyzdrowiała, gdy w przypadkach podobnych dokonano już całego szeregu takich operacji i spostrzeżono, że uleczona zostaje nie tylko gruźlica otrzewny, lecz i gruźlica narządów oddalonych, musiało nasunąć się przypuszczenie, że główną przyczyną wyleczenia jest otworenie dostępu powietrza, właściwie tlenu. Wskutek tego następuje utlenienie znajdującej się tuberkuliny i dopiero oksytuberkulina daje wynik leczniczy. A zatem wynika, że sprawą wywołującą zamianę toksyn na antytoksyny w ustroju jest utlenienie. Jeśli nie jest dowiedzione, by prawo to było ogólne, to jednak wiele spostrzeżeń za takim pojmowaniem rzeczy przemawia. Oczywiście, że gdybyśmy mogli utleniać toksyny poza ustrojem, to możnaby otrzymywać antytoksyny w ilościach dowolnych, a przytem wolne od wszelkich domieszek szkodliwych.

Wychodząc z zasady powyższej, zaczął H. leczyć gruźlicę taką oksytuberkuliną. Po wielu próbach wywnioskowano, że najlepszym w celu jej przygotowania sposobem jest długie ogrzewanie mieszaniny tuberkuliny z dwutlenkiem wodoru (wodą utlenioną). Doświadczenia jeszcze ukończone nie są, wyrabia się jeszcze bowiem najlepszy sposób fabrykacyi, ostatnio jednak sposób był następujący: 60 cm. sz. tuberkuliny miesza się z 240 cm. sz. 10% (na objętość) roztworu dwutlenku wodoru i dodaje wody aż do 936 cm. sz. Płyn zlewa się do naczynia zatykanego watą, zaopatrzonego w kapkę gumową i obwiązanego jeszcze jaką materią. Wszystko to wyjaławia się przez 96 godzin w kotle parowym, poczem płyn mętnieje, ciemnieje i kwaśnieje; zprzezoczyszcza się go więc roztworem sody gryzącej, dodaje 5% kwasu bornego i filtruje.

Zdarza się jednak, że nie wszystka tuberkulina zostaje utleniona, płyn bowiem wywołuje u chorych gorączkę; należy go wtedy po dodaniu dwutlenku wodoru wyjaławiać jeszcze 48 godzin. Zauważyć należy, że kapki gumowe często przytem kruszeją, lepiej więc używać jakiego innego sposobu.

Autor używał swej własnej tuberkuliny przygotowanej z hodowli na specjalnej pożywce. Po wyjałowieniu i przefiltrowaniu hodowli dodawano do filtratu ósmą część 10%-go roztworu dwutlenku wodoru i ogrzewano; co dwanaście godzin dodawano taką samą ilość roztworu tak, że po 96 godzinach jeszcze znajdowało wolny dwutlenek w roztworze.

Należy go przed użyciem płynu usunąć, jak to wykazały próby na chorych świnkach morskich. W tym celu kwaśny płyn zobojętnia się i ogrzewa. Jasne jest, że całe postępowanie musi być nader ostrożne i wszystka tuberkulina musi być utleniona, chorem bowiem podaje się dawki duże, które inaczej mogłyby wywołać groźne objawy otrucia tuberkuliną.

Autor przygotowywał także oksysepsynę, t. j. oksytoksynę pasorzytów wywołujących gorączkę stałą u chorych z jamami w płucach. Rzecz ta jest opisana niewyraźnie: niewiadomo, czy autor używał jakichś toksyn, czy też przerabiał prosto plwocinę, zastrzega się zresztą, że doświadczenia w tym względzie nie są ukończone.

Chorem zastrzykiwano pospolicie po 20 cm. sz. oksytuberkuliny i po 10 cm. sz. oksysepsyny codziennie. Niema jednak powodu do zatrzymywania się na tych dawkach, dochodził H. bowiem do dawki 60 cm. oksysepsyny. Rzecz prosta, że zabieg musi być ściśle aseptycznie wykonany.

Z początku zastrzykiwano chorem tylko oksytuberkulinę, później i oksysepsynę. Płyny te nie wywołują większych zaburzeń, niż jakikolwiek płyn obojętny. Niema ani objawów miejscowych, ani nieprzyjemnego uczucia podmiotowego, ani

podniesienia ciepłoty. Wkrótce zmniejsza się kaszel i ilość wydalanej płwociny, wygląd staje lepszy, zabarwienie skóry bardziej jasne, łaknienie się poprawia, również jak stan ogólny. Gdzie była gorączka, ciepłota opada; bardzo szybko zmniejsza się stopień odgłosu wypukowego, tak że po zupełnem wyleczeniu nie można dostrzedz żadnej różnicy; ilość laseczników szybko się zmniejsza, a w przypadkach pomyślnych znikają one zupełnie i na stałe.

Każdy lekarz widuje zapewne nieraz przypadki gruźlicy uleczone, autor jednak oświadcza, że nigdy w swej dawniejszej praktyce nie widywał poprawy tak szybkiej; stwierdzali ją dla pewności i inni lekarze. Prosta rzecz, że najszybsze wyniki otrzymuje się w przypadkach świeżych, gdzie nie ma jam w płucach. Doskonale się nadają przypadki gruźlicy krtani z niewielkiem zajęciem płuc; tutaj owrzodzenia szybko się oczyszczają i zamieniają na powierzchnie ziarninujące i szybko gojące się. W przypadku gruźlicy skóry grzbietowej powierzchni ręki u pewnego lekarza wrzód nie mający żadnej skłonności do zagojenia szybko się pokrył ziarniną i zagoił pod wpływem stosowania miejscowego oksytuberkuliny.

Przytacza następnie autor osiem szczegółowych historii chorób, z których pięć uleczonych, trzy z taką poprawą, że nie można wątpić w przyszłe uleczenie zupełne. We wszystkich przypadkach, co prawda, nie było jam. I tacy chorzy też byli leczeni nowym środkiem, a otrzymano wyniki nader pomyślne. Autor zresztą zastrzega się, że to, co ogłasza jest niejako wstępem i służy bardziej do stwierdzenia faktu, że antytoksyny są toksynami utlenionemi. Podobnemu leczeniu poddano przypadki zapalenia płuc, otoku ropnego i zakażeń paciorkowcowych; otrzymano wyniki budzące nadzieję, że i inne choroby zakaźne będzie można leczyć metodą niniejszą. Nawet przy rakach dokonano prób powyższych, z powodu jednak braku materiału trudno orzec coś stanowczego. Dla otrzymania oksytoksyny odpowiedniej poddawano działaniu dwutlenku wodoru guzy posiekane natychmiast po operacji, miazgę mieszano z równą wagą 10%-go roztworu dwutlenku wodoru, stawiano na 24 godziny, poczem filtrat podawany był z równą objętością tegoż roztworu wyjaławianiu przez 96 godzin.

(*Deut. Med. Woch.* 1897 N. 19).

A. Ż.

61. **LARAN. Leczenie zakażenia połogowego zapomocą surowicy Marmorka.** (Rozprawa doktorska. Paryż 1896, str. 90). Po podaniu sposobu otrzymania i stosowania surowicy MARMORKA przytacza autor szczegółowe historie choroby 24 przypadków gorączki połogowej, leczonych zapomocą zastrzykiwań podskórnych surowicy MARMORKA (surowica przeciwpaciorkowcowa). We wszystkich nieomal przypadkach prawie bezpośrednio po każdym zastrzyknięciu surowicy zauważono obniżenie ciepłoty ciała; w niektórych przypadkach już po jednym zastrzyknięciu ciepłota ciała więcej się nie podniosła, w innych po kilkakrotnych zastrzykiwaniach nastąpił ostateczny spadek ciepłoty.

I sprawy miejscowe zapalne, wysiękowe i ropne szybko ustępowały po zastrzyknięciu surowicy*).

Zastrzykiwania należy robić wcześniej, gdyż surowica działa tem lepiej, im wcześniej jest stosowana. Na 15 przypadków, w których zastosowano surowicę przed 4 dniem choroby, było 1 zejście śmiertelne, gdy na 8 przypadków, w których rozpoczęto leczenie po upływie 4 dni, było 4 zejścia niepomyślne.

*) Dotąd zastrzykiwania surowicy swoistej przy zakażeniu połogowym były przeważnie stosowane we Francji; podane wyniki lecznicze nie są bynajmniej zbyt pomyślne i zachęcające. (Przypisek sprawozd.).

Ilość mającej się zastrzyknąć na raz surowicy zależy od stopnia zakażenia i nie da się ściśle określić. W przypadkach nieco cięższych i dawniejszych należy rozpocząć od 20 cm. sz.; zastrzykiwania powtarzać należy co 12 do 24 godzin. Po spadku ciepłoty ciała należy jeszcze przez jeden lub dwa dni robić zastrzykiwania.

Leczenie zapomocą surowicy MARMORKA jest skuteczne tylko przy zakażeniu paciorkowcami, stąd należy podług MARMORKA przed stosowaniem surowicy dokonać badania bakteryologicznego, lecz zadanie to wcale nie jest łatwe, szczególnie dla lekarza prowincjonalnego. We krwi niezawsze, jakto wykazał VIDAL, wykryć można paciorkowce; autor na 4 przypadki, w których robił poszukiwania, raz tylko znalazł pasorzyty swoiste we krwi. W wydzielinie z macicy w wyjątkowych tylko przypadkach znajdował VIDAL paciorkowce. Z tego powodu, jak również ze względu na to, że zakażenie połogowe najczęściej zostaje wywołane przez paciorkowce, sądzi autor, że należy stosować surowicę MARMORKA w przypadkach zakażenia połogowego, nie oglądając się na rozpoznanie bakteryologiczne.

Feliks Arnstein.

62. E. SIEGEL. **O patologii grasicy.** W poglądach na znaczenie patologiczne grasicy dotychczas niema jedności. Gdy jedni twierdzą, iż powiększona grasicą, uciskając tchawicę lub pnie nerwowe, może wywołać szczególne cierpienie (*asthma thymicum*), inni odmawiają narządowi temu wszelkiego znaczenia. Podobna niezgodność panuje w poglądach na fizjologię grasicy. Tak np. HYRTL utrzymuje, iż poczynając od wczesnego dzieciństwa grasicą stale zanika i w okresie dojrzewania płciowego albo wcale już nie istnieje, albo jest zmniejszona do niewielkiej pozostałości. Tymczasem według FRIEDLEBEN'a grasicą powiększa się do 25-go roku życia. Spostrzeżenia dotyczące patologii grasicy są nader nieliczne. Po największej części są to przypadki rozpoznane dopiero *post mortem*. Tem większą wartość posiada przypadek opisany przez autora. Dziecko 2 $\frac{1}{2}$ -roczne, przedtem zdrowe, zaczęło bez widocznej przyczyny doznawać napadów duszności, które pomimo wykonania tracheotomii nie ustępowały. Pewną ulgę sprawiało dziecku wprowadzenie długiej rurki, sięgającej aż do miejsca rozdzielenia tchawicy, po usunięciu jej jednak duszność wracała. W przypuszczeniu tedy, iż przyczyną duszności jest przerost grasicy, przystąpiono do operacji. Wykonano cięcie podłużne od otworu tchawicy do mostka. Po odwarciu śródpiersia ujrzano od góry grasicę, która przy każdym wdechu wysuwała się ze śródpiersia, przy wdechu zaś wracała doń. Rurka z tchawicy została usunięta, oddech jednak pozostał równy i spokojny. Grasicę ostrożnie wyciągnięto i przymocowano kilkoma szwami do powięzi nad mostkiem, poczem ranę zaszyto. Nazajutrz usunięto i rurkę. Dziecko szybko zaczęło przychodzić do siebie i po kilku tygodniach zostało wypisane jako zdrowe bez śladu duszności. W danym przypadku duszność niewątpliwie była skutkiem przerostu grasicy. Jak wielka powinna być grasicą, aby ją można było uważać za przerosłą, trudno orzec.

Niemalży wpływ wywiera tu również ukrwienie, które może być zmienne. Ważniejsze jest drugie pytanie: w jaki sposób przerost grasicy wywołuje duszność? Sprawa ta dotychczas rozstrzygnięta nie została. Jedni objaśniają to uciskiem, wywieranym przez powiększoną grasicę na tchawicę, inni uciskiem na serce, naczynia, nerwy, opłucną i t. d. Z ogłoszonych dotychczas spostrzeżeń trudno jakiś pewny wniosek wyciągnąć. To jedno tylko, zdaje się, nie ulega wątpliwości, iż objawy wywołane przez powiększenie grasicy nie mają nic wspólnego ze skurczem głośni. Na karb tej ostatniej choroby składano dawniej nawet takie przypadki duszności, w których badanie pośmiertne wykazało przerost grasicy.

Co się tyczy leczenia, to wyciągnięcie grasicy ze śródpiersia i przymocowanie jej na zewnątrz (*ektopexia*), zdaje się, jest środkiem najskuteczniejszym.

(*Berl. Klin. Wochenschr. N. 40. 1896*).

F. Sachs.

63. REINBACH. **Wyniki karmienia grasicą przy wolu.** Z badań MIKULICZA okazało się, że wyniki karmienia grasicą przy wolu są takie same, a przynajmniej podobne do wyników karmienia gruczołem tarczowym, z tą jedynie różnicą, że przy stosowaniu grasicy dotychczas nie spostrzegano ujemnych zjawisk ubocznych, dalej, że w jednym przypadku po bezowocnem stosowaniu gruczołu tarczowego grasicą dała wynik doskonały.

Sam autor przytacza historię trzydziestu spostrzeganych przez siebie przypadków. Z liczby tej u 20 osiągnięto wyniki dodatnie przedmiotowe i podmiotowe, w pozostałych dziesięciu, a były to przypadki cierpień zastarzałych, *status quo*.

Przypadki dodatnie dzieli autor na dwie kategorie: na wyleczenie zupełne i na polepszenie. Wyleczenie w znaczeniu nie tylko klinicznem, lecz i anatomicznem, otrzymał autor w dwu przypadkach, u chorych w wieku lat 11—15. Polepszenie nastąpiło u chorych w najrozmaitszym wieku, bo nawet u 70-letniej starszki, pomiędzy zaś chorymi leczonymi bezskutecznie, czterech było młodszych nad lat 20, tak, że badania autora nie potwierdzają zdania BRUNS'a, według którego dobry skutek omawianego leczenia jest tem pewniejszy, im młodszy jest chory (przyczynę tego autor upatruje w odmiennym nieco materiale klinicznym).

W przypadkach dodatnich miał autor do czynienia z czystym rozlanym rozrostem, w ujemnych było 5 nowotworów składających się z oddzielnych guzowości i 5 rozlanych.

Uboznych objawów ujemnych nie było wcale. Co do granic, w których przetwory grasicy są skuteczne, oczywista, że w przypadkach z określonymi patologiczno-anatomicznymi zmianami gruczołu tarczowego tą drogą polepszenia spowodować nie możemy.

Bardzo dodatnie wyniki otrzymał autor przy rozlanych rozrostach, gdzie na 24 przypadki w 19 był skutek doskonały, z tych 2 przypadki wyleczenia zupełnego.

Porównyując działanie przetworów grasicy i gruczołu tarczowego, autor cytuje słowa MIKULICZA: wynik podawania grasicy przy wolu jest taki sam, a co najmniej podobny do wyniku podawania gruczołu tarczowego. Za grasicą jednak przemawia brak objawów zatrucia. Autor odradza gruczoł tarczowy w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z występującem czasami biciem serca, uczuciem gorąca, zawrotami, pobudzeniem i t. p. Tam szczególnie zaleca on grasicę, tembardziej, że z spostrzeżeń jego wynika, że grasicą działa tam, gdzie gruczoł tarczowy pozostaje bez skutku.

(*Mittheilungen aus dem Grenzgebiete der Med. und Chirurgie. Band. I. Heft, II. 1896 r.*).

Wacław Sterling.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 marca r. b.

TREŚĆ. 1) GABSZEWICZ—*a*) Przedstawienie nerki wyciętej z powodu gruźlicy; *b*) przedstawienie chorego po dokonaniu przeszczepienia podług metody THIERSCH'a. 2) KRAJKOWSKI — Przedstawienie chorego po wycięciu krtani. 3) NEUGEBAUER — *a*) Przedstawienie mężczyzny z typowym infantylizmem; *b*) przedstawienie noworodka z obustronnem wnetrostwem. 4) GEPNER (syn)— Przedstawienie chorego z nowotworem złośliwym łącznicy. 5) HEIMAN—Przedstawienie chorego ze zwężeniem przewodu słuchowego zewnętrznego. 6) GEPNER (syn) — Przedstawienie 4-ch operowanych przypadków wysokiej krótkowzroczności.

1) *a*) Dwudziestoczteroletnia chora kol. GABSZEWICZA od roku doznawała bólów w prawym boku, do których w następstwie przyłączyła się gorączka; badanie wykazało istnienie guza w prawym podbrzuszu oraz obecność dużej ilości ro-

py w moczu; wykonano nefro tomie, po której w kilka miesięcy poprzednie objawy powróciły z większym jeszcze natężeniem; kol. GABSZEWICZ wyciął wtedy chorą nerkę, znacznie powiększoną; w niej znalazł wiele różnej wielkości ognisk rozpadowych, prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego. b) Przedstawiony przez kol. GABSZEWICZA chory uległ silnemu oparzeniu kończyn dolnych, w następstwie którego okazało się niezbędnem odjęcie zwęglonego prawego uda, na lewej zaś goleni, która na tylnej swej powierzchni uległa głębokiej zgorzeli, kol. G. dokonał z wybornym wynikiem przeszczepienia podług metody THIERSCH'a.

2) Kol. KRAJEWSKI okazał na posiedzeniu chorego, któremu z powodu raka wyciął był przed trzema miesiącami całą krtani i następnie zastosował krtani sztuczną WOLFF'a; w dotychczasowych przyrządach tego rodzaju dźwięk powstawał przez wprowadzanie w drganie metalowego języczka, umieszczonego w szparze głosowej, skutkiem czego miał on brzmienie bardzo ostre, nieprzyjemne; w krtani WOLFF'a języczek metalowy zastąpiono wyprężonym paskiem cienkiego kauczuku, który wydaje głos daleko przyjemniejszy, jak to mogło stwierdzić całe audytoryum.

3) Kol. NEUGEBAUER przedstawił a) 26-letniego izraelitę z typowym infantyлизmem: *habitus infantilis*, niedorozwój narządów płciowych, owłosienie, sutki, miednica—kobiece, przytem błdnica; osobnik ten, pomimo istniejącej zdolności płciowej, uzyskał rozwód *propter sterilitatem matrimonii*; b) drugim okazem, przedstawionym przez kol. N. był noworodek męski z wnetrostwem obuustronnem.

4) Chory kol. GEPNERA (syna), 50-letni mężczyzna, zauważył przed 6-iu laty na białkównce od strony zewnętrznej czarny guziczek, który stopniowo doszedł do wielkości wiśni, zajmując dolną połowę rogówki i część łącznicy i będąc zrośnięty z białkównką; początek jego kol. G. upatruje we wrodzonej plamce barwnikowej, która była punktem wyjścia dla nowotworu złośliwego.

5) Kol. HEIMAN przedstawił chorego, u którego w następstwie oparzenia zaczął zarastać przewód słuchowy zewnętrzny; po bezowocnem wprowadzeniu sączka, a później blaszénca, kol. H. zastosował z pomyślnym wynikiem rodzaj metalowego gwoźdźcia.

6) Jako uzupełnienie swego odczytu zeszłorocznego o operacyjnem leczeniu u wysokich stopni krótkowzroczności, kol. GEPNER (syn) przedstawił czterech chorych w ten sposób leczonych. P r z y p a d e k I. Mężczyzna 37-letni. O. pr. M. 14 D, V_{36}^5 , o. l. M 15 D, V_{50}^5 , zez rozbieżny; wykonano przecięcie soczewki naprzód w lewym, a po kilku tygodniach i w prawem oku; ostrość widzenia podniosła się w o. pr. do $\frac{5}{30}$, w o. l. do $\frac{5}{15}$; stopniowo wystąpiła zaćma wtórna w obu oczach, która warunkowała zniżenie ostrości widzenia po upływie blisko roku do $\frac{5}{60}$; po przecięciu zaćmy tej w lewym oku $V=\frac{5}{24}$; na prawem oku operacja wtórnej zaćmy dotąd nie zrobiona; stosunek przeto ostrości widzenia oka lewego przed i po leczeniu równy jest 1 : 33, ubytek zaś refrakcyi 19,5, (operował GEPNER ojciec). P r z y p a d e k 2. Kobieta 23-letnia. O. pr. i l. M 16,5 D, V_{50}^5 ; wykonano przecięcie soczewki oka prawego; po upływie trzech miesięcy $V=\frac{5}{20}$; wówczas przystąpiono do przecięcia soczewki w oku lewym, które przez ten czas atropinowane było kilkakrotnie po parę tygodni i badanie w przeddzień operacyi wykazało: M 16 D, V_{36}^5 , po ośmiu miesiącach wynik był następujący: o. pr. E, V_{10}^5 , o. l. M 0,5 D, V_{75}^5 . P r z y p a d e k 3. Chłopiec 11-letni. O. pr. i l. M 18 D, V_{80}^5 ; w cztery miesiące po rozcięciu soczewki oka prawego badanie wykazało H 3 D, V_{18}^5 , (obydwa te przypadki operował prelegent). P r z y p a d e k 4. Dziewczyna 13-letnia. O. pr. i l.

M 20 D, V_{24}^5 , po operacji w pięć miesięcy M 0,5 D, V_{10-8}^5 (operował KAMOCKI). Przedstawiwszy opis swych spostrzeżeń, kol. GEPNER wyprowadza wnioski co do wartości leczniczej metody FUKALI. Usunięcie soczewki z oka wysoce krótkowzrocznego ma: 1) umożliwiać wyraźniejsze widzenie odległych przedmiotów; 2) przywracać możliwość widzenia dwuocznego; 3) powstrzymywać postęp krótkowzroczności i zmian w naczyniówce a także oddzielenie się siatkówki. Co do punktu pierwszego, to słuszności jego dowodzą przytoczone spostrzeżenia. Co do widzenia dwuocznego, to, o ile u bardzo krótkowzrocznych jest ono niemożliwe, operacja przywrócić je w zasadzie może, należy jednakże dochodzić do niego drogą ćwiczeń ze stereoskopom. Odnośnie do powstrzymania postępu krótkowzroczności, to dotychczasowe spostrzeżenia stwierdzają je w znacznej ilości przypadków; to samo powiedzieć można i o zmianach w naczyniówce; co się zaś tyczy oddzielania się siatkówki po operacji FUKALI, to zdarza się ono i w oczach nieoperowanych tak często (podług MOOZEN'a w 22,8%), że na karb operacji kłaść tego żadną miarą nie można. Prelegent jest tedy zdania, że leczenie operacyjne wysokich stopni krótkowzroczności ma wielką doniosłość i naukową i społeczną, stawia jednakże ściśle określone wskazania, mianowicie wysoki stopień krótkowzroczności przy młodym stosunkowo wieku chorego oraz brak bardzo wybitnych zmian w naczyniówce; za przeciwwskazania zaś uważa u młodych daleko posunięte zmiany w naczyniówce, a u starszych rozwiniętą miażdżycę tętnic. Omawiając wreszcie stronę techniczną, radzi zgodnie z innymi robić cięcie w soczewce obszerne, aby mętniała ona szybko w całej objętości, co skraca leczenie i usuwa niepożądaną konieczność wielokrotnego powtarzania operacji, oraz kładzie nacisk na ściśle zachowanie warunków antyseptyki.

W dyskusji zabiera głos kol. Z. KRAMSZTYK. Zdaniem mówcy przez pozbawienie oka widzącego soczewki drogą operacyjną odbieramy mu akomodację, co jest dla niego wielką stratą i pociąga za sobą konieczność noszenia okularów i to do każdej odległości innych. Motywowanie przeto konieczności operacji nieznoszeniem okularów jest nieuzasadnione, gdyż zależy ono zazwyczaj od pewnego rodzaju idyosynkrazji, polegającej na nieznoszeniu czegoś bądź na nosie, a operacja właśnie noszeniu okularów nie zapobiega. Co do osłabienia wzroku przy krótkowzroczności, to dawniej nie służyło się o niem; mówiono tylko o większym lub mniejszym jej stopniu; poprawa wzroku po operacji powstawać może dzięki wypoczynkowi, wpływowi bandaża i t. p. Najidealniejszy sposób poprawy wzroku przy krótkowzroczności stanowi — zdaniem kol. K. — zastosowanie odpowiednich szkielek; prawda, że nie zawsze od razu udaje nam się dobrać odpowiednie, ale kilkakrotne staranne badanie, uwzględnienie astygmatyzmu i t. d. doprowadzi nas wreszcie do pożądanego celu. Operacyjne zaś leczenie trwa bardzo długo i zawsze połączone jest z obawą utraty oka, bądź co bądź widzącego, przez zakażenie; metoda przeto FUKALI została wywołana nie istotną potrzebą, lecz dążnością wprowadzenia nowej operacji i zapoczątkowania nowego sposobu leczenia.

Kol. MUTTERMILCH podkreśla także obawę zakażenia przy operacji, które podług niektórych autorów zdarza się w 50%; niezawsze liczyć można na wyniki tak idealne, jak te, które otrzymał kol. GEPNER. Nadto — zdaniem kol. M. — i oderwanie się siatkówki po operacji jest zjawiskiem dosyć częstym; SATTLER np. miał je 4 razy na 80 operowanych przypadków.

Kol. STEINHAUS jest zwolennikiem metody FUKALI, wyraża jednak zdanie, że stosować ją należy tam tylko, gdzie po operacji możemy oczekiwać emetrii lub niewielkiej ametrii i gdzie niema bardzo posuniętych zmian w naczyniówce; szkła zaś nigdy nie dadzą takiej poprawy wzroku, jaką daje operacja.

Zdaniem kol. KAMOCKIEGO ostateczny sąd o wartości operacyjnego leczenia wysokich stopni krótkowzroczności przyszłość dopiero wydać będzie mogła, w każdym razie wydaje mu się ono w zupełności uprawnione. Poprawa wzroku po operacji jest niewątpliwa, szkieleć zaś dostatecznie silnych do poprawy wzroku chory z wysoką krótkowzrocznością nosić nie będzie, zmniejszając one bowiem obrazy i ograniczając pole widzenia. Co do utraty akomodacji, to ta nie ma żadnego znaczenia, gdyż z niej chory i tak nie korzysta, przy szklach zaś wypukłych operowany widzi nie tylko w jednej odległości od oka lecz na pewnej przestrzeni.

Kol. FEINSTEIN kładzie nacisk na zwiększanie się w wielu przypadkach krótkowzroczności po operacji i obawia się wszelkich wogóle zabiegów operacyjnych na oku krótkowzrocznym.

Kol. KRYSIŃSKI przypisuje część poprawy wzroku, osiąganą po operacji, zmniejszeniu ilości ośrodków łamiących, jakie promienie światła spotykają w oku na swej drodze.

Kol. GEPNER wypowiada, co następuje. Gdyby rzeczywiście szklami można było dostatecznie poprawić wzrok w wysokich stopniach krótkowzroczności, sprawa byłaby rozwiązana; wiadomo jednak każdemu okuliście, że tak nie jest. Szkieł wklęsłych, poprawiających jako tak wzrok krótkowzrocznemu o 16—18 lub więcej dioptrach nosić on nie będzie, będą to bowiem dopiero szkła korygujące prawie całą ametrię, a przeto bardzo ciężkie, a przytem znacznie zmniejszające przedmioty, nie pozwalające przez to należycie ocenić ich odległości (jak lornetka teatralna szerszym końcem do oczu zwrócona); ograniczają one także bardzo pole widzenia, bokami swemi działają jak pryzmaty i wywołują cały szereg nieznosnych objawów zmęczenia oczu (astenopii); dodanie do szkieł kulistych szkieł walcowych dla wyrównania astygmatyzmu zwiększa jeszcze ich ciężar. Czas trwania leczenia w miarę doskonalenia się techniki skróci się niezawodnie; leczenie atropinowe daje wprawdzie pewną poprawę przez usunięcie wpływu akomodacji, jak to zresztą zaznaczono w przypadku drugim, ale nieznaczną i przechodnią i to tylko przy zastosowaniu całkowitej korekcyi szklami; musiałoby ono być powtarzane zbyt często i zbyt długo. Utrata akomodacji, którą KRAMSZTYK uważa za złą stronę metody, czyni na stałe to, co atropina chwilowo; dla krótkowidza jest ona bardzo korzystną, a wcale nie ujemną stroną metody, bo taki chory z akomodacji, będącej zresztą u niego zwykle w stanie skurczu, nie korzysta; punkt jego bliskiego widzenia prawie się jednoczy z punktem widzenia dalekiego. Tymczasem po operacji zyskuje on możliwość widzenia przedmiotów bliskich na dość znacznej przestrzeni; jak wynika z tablic THIER'a, operowani mogą czytać zwykły druk na przestrzeni przeciętnej od 19 do 51 cm. Widzą więc lepiej zdaleka i lepiej zbliska. Poprawa wzroku jest niewątpliwa i zależy prawdopodobnie od powiększenia się obrazów na siatkówce, od zmniejszenia się ilości środków łamiących i pochłaniających światło, jak słusznie zauważył KRYSIŃSKI, a także zdaniem GEPNERA przez zniesienie szkodliwego wpływu mięśnia akomodacyjnego (*musculus tensor chorioideae*) na naczyniówkę, w której pod wpływem ciągłego napinania następują zmiany w krążeniu i odżywianiu. Niebezpieczeństwo zakażenia przy dzisiejszym stanie postępowania przyrannego jest niewielkie, a wobec tego, że z oczu nadających się do operacji FUKALI przy postępie krótkowzroczności znaczna większość ślepień czy prędzej, czy później, wobec wielkich dodatnich jej wpływów pewne ryzyko jest dopuszczalne. Możliwość powstrzymania postępu krótkowzroczności jest prawdopodobna właśnie przez usunięcie jednego z jego czynników, t. j. akomodacji. Oddzielenie siatkówki nie zdarza się w oczach operowanych częściej niż w nie-

operowanych; z 4 przypadków SATTLER'a tylko w dwóch było ono samoistne, w jednym powstało wskutek znacznej utraty ciała szklistego, w drugim wskutek urazu. G. najwięcej obawiałyby się krwotoku z naczyńówki, ale tego uniknąć można przez dobór odpowiednich przypadków do operacyi.

Z 18-go Zjazdu balneologów w Berlinie.

(Referat ze sprawozdań BROCK'a w Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 14, 16, 17. 1897).

LINDEMANN (Helgoland): O wpływie leczniczym kąpeli morskich na choroby żołądka. Właściwej przyczyny szeroko rozpowszechnionego przesądu o wrzekomej szkodliwości kąpeli morskich przy chorobach żołądka szukać należy w błędach diety, jakich się chorzy dopuszczają z powodu wzmoczonego łaknienia i w zaziębieniach, zależnych od nieopatrzności i niestosowania się chorych do zmiennych wpływów powietrza morskiego.

Na podstawie doświadczenia i licznych opisów chorób żołądka leczonych w Helgolandzie mówca twierdzi, że krzepiący wpływ powietrza i kąpeli morskich szybko i stale się ujawnia we wszystkich czynnościach żołądka, a mianowicie: w czynności wydzielniczej, ruchowej i chłonnej. Wskazane będą zatem do kąpeli morskich: tak zw. zwątlenia żołądka i kiszek (*atonía, gastrop-tosis*), a w szczególności jego zaburzenia czynnościowe: nerwice i niestrawność nerwowa (*dyspepsia nervosa*). Przeciwwskazania zaś stanowią: zmiany organiczne, szczególnie te, które są połączone z podrażnieniem błony śluzowej żołądka. Wyższość, jaką niewątpliwie posiada leczenie nadmorskie nad leczeniem powietrzem górskim, zawdzięcza się kąpielom morskim, których znane krzepiące działanie nie znajduje się w górach odpowiedniego równoważnika.

LAHNSEN (Monachium). Sen i bezsenność. Główną charakterystykę snu stanowi zawieszenie dowolnych a nieprzerwane trwanie mimowolnych czynności ustroju. Sen jest nader ważną czynnością ustroju już choćby dlatego, że zajmuje trzecią część naszego żywota. Sen przychodzi, według wszelkiego prawdopodobieństwa, wskutek pewnego rodzaju autotoksyny, która, wytwarzając się przy czynnościach ośrodków nerwowych, gromadzi się w tych ostatnich i poraża je na podobieństwo środków narkotycznych. Toksyna ta, jako produkt przemiany wstecznej, ulega w czasie snu prawom ogólnej przeróbki materii i wydaleniu z ustroju.

Marzenie senné nie powinno wchodzić w zakres bezsenności; jest ono przejawem budzenia się, stanowi więc fizyologiczną przynależność snu. Właściwa czyli patologiczna bezsenność musi być uważana za pewnego rodzaju wyczerpanie nerwowe, które prowadzi albo wprost albo pośrednio (przez nawyknienie do bromu, morfiny, wysokości i t. d.) do ogólnej neurastenii. Należy rozróżnić bezsenność ostrą i przewlekłą. Przy ostrej rokowanie jest dobre, gdyż łatwo daje się ona uleczyć, przy przewlekłej zaś jest ono wątpliwe; ta ostatnia wydarza się w 3 postaciach. Pierwszą stanowi pozornie mała potrzeba snu, która jednak zużywa stopniowo ustrój i napewno prowadzi do neurastenii. Przy drugiej postaci chory potrzebuje wielu godzin, aby pomimo znużenia, przewracania się w łóżku i trapiących, przymusowych myśli, zasnąć nareszcie nad rankiem. Postać ta jest ciężka i może przejść w bezsenność zupełną. Trzecia postać wyróżnia się tem, że chory zasypia zaraz, lecz budzi się po pewnym czasie, długo nie może zasnąć, lub kończy resztę nocy drzemaniem. Jest to postać najłagodniejsza, zbliża się do snu prawidłowego i może w niego przejść.

Co do leczenia bezsenności, to tylko postać jej ostra może być leczona środkami nasennymi. Przy postaci przewlekłej chory powinien stworzyć sobie dogodne warunki tak osobiste, jak i dotyczące otoczenia, ku czemu posłuży: przebywanie w cichym miejscu leczniczym, używanie opaski NEPTUN'a, opasek na łydki, przedłużonych kąpeli ogólnych ciepłoty obojętnej, zimnych obmywań przed pójściem spać, przytem masaż grzbietu i pleców lub natrysk elektro-statyczny.

SCHUSTER (Nauheim). Obmacywanie narządów brzusznych podczas kąpeli ciepłej. Metoda ta, podana przez CHŁAPOWSKIEGO na zjeździe balneologów w roku 1892, nie została dotąd dostatecznie uwzględniona. Przy lekkim uciskaniu brzucha palcami podczas ciepłej kąpeli następuje znaczne zmniejszenie napięcia ścian brzusznych, wskutek czego dają się z łatwością obmacać i głębiej leżące narządy jamy brzusznej. Powyższe zjawisko polega na zmniejszeniu wskutek ciepłej kąpeli odruchów i na obniżeniu ciśnienia wewnątrz-brzuszego pod naporem wielkiego słupa wody kąpielowej. Jeżeli w dostatecznie obszernej wannie chory przyjmie wygodne położenie leżące, ze zgiętymi kończynami dolnymi, to powyższa metoda badania może w wielu razach zastąpić ogólne znieczulenie i może być z korzyścią zastosowana przy badaniu nowotworów, obrzmień i przemieszczeń narządów brzusznych, a także przy wysiękach pozapalnych, tętniakach tętnicy głównej zstępującej i t. p.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= RAMOND stosował w trzech przypadkach gruźlicy pęcherza wprowadzanie powietrza wyjałowionego i otrzymał bardzo dobre wyniki. Zabieg wykonywa się w sposób następujący: po opróżnieniu pęcherza zapomocą cewnika wprowadza się przezeń 100 cm. sz. powietrza, do czego używa się strzykawki zaopatrzonej w tampon z waty; następnie powietrze wypuszcza się i wprowadza znowuż do 300 cm. sz. nowego powietrza, które przez ucisk cewnika zatrzymuje się w pęcherzu przez kilka minut. Zabieg ten wykonywać należy co drugi lub trzeci dzień; jest on zupełnie nieszkodliwy. Powietrze działa tu tak samo, jak przy gruźlicy otrzewnej. (Bulletin méd. 3. II. 1897).

= ALLAN stosuje z dobrym skutkiem kwas pikrynowy przy opatrunkach chirurgicznych. Przy żylakach wrzodziejących A. używa 50% roztworu kwasu pikrynowego, poczem pokrywa ranę plasterem lepkim; wrzody szybko się goją. Również skutecznie działa ten środek w świeżych ranach, oraz jako *haemostaticum* przy bardzo silnych krwotokach. (British med. Journ. 20. II. 1897).

= WOLFRAM zastosował w dwóch przypadkach pozornej śmierci noworodka następujący zabieg z bardzo dobrym

skutkiem. Lekarz, siedząc na krześle, kładzie dziecko plecami na swych kolanach w taki sposób, by głowa zwisała swobodnie; objawszy lewą ręką klatkę piersiową dziecka, prawą zaś oba pośladki, uciska najpierw klatkę piersiową, przyginając nóżki do brzucha, następnie zaś wypreża nóżki, nie uciskając klatki piersiowej. Wskutek tych następujących po sobie ruchów ma miejsce głęboki wydech i wdech, dzięki czemu łatwo można dziecko ożywić. Zabieg ten zaleca się z powodu swej prostoty. (Semaine méd. Nr. 11. 1897).

= ELSNER sądzi, że w etyologii wodogłowia u dzieci wybitną rolę gra przymiot odziedziczony. Wśród spostrzeganych przez autora w klinice NAUMANN'a 18-tu przypadków wodogłowia w trzech, t. j. w 16,6%, widoczne były również klasyczne objawy przymiotu; u reszty chorych E. podejrzewa istnienie ukrytego przymiotu, gdyż u 26,6% chorych istniało obrzmienie śledziony lub wątroby, lub obydwóch narządów jednocześnie, co u chorych nieprzymiotowych zdarza się zaledwie w 4,6%. Prócz tych faktów przemawia za zdaniem autora i to, że poronienia i porody przedwczesne zdarzają się o wiele częściej wśród matek dzieci chorych na

wodogłowie, niż u matek dzieci wolnych od przymiotu. (Jahrb. f. Kinderheil. Nr. 4. 1897).

== HERZFELD zwraca uwagę na niektóre dosyć rzadkie przyczyny niesmaku w ustach. Na pierwszym miejscu stoją ślepe zagłębienia migdałów, w których zatrzymuje się śluz, nabłonek i resztki pokarmu, widoczne w postaci punkcików; toż samo bywa w migdałku LUSCHKA'İ. Następnym powodem niesmaku bywa nieżyt nosa, ropienie w jamach nosowych, sprawy ropne ucha, gdyż ropa przedostaje się z jamy bębnekowej przez trąbkę EUSTACHIUSZA do jamy gardzielowej. (Therap. Monatshefte I. 1897).

== SENORE spostrzegł u czteroletniej zupełnie zdrowej dziewczynki rzeczywistą miesiaczkę. Dziecko to miało dobrze rozwinięte sutki, które przed rokiem znacznie się powiększyły: jednocześnie zmienił się i charakter dziecka, stało się ono poważniejsze i bardziej uczuciowe. Narządy płciowe są dobrze rozwinięte; wargi większe są pokryte małymi włoskami, miednica dosyć szeroka, sutki tak rozwinięte, jak u 15 - stoletniej dziewczyny. Podobne przypadki były spostrzegane przez RACIBORSKIEGO (jeden dotyczył dwuletniej dziewczynki) oraz DESCURET'a; kobieta opisana przez ostatniego zaczęła miesiaczkować w trzecim roku życia, wyszła za mąż w 27-ym i miesiaczkowanie trwało do 53-go roku. (Union méd. du Nord. Ert. N. 2. 1897).

== HAFKIN, dodając do bulionowej hodowli lasecznika dżumy słaby roztwór kwasu karbolowego, olejek gorczycowy, albo też ogrzewając hodowlę w przeciągu godziny przy 70° C., otrzymuje hodowlę działającą zapobiegawczo przeciw dżumie. Zwierzęta zarażane taką hodowlą znosiły piątego dnia po zastrzyknięciu ilość zarazka, która zabijała dziesięć nieuodpornionych towarzyszy. Ażeby się przekonać o działaniu tego środka na ustrój ludzki, zastrzyknął sobie autor 10 cm. sz. w podobny sposób wyjałowionej hodowli; próba ta przekonała go o zupełnej nieszkodliwości tej metody. Bezpośrednio po zastrzyknięciu wystąpił ból w miejscu ukłucia niezbyt silny, który znikł po dwóch dniach, i gorączka, która doszła po ośmiu godzinach do 38,9°, powróciła zaś do normy po upływie 24-ch godzin; podczas trwania gorączki

miało miejsce również ogólne osłabienie i nieznaczny ból głowy. (The British med. Journ. 13. II. 1897).

== HUBER spostrzegł w klinice LEYDEN'a przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowych. Meningokoki znaleziono w wydobywym zapomocą nakłócia lędźwiowego płynie oraz przy badaniu pośmiertnem w ropnej wydzielinie nosa; nie znaleziono natomiast we krwi, w zapalnych ogniskach płucnych ani w opłucnej. Przemawia to za przypuszczeniem, że wrotami zakażenia bywa zazwyczaj nos. (Verein. f. inn. Med. Berl. Pos. I. III. 1897).

== MÉRY i LORRAIN stosowali surowicę przeciwgronkowcową MARMOREK'a przy płonicy i otrzymali wyniki ujemne. Takież wynik otrzymał RENON stosując tę surowicę w gorączkach połogowych. (Acad. des sciences. Pos. 15. II. 97).

== HUCHARD z punktu widzenia leczenia rozróżnia trojakiemu rodzaju blednicę: 1) blednica lekka, wymaga jedynie higienicznego trybu życia, a przede wszystkim spokoju; cierpią na nią w zimie mieszczańki z powodu nadmiernej zabawy, latem zaś wieśniaczki z powodu przeciążenia pracą; 2) blednica dyspeptyczna wymaga leczenia choroby żołądka; zażywanie preparatów żelaza jest przy niej szkodliwe; 3) blednica bez objawów żołądkowych wymaga leczenia żelazem, którego dawki początkowe winny być małe. Pobyt nad morzem oraz w górach jest dla chorych na blednicę przeciwwskazany. (Société de therap. Par. Pos. 24. II. 97.).

== BUCK i VANDERLINDEN zachwalają działanie bizmalu (sól bizmutowa kwasu metylendwugallusowego) przy ostrych i przewlekłych nieżytach jelit i przewlekłej ich gruźlicy w dawce 2,0—4,0 *pro die*; podaje się proszek w odwarze owsianym. FRANK stosował bizmal przy oparzelinach, odleżynach i wrzodach goleni w postaci proszku; rany szybko się oczyszczały, ziarnina prędzej bujała i zagojenie następowało szybciej, niż przy używaniu innych środków. (Therap. Woch. 21. V. 1897).

== MOSSE i DANNIE otrzymali odczyn aglutynacyjny VIDAL'a z surowicą krwi noworodka, którego matka przechodziła tyfus, będąc w szóstym miesiącu ciąży. Budowa anatomiczna łożyska nie przedstawiała żadnego zboczenia. (Soc. med. des hôpitaux. S. 5. III. 97).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Pan Br. ZNATOWICZ w ostatnim Nr. „Wszecchświata“ w artykule p. t. Setna rocznica chemii w Polsce przypomina, że w roku bieżącym upływa lat 100 od chwili, w której Jędrzej ŚNIADECKI rozpoczął w Wilnie wykład chemii w Szkole Głównej Litewskiej. Nieśmiertelny nasz Jędrzej, torując drogę mało do jego czasów u nas uprawianej nauce, był w konieczności stworzenia polskiego słownictwa chemicznego, a jak się wywiał z tego zadania, świadczy o tem — mówi p. Br. Z. — choćby to jedno, że całe stulecie, które przeszło nad tem dziełem, nie zdołało naruszyć głównych jego podstaw, pomimo, niestety, aż nazbyt licznych prób i usiłowań. Autor kończy swój artykuł wezwaniem do wszystkich chemików polskich, aby przejrzeni wszystkie dotąd istniejące słownictwa chemiczne polskie, utworzyli z nich jedno wspólnie wszystkich obowiązywać mające i tym sposobem zaznaczyli stuletni jubileusz tej nauki i jej pierwszego mistrza, który i na tem polu niespożyte zasługi położył.

— D-r Z. MIERZYŃSKI ogłosił obszerniejszą broszurę przyozdobioną 16-ma pięknymi cynkotypami p. t. Ojcow, uzdrowisko klimatyczne górskoleśne. Lubo praca wydana jest w roku 1895-ym, ma ona jednak bardzo dobre znaczenie informacyjne dla osób, chcących się udać na leczenie do Ojcowa i korzystać z urządzeń nowo zaprowadzonych w Ojcowie.

— Z treściwego sprawozdania zarządu zdrojowiska Rabka za rok 1896, napisanego przez D-ra KADENA, współwłaściciela i kierownika zakładu leczniczego, dowiadujemy się, że zdrojowisko to od lat 30 eksploatowane, lubo zwolna, jednak się rozwija, doszedłszy w roku zeszłym blisko do 15 tysięcy wydanych kąpiel, co już stanowi liczbę poważniejszą. Licz-

ba gości w r. z. wynosiła 1543 osób. Jako jedna z najsilniejszych znanych solanek jodobromowych, Rabka może uczynić zadość wielu wskazaniom leczniczym szczególnie w żołądkach, gruźlicy stawów, krzywicy, przymiocie i t. d. oraz w całym szeregu cierpień narządów płciowych niewieścich. Zestawienie składu chemicznego źródeł rabczańskich ze źródłami zagranicznymi tejże kategorii, podane w postaci tablicy, daje możność porównania ich między sobą i wykazuje znakomity stopień nasycenia źródeł rabczańskich pod względem wszystkich części składowych. Niewątpliwie źródła rabczańskie mają przyszłość przed sobą, przodując źródłom do tej kategorii należącym. Oprócz d-ra KADENA praktykuje w Rabce koledzy: GŁUCHOWSKI i LANG z Krakowa. Dział gimnastyki prowadzi pani Helena Kuczalska z Warszawy.

— Nakładem Hirschwald'a w Berlinie opuściła prasę bardzo pożyteczna praca d-ra BLUMENFELD'a z Wiesbadenu p. t. „Dyetetyka oraz higiena płuc i krtani suchotników“. Autor, wieloletni asystent przy zakładzie w Falkensteinie, podaje cały szereg uwag i przepisów opartych na bogatym doświadczeniu, a dotyczących zachowania się osób chorych na suchoty płucne i krtaniowe. Odżywianie, sposób zachowania się chorych wogóle, leczenie oddzielnych objawów i powikłań, krwotoki płucne, charakterystyka metod leczniczych i t. d. ujęte zostały w kilkanaście rozdziałów i opatrzone dokładnym spisem treści i nazwisk. Wykład jasny, w bogatą treść obfitujący wobec wielkiej zwięzłości (książka ma 103 strony) poleca pracę tę gorąco. Powinna się też ona znaleźć w rękach każdego lekarza i każdego inteligentniejszego chorego, jako *va de mecum*, ułatwiające nie mało lekarzowi prowadzenie leczenia.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych uprasza wszystkich Członków tejże Kasy o przybycie na ogólne zebranie, odbyć się mające w dniu 29 maja r. b. w sobotę o godzinie 7½ wieczorem, w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała № 7), na którym Komitet w myśl § 13 obowiązującej ustawy złoży publiczne zdanie sprawy ze swych działań za rok 1896.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 16 Мая 1897 г.

Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

Jedyna alkaliczna erma Niemiec
40° C. zawiera Arsen
i Litynę.

NEUENAH R.

Kuracya kąpielowa
i wodami mineralnemi, inhalacye,
massaż, wysyłka wód mineralnych.

Znakomite wyniki lecznicze przy niezżytach krtani (gryppa i jej następstwa)
żołądka, kiszek i pęcherza; przy kamicy żółciowej, przy chorobach nerek i wątro-
by, przy cukrzycy, dnio, gościu stawowym i przy chorobach kobiet. Działanie
łagodne rozpuszczające i wzmacniające ustrój.

Broszury gratis za pośrednictwem dyrekcyi.

Marszruta: Kolonia-Bonn-Remagen, lub Koblenca-Remagen-Neuenahr.

Świeżo

Surowicę przeciwgruźliczą

profesora **Maragliano**

w flakonach po 1 ct. sz. i w butelkach po 5 ct. sz.

Tuberkulinę Kocha R.

posiada stale na składzie

Dom handlowy **I. B. Segal** w Wilnie.

Literaturę dotyczącą powyższych preparatów jak również i innych środków wysyła się żądającym.

KOWANÓWKO

Zakład Lecznicy

chorób nerwowych i umysłowych

W. Ks. Poznańskie poczta i stac. kol. **Oborniki.**

D-r Winkiewski.

D-r Lewald.

D-rowa Karczawska.

Apteka, poczta, telegraf, skle-
py, cukiernia i restauracya
w zakładzie.

„NAŁĘCZÓW”

5 godzin od Warszawy, godzi-
na od Lublina, 20 minut od
stacyi Nałęczów dr. żel. Nad-
wiśl. W lecie omnibusy i po-
wozy na pociągi.

Wody Żelaziste—Zakład Hydropatyczny

W sezonie letnim od 1 Czerwca do 1 Października kąpiele żelaziste, borowinowe, igliwiowe mi-
neralne, kumys i. t. p. Zakład Hydropatyczny cały rok otwarty. Szczegóły w Przewodniku po Na-
łęczowie, wydanym w 1897 r. do nabycia w księgarniach i na miejscu.

ŻEGIESTÓW w Galicyi nad **POPRADEM**
kolej, poczta, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste
hydropatyczne i popradowe.

WODA ŻEGIESTOWSKA znajduje się we wszystkich wielkich Składach
Wód Mineralnych.

Lekarz Ordynujący D-r **Wl. Hojnacki**, ast. chor. kobiecych.