

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. W. KAMOCKI. Kilka uwag o nowoczesnej operacyi zaćmy. — II. M. JAKOWSKI. Grzybki chorobotwórcze [Dokończenie]. — III. A. FABIAN. O kąpielach elektrycznych [Dokończenie]. — *Notatki lekarskie*. 10. P. ZALESKI. Pilokarpina przy zatruciu zgniłemi rybami. — *Korespondencyja*. Z Wiednia. M. SZWYKOWSKI. — *Dział sprawozdawczy*. 39. FILLEAU. O podskórnem wstrzykiwaniu kwasu karbolowego w leczeniu suchot płucnych. — 40. NEUMANN. O pempigus vegetans (*frambsioides*). — Ogłoszenia.

I. KILKA UWAG O NOWOCZESNEJ OPERACYI ZAĆMY.

Napisał

W. K a m o c k i.

Zastanawiając się nad przyczynami, którym metoda GRAEFE'go zawdzięczała tak długoletnie a niemal wyłączne panowanie swoje, musimy dojść do przekonania, że winna to nie tylko istotnej wyższości nad używanymi przed nią sposobami, lecz i tej pobożnej czci dla genialnego mistrza, z jaką wciągano w jego metodę różne sposoby mające z nią właściwie jedną tylko wspólną stronę, t. j. wycięcie tęczy. GRAEFE nie przestawał nigdy kłaść nacisku na konieczność liniowego cięcia, aczkolwiek wskazane przez niego było, ściśle mówiąc, cięciem płaskołurowym z płatem o 1 mm. wysokości. Cięcie to, idealne pod względem dokładnego przylegania brzegów rany, przedstawia wszakże, z powodu obwodowego położenia swego, poważne niebezpieczeństwo wypadnięcia i utraty ciała szklistego, a nadto przebiega w zbyt blizkiem a niebezpiecznem sąsiedztwie ciała rzęskowego. To też sposób GRAEFE'go znalazł tylko niewielką liczbę bezwarunkowych zwolenników; większość zwróciła się wkrótce do wskazanego przez ARLT'a cięcia niskopłatowego o 2 mm. wysokości, którego końce znajdowały się o 1 mm. od brzegu rogówki, wierzchołek zaś dotykał górnego końca jej pionowej średnicy; inni jeszcze, za przykładem LIEBREICH'a, LEBRUN'a i WECKER'a, poczęli tworzyć płat rogówkowy o 3—4 mm. wysokości. Nie mam bynajmniej zamiaru przypominania wszystkich zmian, jakim w ciągu z górą dwóch dziesiątków lat ulegało cięcie GRAEFE'go; chcę jedynie zaznaczyć stopniowy, a stały zwrot ku cięciom płatowym, z którym jednocześnie spostrzegać się daje inny objaw, t. j. ograniczanie rozmiarów irydektomii, a nawet zupełne jej zaniechanie, co francuzcy autorowie nazywają powrotem do dawnej francuzkiej metody DAVIEL'a. Twierdzenie to niezupełnie słuszne, łatwo bowiem zauważyć, że dzisiejsze cięcie francuz-

kie; oddzielające $\frac{1}{3}$ części górnego obwodu rogówki, dotyka właśnie części oszczędzanej przez DAVIEL'a, który tworzył olbrzymi płat dolny.

Niepodobna zaprzeczyć, że operacja zaćmy, pozostawiająca oku pośrodkową źrenicę i ruchliwą dyjafragmę, przystosowującą się do warunków oświetlenia, jest doskonalszą i bliższą ideału, aniżeli wszelkie postępowanie złożone, zmuszające do wycięcia tęczy, jeżeli niezbyt szkodliwego, to z pewnością za to nie podnoszącego wzroku. To też względy, ukazujące wycięcie tęczy jako nieodzowny moment operacji wydobywania zaćmy, musiały być bardzo poważne; chcąc je przypomnieć, musimy zastanowić się nieco nad historiją powstania metody GRAEFE'go.

Myślą przewodnią GRAEFE'go było: zapobiedz zropieniu płatu rogówkowego, stanowiącemu główną przyczynę złych zejść po ekstrakcyjach wielkopłatowych, powodujących łatwe rozchodzenie się brzegów rany przy każdym poruszeniu oka, a nadto podkopujących niekiedy w sposób poważny ogólny stan zdrowia operowanych, przeważnie starców, zmuszając ich do długotrwałego, nieruchomego położenia na wznak. Uderzającą wobec tego była łatwość gojenia się ran liniowych przy wydobywaniu zaćm miękkich lub pokruszonych twardych według metody TRAVERS'a i DESMARRES'a. Widząc jak rzadko barbarzyńskie to zresztą postępowanie wikłanem było przez zropienie rogówki, doszedł GRAEFE do przeświadczenia, że przyczyną tej bezkarności był liniowy kierunek rany i począł odtąd dążyć do zastąpienia cięć płatowych przez cięcia liniowe, dające jednak możność wydobywania zaćmy w całości. Wkrótce atoli przekonał się, że rozmiary rogówki nie pozwalają na przeprowadzenie w niej cięcia liniowego tej długości, aby rozwiązanie soczewki mogło się odbyć bez pomocy narzędzi trakcyjnych, jako to haczyków lub łyżeczek; ujrzał się więc zniewolonym do przeniesienia swego cięcia po za granicę przezroczystej rogówki, a nawet na białkówkę. Obwodowe położenie rany było, według wyrażenia samego GRAEFE'go, geometrycznym postulatem jej liniowości, któremu uległ tem chętniej wobec spostrzeżenia JACOBSON'a, iż rany białkówkowe rzadziej ulegają ropieniu niż rogówkowe, co przypisywano większemu unaczynieniu tej błony. Irydektomija była nieuchronnem następstwem takiego obwodowego cięcia, powodującego stale wypadnięcie tęczówki. Wykonywał ją GRAEFE i dawniej przy liniowym cięciu lancą w bocznej części rogówki, ale jedynie w celu łatwiejszego wprowadzenia narzędzi służących do rozdarcia torebki i rozwiązania soczewki; obecnie, pod wpływem spostrzeżeń MOOREN'a, poczęto jej nadto przypisywać działanie przeciwzapalne i twierdzono, że w ten sposób zmniejszamy odczyn zapalny wywołany przez obecność w komórce przedniej szczątków pęczniącej istoty korowej oraz ugniecenie tęczówki przez przeciskające się jądro zaćmy. Terapeutyczne te względy w zastosowaniu irydektomii odsunęły na drugi plan wzgląd mechaniczny, który jednak bez wątpienia był najważniejszym; wspominano przy tem, że wycięcie tęczówki, zbawienne przy przewlekłych jej zapaleniach, mogło być wcale nieobojętne dla zdrowej, a nadto nie dostarczono nigdy bezpośredniego dowodu, że skaleczona w ten sposób tęczówka znosi lepiej obecność w komórce szczątków istoty korowej, aniżeli nienaruszona. Obawa ugniecenia tęczówki

przez jądro zaćmy była również przesadzoną; ugnieceniu temu bowiem podlegała pozostawiana w oku część tęczówki tak samo, jak wycięta.

Bądź co bądź, złożona operacja zaćmy, wykonywana według tych zasad, pozwalała otrzymywać wyniki, jakimi się dotąd żadna inna metoda poszczycić nie mogła; zwłaszcza tak groźne ropienie płatu rogówkowego zniknęło prawie zupełnie. Pomyślny ten objaw przypisywano całkowicie linijnemu charakterowi rany, zapewniającemu dokładne zlepienie jej brzegów; rozumowanie powyższe było wszakże w połowie tylko słusznem; przyjmowano bowiem przyczynę dalszą za bezpośrednią. Rozchodzenie się brzegów rany sprzyja niewątpliwie ropieniu rogówki, wszakże dla tego tylko, że ułatwia zakażenie rany, które dziś należy uważać za jedyną i wyłączną przyczynę ropienia.

Wobec względnej doskonałości metody GRAEFE'go, niezbędnem jest zadać sobie pytanie, o ile uprawnionemi były próby odstąpienia od klasycznych przepisów mistrza, mianowicie też, czy dobrze postąpiono, wracając do cięć płatowych, oraz czy słuszenie zaniechano irydektomii, skoro tylko położenie cięcia przestało do niej zmuszać. Doświadczenie francuzkich operatorów, których głos wobec kolosalnego materiału, jakim rozporządzają, uważać muszę za bardzo znaczący, dało odpowiedź twierdzącą; na tem miejscu pragnę wszakże rozstrząsnąć te pytania jedynie ze stanowiska czystej teorii, nie mając punktu oparcia dla sądu mojego we własnem doświadczeniu.

Niedorzecznym byłby bez wątpienia powrót do praktykowanych w pierwszej połowie bieżącego stulecia olbrzymich płatów rogówkowych, narażających oko w wysokim stopniu na niebezpieczeństwo ropnego zakażenia, i upośledzających ciężko odżywianie rogówki pozbawionej własnych naczyń. Niepodobna jednak zaprzeczyć, że ze wszystkich cięć, niskopłatowe cięcia rogówkowe zapewniają soczewce najłatwiejsze rozwiązanie i przedstawiają największą rękomię przeciwko wypadnięciu ciała szklatego. Przy aseptycznym postępowaniu operacyjnem, stanowiącem dziś moralny obowiązek każdego chirurga, nie przedstawiają one bynajmniej większych szans zakażenia, aniżeli cięcia białkóvkowe, którym nie ustępują też i pod względem dokładności zlepiania brzegów rany, powstającego bardzo szybko dzięki bujaniu nabłonka. Linijna blizna pooperacyjna w rogówce zaledwie jest dostrzegalną, a nadto korzystniej jest mieć ją w części obojętnej dla spraw ogólnego odżywiania oka, aniżeli w tak ważnym pasie filtracyjnym, jakim jest pierścień rogówkowy i sąsiadujące z nim części białkóvkki, gdzie obecność jej stać się może źródłem ważnych zaburzeń. Wobec dodatkich tych stron cięć rogówkowych, nie może ciężko zaważyć na szali związany z niemi znaczniejszy astygmatyzm pooperacyjny, zmuszający niekiedy do kombinowania szkieł sferycznych z cylindrycznemi. Co się tyczy poszczególnych cięć, najwłaściwszem wydaje mi się używane przez WECKER'a, oddzielające dokładnie $\frac{1}{3}$ część górnego obwodu przezroczystej rogówki lub też $\frac{2}{5}$ [według PANAS'a]; otrzymujemy w ten sposób cięcie płatowe o 3—4 mm. wysokości, pozwalające na swobodne przejście nawet dużych zaćm i odznaczające się dokładnem przyleganiem brzegów rany. Mniej właściwem wydaje mi się cięcie GAŁĘZOWSKIEGO, które jest właściwie małą odmianą cięcia LEBRUN'a; tworzy ono niski płat, którego końce leżą w pierścieniu rogówkowym (*limbus corneae*) o 2 mm. poniżej pozio-

mej średnicy, wierzchołek zaś o 2 mm. poniżej górnej granicy pierścienia rogówkowego. O ile jednak mogłem zauważyć, w praktyce odstępuje GAŁĘZOWSKI od tego przepisu, tworząc płat nieco większy; cięcie to zupełnie dostateczne dla zaćm wółmiękkich lub z małym jądrem, mogłoby się łatwo okazać niewystarczającym dla dużych zaćm starczych jądrowych. Przeniesienie cięcia w dolną połowę rogówki, jak to czyni MOOREN, da się jedynie usprawiedliwić pragnieniem obejścia się bez roztwórki powiekowej i nie zdaje się zasługiwać na naśladowanie.

Okoliczność, że przy cięciach płatowych dokonywanych w rogówce, nie spostrzegano prawie nigdy wypadnięcia tęczy, musiała oczywiście skłonić zwolenników tych cięć do pokuszenia się o zaniechanie irydektomii, będącej koniecznością, ale, powiedzmy to, i koniecznem złem zarazem przy cięciach obwodowych. Doświadczenie przekonało wkrótce, że rozwiązanie soczewki przy nienaruszonej źrenicy bynajmniej nie jest utrudnionem, pierwotne zaś wypadnięcie tęczy prawie zawsze daje się odprowadzić, wyjąwszy przypadki podniesionego śródocznego ciśnienia, w których roztropniej jest dokonać od razu wycięcia tęczy, aniżeli narażać się na możliwość następczego jej wypadnięcia podczas gojenia się rany. W celu zapobieżenia tej ewentualności, potrzeba było zresztą uciekać się stale do wkraplań eżeryny, których przemijające działanie poczęto wspierać tak zwanymi *collyres permanents*, t. j. maściami glicerynowymi lub waselinowymi z kwasem bornym [WECKER] lub preparatami rtęciowymi [benzoanem rtęci — PANAS] i eżeryną, które napuszczano kompresy opatrunkowe. Przebieg gojenia się nie pozostawiał nic do życzenia i w całej seryi przypadków otrzymywano pośrodkową, czarną, ruchomą źrenicę; przyrosty tylne tworzyły się tylko przy niedokładnem oczyszczeniu pola źrenicznego z resztek istoty korowej, wtórne zaś wypadnięcie tęczy, zmuszające do jej następczego wycięcia, spostrzegano zaledwie w 3—4 przypadkach na 100, w ostatnich zaś operacjach PANAS'a w jednym na sto.

Częstość sympatycznych cierpień po operacjach GRAEFE'go, według osobistego mojego doświadczenia, krótkiego zresztą, wydawać by mi się mogła nieco przesadzoną; z tem wszystkiem uwięzienie w ranie obwodowych odcinków tęczy uważać muszę za objaw dość częsty i występujący nawet w tych przypadkach, gdzie wykonano bardzo obszerną irydektomię, starając się o jak najdokładniejsze wycięcie kącików tęczówki. Na razie rana goi się bardzo dobrze niekiedy, pomimo to trudno zaprzeczyć, że oko takie nosi w sobie zaród groźnego cierpienia. Częstszemi jeszcze są niewidzialne uwięzienia tęczówki w bliznie pooperacyjnej, wymownem świadectwem których jest tak często spotykane po dłuższym przeciągu czasu od operacji przesunięcie źrenicy ku górze, przedstawiające nadto i tę niedogodność, że odtąd źrenica odpowiada górnej części rogówki dotkniętej astygmatyzmem pooperacyjnym, a nadto zasłoniętej w części przez powiekę. Niekiedy zresztą źrenica przeciągniętą bywa ku górze nie przez tęczówkę, lecz przez szczątki torebki, które wrosły w ranę i kurcząc się, pociągają za sobą nietylko tęczówkę, lecz, co gorsza, i ciało rzęskowe. Nad zgubnemi następstwami tego zjawiska nie potrzebuję się chyba rozwodzić; niezawsze wprawdzie oko zostaje straconem, lecz za to staje się siedliskiem długotrwałych i upośledzających jego funkcję skrytych zapaleń tęczówki i ciała rzęskowego; rzecz to zresztą zdawna wiadomo, że przerzeczone cierpienia po obwodowych ekstrakcyjach z wycięciem tęczy stały się niemal tak

częstemi, jak były ropienia przy operacjach płatowych. W klinikach paryżskich widziałem około 100 operacyj zaćmy prostych i znaczną liczbę dawniej operowanych; bynajmniej nie wszystkie oczy przedstawiały idealny obraz powyżej skreślony i widziałem pomiędzy nimi mniej lub więcej znaczne zaćmy wtórne, wypadnięcia tęczówki, przyrosty jej przednie i tylne, muszą jednak zgodzić się z francuskimi autorami w tym względzie, iż zachowanie tęczówki ochrania ranę od uwięzienia w niej torebki, przed czem. robiąc irydektomię, nie zawsze możemy się ustrzedz, nawet przy starannem oczyszczaniu rany.

Zgubnem byłoby wszakże ukrywać, że ekstrakcja zaćmy bez wycięcia tęczy utrudnia znacznie dokładne oczyszczenie pola źrenicznego z reszek istoty korowej i czyni, jeśli nie niemożliwem zgoła, to zbyt niebezpiecznem przynajmniej wprowadzanie trakcyjnych narzędzi, jako to łyżeczki i pętli. Okoliczność ta zmusza nas do starannego różniczkowania wskazań i nie pozwala odstępować od irydektomii w przypadkach zaćm powikłanych przyrostami tęczy, lub niezupełnie dojrzałych, do którychbym dodał z mej strony i zaćmy zbyt przejrzyste ze znacznymi zgrubieniami przedniej torebki, oraz wszystkie przypadki, gdzie możemy spodziewać się zważenia więzu ZINN'a. W przypadkach za to zaćm miękkich lub niepowikłanych starczych dojrzałych i nieco przejrzalnych, irydektomija śmiało może być zaniechaną, aczkolwiek i tu powinniśmy uczynić wyjątek dla chorych niespokojnych, nie przedstawiających rękojmi odpowiedniego zachowania się w ciągu pooperacyjnego leczenia, oraz starców i wogóle osób osłabionych, dla których zachowanie bezwzględnego spokoju byłoby niemożliwem.

Oddawna poznano, jak ważnym momentem w operacji zaćmy jest dobra cystotomija. Nie chcę tu bynajmniej wyliczać wszystkich sposobów przez różnych autorów podawanych: mają one jedną wspólną i dawno znaną stronę, t. j. że dobrze wyglądają na papierze; mając do czynienia z torebką, możemy liczyć tylko na pierwsze rozdarcie, które przez następne, dzięki sprężystości torebki, najczęściej powiększonem zostaje w tym samym kierunku. W każdym razie najgorszem wydaje mi się używane przez KNAPP'a, a w części i SCHWEIGGER'a obwodowe rozdarcie, zmuszające nieuchronnie do wtórnych operacyj. Nieobojętnym jest wybór narzędzia i bądź co bądź w większości przypadków najodpowiedniejszym jest trójkątny cystotom GRAEFE'go lub ostry haczyk BEER'a, przy pomocy których udaje się niekiedy wydobyć mniej lub więcej znaczny kawałek torebki; mniej pewnem wydaje mi się działanie szczypczyków torebkowych FOERSTER'a i WECKER'a, jakkolwiek WECKER twierdzi, o czem się zresztą naocznie przekonałem, że posługując się swoim narzędziem, wydobywa zawsze czworokątny płat torebkowy. Zdaje mi się wszakże, że używając bez wyboru i stale szczypczyków torebkowych, narazilibyśmy się niechybnie na częste zwichnięcia soczewki.

Nie mogę natomiast uważać za dowód postępu dążenia niektórych operatorów [GAŁĘŻOWSKI, GAYET, MOOREN, FLEURAL] do wykonywania całej operacji zaćmy przy pomocy jednego tylko narzędzia, t. j. wąskiego nożyka GRAEFE'go. Wprowadziwszy nożyk do przedniej komórki, unoszą oni ku przodowi jego trzonek i rozdzierają pionowem poruszeniem torebkę; powtarzając ten manewr dwa razy, usiłują wykrajać z przedniej torebki czworokątny płat, poczem kończą cię

cie w zwykły sposób. Motywem tego postępowania jest chęć uniknięcia wprowadzenia kilku narzędzi do wnętrza oka i zwiększenia w ten sposób możliwości zakażenia. Obawa to bez wątpienia przesadzona, doświadczenie kliniczne uczy bowiem, że ropienie rozpoczyna się zawsze od brzegów rany, nigdy zaś prawie nie wychodzi z torebki soczewkowej; skuteczność zaś postępowania tego jest dość wątpliwą, jeżeli zważymy, że najgorliwsi propagatorowie jego rzadko myją ręce i narzędzia. Nie przeczę zresztą, że metoda ta uprawiana ręką mistrza może wydać świetne, a przynajmniej bardzo zadawalające wyniki, niemniej jednak dla mniej doświadczonego operatora przedstawia ona poważne niebezpieczeństwo rozkawalenia jądra, zwichnięcia soczewki lub naderwania więzów ZINN'a przy zastosowaniu narzędzia tak grubego, jakim jest nożyk GRAEFE'go w stosunku do torebki i działającego jak drąg pierwszego rodzaju. Nadto rozdarcie torebki tą drogą nie może być nigdy tak dokładnem jak przy pomocy cystotomu, lub wreszcie szczypczyków torebkowych WECKER'a, o wydobyciu zaś płata torebkowego trudno jest myśleć.

Nie mogę również pochwalić i zwyczaju wyjmowania po dokonaniem cięcia rogówkowem roztwórki powiekowej i szczypczyków ustalających i nie jestem bynajmniej zwolennikiem torturowych przyrządów, podobnych do czteroramiennych zębatych szczypczyków JAEGER'a lub pik PAMARD'a, uważam jednak za nieroztropność ze strony operatora wyrzekać się panowania nad operowanym i zdawać na jego współdziałanie, które często nawet przy najlepszych chęciach zawodzi.

Wytknęliśmy powyżej jako słabą stronę ekstrakcyi niskopłatowej bez irydektomii trudność oczyszczenia pola źrenicznego ze szczątków istoty korowej; brakowi temu w znacznej mierze czyni zadość wypłukiwanie przedniej komórki, prawie jednocześnie i niezależnie zalecone przez INOUE w Tokio, Mc KEOWN'a w Belfast, WICHERKIEWICZA i PANAS'a. INOUE używał w tym celu kwasu borowego i narzędzia mającego kształt wydętej łyżeczki CRITCHETT'a, podziurawionej na kształt sita i połączonej rurką kauczukową z naczynkiem szklanem, przypominającem używaną w laboratoryjach strzykawkę do wody. Mc KEOWN przemyczał komórkę czystą wodą ogrzaną do 100° F., posługując się małą strzykawką (*scoop-seringe*), WICHERKIEWICZ zaś wynalazł w tym celu znaną zapewne polskim czytelnikom undynę, podobną z kształtu do retorty z tubusem, której wązki koniec kończy się wąską srebrną kaniulką i którą napelnia 1% kwasem bornym. Postępowanie to w gruncie rzeczy nie jest nowem, już bowiem w 1722 r. wypłókiwał SAINT-YVES w ten sposób ropę z przedniej komórki, a w 1864 zalecał HEYMANN dla wydalenia krwi skrzepłej. W kilkanaście lat później próby HEYMANN'a podjęte zostały nanowu przez PANAS'a i doprowadziły go ze swej strony również do zastosowania przemycwania komórki przy operacyjach zaćmy; narzędzie którem się posługuje PANAS jest strzykawką dość znacznych rozmiarów z uszami i szeroką płaską kaniulą. Wyniki tych prób, były ze wszech miar zadawalające i zjednały przepłókiwaniu komórki licznych zwolenników w kołach zwłaszcza francuzkich operatorów. Jednym z najgorętszych jest WECKER, który zastosował w tym celu dawniejszy swój respirator w kształcie lejka szklanego, zamkniętego w szero-kim końcu kauczukową błonką, opatrzywszy go zamiast ostrej igły, używanej do

wypuszczania płynu podsiatkówkowego, tępą i delikatną złotą kaniulką z dwoma bocznymi otworami. Tak sporządzone narzędzie wydaje mi się najodpowiedniejszym do tego celu; rozmiary jego są bardzo niewielkie, a czuły brzusiec palca naciskając na sprężystą błonkę, pozwala bardzo dokładnie regulować ilość wstrzykiwanego płynu. Narzędzie WICKERKIEWICZA jest znacznie cięższe, obejmuje jednak większą ilość płynu, przez co daje się zastosować do dłuższej irygacji całego pola operacyjnego, a nadto pozwala wyjąłować swoją zawartość przez zagotowanie. Z zastosowaniem wypłukiwania przedniej komórki wiąże się kwestyja antyseptyzmu wewnątrzocznego; PANAS przynajmniej w tym właśnie celu przemycza komórkę rozczyntem dwujodku rtęci [0,05 na 100 gr. wody z dodatkiem 20,0 gr. alkoholu]. Niepodobna nie przyznać słuszności WECKER'owi, który uważa dezynfekcyję przedniej komórki za złudzenie; badania KOCIN'a, powtórzone przez SCHMIDT-RIMPLER'a i SATTLER'a nad wytrzymałością niższych ustrojów zawartych w ropie worka łzowego, przekonały, że roztwór sublimatu w stosunku 1:1000 potrzebuje 1 minuty do ich zabicia w stosunku zaś 1:5000 trzech minut. Żaden okulista nie ośmielił się zapewne wprowadzić do wnętrza oka tak silnych rozczyntów, tem mniej więc można się łudzić, co do skuteczności używanego przez PANAS'a dwujodku rtęci w rozcienczeniu 1:20000. Jeżeli używanie do przemyczania komórki ocznej płynów przeciwniejących ma racyję bytu, to jedynie dlatego, aby się zapewnić, o ich aseptyczności, aby uniknąć wprowadzenia zarodków niższych ustrojów, nie zaś aby zabić te, które z narzędziami już do wnętrza oka dostać się mogły. WECKER kładzie szczególny nacisk na potrzebę wstrzykiwania do komórki rozczyntu ezeryny dla osiągnięcia trwałego skurczu zwieracza tęczówki, będącego rękojmią przeciwko jej wypadnięciu. Postępowanie to wydaje mi się zbyt pedantycznym, puszczając bowiem na świeżą ranę kroplę rozczyntu ezeryny, można być przekonanym, że część jej przenika do wnętrza komórki, a zresztą przeświadczywszy się wprawdzie naocznie o dobroczynnym wpływie wypłukiwania komórki na oczyszczenie źrenicy ze szczątków istoty korowej, sądziłbym jednak, że wypada postępowanie to ograniczyć do przypadków istotnie tego wymagających i bądź co bądź nie pomnażać traumatyzmu, gwoili zadowolenia własnej doktryny. Sądziłbym również, iż w każdym razie unikać należy właściwego przemyczania przedniej komórki, to jest forsownego wstrzykiwania płynu; daleko właściwszem wydaje mi się za przykładem WECKER'a wpuszczać do komórki płyn ostrożnie po kropli i po chwili wypuszczać go przez lekkie rozchylenie brzegów rany.

Kwestyja przeciwnieźności w okulistyce mogłaby poniekąd być uważaną za przesądzoną; nie ulega wątpliwości, że przeciwnieźne i niegnieźne środki, używane w wielkiej chirurgii, tu mogą znaleźć tylko ograniczone zastosowanie. Przyczyną tego, szczególne miejscowe warunki oka, posiadającego z jednej strony wyborny własny kompres ochronny w powiece, z drugiej zaś przez przewód nosowo-łzowy znajdującego się w związku z otaczającym powietrzem; niezwykła wrażliwość błon oka nie pozwala zresztą na zastosowanie silniejszych środków chemicznych w stężeniu istotnie działającym. W ostatnich czasach GAŁĘZOWSKI zaproponował pokrywanie oka po operacyach zaćmy blaszkami żelatynowymi z dodatkiem sublimatu i kokainy; myśl to chyba niezbyt szczęśliwa i jest to dość

wątpliwem o ile blaszki te pomagają zasklepieniu rany, muszą zaś niechybnie w początku przynajmniej drażnić oko; mała ilość sublimatu i kokainy zawarta w nich musi bardzo prędko uleść rozpuszczeniu i przestaje tym sposobem wywierać działanie. Toż samo sądzić należy o wałeczkach z waty, nasiąkniętej waseliną z dodatkiem środków przeciwnilnych do zakładania za dolną powiekę, jakie CHIBRET przedstawił na ostatnim zjeździe towarzystwa oftalmologicznego francuzkiego. Wszelki umysł wolny od szematyzmu musi przyznać, że w okulistyce do czasu wynalezienia środka skutecznego, a niedrażniącego błon oka, tylko aseptyzm ma prawo bytu, a czystość bez zarzutu jest pierwszym warunkiem powodzenia. Cała więc uwaga operatora powinna być zwróconą na dokładne oczyszczenie pola operacyjnego, tudzież własnych rąk i narzędzi; zresztą nawet i w tym ostatnim względzie jesteśmy w położeniu gorszem, niż chirurgowie i delikatność naszych narzędzi nie pozwala na obmywanie ich nie tylko sublimatem, ale nawet silniejszymi rozczynami kwasu bornego i karbolowego, obmywając zaś je spirytusem, powinniśmy pamiętać, że w ten sposób czyścimy je tylko mechanicznie, spłukując z nich tłuszcz i kurz, oraz tkwiące w nich możliwie zarodki, nie dezynfekujemy zaś ich bynajmniej w ścisłym słowa tego znaczeniu, alkohol bowiem nie jest środkiem przeciwnilnym.

II. GRZYBKIE CHOROBY TWÓRCZE.

Napisał

M. J a k o w s k i

b. ordynator kliniki dyagnostycznej.

XI. Bakteryje ropne. — Zapalenie szpiku kostnego. — Ostre zapalenie wsierdzia. — Ropnica, posocznica i gorączka połogowa.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 33].

W ustroju działanie ich polega, według CORNIL'a i BABES'a na podrażnieniu i rozmięczeniu tkanki, otaczającej ogniska w których się zbierają. Punktem zaś wyjścia takich zmian są zawsze naczynia, a mianowicie zatory (*embolia*) powstające w takowych i złożone z samych pasorzytów; drogą szerzenia się ich są właśnie naczynia krwionośne. Bezpośrednim skutkiem takiego podrażnienia jest wysięk z naczyń wielkiej ilości ciałek wędrujących, a wskutek ucisku na tkankę obumieranie takowej; w tworzących się ropniach i zapaleniach ropnych tkanki podskórnej, ciała ropne i komórki stałe zawierają zawsze bakteryje ropne, a prócz tego takowe leżą swobodnie i obsiadają nieobumarłe jeszcze włókna tkanki łącznej [Tabl. VI, Fig. 9]. Że przy obrażeniach zewnętrznych choćby najmniejszych, ledwo dostrzegalnych, mikroorganizmy ropne mogą przedostawać się doskonale z zewnątrz t. j. z powietrza, jest to aż nadto zrozumiałem. W jaki sposób jednak przenikają do ustroju i powodują ropienie w razach gdy takich obrażeń nie ma wcale?

Jako odpowiedź podają CORNIL i BABES, jak sami zaznaczają, tylko hipotezę; być może że bakteryje, zwykle znajdujące się w krwi, w pewnych wa-

runkach przy upadku odżywiania pewnych części tkanek, pod wpływem wreszcie miejscowych podrażnień wszelkiego rodzaju, mogą wywierać swój utajony wpływ chorobotwórczy i w danym miejscu wywoływać ropienie. Kwestyja ta niezdecydowana i przedstawia szerokie pole do badań. Bądź co bądź jednak w historii nauki doświadczalnej o zapaleniu szpiku kostnego, znajdujemy, jak to zaraz zaznaczyć, potwierdzenie podobnego przypuszczenia.

Pewna ilość badaczy [ORTHMANN, COUNCILMAN, PASSET] twierdzi, że obok mikroorganizmów ropnych i drażniące substancje chemiczne, jak olej krotonowy, terpentynowy, skalny, rtęć i t. d. wywołują ropienie bez udziału drobnoustrojów. Jakkolwiek i ROSENBACH zastrzega, że wprowadzenie rtęci pod skórę psom wywołało dwa razy obszernie ropne zapalenie tkanki podskórnej i że w ropie tej drobnoustrojów nie widział, ani z takowej ich nie wyhodował, to jednak prace STRAUS'a, a ostatnio RUJIS'a, a zwłaszcza KLEMPERER'a, przedsiębrane z wszelkimi możliwymi środkami ostrożności i przeciwności¹⁾, wykazały, że substancje te chemiczne wprowadzone czy to do przedniej komory oka [RUJIS]czy pod skórę, lub do jam surowicznych nigdy ropienia nie wywołują, lecz tylko silne zapalenie z wysiękiem surowicznym, jeśli zaś kiedy przypadkowo powstanie ropienie, to zawsze można w ropie wykazać i z niej wyhodować właściwe bakteryje chorobotwórcze. Można przypuścić w przypadkach PASSER'a n. p. że mikroorganizmy były i zrobiły swoje, t. j. wywołały ropienie, lecz następnie wskutek jakichbądź przyczyn obumarły.

GARRÉ podaje ciekawy i ważny przyczynek do działania chorobotwórczego bakteryj ropnych. Chcąc dowieść, że zastrzały i czyraki zależą od *staph. pyog.*, *aur.*, zaszczerpił sobie samemu czystą hodowlę tych pasorzytów w ranę pod paznogiem; po paru dniach rozwinął się typowy zastrzał. Po wtarcu zaś czystej hodowli tegoż pasorzyta w skórę przedramienia, wywołał takie mnóstwo czyraków, że chorował przez czas długi, a w rezultacie zostało mu 17 blizn na zdrowej poprzednio skórze. Badacz ten zresztą w 72 przypadkach zastrzału, czyraków, ropni i zapaleń tkanki podskórnej, 68 razy znalazł bakteryje ropne, przeważnie *staph. pyog.*, *aureus* i *albus*.

Bakteryje opisane w tym rozdziale są przyczyną ropienia ostrego. Przyczyna ropni zimnych polega najczęściej na działaniu laseczników gruzliczych, o ile nie zależą one od chorób takich jak przymiot, nosaczyna i promienica, o której mowa będzie w ostatnim rozdziale niniejszej pracy.

Z drobnoustrojami ropienia stoi w związku etylogija ostrego zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis acuta*). Pierwszy wypowiedział to przypuszczenie PASTEUR, gdyż znalazł w ropie szpiku kostnego te same pasorzyty co w czyraku, ściśle zaś opisał pasorzyty ostrego zapalenia szpiku po raz pierwszy BECKER [1883] a za nim KRAUSE i ROSENBACH. Ten ostatni dowodnie przekonał, że zapalenie to zależy przeważnie od najczęściej napotykanego mikrokoka ropnego, t. j.

¹⁾ KLEMPERER wypalał miejsce na skórze, gdzie miał dokonać szczepienia za pomocą rozpalonego żelaza, wprowadzał wyjąłowiłą kaniulę szpryki przez strup i miejsce przekłucia ponownie przypalał żelazem, aby i przez ten kanał nie dostawały się do środka pasorzyty.

od *staphylococcus pyogenes aureus*. Postać jego, hodowle, działanie chemiczne na ścięte białko, po otrzymaniu go z ropiejącego szpiku kostnego, są całkiem ideotypyczne z postacią, wyglądem hodowli i działaniem chemicznym pasorzyta wyhodowanego ze zwyczajnych ostrych ropni. ROSENBACH na 15 przypadków ostrego zapalenia szpiku, w 14 znalazł wśród ropy *staph. pyog. aur.*, a w tej liczbie raz pospół ze *streptococcus pyogenes* a raz ze *staph. pyog. alb.* [w jednym zaś przypadku, przebiegającym klinicznie bardzo typowo, sam tylko *staph. pyog. alb.*], GARRÉ na 3 badane przez się przypadki zawsze znajdował w ropie *staph. pyog. aur.*, raz ze *staph. pyog. alb.*, a w jednym z tych przypadków widział go nawet we krwi za życia chorego i z tejże krwi wyhodował, co poprzednio ani KRAUSE'mu, ani ROSENBACH'owi nie udawało się. Szczepienie zwierzętom do stawów lub opłucnej wywołuje dość szybko śmierć, przyczem powstają stwardnienia i zropienie na miejscu wstrzyknięcia, wylewy krwawe na opłucnej i stwardnienia ograniczone w płucach.

Istotne zaś ostre zapalenie szpiku kostnego można wywołać dopiero wtedy, jeśli poprzednio dokonano mocnego stłuczenia lub złamania jakiegobądź kości, najlepiej na kończynach. Wówczas dopiero, po wstrzyknięciu czystej hodowli królikom wprost do układu krwionośnego, lub do stawu kolanowego [ROSENBACH], powstaje silne zapalenie i ropienie szpiku na miejscu uszkodzonej kości; ropnie często za życia zwierzęcia same otwierają się, zdechają zaś króliki w 12—14 dni po szczepieniu; w krwi i ropie można wykazać i z nich wyhodować czyste hodowle odnośnego pasorzyta. Otóż ROSENBACH dowodnie przekonał się, że te same wyniki otrzymał za pomocą szczepienia mikrokoków, wyhodowanych z ropy przy ostrem zapaleniu szpiku kostnego u ludzi, jak i za pomocą szczepień *staph. pyog. aur.* otrzymanego ze zwykłych ostrych ropni. Ze względu więc na jednakowe poprzednio wymienione cechy i ze względu na jednakie działanie chorobotwórcze, można z całą pewnością twierdzić, że ostre zapalenie szpiku kostnego zależy od *staph. pyog. aureus*.

JABOULAY, streszczenie pracy którego znajdujemy w N. 25 *Centralbl. für Chirurgie* z r. b., również twierdzi to samo, na zasadzie badań doświadczalnych, KRAUSKE zaś na ostatnim [XV] zjeździe chirurgów w Berlinie w roku bieżącym, przypuszcza, że ostre zapalenie szpiku kostnego jest produktem zakażenia mieszanego różnemi drobnoustrojami ropnemi i że takie właśnie przypadki, gdzie ten mieszany typ zakażenia da się napewno wykazać, przebiegają najzłośliwiej.

Nie można również oddzielić etjologii ostrego wrzodziejącego zapalenia wsierdza (*endocarditis acuta ulcerosa*) od bakteryj ropnych. Różni autorowie w różnym czasie przypuszczali pasorzytnicze pochodzenie ostrego zapalenia wsierdza, między innymi CORNIL i BABES opisują rozmaite ich postacie. Dopiero jednak WYSOKOWICZ w roku ubiegłym w jednym przypadku *endocarditidis ulcerosae* znalazł i wyhodował mikrokokki identyczne ze *staph. pyog. aur.* ROSENBACH'a. Udało mu się jednak wywołać u zwierząt ostre zapalenie wsierdza, tylko po poprzedniem obrażeniu zastawek sercowych, dokonaniem za pomocą zgłębnika główkowatego, wprowadzonego przez prawą tętnicę szy-

jową; hodowlę pasorzytów wstrzykiwał następnie do układu żylnego. Doświadczenia robione na 28 królikach z mikrokokami wyhodowanymi z badanego przypadku, ze *staph. pyog. aur.* i ze *strept. pyog.*, wywoływały śmierć zwierząt bardzo szybko po operacji; całe zastawki, a głównie na obrażonym miejscu, pokryte były szarobiałymi punkcikami, złożonymi ze wstrzykniętych pasorzytów; pasorzyty te przenikały w głąb tkanki i w niektórych miejscach powodowały obumarcie takowej; w innych narządach wewnętrznych znajdował autor mnóstwo zatorów i małych ropni. Wstrzyknięcie *staph. pyog. aur.* dawało więcej ognisk rozrzuconych po wszystkich narządach wewnętrznych, wstrzyknięcie zaś *strept. pyog.* mniej tych ostatnich, lecz za to większe i więcej pasorzytów zawierające ognisko na samych zastawkach. WEICHSELBAUM znalazł drobnoustroje nie tylko przy *endocarditis ulcerosa* lecz i w *endoc. verrucosa* i przeważnie *streptococcus pyogenes*. W trzech badanych przez się przypadkach *endoc. ulceros.*, znalazł on pasorzyty nie tylko na zastawkach, lecz i w ogniskach przerzutowych w krwi i moczu, raz *staph. pyog. alb.*, raz *strept. pyog.*, a raz obie te postacie razem. W roku bieżącym w *Fortschr. d. Med.* pomieścił RIBBERT pracę ważną pod względem etjologii ostrych spraw zapalnych w sercu. Nawet bez poprzedniego obrażenia zastawek wywoływał RIBBERT u królików, przez wstrzyknięcie do żyły usznej czystej hodowli *staph. pyog. aur.* ostre zapalenie w s i e r d z i a i m i ę ś n i a s e r c o w e g o; hodowle brane były z kartofli i przygotowywane tak, aby pozostały w nich małe cząsteczki kartofla i aby w ten sposób grupy pasorzytów łatwiej mogły osiadać na zastawkach. W badaniach swych zawsze otrzymywał liczne ogniska na zastawkach, przeważnie na zewnętrznej powierzchni; pasorzyty głęboko nieraz sięgały w tkankę i powodowały obumieranie takowej.

W mięśniu sercowym również bywało niezliczone mnóstwo ognisk, pochodzenie zaś ich według autora jest natury zatorowej (*embolia*), nie zaś wskutek czynnego przenikania w głąb mięśnia samych pasorzytów, jak to ma miejsce na zastawkach.

Przenikanie bakterij ropnych do krwi w pewnych razach jest przyczyną r o p n i c y (*pyaemia*). Pojęcie o zakaźnej naturze ropnicy istnieje w nauce już od dość dawna, a rzecz cała rozbiła się do ostatniego czasu o to, czy przyczyną jej są jakie swoiste pasorzyty, przedostające się do ustroju przez otwarte rany, ropnie i t. d., czy też bakteryje ropne w pewnych warunkach powodować mogące to zakażenie. ORTH [1873] widział podczas epidemii gorączki połogowej, w ropie i krwi mikrokoki leżące gromadkami lub w łańcuskach. PASTEUR, również w przypadkach gorączek połogowych, widział liczne osobniki „*microbe en chapelet*“ identycznego, jak wyżej zaznaczyłem, ze *streptoc. pyog.* ROSENBACH'a; toż samo konstatował i DOLÉRIS, który nawet pasorzyt ten uważa za swoisty dla ciężkich gorączek połogowych. Na zasadzie swych obserwacji, OGSTON pierwszy porzucił myśl o swoistych pasorzytach ropnicy i wypowiedział, że zależy ona od wnikania do krwi drobnoustrojów ropnych. Do poglądu tego i ze wskazówek klinicznych nastręczają się dane, jak np. fakty, w których ropnica dołącza się do nieotwartych ropni i zapaleń ropnych tkanki podskórnej, a w ra-

zie takim, gdyby przypuścić istnienie swoistych pasorzytów, takowe nie miałyby drogi do wnikięcia do ustroju. ROSENBACH w 6 przypadkach, w których ropnica dołączyła do cierpień czysto chirurgicznej natury, znalazł w krwi, w ropie w ogniskach przerzutowych, 5 razy *streptoc. pyog.* 1 raz zaś *staphyl. pyog. aur.*, pasorzyty te wyhodował i przekonał się, że co do swych własności i działania niczem nie różnią się od wyhodowanych z ognisk ropnych. Różne prawdopodobnie przyczyny mogą się składać na to, że pasorzyty te raz wytwarzają ognisko ropne, innym zaś razem są przyczyną zakażenia ropnicowego. Być może, że jak to przypuszczał OGSTON gra tu rolę nadmierna ich ilość, a być może że i wrażliwość i stopień odporności danego chorego osobnika na zakażenie ma swoje znaczenie. Może być wreszcie że w pewnych razach następuje naturalne osłabienie siły zakaźnej pasorzytów wśród ustroju, jak to sztucznie wykonali PASTEUR i KOCH z lasecznikami czarnej krosty, a może i jakieś inne dotąd niezbadane przyczyny i okoliczności są powodem różnego stopnia działania chorobotwórczego drobnoustrojów ropnych.

W najbliższym związku z etylogią ropnicy, stoi etylogija gorączki położowej, jak to zresztą wprost rzuca się w oczy z tego co nadmienilem o poszukiwaniach ORTH'a, PASTEUR'a i DOLÉRIS'a. Autorowie ci badania swoje dokonywali li tylko na przypadkach gorączek położowych. DOLÉRIS oprócz „*microbe en chapelet*,” spotykanego w przypadkach gorączki położowej, przy których bywają liczne zakrzepy i zatory, z charakterem ropnym, opisuje jeszcze diplokokki będące przyczyną tak nazwanej przezeń gorączki położowej ropnej; przenikają one z rany macicy przez jajowody do jamy otrzewnej i wywołują ropne zapalenia takowej, lub też szerząc się drogą naczyń chłonnych, wywołują obszerne ropienie tkanki łącznej okołomaciczej, otrzewnej, jajników, opłucnej i stawów. Według badań DOLÉRIS'a pasorzyt ten wywołuje u królików znaczne ropienia, winien więc być także zaliczony do grupy drobnoustrojów ropnych.

W przypadkach gwałtownych lub też takich, gdzie gorączka położowa przyjmuje charakter zakażenia posoczniczowego, DOLÉRIS podaje za przyczynę zakażenia *vibron septique* PASTEUR'a lub *bacillus oedematis maligni* KOCH'a, który będzie opisany szczegółowo w jednym z następnych rozdziałów niniejszej pracy. DOLÉRIS przypuszcza, że zakażenie tym drobnoustrojem następuje wówczas, gdy już znajdujące się czas jakiś we krwi pasorzyty pochłonięły z takowej dużo tlenu, że więc ta postać swoista gorączki położowej dołącza się do którejś z uprzednio opisanych postaci; nie odrzuca jednak możliwości i pierwotnego zakażenia i za takie uważa przypadki, w których śmierć położnic następowwała bardzo szybko, a przy badaniu pośmiertnem nie znajdowano żadnych zmian.

W dwu, taki sam posocznicowaty charakter mających, przypadkach gorączki położowej E. FRAENKEL znalazł i ze śledziony i ropnej zawartości żywej wyhodował bardzo drobne laseczki, okazujące pod względem morfologicznym i biologicznym wielkie podobieństwo do *bacillus pyogenes foetid.* PASSER'a i *bacillus soprogenes III* ROSENBACH'a, opis którego będzie podanym zaraz poniżej. Wprowadzony pod skórę myszom, świnkom morskim i królikom nie okazuje żadnego działania chorobotwórczego; wstrzyknięty zaś do jamy otrzewnej

myszy lub do żyły królikowi powoduje szybką śmierć, u pierwszej w 6, 7 do 8 godzin, a u drugiego w 24 godzin. Badania pośmiertne wykazywały ogromno powiększenie śledziony, zmnętnienie parenchymatyczne w wątrobie i nerkach, wybroczyny krwawe na opłucnej i osierdziu, sama zaś krew była zawsze bardzo ciemno-czerwoną. Badania krwi, płuc, mięśnia sercowego i śledziony wykazywały wielką ilość laseczników. FRAENKEL na zasadzie tych doświadczeń przypuszcza, że znalazł swoisty pasorzyt posocznicy dla ludzi i pewnych rodzajów zwierząt.

Mówiąc o gorączce połogowej, której wielu postaci przyczyną są, jak wi dzieliśmy, drobnoustroje ropne, winienem wspomnieć o bardzo ważnych i cieka- wych badaniach ESCHERICH'a. Badacz ten w mleku położnic, cierpiących na gorączkę połogową, znalazł drobnoustroje ropne, a mianowicie *staphyloc. pyog. aur. i alb.* Też same pasorzyty znalazł i w mleku położnic gorączkujących wskutek różnych obrażeń brodawki sutkowej, gdy brakło jeszcze właściwego zapalenia sutki. U położnic niegorączkujących i kobiet zdrowych żadnych mikroorganizmów w mleku znaleźć nie mógł.

W kwestyi pochodzenia posocznicy (*septicaemia*) u ludzi nauka do- świadczalna nie może poszczycić się tak pewnymi danymi, jakie osiągnięto dotąd o chorobie tej u pewnych rodzajów zwierząt, np. myszy i królików. Liczne badania podjęte w tej dziedzinie nie zostały dotąd uwieńczone pożąda- nym skutkiem. Znajdowano w przypadkach posocznicy różne pasorzyty; zda- rzały się przypadki [ROSENBACH], gdzie znajdowano mnóstwo drobnoustrojów ropnych, które rozmnażały się ze zdumiewającą szybkością i mogły przy- puszczać sprowadzić śmierć zanim doprowadziły do ropienia. W niektórych przypadkach znajdowano pasorzyty gnilne [ROSENBACH, FRAENKEL], które czy- p t o m a i n y, a to drugie najprzypuszczalnie, były przyczyną gorączki gnilnej. W każdym razie ani razu dotąd nie udało się otrzymać z krwi jakichkolwiek swoistych pasorzytów posocznicy, pod nazwą której, jak wiemy, trzeba pojmować różne stany patologiczne, wywołane przez pewne istoty zakaźne. Jest to nateraz kwestya przyszłości i dopiero w miarę udoskonalających się ciągle sposobów badania może być stanowczo rozwiązana.

Dla całości obrazu podaję tu opis bliżej przez ROSENBACH'a zbadanych laseczników gnilnych, którym jednak sam autor dotąd żadnego swoistego wpływu w sprawie posocznicy napewne nie przypisuje.

a) *Bacillus soprogenes I*, znaleziony w smrodliwych czopkach wytwarzają- cych się niekiedy przy nieżytych, w zagłębieniach błony śluzowej *isthmi faucium*. Są to dość spore laseczki, mające niekiedy w końcach zarodniki. W hodowlach rosną powoli. Na *agar-agar* wytwarzają szaro-żółte smugi ciastowej gęstości, nieprzezroczyste; z hodowli tych wydziela się zapach gnilny. Powodują rozkład białka z wydzielaniem przejmującego zapachu gnilnego, bardzo szybko przy dostępie, mniej szybko bez dostępu powietrza. Doświadczenia na zwierzętach dały wyniki ujemne.

b) *Bacillus soprogenes II*, znaleziony w cuchnącym pocie na stopie. Są to laseczki cokolwiek mniejsze od poprzedniego. W hodowlach rosną bardzo

szybko. Na *agar-agar* po 24 godzinach wytwarzają liczne, zlewające się wodniste krople, a z czasem formują jedną nieprzejrzystą, śluzową warstwę, przy czym wydziela się nieprzyjemny zapach, podobny do cuchnącego potu. Bez dostępu powietrza dość szybko powodują rozkład białka z wydzieleniem przejmującego zapachu gnilnego, a jeszcze szybciej przy dostępie powietrza. Wstrzyknięte królikom do opłucnej lub kolana wywołują ropienie w miejscu wstrzyknięcia, rozszerzające się na sąsiednie części miękkie i śmierć zwierzęcia najdalej w ciągu 3—4 dni.

c) *Bacillus soprogenes* III, znaleziony i wyhodowany z gnilnej zgorzelinowej ropy. Są to bardzo drobne laseczniki o zaokrąglonych brzegach. Rosną w hodowlach dość powoli i na *agar-agar* tworzą szary, nieciągnący się, prawie wodnisty pokład. Przy dostępie powietrza bardzo szybko, a bez dostępu nieco wolniej rozkładają białko z mocnym zapachem gnilnym. Wywołują gnicie we wszystkich pokarmach, z wyjątkiem mleka. Wstrzyknięcie czystej hodowli do stawu kolanowego królikowi wywołuje zaczerwienienie i ropienie z zapachem gnilnym. Z dwu zwierząt jedno wyżyło, drugie zaś zdechło na drugi dzień po szczepieniu.

Sposoby badania bakterij, powodujących ropienie, niczem nie różnią się od sposobów badania wszystkich innych drobnoustrojów chorobotwórczych. Zaznaczę tylko, że niezmiernie ważną i niezbędną jest rzeczą wykonywanie hodowli na płytkach z ropy branej do badania na odnośne bakteryje.

III. OKĄPIELACH ELEKTRYCZNYCH.

Przez

D-ra Aleksandra Fabiana.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 6. IV. i d. 20. IV 1886).

[Dokończenie. — Patrz Nr. 33].

III. Terapeutyczne zastosowanie kąpeli elektrycznej.

Z powyżej szczegółowo roztrząsanych fizycznych i fizjologicznych warunków kąpeli elektrycznych wynika, że stanowią one w wielu względach bardzo dogodną, pożyteczną i stosowną metodę „ogólnej faradyzacji i galwanizacji”; mówiliśmy wszakże już na innem miejscu, że dla celów miejscowej elektryzacji [pomimo urządzeń STEIN'a i innych] wcale właściwymi nie są i w tym zamiarze stosowane być mogą chyba tylko wyjątkowo. Miejscowe leczenie elektryczne, prawie zawsze tam, gdzie chodzi o usunięcie spraw chorobnych umiejscowionych daleko dogodniej, skuteczniej i ściślej wykonywać można innemi zwykle używanemi i doskonale już uprawionemi metodami elektroterapeutycznymi. Jedynie w przypadkach, gdzie liczne, daleko od siebie porozmieszcza-

ne ogniska chorobowe [np. wieloliczne nerwobóle i t. p.] istnieją, lub gdzie miejsce cierpieniem dotknięte samo przez się jest bardzo rozległe, zajmując całą jedną połowę ciała, lub jedną jego stronę [porażenia, paraplegije, hemiplegije i hemianestezyje, o ile wymagają obwodowego leczenia] w pewnych okolicznościach mogłyby się nadawać do lokalnej elektryzacji w kąpeli.

Zresztą zaś właściwe pole działania kąpeli elektrycznych stanowią te konstytucyjne postacie chorobowe, mianowicie też ogólne zaburzenia w odżywianiu i stany osłabienia układu nerwowego, przy których już stosowana za przykładem BEARD'a i ROCKWELL'a ogólna faradyzacja i galwanizacja zyskała sobie prawo obywatelstwa.

Tu należą tedy przedewszystkiem neuropatyje ogólne, znane pod zbiorowymi nazwami *neurastenii* w jej różnych, odmiennych postaciach [tłoczenie głowy, astenija mózgowa, *irritatio spinalis et cerebialis*, niestrawność nerwowa i t. d.] hipochondryi i histeryi. Nie potrzebujemy do dawać, jak dalece w licznych przypadkach rzeczzone nerwice ogólne w ścisłym pozostają związku z pewnemi ogólnymi zaburzeniami w ukrwieniu i odżywianiu [niedokrwistość i blednica wraz z ich następstwami] i jak dalece trudno odzielić przy leczeniu rzeczonych cierpień te wikłające zjawiska od cech zasadniczych i charakterystycznych [anomalije czynnościowe w nerwach]. Dla tego też pośród skutków ogólnej elektryzacji podług BEARD'a i ROCKWELL'a, jakoteż kąpeli elektrycznej, jak widzieliśmy, wymienione są przedewszystkiem takie, które się odnoszą do wzmożenia ogólnego odżywiania, sił i odporności ogólnej ustroju, jako to: poprawa łaknienia i trawienia, przybytek wagi ciała, poprawa snu [usunięcie bezsenności], uregulowanie czynności serca i krążenia i t. d., pomijając już usunięcie lub złagodzenie nerwowych objawów w ściślejszem znaczeniu, które w tak różnobarwnej mieszaninie zbroceń czuciowych, ruchowych, troficznych i naczynioruchowych oraz psychicznych przy wspomnianych chorobach występują.

Rezultaty otrzymywane za pomocą „ogólnej faradyzacji i galwanizacji“ jakoteż przy „galwanizacji centralnej“ przy tych cierpieniach są tak zachęcające, z drugiej wszakże strony metody ich stosowania, są tak zmuadne, uciążliwe, a często wprost niewykonalne, że doprawdy godzi się zastąpić je w tych razach ogólną kąpielą elektryczną. Oprócz wymienionych, niewątpliwie ogólnych czyli konstytucyjnych neuropatyj, jeszcze niektóre inne cierpienia uznawane dotychczas jako czynnościowo-objawowe zbroczenia bez bliżej znanej anatomo-patologicznej podstawy, tak nazwane nerwice funkcjonalne, nadają się może do leczenia elektro-kąpielowego lepiej, niż do stosowania innych miejscowych [i ogólnych] metod elektroterapeutycznych. Mamy tu na myśli pewne ciężkie i rozpowszechnione postacie cierpień neuralgicznych konwulsyjnych [mianowicie ciężkie przypadki rzucawki, padaczki, atetozy, drżączki, *paralysis agitantis* i t. d.], jako też nerwic naczynioruchowo-troficznych, choroby BASEDOW'a, oraz niektórych cierpień skóry powstałych na tle nerwowem (*dermatoses neuropathicae*).

Oczywiście, dla skutecznego, łagodzącego działania kąpeli elektrycznej przy wspomnianych i podobnych im cierpieniach, z podnieceniem czuciowym lub

ruchowem połączonych, wielkie ma znaczenie wpływ kąpeli elektrycznej na pobudliwość czuciową i ruchową, o czym mówiliśmy w części fizjologicznej. Co do czułości skórnej, to, jak to już rozbieraliśmy, wypada oddzielić zachowanie się zmysłu dotykowego, od ogólnego czucia skórniego [ból i t. d.], gdyż zmiany ich w kąpeli elektrycznej wcale współbieżnymi nie są. Wszakże dla celów leczniczych zmiany ogólnego czucia skórniego [oznaczane za pomocą mierzenia czułości faradoskórnej, jako minimum bolesności i minimum czułości], daleko donioślejszego są znaczenia. W tym względzie zaś widzieliśmy, że u zdrowego człowieka czułość faradoskórna w kąpeli faradycznej znacznie słabnie i to nie tylko w częściach ciała zanurzonych, ale i w niezanurzonych, a więc ogólnie na całym ciele; widzieliśmy dalej że podobne działanie otrzymuje się i przy pewnym urządzeniu jednobiegunowej kąpeli galwanicznej [kąpiel katodowa], że wreszcie zmiany rzeczzone odbywają się całkiem niezależnie od zmian oporu elektrycznego w skórze. Stosownie do powyższego uważać należy kąpiel faradyczną średniej siły, mniej więcej przy minimum czułości, jako też jednobiegunową kąpiel galwaniczną katodową jako przedewszystkiem antineuralgiczne i antiparalgiczne, które zatem stosować należy przy rozlanych nadczułościach i nerwobólach, a może być i przy innych stanach paralgicznego podniecenia nerwów czuciowych [np. rozległem się wędzeni u skórny, pokrzywce i t. d.].

Niewiadomo jeszcze napewno, czy naodwrot po kąpeli anodowej zwiększającej w czasie trwania czułość faradoskórna, można się spodziewać po myślnego skutku przy cierpieniach z chorobowo osłabioną lub zniesioną pobudliwością [osłabienie czucia i nieczułości].

W każdym razie o ile chodzi o osłabienie lub porażenie zmysłu dotykowego, możnaby również stosować kąpiel katodową, galwaniczną, a nawet faradyczną, bo i przy takich kąpielach statecznie otrzymuje się wzmożenie zmysłu dotykowego [czucie przestrzeni], przynajmniej w częściach ciała zanurzonych w kąpeli.

Co do pobudliwości ruchowej, to, jak widzieliśmy, w dwubiegunowej kąpeli galwanicznej u zwierząt, a i w jednobiegunowej katodowej u ludzi, po krótkotrwałem jej wzmożeniu następuje osłabienie. Dla stosowania przeto przeciwpazmatycznego i przeciwskurczowego kąpeli elektrycznej, ta ostatnia ich postać [jednobiegunowa, katodowa] o sile mniej więcej 5—7 m. W. zasługiwałaby na pierwszeństwo.

Dla spożytkowania terapeutycznego kąpeli elektrycznych ma dalej niewątpliwie ważne znaczenie ich działanie na czynności serca i naczyń [częstość tętna, ciśnienie krwi i t. d.], na oddechanie, ciepłotę, przemianę materii [odżywianie i wydzielanie], o których mówiliśmy w części fizjologicznej, a chociaż jeszcze wyniki w tym kierunku zbyt ściśle nie są, pozwalają jednak na ustanowienie pewnych wskazań terapeutycznych.

Tu przedewszystkiem należy tak wybitne i stałe pomniejszenie częstości tętna; mała, ale zawsze [przedewszystkiem w galwanicznej kąpeli] występująca obniżka ciepłoty o 0,2^o do 0,7^o C. i małe zwykle zwołnienie oddechu, które zapewne uważać można po części za skutki zmniejszonej pracy

serca. Wiemy, że wszystkie wymienione skutki w obojętnej ciepłej kąpeli zwy-
czajnej nie występują wcale, natomiast zjawiają się w ochładzającej lub chemi-
cznie drażniącej [mineralnej lub gazowej], gdzie obok pomniejszenia częstości
tętna i obniżki ciepłoty spotykamy i pomniejszenie liczby oddechów ze współcze-
snem onych pogłębieniem.

Jako dalsze następstwa działania drażniącego naskórnego znamy dalej przy
kąpielach podniecających zwiększenie ilości wydechanego po-
wietrza i wydzielanego w niem CO_2 , jakoteż powiększenie
ilości moczu i wydzielonego mocznika [co w badaniach LEHR'a
i dla kąpeli elektrycznej się okazało]. Zbierając tedy te wszystkie wyniki, wy-
magające jeszcze licznych dopełnień, otrzymamy ten ważny dla leczniczego za-
stosowania wynik, że w kąpeli hydroelektrycznej, o obojętnej
ciepłocie, zarówno faradycznej jak i galwanicznej, ma-
my do czynienia z kąpielą skórę drażniącą na podobień-
stwo ochładzających lub chemicznie pobudzających ką-
peli mineralnych albo gazowych, do których więc w pewnej
mierze też odpowiednie wskazania terapeutyczne się stosują.
W pewnej mierze, powiadamy, bo w każdym danym przypadku, oprócz ogólnie
podniecających własności uwzględnić jeszcze wypada specyficzne skutki kąpeli
elektrycznych, np. wymienione tyłokrotnie działanie obniżające pobudliwość ru-
chową i czuciową, przez co wskazania ulegają pewnemu ograniczeniu *resp.* roz-
szerzeniu.

Z drugiej strony pamiętać należy, że kąpiel elektryczna stanowi bodziec
naskórny doskonale i ściśle stopniować się dający i w nader czystej postaci i że
nie posiada ona jednego z ubocznych, a często przykrych warunków innych ką-
peli drażniących [termicznie lub chemicznie] np. początkowego uczucia chłodu
z zwiększonej utraty ciepła przez skórę [kąpiel ochładzająca], jako też zjawiają-
cych się nierzadko wysypek kąpielowych [przy chemicznie drażniących].

Ponieważ kąpiel elektryczna stanowić ma podniecie naskórną o ilościowo
stopniować się dającym, ale jakościowo zawsze jeduakiem działaniu, zdaje się
przeto wielce usprawiedliwionem, by w tym celu używać wyłącznie kąpeli fa-
radycznej, natomiast galwaniczną w jej rozmaitych postaciach [je-
dnobiegunowa anodowa lub katodowa] zachować dla tych przypadków, przy któ-
rych chodzi o wywołanie pewnych specyficznych skutków np. przeciwskurczo-
wych, antinewralgicznych, lub naodwrot, podniecających podupadłą pobudliwość.

Liczba podawanych u danego chorego kąpeli elektrycznych bywa bardzo
różną, kiedy bowiem nieraz dla usunięcia objawów neurastenicznych wystarcza
już kilka kąpeli, to w innych razach np. przy ciężkiej hysterii potrzeba ich użyć
60—80, a nawet 100, stosowanych z przerwami przez kilka tygodni. Siłę prądu,
jego kierunek, ciepłotę kąpeli i czas jej trwania naturalnie starannie indywidu-
alizować należy zwłaszcza dla kąpeli galwanicznej. Przeciwwskazanie główne
stanowią daleko posunięte wady serca.

NOTATKI LEKARSKIE.

10. Pilokarpina przy otruciu zgniętymi rybami.

Mieszkanka Saratowa, Wiara Sawelijewa, lat 24 licząca kupiła 9 Marca r. b. przeszło funt solonego jesiotra, którego, po trzykrotnem obmyciu gorącą wodą, zjadła dwa kawałki, wielkości każdy tureckiego orzecha; w półgodziny potem pojawiły się nudności, wymioty i bóle brzucha. Przybywszy o 11-tej, we trzy godziny po zjedzeniu ryby, zastałem chorą w następującym stanie:

Sawelijewa, średniego ciałaśkładu i odżywiania, osłabiona, wzrok zamglony, blada, czoło cokolwiek spotniałe, reszta skóry sucha, tętno 120, słabe, ciepłota 37,8, język czysty, wilgotny, brzuch nieznacznie wzdęty, przy dotykaniu i ucisku bolesny; chora skarży się na ciągłe nudności, ból brzucha i osłabienie; wymiotowała kilka razy, przy czym miały wyjść zjedzone kawałki ryby. Słuch znacznie stepiony, od czasu do czasu krzyczy z przestachem; co to jest? ja nie widzę! Co kilka minut wstrząsające dreszcze, trwające około minuty za każdym razem.

Mając przed sobą jasny obraz zatrucia rybami, przepłukałem kilka razy żołądek ciepłą wodą, dałem skrupuł wymiotnicy. Po wymiotach nazaczyłem mleczankę ręcznikową z kodeiną, oraz kawę z arakiem. Odnosząc dla zbadania pozostałą rybę magistrowi farmacyi P. FRYDOLINOWI, dowiedziałem się od niego że przed niedawnym czasem w jednej z gazet lekarskich, podobno we „Wrachu“, był komunikat, iż w jednym z przypadków podobnych chorego uratowały wstrzykiwania pilokarpiny; wzięwszy więc z sobą roztwór chlorku pilokarpiny gr. j—3j, wróciłem do chorej i około pierwszej wstrzyknąłem jej prawie pełną szprycęk PRAVAZ'a.

O trzeciej przysłano mi zawiadomienie że chora ma się zupełnie źle, przyjechawszy o 6-tej zastałem Sawelijewą zupełnie zdrową, mocno spoconą, tętno 96, ciepłota 37,7°C. Odpowiedziała mi że między trzecią i czwartą nastąpiły silne poty, po których „jak ręką odjął“, przeszło wszystko. Powtórzyłem wstrzykiwanie.

Być może poprawa nastąpiła *post hoc*, a nie *propter hoc*, lecz godnem jest uwagi że 11-go Marca wieczorem z niewiadomej przyczyny wystąpiły wyżej opisane objawy tylko w słabszym stopniu.

Czy chora powtórnie się zatrula, czy też było to działanie poprzednio zjedzonych kawałków ryby, tego nie wiem. Nazaczyłem wodę selcerską i wstrzyknąłem pilokarpinę, po nastąpieniu potów chora poczuła natychmiastową ulgę i odtychczas jest zdrową.

Badanie ryby, którą się zatrula Sawelijewa nie jest ostatecznie skończone, jednak wykazało już ogromną stosunkowo z innymi okazami zawartość ptomainów i tworzy zupełnie podobne do spirochetów, hodowla ich jednak nie jest jeszcze przeprowadzoną.

D-r Piotr Zaleski (Saratów).

KORESPONDENCYJA.

Wiedeń 14: VI. 1386.

Szanowny Kolego Redaktorze!

W obecnej chwili w wiedeńskiej klinice dermatologicznej. prof. KAPOSI zaczyna stosować na szeroką skalę elektrolizę do leczenia chorób skórnych. Opis tego sposobu leczenia ośmielam się przesłać do Waszej „Gazety“. Po raz pierwszy metoda ta zastosowaną została przez D-ra LUSTGARTEN'a, który

posiłkuje się nią w celu niszczenia wilka (*lupus*), usuwania włosów (*epilatio*) i operowania drobnych narośli [brodawkowatych, naczyńsiastych i t. p.] Zasadą jej jest żrące działanie biegunu ujemnego [katody] prądu elektrycznego, zależne od zbierania się przy nim zasad [głównie potasu], powstałych z rozkładu chemicznego tkanek organizmu. Zdrowy naskórek zachowuje się względem tych alkali dosyć odpornie, to też, przykładając płaską metaliczną elektrodę jednocześnie na powierzchnię zdrowej skóry i zajętej przez wilka, otrzymamy żrące działanie tylko na tkance tego ostatniego; chcąc zaś podzielać żrąco na tkanki pokryte zdrowym naskórkiem, musimy wprowadzić katodę pod naskórek. Przy użyciu elektrody płaskiej, pomimo silnego zniszczenia tkanki, nie ma zupełnie uczucia bólu, chociaż prąd elektryczny do tego użyty musi być silny; przeciwnie zaś, stosowanie elektrody w kształcie igły lub noża sprawia dosyć silny ból, nawet przy słabych prądach. Ta własność bezbolesnego żarcia płaskiej katody, stosowanej na powierzchnię tkanki, jest olbrzymiego znaczenia przy niszczeniu wilka i prawdopodobnie zapewni mu pierwsze miejsce wśród środków przy leczeniu tej tak częstej choroby używanych. LUSTGARTEN do niszczenia tkanki wilka używa katody srebrnej w formie okrągłej blaszki, średnicy 2 cm., oprawnej w kauczuk, a strumień elektryczny siły 5—8 milliamperów; już po 10—15 minutach znajdujemy tkankę wilka wyżartą, dno rany jakby pokłute, z rany sączy się alkaliczny, ciągnący się płyn. Gdyby się zauważyło, że zniszczenie jest niedostateczne, czynność trzeba powtórzyć. Po kilku godzinach na ranie tworzy się twardy, ciemno-bronзовy strup, pod którym zagojenie następuje bez ropienia w przeciągu kilku dni. Blizna jest równa i gładka, trochę ciemniejsza niż po wyskrobaniu.

Włosy usuwa się zapomocą elektrolizy w następujący sposób: katodę w formie tępej igły wprowadza się ostrożnie obok włosa do torebki włosowej; daje się to uskutecznić przy pomocy lupy, a nawet i bez niej, z łatwością. Igłę wprowadza się dopóty, dopóki się nie poczuje oporu, koniec igły wtedy jest przy cebulce włosa. Przepuszcza się w przeciągu 15 sekund prąd siły $\frac{1}{2}$ —1 milliamperów, poczem włos razem z cebulką wyjmuje się z łatwością. Naokoło otwórka, gdzie siedział włos, tworzy się czerwona plamka, która ginie po 8—10 dniach. Niektórzy radzą po usunięciu włosa zmazać odpowiednie miejsce słabym roztworem kwasu, np. octowego, dla zniszczenia już niepotrzebnego alkali.

Przy operowaniu drobnych narośli, katodę w formie igły albo małej dzidy wkłada się zaraz pod naroślą i przepuszcza się prąd siły 1—2 milliamperów w przeciągu 5—10 minut. Po paru dniach narośl odpada, na jej miejscu tworzy się strup, pod którym po kilku dniach znajdujemy gładką bliznę.

Przy powyższych rękoczynach miejsce zastosowania i kształt anody jest rzeczą dowolną, trzeba jednakże pokryć ją gąbką, safianem i t. p., bo i anoda ma, jakkolwiek słabe, własności żrące, wskutek zbierających się przy niej kwasów.

D-r Michał Szwykowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

39. Filleau. O podskórnem wstrzykiwaniu kwasu karbolowego w leczeniu suchot płucnych. (*De l'emploi de l'acide phénique en injections hypodermiques dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris 1886. Pag. 16*).

Kwas karbolowy stosuje autor przy leczeniu gruźlicy od lat czterech, opierając się pierwotnie na przypuszczeniu tylko o pasorzytowym pochodzeniu choroby. Wkrótce przypuszczenie to, zawdzięczając odkryciu laseczników gruźli-

czych przez Koch'a, zamieniło się w pewnik. Tem bardziej należało wszelkimi siłami starać się o wynalezienie środka, który mógłby być wprowadzanym w ilości zabójczej dla pasorzytów, a nieszkodliwej dla ustroju.

Wielu lekarzy jak dawniej tak i obecnie używa metody wyczekującej w leczeniu gruźlicy i traktuje suchoty jak „*pariasa*“ patologii; tych to spotyka słuszny zarzut ze strony autora. Nie wszyscy jednak zapatrywali się obojętnie na tę kwestyję, były liczne próby wprowadzenia do ustroju różnych środków przeciwnilnych, zawsze jednak drogą przewodu pokarmowego i zawsze bezowocne.

Ponieważ prace Pawła BERR'a wykazały, iż kwas karbolowy wydała się z ustroju równie dobrze przez płuca, jak i przez nerki, ten więc środek wybrał FILLEAU, znajdując do stosowania takowego fizjologiczną podstawę.

Środek ten, będąc wydychanym przez płuca, spotyka po drodze ogniska ropienia i zachowuje się w obec nich, co najmniej, jak pędzlowanie przeciwnilne.

Bezowocne usiłowania innych wskazywały na potrzebę wprowadzania go do ustroju inaczej niż to czyniono dotąd. Zaczął więc autor robić podskórne wstrzykiwania i otrzymał rezultat leczenia zadawalniający.

Obserwacje przekonywają, iż kwas ten może być wprowadzanym do ustroju przez czas nieograniczony i w wielkich dawkach, bez żadnej szkody. Najważniejszą jest rzeczą, aby karbol używany do wstrzykiwań podskórnych był chemicznie czystym [wolny od *Acid. rosanilicum* i t. p. przymieszek], pod postacią białych kryształów, znanych w handlu pod nazwą „stanu śnieżnego“ (*Acide phenique à l'état neigeux*). Przepisuje go autor w następujący sposób:

Rp.	<i>Aq. destillatae</i>	95,0
	<i>Glycerini purissimi</i>	5,0
	<i>Acidi phenilici „à l'état neigeux“</i>	1,0—2,0 Mds.

Na jedno wstrzyknięcie używa się 100 kropeł tego roztworu, odpowiedniej zawartości strzykawką.

Wstrzykiwania takie robi się co dzień, co drugi dzień, co tydzień, stosownie do potrzeby. W przypadkach suchot galopujących można je stosować i dwa razy dziennie.

Miejscowych zaburzeń [ropni, i t. d.] nie obserwowano.

Ukłócia należy robić jak można najbliżej „*loco dolenti*“ resp. pod skórą klatki piersiowej.

Za dopełnienie tego leczenia uważa autor podawanie tego środka i do wnętrza, aby nim ustrój niejako „nasyć.“

Rp.	<i>Glycerini purissimi</i>	400,0
	<i>Ac. phenilici „à l'état neigeux“</i>	2,0
Mds. zacząć od jednej łyżki dziennie.		

W takiej dawce i postaci stosowany środek ten zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego prawie nigdy nie wywołuje.

Zatrucia w najbliższym nawet stopniu bardzo rzadko bywają, uchronić od nich może codziennie zwracanie uwagi na moc, którego swoiste [ciemnozielone] zabarwienie wskazuje nam dość wcześnie na konieczność zmniejszenia dawki lub przerwania tego leczenia na czas niejaki.

Dalej następują 4 spostrzeżenia, które autor wybrał jako najwięcej przekonujące z całej masy leczonych w ten sposób z dobrym skutkiem.

Władysław Wróblewski.

40. Neumann. O pemphigus vegetans (*frambsioides*).

Pod powyższem mianem opisuje NEUMANN cierpienie dosyć typowe, należące do obszernej a zagadkowej klasy pęcherzyc (*pemphigus*). Cierpienie to przed-

stawia we wczesnym okresie niejaki podobieństwo do przymiotu; dawniejsze przypadki figurują w nauce jako „*framboesia syphilitica*“ [HEBRA, KAPOS], a z 9-u przypadków, które widział NEUMANN, w siedmiu rozpoznano przymiot, i odpowiednio [t. j. nieodpowiednio] leczono.

Cierpienie rozpoczyna się pęcherzami, wielkości soczewicy na wielkich i małych wargach, pod pachami, na błonie śluzowej jamy ustnej, na wewnętrznej powierzchni ud. Na błonie śluzowej jamy ustnej nabłonek podnosi się na ograniczonych miejscach, szybko ulega zmianie, a miejsca obnażone zostają pokryte brudno-żółtym wysiękiem. Wężowatymi linijami (*pemph. serpiginosus*) rozszerzają się wykwiły z jednej strony na wargi, z drugiej na język, migdałki, przełyk, krtań i jamy nosowe. Obnażona błona śluzowa schnie i pęka, język obrzmiewa, na niektórych miejscach powstają brodawkowate narośle. Błona śluzowa jamy ust staje się tak bolesną, że chorzy żywić się mogą tylko z pomocą szklanej rurki. W późniejszym okresie cierpienie pojawia się też na błonie śluzowej prośnicy i pochwy.

Na skórze pęcherze występują pod pachami, na wewnętrznej powierzchni ud, na wzgórku łonowym, później mogą powstawać na każdym miejscu skóry [bardzo często na dłoniach, i dokoła paznogi].

Pęcherze wkrótce pękają, a na obnażonych z naskórka miejscach powstają szybko [po kilku dniach] brodawkowate narośle. Wał pęcherzowy posuwa się wężowato, a za nim i narośle, tworząc tym sposobem obszerne brodawkowate płaszczyzny, wysokie niekiedy do 2 ctm., wydzielające lepki, cuchnący płyn. Masy te brodawkowate opierają się wszelkiemu leczeniu; niszczone wyrastają napowrót.

Bolesność obnażonych z naskórka miejsc, znaczne utrudnienie przyjmowania pokarmów, bezsenność wyczerpuje szybko siły chorych. W dalszym przebiegu znika skłonność skóry do wytwarzania brodawkowatych mas, pojawiają się już tylko pęcherze; wreszcie i te przestają się tworzyć i naskórek oddziela się tylko szerokimi płatami (*pemphigus foliaceus*), a obnażona skóra przedstawia się jak przy oparzeniach drugiego stopnia. Jest to ostatni akt cierpienia.

Przebieg choroby jest bezgorączkowy, dosyć szybki [kilka miesięcy do roku, rzadko dłużej]; wyniszczenie następuje bardzo wcześnie. W ostatnim okresie chorzy cierpią niewypowiedzianie, znajdując nieco ulgi tylko w stałej kąpieli (*Wasserbett*), a cuchnące wydzieliny skóry i błon śluzowych czynią tych nieszczęśliwych wstrętnymi dla otoczenia. U trzech chorych NEUMANN'a powstały na krótko przed śmiercią objawy podrażnienia rdzenia [kontraktry, wzmocnienie odruchów ścięgniastych, u jednej prócz tego porażenie *levatoris palpebrae dextrae*]. Zejście we wszystkich przypadkach śmiertelne. Tak więc wczesne i znaczne zajęcie błon śluzowych, rozwój potężnych mas brodawkowych na zajętych miejscach, typowe umiejscowienie i szybki stosunkowo przebieg ze śmiertelnem zejściem, oto cechy tej postaci pęcherzycy.

Rozpoznanie cierpienia nie jest trudne, już z kilku pęcherzy pod pachami i w jamie ustnej rozpoznać można *pemphigus vegetans* i przepowiedzieć fatalne zejście. Od przymiotu, mianowicie od lepiejczy płaskich (*condylomata lata*) różnią się opisane masy brodawkowate obecnością wału pęcherzowego na obwodzie, nierówną powierzchnią i odpornością; brak innych objawów przymiotu ułatwi rozpoznanie.

Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syph. 1886 H. II.

Funk.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W ciągu roku bieżącego opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119. 0—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obłąkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów, prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej” dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku,

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej”

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Notnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach. 0—1