

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. A. SOKOŁOWSKI. Parę uwag nad charakterem epidemii tyfusu brzuszego panującego w Warszawie, w ciągu trzech lat ostatnich [1893, 4 i 5]. — II. T. HEIMAN. O przedziurawieniach błony bębenkowej [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 56. H. QUINCKE. O grzybkach strupienia. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Od Wydawcy. — Odpowiedź Redakcyi. — Program wystawy higienicznej w Warszawie. — Ogłoszenia.

## I. PARĘ UWAG NAD CHARAKTEREM EPIDEMII TYFUSU BRZUSZNEGO *panującego w Warszawie w ciągu trzech lat ostatnich (1883, 4 i 5).*

Podał

**Dr A. Sokołowski,**  
ordynator szpitala Ś-go Ducha.

Materyjał do niniejszej pracy stanowi s t o p r z y p a d k ó w tyfusu brzuszego, spostrzeganych szczegółowo przezemnie na moim oddziale szpitalnym. Zanim przejdę do właściwej treści pracy, chcę podać parę danych dotyczących wogóle owego, jak mi się zdaje dosyć obszernego materyjału. Obszerniej rozpisywać się nie uważam za potrzebne, wobec choroby tak pospolicie znanej i tak gruntownie właśnie w ostatnich latach obrobionej literacko. Przedewszystkiem chciałem podać parę wywodów statystycznych, a mianowicie dotyczących śmiertelności. Na sto przypadków moich zmarło 12-stu chorych. Ogólnie więc wzięwszy, mamy w naszych przypadkach śmiertelność stosunkowo dość wysoką; przy rozpatrzeniu jednakże szczegółowem owych przypadków, wynik ten przedstawi się wszakże nieco korzystniej. Przypadki śmiertelne podaję pokrótce, ze względu, że w każdym z nich dokonane zostało badanie pośmiertne.

**S p o s t r z e ż e n i e** I. G. praczka, lat 55 mająca; chorą przywieziono dnia 9-go Stycznia 1884 roku w stanie nieprzytomnym do szpitala, nie udzieliwszy żadnych szczegółowych informacji. Znalazłem chorą prawie bez tętna, z ciepłotą 37.5° C.. Na całym ciele zauważono liczne drobne wynaczynienia krwawe (*petechiae*). Granica górna śledziony na VII żebrze. Zupełna nieprzytomność. Na drugi dzień chora zmarła. Badanie pośmiertne wykazało: Znaczne nacieczenie surowicze mózgu i jego opon. płuca w stanie rozedmy dość znacznej. Serce duże, znaczne rozszerzenie prawej komórki, mocne stłuszczenie mięśnia sercowego. Śledziona duża, rozrywająca się, przepełniona krwią. Wątroba nieco stłuszczone, zmętniała. Gruczoły kręzkowe powiększone, w kiskach cienkich naciecze-

nie kępek PEYER'a, oraz gruczołów pojedynczych z poczynającemi się owrzodzeniami.

Badanie pośmiertne wykazało zmiany typowe właściwe tyfusowi brzusznemu w okresie poczynających się owrzodzeń kiszkowych. Za życia jednakże niezwykle obfita wysypka pozwalała nam rozpoznawać obecność tyfusu wysypkowego. Wogóle w ciągu trzech lat ostatnich, tyfus wysypkowy rzecz można prawie nie istniał wcale, za ledwie bowiem widziałem 2 do 3 przypadków, w których z obecności obfitej wysypki lub petoci można było go rozpoznawać, chociaż brak typowego przebiegu gorączki i obecność objawów brzusznych pozwalają mi wnioskować, że i owe bardzo nieliczne przypadki były także tyfusami brzusznymi; potwierdzeniem najlepszym tego jest wynik badania pośmiertnego w tylko co opisanym przypadku.

**S p o s t r z e ż e n i e II.** Praczek, lat 43 licząca, przybyła do szpitala IX. 1883 z objawami znacznego upadku sił. Nawpół przytomna, chora od tygodnia. Znalezione przy badaniu tętno drobne, ciepłota  $39,0^{\circ}$ . Znaczne powiększenie śledziony, brzuch wzdęty, silnie bolesny, stolec rozwolniony chora oddaje pod siebie, toż samo i mocz. W płucach objawy opadowego zapalenia płuc. W ciągu pięciodniowego pobytu w szpitalu występował coraz większy upadek sił. Ciepłota w ciągu trzech pierwszych dni wahała się między  $39^{\circ}$  a  $40^{\circ}$  C., przez dwa dni ostatnie wahania były mniejsze, ciepłota  $38,4^{\circ}$  C., parę godzin przed śmiercią  $39,4^{\circ}$  C.. Badanie pośmiertne wykazało: Śledziona duża, mocno przepełniona krwią, dająca się rozrywać z łatwością. Kępki PEYER'a i gruczoły solitarne mocno nacieczone z poczynającemi się owrzodzeniami. W obu płucach zapalenie opadowe i obrzęk.

**S p o s t r z e ż e n i e III.** Z. terminator szewcki, 14-letni, przybył do szpitala 19 Listopada 1883, od dwóch tygodni chory; ogólne osłabienie i ból głowy; chory zajmował się jednakże pracą do ostatka. Przy przyjęciu znaleziono stan ogólny nędzny, ciepłota  $40,2^{\circ}$  C, tętno 96, oddech 32. Język mocno suchy, brzuch mało bolesny, śledziona powiększona. W płucach rozrzucone rżenia świszczące, u wierzchołka serca dosyć wyraźny szmer podmuchowy. Chory znajdował się 10 dni w szpitalu, przedstawiając objawy tyfusu o średnim natężeniu. Cały czas przytomność zupełnie zachowana. Ciepłota przedstawiała następujące wahania  $40,4^{\circ}$ ,  $40,2^{\circ}$ ;  $41,0^{\circ}$ ,  $39,8^{\circ}$ ;  $41,0^{\circ}$ ,  $39,4^{\circ}$ ;  $41,0^{\circ}$ ,  $40,0^{\circ}$ ;  $40,4^{\circ}$ ,  $39,4^{\circ}$ ;  $40,6^{\circ}$ ,  $39,4^{\circ}$ ;  $40,2^{\circ}$ ,  $39,2^{\circ}$ ;  $40,2$ ,  $39,2$ ;  $40,2$ ,  $39,4$ . Język pozostawał stale suchym, istniało umiarkowane rozwolnienie, chory kaszlał dosyć dużo. Dnia 28 Listopada o godzinie 11 rano badano szczegółowo chorego, skarżył się bowiem na mocno dokuczający mu suchy kaszel. Znalazłem w płucach dość liczne, porozrzucane suche rżenia. Ciepłota wynosiła  $39,4^{\circ}$  C. Chory był zupełnie przytomnym, był nawet dosyć silnym, gdyż przy badaniu płuc od tyłu bez pomocy sam siedział. Najdalej w 10 minut po badaniu chorego, tenże zmarł nagle.

Badanie pośmiertne wykazało. Trup mały, nieźle odżywiany, w płucach dość znaczny stopień obrzęku. Serce małe, w stanie skurczu, skrzepów nie ma, zastawki zdrowe. Śledziona duża, czerwona, miękka. W kiszkiach cienkich liczne owalne owrzodzenia długości od  $1\frac{1}{2}$ —2 ctm.. Gruczoły kręzkowe zwiększone. Mózg miękki i bezkrwisty. Żyły mało przepełnione.

**S p o s t r z e ż e n i e IV.** P., piekarz, lat 19 mający, przybył do szpitala d. 30 Stycznia 1884. Zachorował przed sześciu dniami, choroba zaczęła się dreszczami, bólem głowy i wymiotami, ból głowy i ogólne osłabienie stopniowo zwiększające się zmusiło chorego do udania się do szpitala. Przy badaniu znalazłem: Chory leży apatycznie, na pytania odpowiada bardzo niechętnie, źrenice rozszerzone, żali się na ból głowy w okolicy czołowej. Język dosyć suchy. Brzuch wzdęty, bolesny, w podżebrzu lewym wyczuwa się śledzionę powiększoną, tętno 100, drobne, ciepłota około  $40^{\circ}$  C.. Na skórze nigdzie wysypki nie widać. Wieczorem tego dnia ciepłota  $40,0^{\circ}$  C.. Przebieg był następującym: 31-go tętno 120,

ciepłota 39,4°; 41,0° C.. Chory mało przytomny, brzuch bolesny, rozwolnienie. Dnia 1. II. Ciepłota 39,2°; 41,0° C., znaczny upadek sił, tętno drobne. 2. II. ciepłota 39,2°; 40,4° C., stan znacznego upadku sił, przy ucisku jednakże brzucha chory odczuwa ból, łkanie trudne, rozwolnienie. Dnia 3. III. Ciepłota 38,6°, 40,0° C. Zupełna utrata przytomności, stolec i moc bezwiedne, łkanie niemożliwe. Dnia 4. II. 40,0° C., tętno 160, śmierć. Badanie pośmiertne wykazało: śledziona duża, miękka, przepelniona krwią. Nacieczenie silne gruczołów PEYER'a i solitarnych prawie całej kiszczyki cienkiej, z rozpoczynającymi się owrzodzeniami. Zastój żylny w mózgu i oponach. Przypadek ten godny jest uwagi pod następującymi względami.

1) Początek choroby ostry, z objawami przemawiającymi raczej za zapaleniem opon mózgowych aniżeli tyfusem [ból głowy, dreszcze, wymioty]. 2) Szybkie zejście śmiertelne 11-stego dnia; właściwie zaś już z chwilą przybycia do szpitala, t. j. 7 dnia choroby, stan chorego był już zupełnie zrozpaczony, tętno było bardzo drobne, istniał już prawie *sopor*. Objawy zaś powyższe tak ciężkie istniały przy gorączce stosunkowo nie tak bardzo wysokiej, wahania w granicach 40—41° C., bez żadnych powikłań, jak to badanie pośmiertne wykazało, podobny i tak szybki przebieg wyłomaczyć się daje tylko niezwykłą siłą zarazka sprawy tyfusowej. Bez badania pośmiertnego, stan podobny z wielką łatwością wziętoby za ostre zapalenie opon mózgowych.

Spostrzeżenie V. K., ogrodnik lat 23, przybył 25 Kwietnia 1884 r. w ciągu trzech tygodni doświadczał on codziennych dreszczy, od 4-ech dni osłabł mocno i zaczął gorączkować. Znalezione ciepłotę 42° C.. Chory zupełnie przytomny, skarży się na ból głowy i rozwolnienie. Znalezione brzuch silnie wzdęty, bolesny, śledziona powiększona. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 40,2° C., tętno 91. W ciągu następnych dni dziesięciu przebieg był następujący: Ciepłota trzymała się w granicach 40°—39,4° z bardzo nieznacznymi zwolnieniami rannymi, tętno stale wahało się między 100 a 110. Brzuch ciągle był wzdętym, na skórze wystąpiło 8 dnia zaledwie kilka bardzo niewyraźnych plamek czerwonych. Chory od czasu do czasu bredził. Od pierwszych dni pobytu w szpitalu chory bardzo mocno kaszlał, z początku sucho, następnie wyrzucił dość obficie śluzoropną płwocinę. W płucach znajdowaliśmy oddech silnie zaostrzony i porozrzucane suche rżenia. W ciągu następnych dni kaszel stawał się bardziej upartym, w płwocinie jednocześnie zauważono lekkie zabarwienia krwawe, oddech obu szczytów płuc, jako też w dolnych ustępach przyjmował charakter nieokreślony, jednocześnie słyszano dużą ilość rżeń drobnych, wilgotnych. Płwocina badana na laseczniki gruczołowe dała rezultat ujemny. W ciągu dwóch dni ostatnich wystąpił ogólny stan upadku sił, trwający do śmierci, która nastąpiła 11 dnia pobytu w szpitalu a 16-go choroby. Bieg ciepłoty przedstawił się jak następuje:

42,0°, 42,0°, 40 2°, 39,8°, 40,0°, 40,0°, 40,2°, 40,0°, 40,0°, 39,8°, 39,8°, 39,4°, 39,6°, 39,6°, 39,6°, 39,4°, 39,2°, 39,4°, 39,2°, 39,6°, 39,4°, 40,6° C., *mors*.

Badanie pośmiertne wykazało: W obu płucach rozlany silny nieżyt oskrzeli, dochodzący do najdrobniejszych rozgałęzień; w dolnych ustępach a głównie lewym nacieczenie, przedstawiające charakter opadowego zapalenia płuc.

Serce, mięsień błydy, wiotki, łatwo daje się rozrywać obie komórki serca nieco rozszerzone, zastawki zdrowe. Śledziona wielka, miękka, rozrywać się daje łatwo. Nerki powiększone w stanie przekrwienia biernego.

Kiszczyki. Błona śluzowa przekrwiona i rozpulchniona. Gruczoły solitarne powiększone, niektóre o powierzchni owrzodzonej. Blaszkki PEYER'a mocno nacieczone, toż samo gruczoły kręzkowe. Mięśnie wiotkie, blade.

Spostrzeżenie VI. J., subjekt handlowy, lat 23 mający, przybył do szpitala 28. XI. 1883 r.. Chory zupełnie przytomny, opowiada, że jest chorym już około czterech tygodni. Przez trzy tygodnie pierwsze występowały codziennie dreszcze, w rozmaitych porach dnia, lekkie bóle głowy i ogólne osłabienie,

stan ów jednakże nie przeszkadzał mu zajmować się dalej swemi obowiązkami, dopiero od ośmiu dni położył się, wystąpiło bowiem osłabienie coraz mocniejsze i silniejszy ból głowy. Przy badaniu znaleźliśmy: Stan ogólny niezły, chory siedzi swobodnie sam na łóżku, a pytany skarży się tylko na ból głowy i suchość w ustach. Ciepłota  $39^{\circ}\text{C}$ ., tętno 80. Język mocno suchy, brzuch bardzo wyraźnie bolesny, śledziona nieco powiększona. Na skórze nieco plamek różycowatych. Bardzo nieznaczny suchy kaszel. W moczu białka nie ma, zaparcie stolca od kilku dni trwające. W ciągu następujących dni dziesięciu przebieg choroby był następujący. Stan sił ciągle niezły, chory w ciągu dnia więcej siedział niż leżał w łóżku, sensoryjum zupełnie niezajęte, chory stale skarżył się tylko, jak mówił, na suchość w gardle, zresztą nic mu nie dolegało. Gorączka wahała się w granicach  $39,8^{\circ}$  a  $39,0^{\circ}\text{C}$ . w pierwszym tygodniu pobytu, w ciągu dwu dni następnych między  $38,6^{\circ}$  a  $39,8^{\circ}\text{C}$ .. Brzuch był zupełnie niebolesnym, istniało uparte zaparcie stolca, które nas zmuszało do podawania choremu co dni kilka oleju rycynowego. Kaszel ustąpił zupełnie. 9 Grudnia, t. j. 12 dnia pobytu chorego w szpitalu, wystąpiły wieczorem gwałtowne bóle w brzuchu, rano 9. XII ciepłota  $40^{\circ}\text{C}$ ., tętno 160 drobne, brzuch silnie wzdęty i bolesny, odbijanie, jednym słowem wszystkie objawy ostrego zapalenia otrzewnej. Wieczorem dnia tegoż ciepłota  $40,6^{\circ}\text{C}$ . 10. XII. Objawy *collapsus* i śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało. Lewe płuco przyrośnięte, dolne ustępy w stanie rozemdy, woskrzelach dużo śluzu i zaczerwienienie mocne błony śluzowej. Prawe płuco. Zrosty daleko mniejsze tylko przy wierzchołku, nieco rozemdmowe, nieżyt oskrzeli dość znaczny jak i w płucu lewym. Serce: mięśnie komórek blade, zmętniałe. Wątroba zmętniała. Śledziona powiększona nieznacznie, miąższ rozrywać dosyć trudno. Nerki: zmętnienie miąższowe. Ścieśniona, pokryta nieznacznią ilością świeżego wysięku włóknikowego. Przy otworzeniu jamy otrzewnej wylała się dość znaczna ilość płynu żółtawego. Kręzka pokryta po części świeżym żółtym włóknikiem, po części płynem ropnym. Kiszki cienkie w górnej części przedstawiają bardzo liczne owrzodzenia podłużne, odległe od siebie na kilka centymetrów, dno owrzodzeń pokryte szaremi punktami, brzeg mało nacieczony [owrzodzenia gojące się]. Dolny odcinek kiszki cienkiej pokryty gęsto [w odległości 1—2 ctm.] owrzodzeniami głębszemi, bardziej świeżemi, brzegi owrzodzeń silnie nacieczone. Jedno z owrzodzeń, znajdujące się w odległości 10 ctm. od zastawki Баумана silnie przekrwione, głębokie, zewnętrzna powierzchnia kiszki w odpowiednim miejscu silnie czerwona, prawie czarna, pokryta warstwą włóknika, silnie przyklejonego do ścianki kiszki. Przy lekkim pociągnięciu kiszki [przed jej przecięciem] sączy się kropelka płynnego kału. Po wymyciu kiszki, widać otworek wielkości główki od szpilki. W grubych kiszkach nieżyt, w kiszce ślepej kilka niewielkich wrzodów.

Przypadek ten, zdaniem mojem, bardzo ważny pod względem przebiegu, rozebrany będzie bliżej w dalszym ciągu pracy.

Sp o s t r z e ż e n i e VII. R., uczeń malarski, 20 lat liczący, przybył na oddział 13. II. 1885. Chory od 4-ech dni, choroba rozpoczęła się bólem głowy, ogólnem osłabieniem i lekkim suchym kaszlem. Przy badaniu znaleziono ciepłotę  $39,0^{\circ}\text{C}$ ., tętno 80. Język suchy. Brzuch lekko wzdęty, niebolesny, śledziona nieco powiększona, nigdzie wysypki. Zaparcie stolca. Przebieg w ciągu pierwszego tygodnia był następujący: stan ogólny trzymał się jako tako, przytomność pozostawała zupełną, ciepłota wahała się w granicach  $39,8^{\circ}$  a  $38,4^{\circ}\text{C}$ ., brzuch pozostawał niebolesnym, istniała skłonność do zaparcia stolca, w drugim tygodniu nastąpił okres wahań ciepłoty z rannemi prawidłowemi, wieczornemi dochodzącemi do  $39,0^{\circ}\text{C}$ .. Stan ogólny poprawiał się stopniowo do końca drugiego tygodnia pobytu w szpitalu, chory wstąpił w okres rekonwalescencji. Po upływie wie tygodnia chory dostał nagle dreszczy i gorączki do  $40^{\circ}\text{C}$ ., płwocina

przyjęła zabarwienie krwawe, a jednocześnie wystąpiły wyraźne objawy nacieczenia dość znacznego w dolnym ustępie lewego płuca [stępienie, treszczenie]; w ciągu 6 dni następnych trwało stale krwiopłucie, obok codziennych obfitych krwawień z nosa. W płwocinie znaleziono charakterystyczne diplokoki pneumoniczne, stan chorego szybko pogarszał się i chory zmarł przy ogólnym upadku sił 18 Marca.

Badanie pośmiertne wykazało. Zapalenie ostre włóknikowe płuc w dolnym ustępie lewego płuca i średnim prawego, w okresie przejściowym między zwałobieniem czerwonym a szarem (*hepatisatio rubra et grisea*); dalej, dużą i miękką śledzionę, oraz owrzodzenia tyfusowe w kiszkach cienkich w okresie zablźnienia.

W danym więc przypadku śmierć nastąpiła właściwie już w okresie rekonwalescencji, wskutek obustronnego ostrego zapalenia płuc, być może wskutek zakażenia w sali szpitalnej.

**S p o s t r z e ż e n i e VIII.** M. blacharz, 33 lat mający, przybył na oddział 22. III. 1885. Zachorował przed sześciu dniami, jak się choroba zaczęła nie może objaśnić, znajduje się bowiem w stanie na wpół nieprzytomnym, skarży się od czasu do czasu na ból głowy. Przy badaniu znaleziono: ciepłota 40,0° C., tętno 104, stan na wpół przytomny, chory skarży się na ból głowy i nóg. Brzuch niebolesny, w okolicy kiszek ślepej wyczuwa się wyraźne przelewanie. Śledziona powiększona, wyczuwać ją można łatwo, górna granica na VIII żebrze. Język obłożony. Wieczorem ciepłota 40,4° C.. 23. III. chory prawie zupełnie nieprzytomny, rzuca się, mówi ciągle bez związku, nigdzie wysypki nie zauważono; chory robi pod siebie, ciepłota rano 39,6° C.. 24. III. ciepłota 39,4° C., silne wycieńczenie, chory śpi ciągle, wieczorem 40,1° C., 25. *Sopor*, ciepłota 40,3° C.. Śmierć 8-go dnia choroby.

**B a d a n i e p o ś m i e r t n e.** W obu płucach silne przekrwienie z ostrym obrzękiem. Serce wielkie, lewa komórka o ścianach zgrubiałych, lewe ujęcie żyłne nieco zwężone, zastawka dwudzielna zgrubiała, pokryta na brzegu masą stwardniałą, zgrubiałą. Wątroba silnie stłuszczona. Śledziona bardzo wielka, 3—4 razy większa niż prawidłowa, przepełniona krwią, rozplywa się w palcach (*tumor lienis acutus*). Kiszki cienkie: gruczoły samotne i blaszki Peyer'a silnie nacieczone. Gruczoły kręzkowe powiększone, Mózg: opona miękka zmętniała, wielkie nastrzyknięcie naczyń parenchymatycznych również i głębokich; w komórkach mózgowych nieco płynu przezroczystego. Przekrwienie wszystkich części mózgu.

W danym przypadku śmierć nastąpiła wskutek silnego przekrwienia mózgu i zapalenia opony miękkiej, w końcu pierwszego tygodnia choroby.

**S p o s t r z e ż e n i e IX.** Z, 16 lat mający, uczeń cukierniczy, przybył do szpitala 23. IX. 1885 roku. Opowiada jakoby choroba zaczęła się przed trzema dniami bólem, zawrotem głowy i dreszczami. Przy badaniu znaleziono: ogólne odżywianie niezłe. W płucach oddech zaostrozony i rozrzucone suche rżenia, kaszel bardzo niewielki. Tętno serca czyste, tętno 120, ciepłota 39,6 C.. Język obłożony, brzuch wzdęty, bolesny przy dotykaniu. Śledziona powiększona [górna granica na VIII żebrze]. Mocz kwaśny, o ciężarze właściwym 1028, zawiera dużo białka, a w osadzie cylindry po części hyalinowe, po części ziarniste. Zaparcie stolca. 24. IX. Ciepłota 40,1° C., tętno 130, chory skarżył się na ból w lewym stawie ramieniowym, wieczorem bredzi, ciepłota 39,6° C.. 25. Ciepłota 39,8° C., tętno 120. Skarży się na ból w stawach napięstkowym i palców lewej ręki, stawy te są nieco zbrzęknięte i bolesne przy dotykaniu; w stanie ogólnym silne osłabienie, język suchy, ból silny i przelewanie w okolicy kiszek ślepej. Wieczorem ciepłota 39,8° C., zalecono *natr. salicylicum* po 10 gr. *pro dosi* co godzina. 26. IX. Ciepłota 39,6° C., Bóle w stawach pozostają, tętno 140 drobne, brzuch silnie bolesny, wieczorem ciepłota 39,6° C.; zalecono środki pobudzające. 27. IX.

ciepłota 39,6° C., tętno 150, chory na wpół przytomny, od czasu do czasu bredzi, skarży się na bóle w stawach ręki lewej, oraz w stawie biodrowym i stopowym nogi prawej. Wieczorem ciepłota 39,6° C., silny upadek sił, bredzenie, śmierć rano 28. IX.

Bieg ciepłoty dnia 23. 39,6°; 24. 40,0°, 39,6°; 25. 39,8°, 39,8°, zalecono 2 3 *natri salicyl.* 26. 39,6°, 39,6°; 27. 39,6°, 39,6°, zalecono 15 gr. chininy.

Badanie pośmiertne. Trup średniego wzrostu, budowy prawidłowej. Tkanki tłuszczowej niewiele, mięśnie suche, czerwone. Płuca: w lewej opłucnej nieco płynu surowiczego-ropnego. Płuco mocno przekrwione; prawie puszyste; u szczytu istnieje zgęszczenie wielkościorzecha włoskiego, na przekroju serowate w pozostałych częściach silne przekrwienie, dolny płąt łatwo daje się rozrywać pod uciskiem palca. Serce w stanie skurczu, mięsień bledy, zastawki zdrowe. Śledziona duża, wiotka, na przekroju czerwona, rozplywająca się. Wątroba znacznie powiększona, powierzchnia równa, na przekroju blade-żółtawa, budowa zrazikowa niewyraźna. Nerki powiększone, wiotkie, otoczka schodzi łatwo, na przekroju widać mocne naczyniowanie naczyń, istota korowa zgrubiała. Kiszki cienkie wypełnione płynną żółtawą masą, błona śluzowa przekrwiona, gruczoły odosobnione i blaszki Peyer'a mocno nacieczone. Mózg: Istota mózgu mocno przekrwiona, na powierzchni przekroju występują liczne drobne krwawe punkciki, komórki przepelnione dość znaczną ilością płynu bezbarwnego, przezroczystego. Opony mózgu obrzmiałe.

Przypadek ten przedstawiał za życia pewne znaczne trudności rozpoznawcze; zajęcie mięsiste nerek, obok ostrego zapalenia stawów i braku wysypki, szybko występujący upadek sił, stanowiły momenty utrudniające rozpoznanie. Z drugiej jednak strony, duża śledziona, objawy brzuszne wyraźne, zupełna nieskuteczność *natri sal.* przemawiały za sprawą tyfusową pod postacią tak zwaną *typhus renalis*. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie. Parę słów o tej odrębnej formie wspomnę jeszcze dalej.

Sp o s t r z e ż e n i e X. H., oficjalista, 35-letni, wstąpił do szpitala dnia 29. XI. 1885 r.. Choroba zaczęła się przed 4-ma tygodniami bólami wkrzyżu i kaszlem, od 2-tych tygodni chory leżał w łóżku; ostatnimi czasy kaszel powiększył się znacznie. Przy badaniu znaleziono: ciepłota 40,0° C ogólnie odżywianie niezłe. W płucach nieznaczny stopień rozedmy, oddech równomiernie zastrzony. Kaszel umiarkowany, suchy. Brzuch wzdęty, niebolesny, język obłożony, łąknienie małe. Stolec zaparty; w moczu białko w umiarkowanej ilości, w osadzie cylindry liczne po części tłuszczowe; śledziona powiększona. W ciągu sześciu dni następnych, stan był następujący: chory zaczął się pocić cały dzień bardzo obficie, głównie nad ranem, poty te występowały regularnie, przypominając obfitością poty nocne suchotników, jednocześnie kaszel stawał się coraz mocniejszym. Ciepłota wahała się w granicach od 40° C. do 39° C.. Język zaczął być suchym, drżącym, chory bredził od czasu do czasu. Brzuch mało bolesny, stolec dość twardy, codzienny. W płucach wyraźne zaostrenie oddechu u prawego szczytu. Rodziło się podejrzenie ostrej gruźlicy płuc. Badanie płwociny d. 5. XII. na laseczniki gruźlicze dało wynik ujemny. W ciągu następnych sześciu dni, t. j. do śmierci chorego, stan pozostawał mniej więcej ten sam, chory pocił się ciągle obficie, gorączka ciągle w granicach między 39° a 40° C., stopniowy upadek sił, ostatnie dwa dni zupełna nieprzytomność. Kaszel dość znaczny pozostawał stale. Ostatnimi dniami chory odpluwa nieco śluzoropnej płwociny, takową powtórnie d. 11. XII. badano na laseczniki gruźlicze, wynik był również ujemny. Chory zmarł 11. XII. wieczorem.

Bieg ciepłoty: dnia 29. 40,0°; 30. 38,0°, 39,2°; 1. 39,0°, 39,6°; 2. 39,0°, 40,0°; 3. 39,4°, 39,0°; 4. 39,6, 39,6°; 5. 39,0, 39,2°; 6. 39,4°, 39,6°; 7. 39,6°, 39,6°, 8. 39,6°, 39,8°; 9. 38,6°, 39,2°; 10. 39,4°, 39,4°; 11. 38,8°, 40,4° C..

Badanie pośmiertne. Trup dużego wzrostu, niezłe zbudowany i odżywiany, tkanki tłuszczowej dosyć dużo, mięśnie czerwone, suche.

Płuca duże, puszyste po brzegach rozdęte, na przekroju przekrwienie, rozrost tkanki łącznej około oskrzeli, w górnym zrazie prawego płuca liczne smugi tkanki łącznej. W oskrzelach przekrwienie i znaczna ilość śluzu. Serce duże, mięsień prawidłowy, dwie zastawki aorty zrośnięte z sobą, w temże miejscu złogi soli wapiennych. Śledziona duża, wiotka, miękka, łatwo rozrywająca się. Wątroba prawidłowa, duża. Nerki duże, otoczka schodzi łatwo, na przekroju zmętnienie. Kiszki cienkie: Bliżej *valvulae Bauhina* liczne obszerne owrzodzenia podłużne, z wyniosłemi brzegami, dalej nacieczenie znaczne gruczołów odosobnionych i blaszek PEYER'a. Mózg: naczyńia opony miękkiej mocno nastrzknęte, w przestrzeniach podających i komórkach mózgowych znaczna ilość płynu surowiczego. Istota mózgu mocno przekrwiona.

Dany przypadek przedstawiał nam zupełnie odrębną i ciekawą postać tyfusu brzuszego, formę tak zwaną przez francuzkich autorów potową; o tej postaci jeszcze dalej będzie mowa.

Spostrzeżenie XI. R., robotnik lat 20 mający, przybył do szpitala dnia 23. V. 1885. Chory miał zachorować przed 4 tygodniami. Miewał częste dreszcze, bóle w nogach, ogólne osłabienie, wreszcie kaszel i obfite krwioplucie. Przy badaniu znaleziono: ciepłota 40° C., tętno 116, ogólny stan niezły. Kaszel niezbyt częsty, chory wypłuka plwocinę śluzową, nieco czerwono zabarwioną. W klatce piersiowej z obu stron od tyłu poniżej kąta łopatki znaleziono stępienie i oddech pokryty, drobnemi wilgotnemi rżężeniami. Język suchy, brzuch wzdęty, niebolesny. Śledziona powiększona, od kilku dni zaparcie stolca. Tegoż dnia wieczorem ciepłota 40,0° C.. 24. V. Ciepłota rano 39,6° C., po kalomelu było kilka wypróżnień, wieczorem tegoż dnia wystąpiło nadzwyczaj obfity krwotok kiszkowy. Ciepłota wieczorem 35,0° C., tętno drobne, silne osłabienie. 25. Stan ogólny nieco lepszy. Ciepłota wieczorna 38,9° C.. W ciągu następnych dni sześciu krwotok nie wystąpił, gorączka znów nabrała silniejsze natężenie, wahając się między 40,2° C., a rano opadając do 39,2° C, stan ogólny nieco się poprawiał, znowu wystąpiła skłonność do zaparcia stolca. 1. VI. wystąpiły dość silne bóle w brzuchu. Znaczny upadek sił. Ciepłota 37,6° C., tętno 120. W ciągu następnych dni sześciu następował coraz znaczniejszy upadek w stanie ogólnym, brzuch pozostawał ciągle bolesnym, ciepłota okazywała następujące wahania nieprawidłowe 39°, 40,6°; 36,6°, 39,4°, 36,0°, 37,2°, 38,6°, 39,4°, 39,2°, 40,0; 37,6°, 40,0°; 37,8°, w końcu szóstego dnia śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało: Płuca puszyste, bez stwardnień, na przekroju przekrwienie i obrzęk. Dolne płaty łatwo rozrywają się, oba płuca przyrośnięte od tyłu do klatki piersiowej. Serce stłuszczone, mięsień wiotki, blade, zastawki zdrowe. Śledziona powiększona, łatwo się rozrywa. Wątroba stłuszczone. Nerki duże, na przekroju blade, istota korowa zcieńczała, piramidy blade, otoczka schodząca pociąga za sobą substancję nerki.

W jamie otrzewnej znaczna ilość płynu ropnego, śmierdzącego, wszystkie pętlice kiszek pozlepiane z sobą i z narządami sąsiednimi za pomocą delikatnych błon. W kiszkach na przestrzeni mniej więcej łokcia od zastawki BAUHIN'a owrzodzenia podłużne, będące po części w stanie zabliznienia; w najbliższym z wrzodów od zastawki BAUHIN'a znajduje się małeńki otvorek prowadzący do jamy otrzewnej. Mózg. Istota mózgu przekrwiona, w komórkach i rowkach międzyzwojowych znajduje się dość znaczna ilość płynu surowiczego.

**S p o s t r z e ż e n i e XII.** T., stolarz, lat 24 liczący, przybył do szpitala dnia 28. X. 1885 roku. Chory od tygodnia skarży się na ból głowy, ogólne osłabienie i rozwolnienie; znaleziono ciepłotę  $40,2^{\circ}$  C., tętno 102, odżywianie nie-  
złe, brzuch wzdęty, przelewanie w okolicy kiszki ślepej. Śledziona powiększona. W moczu ślady białka. Na skórze drobne plamki różycowate. Już na trzeci dzień pobytu w szpitalu, wystąpiła dość silna chrypka i lekki ból gardła; chrypka powoli przeszła w zupełny bezgłos. W ciągu dziesięciu pierwszych dni przebieg tyfusu był dosyć prawidłowym chociaż względnie ciężkim. Ciepłota trzymała się w granicach  $39^{\circ}$  C. a  $39,5^{\circ}$  C., przytomność pozostawała zupełną, istniała lekka bolesność brzucha i umiarkowane rozwolnienie. Chrypka pozostawała stale. Dwunastego dnia choroby nastąpiło podniesienie ciepłoty do  $40,2^{\circ}$  C., wystąpiła płwocina krwawa, stepienie z tyłu z obu stron klatki piersiowej, obfite krepitacje, jednym słowem objawy obustronnego ostrego zapalenia płuc, stan ogólny chorego znacznie podupadł; stan ten trwał dni osm. Ciepłota wahała się w granicach  $40^{\circ}$  a  $39^{\circ}$  C., kaszel silny, trwał ciągle, z odpluwaniem typowej rdzawej płwociny. Poczynając od dnia 8-go, gorączka zaczynała się stopniowo zmniejszać, objawy płucne stawały się coraz mniej wyraźnymi, tak, że chorego poprawiał się stopniowo i w końcu Listopada wstąpił w okres rekonwalescencji. Pozostało tylko dość znaczne osłabienie, nieznaczny kaszel i chrypka stale od początku choroby trwająca. 1. XII. stan sił chorego poprawił się o tyle, że mogłem go swobodnie wy badać wziernikiem krtaniowym, przyczem znaleziono: lekkie zaczerwienienie strun głosowych prawdziwych, jako też zbrzęknienie nieznaczne i zaczerwienienie tylnej ściany krtani. W ciągu dni dziesięciu stan pozostawał ten sam, chrypka trwała dalej, chore poprawiał się w stanie ogólnym. Dnia 11 Grudnia wystąpiły obok bezgłosu, objawy lekkiego zwężenia krtani, oddech zaczął przyjmować charakter świszczący [stenotyczny]. Badanie krtani wykazało, obok zaczerwienienia strun i tylnej ścianki, wyraźne objawy porażenia mięśni nalewko-obrączkowych tylnych. Przy fonacyi szpara głosowa rozszerzała się bardzo nieznacznie. Choremu zalecono pijawki na szyję i lodowe okłady. Wieczorem dnia tegoż wystąpił silny napad duszności. W ciągu trzech dni następnych duszność była umiarkowana. 14-go dnia rano nastąpił tak silny napad duszności, że zmusił do wykonania traćheotomii [D-r SZTEYNER], poczem natychmiast duszność ustąpiła, chorey czuł się nieźle. Jednak dni następnych znowu gorączkował, słabł znacznie wreszcie wystąpiły objawy obustronnego charłaczego zapalenia płuc (*pneumonia caeeticorum*), które położyło kres życiu chorego dnia 21 Grudnia 1885 roku.

**B a d a n i e p o ś m i e r t n e.** Trup znacznie wyniszczoney. Płuco lewe puszyste, dolny płat stwardniały, nie trzeszczy, na przekroju wycieka płyn krwawy z pęcherzykami powietrza, powierzchnia przekroju mocno przekrwiona, płat dolny łatwo daje się rozrywać. Prawe z wyjątkiem szczytu twarde, nie trzeszczy, na przekroju suche, pstre, łatwo daje się rozrywać. Krtani: błona śluzowa wnętrza krtani biała, na powierzchni tylnej z lewej strony na chrząstce tarczowej i obrączkowej zniszczenie ochrzęstnej, chrząstka nierówna, zabarwiona na ciemny kolor (*necrosis*). Serce male. Śledziona duża, wiotka, łatwo daje się rozrywać. Wątroba duża, słuszczonea, zastoinowa. Nerki duże, przekrwione. Kiszki: w ileum liczne płaskie owróżdzenia, nacieczenie gruczołów odosobnionych, blaszak PEYER'a i gruczołów kręzkowych.

W danym przypadku mieliśmy do czynienia z bardzo ciekawym przypadkiem porażenia mięśni nalewo-obrączkowych tylnych krtani, jednym słowem z tą formą chorobową nazwaną przez Niemców *Posticus-Lähmung* i *Respirations-paralyse*, formą, o którą ostatnimi czasy powstały znaczne spory między laryngologami [KRAUSE, SEMON, GERHARDT], o ile takowa zależna jest od porażenia

rozszerzaczcy lub też, jak chce KRAUSE, od skurczu mięśni zwieraczy głośni. Nasz przypadek jest pod tym względem ciekawym, że mógł być ściśle rozpoznany za życia. Badanie zaś pośmiertne wykazało, że przyczyną sprawy było zniszczenie chrząstki nalewkowej i po części pierścieniowej, powodujące następce zniszczenie i zanik mięśni rozszerzaczcy głośni. Sprawa tego rodzaju krtaniowa, t. j. zniszczenie chrząstek w przebiegu tyfusu brzuszego, jest sprawą bardzo rzadką, należy ona nie do właściwych spraw tyfusowych natury mykotycznej, lecz do spraw natury septycznej, wikłających późne okresy tyfusu brzuszego [EPFINGER w KLEBS'a Anatomii patologicznej krtani str. 87] i może być porównaną do spraw odleżynowych (*decubitus*), ztąd też i niektórzy owrzodzenia takie powstałe na tylnej ścianie krtani nazywają wrzodami odleżynowemi (*Decubitus-Geschwüre*). Sądzę jednakże, że w takim razie sprawa ta występowałaby bardzo często przy długotrwałych i ciężkich tyfusach, tymczasem rzecz ma się zupełnie przeciwnie, i o ile w takich razach niezwykle często występują zwykłe odleżyny, oraz zapalenia opadowe płuc, o tyle tego rodzaju zajęcie krtani występuje bardzo rzadko.

Z przytoczonych przypadków śmiertelnych widzimy, że z liczby 12-stu zmarłych, chora 1-sza przybyła już w okresie konania, chory Nr. 6 zmarł w okresie rekonwalescencji wskutek ostrego zapalenia płuc; gdybyśmy więc dwa te przypadki, na podobieństwo statystyk niemieckich, wykreślili z rachuby, otrzymalibyśmy niecały 10% śmiertelności. Cyfra ta, a nawet i 12%, jak to właściwie mówiąc należałoby robić, jest cyfrą bardzo umiarkowaną i bynajmniej nie większą ododsetek w bardzo wielu statystykach zagranicznych, w których głównie ubiegają się autorowie o wykazanie najmniejszej cyfry śmiertelności, robiąc wszelkie możliwe redukcje.

Cyfra śmiertelności nasza, a więc około 10%, jest mniej więcej takąż samą, jaką otrzymał kol. PACANOWSKI, zestawivszy 133 przypadków spostrzeganych w ciągu lat dziesięciu [1872—1882] na klinice terapeutycznej w naszym szpitalu. Na powyższą cyfrę zmarło chorych 12-stu, t. j. przeszło 9%.

Daleko większy procent śmiertelności wykazuje nam tyfus brzuszny, spostrzeganym w innym szpitalu warszawskim, t. j. Dzieciątka Jezus, podług bowiem zestawienia prof. POPOWA [Kliniczny Sbornik 1885] na 85 przypadków tyfusu brzuszego, spostrzeganego na jego klinice w latach 1881, 2, 3 i 4, zmarło 11-stu, czyli 12,9%. Taką samą mniej więcej cyfrę, t. j. 13,3% podaje statystyka kol. KRAJEWSKIEGO, zebrana z całego szpitala Dzieciątka Jezus za rok 1883. Nieco większą, bo aż 14,6% podaje statystyka prof. ŁAPCZYŃSKIEGO za rok 1884 ze szpitala wojkowego w Ujazdowie, w którym na 511 chorych dotkniętych tyfusem brzuszny był 75 zejść śmiertelnych, t. j., jak wyżej wzmiankowałem, 14,6% [Wracz Nr. 20. 1886]. Tym sposobem statystyka ze szpitala Ś-go Ducha daje względnie nieco lepsze wyniki niż statystyka innych przytoczonych szpitali, co być może, zależy od lepszych warunków higienicznych, w jakich powyższy szpital się znajduje, a może i od tej okoliczności, że w nim znajduje przytułek ludność cokolwiek w lepszym bycie będąca, aniżeli w szpitalu Dzieciątka

Jezus, dokąd głównie przybywa najbiedniejsza ludność Warszawy i okolic. Że cyfry moje i kolegi PACANOWSKIEGO nie są przypadkowemi, dowodzi tego zestawienie ogólnej cyfry śmiertelności z całego szpitala Ś-go Ducha z lat dziesięciu i tak:

|                              | było chorych<br>tyfusowych | zmarło | czyli |
|------------------------------|----------------------------|--------|-------|
| 1875                         | 113                        | 16     | 14%   |
| 1876                         | 132                        | 11     | 8%    |
| 1877                         | 114                        | 11     | 9%    |
| 1878                         | 98                         | 13     | 13%   |
| 1879                         | 106                        | 12     | 11%   |
| 1880                         | 127                        | 13     | 10%   |
| 1881                         | 125                        | 17     | 10%   |
| 1882                         | 109                        | 15     | 13%   |
| 1883                         | 155                        | 18     | 11%   |
| 1884                         | 139                        | 20     | 14%   |
| Razem w ciągu lat dziesięciu | 1215                       | 146    | 12%   |

NB. W statystyce szpitalnej do roku 1880 nie rozróżniano tyfusu brzuszego od wysypkowego. [C. d. n.]

## II. O PRZEDZIURAWIENIACH BŁONY BĘBENKOWEJ.

Napisal

**Dr Teodor Heiman.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

Znaczenie przedziurawień błony bębenkowej dla służby wojskowej. Paragraf 35 Lit. A. instrukcyi rosyjskiej dla lekarzy badających stan zdrowia młodych ludzi, podlegających służbie wojskowej. powiada: „całkowite lub częściowe zniszczenie błony bębenkowej (*defectio totalis et partialis m. tympani*) w jednym lub w obu uszach, niezależnie od braku lub istnienia wycieku ropnego, polipów, próchnienia kości lub innych powikłań, zwalnia zupełnie od służby wojskowej“. Widocznie prawodawca miał tu na myśli stan, jaki wytwarza się w uchu średnim po ustąpieniu przewlekłej sprawy ropnej, po której pozostałoby nawet tylko przedziurawienie błony bębenkowej; braki jej, powstałe w krótkim stosunkowo czasie z przyczyny ostrej, jeśli tylko nie wynoszą trzeciej części objętości błony, nie stanowią przeszkody dla odbycia służby. Prawodawca, nadawszy tak ważne znaczenie przedziurawieniom, kierował się dwoma względami: ludzkim i państwowym. Jak człowiek cierpiący na wadę serca, na przepuklinę lub inną wadę organiczną, w jakim bądź jej okresie, nie może być przyjętym do służby wojskowej, bez naraże-

nia życia jego na tysiące niebezpieczeństw, grożących mu codziennie śmiercią, chociaż w zwykłych warunkach z wadami powyższemi często dojść może do późnej starości, tak samo ma się rzecz z podziurawieniami błony bębenkowej, będącemi, jak wiadomo, zawsze pozostałością wygasłej, lecz łatwo mogącej odnowić się sprawy chorobowej w uchu średnim, w ścianach kostnych lub w kościach sąsiednich, lub też stanowiącemi jedyny objaw ukrytego istnienia powyższych spraw chorobowych.

Z drugiej strony znowu, przy braku całkowitym lub częściowym błony bębenkowej, sprawy ropne w uchu średnim wznawiają się łatwo i przybierają często charakter ostry; zmusza to chorych do szukania pomocy lekarskiej i dłuższego przebywania w szpitalu; a ponieważ powroty te są bardzo częste, po nieznanym natężeniu sił fizycznych, lub niezachowaniu odpowiedniej ostrożności, w życiu zaś wojskowym zachowanie tych ostrożności jest prawie niemożliwym, przeto żołnierze ci przez większą część służby swojej wałęsają się po szpitalach i ambulatoriach, nie przynosząc państwu żadnej korzyści i narażając je na wydatki, jakie pociąga za sobą leczenie i bezpożyteczne żywienie i odziewanie. Władze wojskowe i lekarze powinni ściśle zastosować się do powyższego paragrafu, aby nie narażać swego sumienia i nie być złymi wykonawcami jasno określonego prawa. Nie należy nigdy zapominać wyrzeczenia WILDE'a: „dopóki istnieje wyciek ropny z ucha, nie możemy być pewni jak, kiedy i gdzie się on skończy, lub też do czego doprowadzi“. Od siebie zaś dodam, że nie tylko przy obecności ropienia, ale wszędzie gdzie istnieje komunikacja między uchem zewnętrznym i środkowym, o powyższem pamiętać należy.

Zachodzi pytanie, zkąd więc w armii bierze się stosunkowo tylu ludzi z całkowitemi, lub częściowymi brakami błony bębenkowej, z wyciekami ropnym, lub bez niego. Wiele na to składa się przyczyn. Główniejsze z nich są.

1) Nieświadomość chorych; znaczna część młodych ludzi z przedziurawieniem błony bębenkowej, zwłaszcza niższych warstw, nie wie nawet o zбочeniu tem, gdyż przy braku objawów podmiotowych, nie mogą nawet przypuścić, aby mieli jakieś zmiany anatomiczne w uszach, nie mogą też sobie przypomnieć, ażeby kiedykolwiek cierpieli na wyciek z ucha, lub na stępienie słuchu, a przynajmniej takie, któreby zwróciło ich uwagę. Nie dziw przeto, iż ludzie ci w komisjach rekruckich, zapytywani o zdrowie w ogóle i o stan uszów w szczególe, dają odpowiedzi zadawalniające, a ztąd i badanie narządu słuchowego zaniechanem bywa. Dopiero gdy skutkiem długich marszów, niewygód i przeziębienia, pokaże się wyciek ropny z ucha, ludzie ci odsyłani zostają do szpitali, pod opiekę lekarzy specjalistów i tu dopiero rozpatruje się i rozpoznaje właściwe cierpienie.

2) Nieświadomość lekarzy. Ponieważ większość lekarzy nie umie badać ucha i słuchu, ogranicza się przeto zapytaniem, czy badany słyszy; każą mu potem wykonać próbę VALSALVY i jeśli nie wydobywa się przytem charakterystyczny szmer jest to dowodem, że błona bębenkowa jest nienaruszoną, a ztąd wniosek, że i słuch musi być dobry i nie bacząc na skargi badanego, że źle słyszy, że od czasu do czasu pojawia się wyciek ropny, z jednego lub obu

uszu, chory uznanym zostaje za zdolnego do służby wojskowej. O ile takie wnioskowanie jest fałszywym, niejednokrotnie powyżej już wspomniałem.

3) Nienależyte pojmowanie obowiązków swoich przez pewną część lekarzy. Zdarza się często, iż lekarz wie z czym ma do czynienia, wie całą odpowiedzialność jaką bierze na swoje sumienie, skoro ludzi takich uznaje za zdolnych do pełnienia trudnej i z mnóstwem niewygód połączonej służby wojskowej, a pomimo to postępuje wbrew prawidłom nauki i własnego sumienia, nie chcąc się narażać władzy wojskowej, któraby go mogła podejrzewać o nielegalne w tych razach postępowanie.

Komisje rekruckie i władze wojskowe, jako ludzie pod tym względem niefachowi, nie pojmują, jakim sposobem człowiek dobrze zbudowany i zdrow zupełnie, człowiek który dobrze słyszy, któremu przy nadymaniu się z ucha nie piszczy, który nie ma żadnego wycieku ropnego, może być chorym na jedno lub oba uszy i to jeszcze w tym stopniu, aby wcale nie był zdolnym do służby wojskowej. Lecz obowiązkiem lekarza jest wiedzieć o tem i o ile jego wiadomości naukowe pozwalają, spełniać powinność swoją sumiennie, bez oglądania się na względy oboczne. Wahające się i nielegalne postępowanie lekarza ma jeszcze i tę szkodliwą stronę, iż urzędników nielekarskich utwierdza w ich błędnem przekonaniu, przez co rzuca się cień podejrzenia na czynności innych lekarzy, zwłaszcza tych, pod opiekę których w następstwie chory, z powodu zaostżenia się sprawy chorobowej, się dostaje; nadto wielu ludzi, którzyby w warunkach zwyczajnych mogli jeszcze żyć przez długie lata, przez zaliczenie ich do służby wojskowej narażonych zostaje na długotrwałe i ciężkie choroby, a często i na śmierć. Wiele niestety ofiar mógłbym naliczyć w swoim oddziale w ciągu lat sześciu z przyczyny tego niewłaściwego i niesumiennego postępowania, pewnych lekarzy, nie chcących i nie umiejących pojąć całej ważności przedziurawień błon bębenkowych dla służby wojskowej.

4) Podejrzliwość lekarzy. Są lekarze, którzy w każdym rekrucie widzą tylko oszusta i każdą chorobę, szczególnie zaś uszną, choćby najprawdziwszą uważają za sztuczną. Ci to właśnie lekarze, skutkiem niepojmowania swoich obowiązków, zapychają armiję kalekami różnego rodzaju.

Podczas wojny francusko-pruskiej w 1870 r. zrobił TRÖELTSCH ciekawe spostrzeżenie, że wielu żołnierzy, zwłaszcza skrofulicznych, cierpiących na przewlekły wyciek ropny z jednego lub obu uszu, znajdując się ciągle w polu, wśród przeróżnych niewygód i niedostatków, uwolniło się od swej choroby usznej. TRÖELTSCH przypisuje to wpływowi powietrza na ustrój osobników, u których ropienie rozwinęło się na podstawie zółzowatej.

Mnie zdarzyło się widzieć wielu osobników, którzy odbyli zupełnie pomyślnie całą służbę wojskową i dopiero przed samem wystąpieniem z niej, dostali wycieku ropnego z jednego lub obu uszu. Badanie wziernikowe przekonało mnie, iż miałem przed sobą bardzo stare braki w błonach bębenkowych, oraz inne zmiany chorobowe ucha średniego. Być bardzo może, iż pewna liczba osób takich nie dostaje się nawet pod spostrzeganie lekarskie, te mianowicie u których nie występuje ropienie, ani żadne oznaki podmiotowe; z powodu tej okoliczności i powyższego spostrzeżenia TRÖELTSCH'a był czas, iż byłem skłonny do uzna-

wania żołnierzy z brakami błon bębenkowych, po ustąpieniu sprawy ropnej, za zdolnych do dalszego pełnienia służby wojskowej.

Wszelako częsty powrót niektórych z nich do szpitala, w stanie niekiedy dla życia groźnym, oraz dalsze doświadczenia, przekonały mnie, iż ponieważ nie możemy wiedzieć z góry, który żołnierz będzie mógł służyć bezpiecznie z brakiem w błonie bębenkowej, który zaś nie, przeto, stosując się ściśle do litery prawa, wszystkich żołnierzy z brakami zastarzałymi jednej lub obu błon bębenkowych uważam za niezdolnych do pełnienia służby wojskowej.

Dodatek do prawa, iż braki pochodzenia ostrego, mniejsze od trzeciej części objętości błony, nie wykluczają możliwości pełnienia służby wojskowej, ma na celu zapobieżenie nadużyciom, takie bowiem braki najczęściej, jak wiadomo, dość rychło zablizniają się; wprawdzie osiąga się to i z większymi, lecz daleko rzadziej i trudniej.

Znaczenie przedziurawień błony bębenkowej pod względem ubezpieczenia na życie. Osoby ze stałymi otworami jednej lub obu błon bębenkowych, zwłaszcza gdy jednocześnie istnieje wyciek ropny, nie powinny wcale być przyjmowane do ubezpieczenia na życie, lub też pod utrudnionymi warunkami. Tak samo jak w przyjmowaniu ludzi do służby wojskowej i tu pamiętać winniśmy: 1) Że nigdy nie jesteśmy w stanie powiedzieć z pewnością, czy nie istnieją jednocześnie zmiany głębokie w uchu lub w częściach otaczających, jak np. próchnienie kości skalistej, które mogą skrócić życie danego osobnika bez względu na wiek, zatrudnienie, budowę ciała i t. d.. 2) Czy nie ma okoliczności zagrażających życiu już w najbliższej przyszłości, a mianowicie: przez zakażenie ogólne, ropień w mózgu i t. d.. Zbadanie ucha pod tym względem jest ważnem tak samo, jak przekonanie się, czy nie ma w danym przypadku wady serca, lub gruźlicy płuc.

Dziwnem jest zaprawdę, że w formularzach większej części towarzystw ubezpieczających na życie, znajdują się rubryki z zapytaniami, czy dany osobnik nie ma przepukliny, obrzmienia wątroby i t. p., co w każdym razie ma znaczenie podrzędne dla oznaczenia prawdopodobnej długowieczności, gdy tym czasem o cierpieniach uszów nie ma żadnej wzmianki, pomimo, iż niebezpieczeństwo jest bardzo wielkie i jak wykazuje statystyka, osobniki takie przecięciowo nie cieszą się długim życiem. Że wielu z cierpieniami uszów bardzo dobrze się trzyma i żyje długo, nie dowodzi to niczego, boć wszak i z wadą serca można dojść do późnej starości, zaś suchoty początkowe nawet są wyleczalne, a pomimo to żadne towarzystwo w podobnych razach nie przyjmie na siebie takiego ryzyka. Na ważność przedziurawień błony bębenkowej dopiero towarzystwa angielskie, a w najnowszych dopiero czasach niektóre niemieckie zwróciły należyłą uwagę.

Statystyka przedziurawień. Właściwej statystyki przedziurawień w ogóle nie ma; chcąc takową ustanowić musielibyśmy zebrać znaczną część cierpień ucha średniego i błony bębenkowej i w dodatku nie miałoby to wartości praktycznej, naukowa zdaje mi się byłaby także problematyczną. Co się tyczy przedziurawień pochodzenia urazowego, to z przejrzanym przezemnie sprawozdaniem o chorobach usznych, w różnych szpitalach i poliklinikach z lat ostatnich, pomieszczonych w *Arch. für Ohrenheilkunde* T. XVIII—XXII., które

poniżej przytaczam okazuje się, iż stanowią one niewielki procent chorób usznych wogóle, a przedziurawień błony bębenkowej w szczególności. Spostrzegane przezemnie przypadki nie dały tego samego wyniku, ponieważ cyfry podane przezemnie <sup>1)</sup> odnoszą się tylko do przedziurawień urazowych pośrednich, zupełnie zdrowych błon bębenkowych. Ogólna liczba przedziurawień urazowych na ilość chorych usznych, jest mniej więcej jednakową w ciągu 6-letniego czasu. Za czas ten przypada zwykle jeden przypadek urazowy na sto chorych usznych, z wyjątkiem przedziurawień umyślnie wywołanych, których liczba jest dość znaczną. Dzięki wszelako energii władz, liczba ta zmniejsza się z każdym rokiem. Liczba przedziurawień u rozmaitych autorów tak się przedstawia.

CHRISTINEK (*A. f. O. T. XVII str. 283*) na 491 przypadków usznych spostrzeganych na klinice w Halli od 15 Października 1880 do tejże daty 1881 r., widział 1 przypadek urazowy.

D-r HABERMANN [tamże str. 69], widział w klinice ZAUFAL'a w r. 1880 na 1149 przypadków, 4 urazowe.

D-r K. BUEKNER w Getyndze [tamże str. 297], widział 4 przypadki urazowe na 516 chorych.

D-r L. JACOBSON [tamże T. XIX str. 32], spostrzegał na klinice berlińskiej prof. LUCAE od 1-go Listopada 1877 do 1-go Kwietnia 1881 przypadków 4607, pomiędzy którymi urazowych było 30.

D-r WAGENHAEUSER z polikliniki w Würzburgu [tamże] w ciągu 1880 i 1881 roku zebrał 307 przypadków, 1 był urazowy, przyczem nie wymieniono uszkodzeń błony bębenkowej, a tylko wspomniano o uszkodzeniu narządu słuchowego.

STACHE [tamże T. XX str. 267], na klinice w Halli zebrał od 15 Października 1882 do tejże daty 1883 r. przypadków 600, między którymi 4 były urazowe.

D-r BÜRKNER w Getyndze [tamże T. XXI str. 172], w sprawozdaniu za r. 1883 na 868 przypadków podaje 6 urazowych.

D-r BEZOLD miał w prywatnej praktyce i w klinice 3847 przypadków od 1881—1883 r. między którymi było 19 urazowych, zaś 28 przedziurawień suchych po szkarlatynie [tamże str. 223].

D-r WAGENHÄUSER [tamże str. 269], na poliklinice w Tubindze zebrał od 1 Kwietnia 1883 do 1 Kwietnia 1884 r. 480 przypadków, urazowych było 3.

Prof. BUEKNER [tamże T. XXII str. 195], w Getyndze spostrzegał w 1884 r. 983 przypadki uszne, między którymi było 6 urazowych.

D-r L. STACHE i F. KRETSCHMANN w Halli [tamże st. 298] widzieli za 1884 r. przypadków 1113 z tych urazowych było 7.

D-r MARIAN z Aussig [tamże str. 210], od Października 1882 do końca Grudnia 1884 miał 809 przypadków, z tych 2 urazowe.

D-r PAUL SCHUBERT z Norymbergii miał od początku Maja 1879 do 1 Czerwca 1884 r. przypadków 2798, z pomiędzy których przedziurawień ura-

---

<sup>1)</sup> Gaz. Lekarska Nr. 14 i 15 1885.

zowych błony bębenkowej było 16, przedziurawień suchych 37, całkowitego zniszczenia błony bębenkowej 11 [tamże str. 82].

Prof. BUEKNER [tamże T. XXIII str. 269], w Gettyndze za rok 1885 na 1049 chorych usznych miał 6 przedziurawień urazowych.

D-r. F. KRETSCHMANN w Halli [tamże str. 217], za rok 1885 miał chorych 1015 z tych urazowych 5.

## Literatura.

Chcąc podać całą literaturę przedziurawień błony bębenkowej, trzeba by wymienić znaczną część literatury chorób usznych z 18 i 19 wieku, co by dla czytelnika mało przedstawiało interesu i za wiele zajęłoby miejsca w czasopiśmie tygodniowym, ograniczę się przeto na przytoczeniu źródeł z których korzystałem przy obrabianiu pracy niniejszej.

CHARLES H. BURNETT. The Ear. its Anatomy, Physiology, and Diseases, wyd. II. 1884.

J. P. BONNAFONT. Traité théorique et pratique des Maladies de l'oreille et des organes de l'audition. Wyd. II. 1873.

JOSEPH GRUBER. Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1870.

D-r M. E. GELÉ. Précis des Maladies de l'Oreille. 1885.

D-r ARTHUR HARTMANN. Krankheiten des Ohres und deren Behandlung, wyd. I. 1881 i wydanie III. 1885.

J. M. G. ITARD. Traité de Maladies de l'Oreille et de l'audition, wydanie II. 1842.

D-r WILHELM KIRCHNER. Handbuch der Ohrenheilkunde. 1885.

D-r LUDWIG LOEWE. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1884.

D-r J. M. LÉVI. Manuel pratique de Maladies de l'oreille. 1885.

LINCKE-WOLF. Ohrenheilkunde. 1837--1845.

D-r A. POLITZER. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1878—1882.

J. TOYNBEE. Maladies de l'Oreille, nature, diagnostic et traitement [tłumaczenie francuskie przez D-ra G. DAEIN]. 1874.

D-r TRIQUET. Leçons cliniques sur les Maladies de l'oreille. II Paratie. 1886.

D-r A. v. TROELTSCH. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wyd. VI. 1887 i wyd. VII. 1881.

D-r SCHWARTZE. Pathologische Anatomie des Ohres. 1884—1885. Na str. XVII tegoż dzieła została wymieniona szczegółowo literatura przedziurawień urazowych, począwszy od MORGAGNI'ego: De sedibus et causis morborum. T. II. Lib. IV. Epist. 52. Art. 25 i 30. 1761.

D-r VICTOR URBANTSCHITSCH. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1886. Wyd. II. 1884.

D-r OSCAR WOLF. Sprache u. Ohr. 1871.

Wzmianki o rozmaitych rodzajach przedziurawień błony bębenkowej znalazłem w Archiv f. Ohrenheilkunde i w innych czasopismach specjalnych i ogólnolekarskich, o czem we właściwych miejscach wspominałem.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 56. H. Quincke O grzybkach strupienia (*Ueber Favuspilze*).

Hodowla tarczek (*scutula*) i włosów przy strupieniu przekonała QUINCKE'go, że przynajmniej 3 różne rodzaje grzybków wywołują to cierpienie skóry. Grzybki te oznacza on literami  $\alpha$ ,  $\beta$  i  $\gamma$ .

**I. Grzybek  $\alpha$ .** U terminatora młynarskiego, od kilku tygodni istnieje lekko swędząca wysypka na prawej stronie szyi. Na granicy włosów, skóra, na przestrzeni wielkości talara, jest zlekka zaczerwieniona i błyszczący się. Środek tej przestrzeni zajmują 3 żółte plamki od 0,5 do 2,0 milimetrów średnicy, a każdą z nich przebija włos. Przedstawiają się one jako półkuliste guziczki, zapuszczone w skórę i będące na jednym z nią poziomie — tarczki strupienia. Drobnowidz odkrył w nich nitki grzybni i zarodniki; nitki podobne znajdowały się i w łuskach, ale zarodników bardzo mało. Była to początkowa forma strupienia z wypryskowymi kołami [lub jak ją KOEBNER nazywa okres przygotowawczy wypryskowy — *herpetische Vorstadium*]. Jako przyczynę wysypki chory podawał to, że często nosił na prawym ramieniu worki mąki i że przynoszący je woźnica podobną wysypkę miał na lewym policzku. Pędzlowanie nalewką jodową, a następnie przykładanie maści salicylowej usunęło cierpienie.

Przed zastosowaniem tego leczenia, z głębokich części tarczki wyjął QUINCKE kawałeczki i przeszczepił na żelatynę w probówkach i na płytce. Rozwinięty na żelatynie grzybek przedstawia się jako błonka pleśniawa, śnieżnej białości, dosyć twarda, sucha, pokryta meszkiem; dolna jej powierzchnia jest żółta, koloru siarki. Przy dłuższym wzroście, błonka ta się fałduje, na izolowanych okrągłych kolonijach fałdy układają się koncentrycznie i tworzą płytkie brzozy i wzniesienia, gdy zaś kolonie się z sobą zlewają, fałdy stają się nieprawidłowymi.

Pod drobnowidzem w kolonii odróżnić można nitki grzybni, przegródkami poprzecznymi poprzedzielane na członki. Są one o połowę cieńsze aniżeli nitki pleśni, ale za to odstępy między przegródkami są daleko większe.

Po części z końców nitek grzybni, a częściej z krótkich wyrostków bocznych, odsnurowują się okrągławe i podłużne spory, najobficiej w środku kolonii, podczas gdy na jej obwodzie wyrastają przeważnie długie nitki, [jak w drobnych łuskach torebek włosowych]. Oprócz tych wprost oddzielających się spor [mikrokonidije], tworzy grzybek i makrokonidije, końcowe wrzecionowate twory, 40—70  $\mu$ . długie, o błyszczącej ścianie i poprzecznych przegródkach, dzielących przestrzeń wrzeciona na kilka komór. Niekiedy zdaje się, jak gdyby w każdej komorze tworzył się zarodek owalny lub podłużny. Makrokonidije tworzą się o wiele później niż zarodniki, rozwojowi ich sprzyja obfity dostęp tlenu i wyczerpanie materii odżywczej.

Na płytkach w pierwsze dwa dni zarodniki wypuszczają w jedną lub dwie strony nitki, na 3 dzień już gołym okiem można odróżnić kolonie, po 6—8 dniach kolonie mają 4—5 milim. średnicy, po kilku tygodniach 10—20 milim.. W epruwecie rosną wolniej niż grzybki pleśniowe i dlatego bywają przez te ostatnie zagłuszone. Grubość kolonii bywa 1—3 milim. Na cięciu poprzecznym, stwardnionej w alkoholu kolonii, odróżnić można środkową część, bogatą w zarodniki, a naokoło zbitą siateczkę nitek, która ku swobodnej powierzchni jest 3—4 razy grubsza aniżeli po stronie przylegającej do żelatyny.

Grzybek  $\alpha$  rozpuszcza żelatynę 3-procentową po 6—8 dniach, 10-procentową po kilku tygodniach i to nie zupełnie. Zależnym to jest prawdopodobnie od zmienionego odczynu materii odżywczej, który z początku obojętny, staje się później mocno alkalicznym. Drobnowidz wykazuje wtedy w żelatynie kryształki fosforanu amonu i magnezu, szczawianu wapnia i snopkowate kryształki wydzielające gaz za dodaniem kwasu, prawdopodobnie węglany wapnia. Odczyn alkaliczny, sądząc z zapachu i tworzących się obłoczków po dodaniu kwasu solnego, zależyć może od jakiegoś związku amonowego.

W starych hodowlach w bliskości grzybka, żelatyna przybiera brudną barwę. W takich to hodowlach nitki grzybni wszystkie, lub tylko część ich, jest zmieniona, są one pokrzywione, spiralne, węższe, bledsze, z ziarenkami lub

kupkami, poprzeczne przegródki niewydatne, zarodniki jednak nie tracą swej płodności po 3, a nawet po 5 miesiącach.

Na kwaśnej żelatynie grzybek  $\alpha$  nie rośnie wcale, lub bardzo powoli; na słabo kwaśnej żelatynie z soku jabłek rośnie powoli, zarodników niewiele; na nastoju z chleba rośnie jak na żelatynie odżywczej. Bardzo piękne hodowle tego grzybka otrzymuje się na odwarze z mierzwy końskiej z żelatyną, którą rozpuszcza bardzo wcześniej; dolna część kolonii jest barwy pomarańczowej a nie koloru siarki. Na *agar-agar* rośnie w zwykłej ciepłocie gorzej, niż na żelatynie, w cieple szybciej; dolna powierzchnia kolonii, z początku żółta, nabiera wkrótce barwy żółto-brunatnej. Na surowicy tworzy biało-szarawy wilgotny nałot, dosyć gruby.

Bardzo łatwo udają się hodowle grzybka  $\alpha$  na kartoflu; już we 24 godzin po zaszczepieniu na nim zarodników, widać zarysy białych, meszkowych kolonii, które po kilku dniach mają średnicę kilku milimetrów, a następnie zlewają się w jedną grubą masę, której powierzchnia dolna, żółta, zawierająca zarodniki, ściśle przylega do kartofla. Z początku tylko na około kolonii, a później i cała powierzchnia kartofla jest barwy brunatnawej, lub szaro-brunatnej; biały meszek także przybiera wkrótce barwę brunatną i zawiera wtedy mało nitek grzybni a dużo zarodników. Makrokonidij na kartoflu rozwija się niewiele. Najszybciej rośnie przy ciepłocie 35° C., kolonije są wtedy luźniejsze, a nitki dochodzą do kilku milim. długości.

Hodowli grzybka  $\alpha$  na kartoflu, jako mających najwięcej zarodników, używał QUINCKE do szczepień. Mężczyźnie w podeszłym wieku wtarł w skórę brzucha, cokolwiek włosom porośłą, niewielką ilość zarodników z takiej hodowli. Na 10 dzień około torebek włosowych wystąpiło czerwone koło, a na niektórych torebkach małeńkie żółte łuski; na 14 dzień wytworzył się typowy obraz strupienia z wypryskowem kołem, podobnie jak u przytoczonego na początku chorego, żółtawe tarczki (*scutulae*) zlewają się z sobą, 18 dnia zmiany coraz większe, na brzegu wypryskowego koła skóra jest znacznie zaczerwienioną, obrzmiałą i posiada pęcherzykowate płytkie wzniesienie naskórka. Badanie drobnowidzowe dało wyniki takie jak i przy samoistnym strupieniu. Szczepienie tego grzybka myszom nie zawsze się udaje; u 4 tylko na 14 dzień utworzyły się żółte tarczki, zawierające grzybek  $\alpha$ , ale w krótcie same znikły. U 2 jamników na głowie po 12 dniach pozostały 2 tarczki w torebkach włosowych, a prócz tego łuszcząca pryszczycza (*eczema squamosum*), która przeszła sama przez się. Wreszcie u 2 królików na miejscu szczepienia wytworzyła się tylko pryszczycza. Grzybek więc  $\alpha$  u człowieka, psa i myszy wywołuje cierpienie skóry analogiczne z samoistnym strupieniem.

Hodowle kartofla szczepił QUINCKE jeszcze i w inny sposób. Rozrabiał je sterylizowanym roztworem soli kuchennej i wstrzyknął pod skórę trzem myszom, psu i królikowi do jamy brzusznej, a także psu i królikowi do żyły szyjowej. Nigdy nie wywołało to żadnych objawów chorobowych. U dwu ostatnich zwierząt po 10 i 20 dniach znaleziono w płucach kilka zatorowych guziczek wielkości ziarenka prosa, grzybków w nich nie można było znaleźć.

**II. Grzybek  $\beta$ .** Otrzymał go QUINCKE od 2 braci od dawna cierpiących na strupień. Jeden z chłopców miał formę strupienia lekko łuszczącego się, suchego, u drugiego był powikłany pryszczycą sącząca. Tarczki nie było, ale włosy i łuski zawierały grzybek  $\beta$  i rozmaite bakteryje. Później gdy się wytworzyły młode tarczki, szczepił QUINCKE kawałki ich i korzenie włosów.

Grzybek  $\beta$  tworzy na żelatynie, tak na powierzchni jak i w głębi, białą szarawą koloniję, które po upływie dni kilku mają średnicę 1 mm. ale za to później nawet po upływie kilku miesięcy nie bywają większe nad 3—4 mm. Kolonija taka ma na powierzchni swobodnej krótkie nitki, jak meszek, a głęboka

jej powierzchnia, zwrócona ku żelatynie, jest żółta, pomarszczona. W skutek niewielkiego rozplywania żelatyny w około kolonii, ta ostatnia zapada się trochę w żelatynę, gdy kolonij zaś wiele, to po 2—3 miesiącach żelatyna zamienia się na gęsty płyn, nigdy rzadki i brunatny jak przy grzybku  $\alpha$ .

Na słabo kwaśnej żelatynie nie rośnie wcale. Najlepiej rozwija się na *agar-agar* w cieple, już po 5—6 dniach prawie zupełnie kolonije się rozwijają. Tworzą one wilgotne, białe-szarawe, płaskie wzniesienia, idące bardziej wgłąb materii odżywczej aniżeli szerzące się po powierzchni i bardzo późno pokrywające się białawym meszkiem.

Daleko wolniej rosną na surowicy krwi w cieple. Na kartoflu, w cieple tworzy ten grzybek białe szarawe guziczki, które po 3 tygodniach mają średnicy 1 mm. a po 3 miesiącach 3—10 mm; bardzo późno pokrywają się one meszkiem, składającym się z krótkich nitek grzybni. Rosną do 5 mm. wgłąb kartofla.

Gdy włos hodujemy w wiszącej kropliczce żelatyny i t. p., już po upływie 24 godzin wypuszcza nitki, a po 2—3 dniach gołym okiem widzieć można kolonije.

Badając pod drobnowidzem grzybek  $\beta$ , przekonać się można, że nitki grzybni jego cokolwiek szersze aniżeli  $\alpha$ , ale bardziej błyszczące i pod mniej ostrymi kątami się rozgałęziają. Końce nitek są zaokrąglone, a niekiedy zlekka nabrzmiałe. Często na końcu nitki tworzy się kulista nabrzmiałość, z zawartością ziarnistą, o ścianie błyszczącej i oddzielona od nitki lekko wypukłą ścianką; podobne są one nieco do rozplodników pleśniowych (*mucor-sporangium*), ale nie rozwijają się nigdy dalej; tylko ulegają rozpadowi ziarnistemu.

Szczepienie grzybka  $\beta$  u myszy dało wynik ujemny. U 2 królików po kilku tygodniach wystąpiły na miejscu szczepienia grube suche strupy, które później, uniesione przez wyrastające włosy odpadły. Składały się one przeważnie z komórek naskórka i z bardzo niewielkiej ilości szczepionych grzybków. Włosy były, jakby pochwą, otoczone komórkami naskórka, a między nią i włosem dużo nieraz znajdowało się zarodników. U człowieka szczepienie wypadło niepomyślnie.

**III. Grzybek  $\gamma$ .** Jest on najbardziej rozpowszechniony, a co do formy hodowli zbliża się do grzybka  $\beta$ . Na żelatynie w ciepocie pokojowej rośnie powoli, chociaż szybciej niż  $\beta$ , zamienia ją na gęsty płyn, nadając jej odczyn alkaliczny. Kolonije jego wyglądają jak szaro-żółtawe punkty, szerzą się tak dobrze w głąb jak i po powierzchni i dopiero po 4—6 tygodniach pokrywają się delikatnym puchem z nitek grzybni. Starsze kolonije są gwiazdowate, z krótkimi zaokrąglonymi promieniami, białe-żółtawe. Tak samo, a nawet lepiej, rośnie na mierzwie końskiej. Na kwaśnej żelatynie rośnie źle lub wcale się nie rozwija. Na *agar-agar* w cieple rośnie szybciej niż  $\beta$ , ale wolniej niż  $\alpha$ . Już po upływie 2 dni kolonija ma średnicy 5 mm., po 7 dniach 10—20 mm., najlepiej rośnie na powierzchni. Po 8 dniach dopiero i to w środku kolonii tworzy się lekki meszek białawy i po kilku tygodniach środek kolonii unosi się nad powierzchnie, tworząc na obwodzie fałdy. Na surowicy krwi rozwija się tak szybko prawie jak na *agar-agar*, ale w kształcie białe-szarawej, mało wznoszącej się nad powierzchnię błonki, od której wgłąb idą wypustki. Gdy *agar* lub surowica są nadto twarde, grzybek nie wrasta w nie, ale unosi się nad powierzchnie, tworząc fałdy na obwodzie błonki.

Na kartoflu, jak i grzybek  $\beta$ , tworzy białe-szarawe guziczki, które jednak szybciej rosną; wyhodować się daje z tarczki i z korzenia włosa.

Co do budowy drobnowidzowej, zbliża się on także do grzybka  $\beta$ , tylko, że podział nitek jest daleko obfitszy. I na nim widzieć się dają w pierwszym tygodniu kolbkowate nabrzmienia, ale te wkrótce zanikają wskutek obumarcia grzybków. Gdy kolonije są bardzo dawne, a i dostęp powietrza mają swobodny, przegródki poprzeczne w nitkach tworzą się tak blisko jedna od drugiej, że

grzybek staje się trochę podobnym do grzybków drożdżowych, tak krótkie bowiem są ich członki.

Szczepienia tego grzybka, robione na 6 myszach, 2 psach i 4 ludziach, dały wyniki ujemne. U jednego tylko człowieka powstały ograniczone czerwone plamki, 1 — 2 ctm. średnicy, jak w początkowym okresie *Herpes tonsurans*, jednak znikły po dniach kilku.

Porównyując powyższe rodzaje grzybków, widzimy, że grzybek  $\alpha$  najłatwiej jest wyhodować i to w najrozmaitszych warunkach, tak w ciepocie pokojowej, jak i przy ciepocie ciała, na kartoflu, żelatynie i *agar-agar*, podczas gdy grzybki  $\beta$  i  $\gamma$ , nawet przy wyższej ciepocie, na *agar* i surowicy wolniej rosną, na kartoflu w cieple i na żelatynie w ciepocie pokojowej daleko trudniej hodowla ich się udaje, a nadto grzybek  $\beta$  jeszcze wolniej rośnie aniżeli  $\gamma$ .

Grzybek  $\alpha$  wymaga dużo tlenu i dlatego rośnie przeważnie na powierzchni materij odżywczych, tymczasem grzybki  $\beta$  i  $\gamma$  znacznie głębiej wrastają w substraty odżywcze i bardzo niewiele, zwłaszcza w starych hodowlach, wystają nad powierzchnię. Dla wszystkich zaś trzech rodzajów wspólną cechą jest żółte zabarwienie dolnej powierzchni kolonij, zabarwienie, które u grzybka  $\alpha$  dosyć wczesnie występuje, u  $\beta$  i  $\gamma$  na starszych kolonijach. Ze względu na wielkie podobieństwo dwu tych ostatnich grzybków, rodzi się kwestyja, czy grzybek  $\beta$  nie jest zmodyfikowanym [osłabionym] grzybkiem  $\gamma$ . Jednakże i klinicznie one się różnią. Grzybek  $\gamma$  za kilka miesięcy tak się na głowie rozrośnie i takie wywoła zmiany, jakich grzybek  $\beta$  przez lata całe nie spowoduje.

W porównaniu ze zwykłymi grzybkami pleśniowymi, grzybki strupienia rosną bardzo powoli i muszą mieć słabo alkaliczne materje odżywcze.

Co do częstości znajdowania tych grzybków, wywołujących cierpienie skóry u człowieka, to najłatwiej dający się hodować grzybek  $\alpha$  spostrzegają Q. u jednego tylko chorego, grzybek  $\gamma$  u 5, a  $\beta$  u 2.

Że w samej rzeczy strupień bywa wywołowany przez opisane grzybki, o tem szczepienia powyższe przekonać mogły. Co się tyczy grzybka  $\alpha$ , to u myszy, psa i człowieka szczepienia jego udają się, tylko że nie ma on skłonności do dalszego szerzenia się, lecz po niejakim czasie znika, ale bywa to często i z tarczками strupienia, szczepionemi człowiekowi [Peyrussch]. Daleko gorzej szło ze szczepieniem grzybków  $\beta$  i  $\gamma$ . Ale dowodzić to tylko może, że skóra nie każdego człowieka lub zwierzęcia przedstawia odpowiednie warunki do wzrostu na niej grzybków. Być może, że zależy to od szerokości otworków torebek włosowych, od nierówności powierzchniowych warstw naskórka, zawartości wody i tłuszczu i t. p. chemicznych własności naskórka i wydzielin gruczołowych. Nadto, QUINCKE nie szczepił tych grzybków na najodpowiedniejszej części skóry, bo na głowie. Pomimo więc wątpliwych wyników szczepień, grzybek  $\gamma$  należy uważać za chorobotwórczy i prawdopodobnie za najbardziej rozpoznany. Godnem jest uwagi, że cierpienie, klinicznie przedstawiające się zawsze jednakowo, wywołwanem bywa przez trzy różne pasorzyty, a być bardzo może, że to jeszcze nie wszystkie rodzaje grzybków strupienia.

W końcu, co do klasyfikacyi botanicznej powyższych grzybków, nadmienić wypada, że prof. QUINCKE zalicza je do grupy *Ascomycetów*.

(*Archiv f. experimentelle Pathologie Bd. XXII. 1886 r. pag. 62*).

D-r Elsenberg.

## Wiadomości bieżące.

**Warszawa.** D-r Władysław OLECHNOWICZ z Lublina otrzymał pozwolenie na założenie stacji klimatycznej w Ojcowie i obecnie traktuje z właścicielami doliny o nabycie lub wdzierżawienie odpowiedniego kawałka ziemi. Stacja klimatyczna prawdopodobnie otwartą będzie już w lecie roku przyszłego.

**Łódź.** Założonem tu zostało Towarzystwo lekarskie. Prezesem takowego wybrany: D-r LOHRNC, wiceprezesem: D-r JONSZER; sekretarzem D-r KOLIŃSKI; kasyjerem D-r LIKIERNIK; biblijotekarzem D-r RUNDO.

**Paryż.** Zmarł w przeszłym miesiącu rezydent rzeczypospolitej francuskiej w Ananie i Tonkinie D-r P. BERT, jeden z najznakomitszych współczesnych francuskich fizjologów, w wieku lat 46. Był on uczniem i następcą C. BERNARD'a w Sorbonie, Akademii Nauk i jako prezes Towarzystwa bijologicznego. Z licznych jego prac wspomnimy tylko. *Lçons sur la physiologie comparée de la respiration*, dalej znakomite badania nad ciśnieniem barometrycznem, nad powietrzem zgęszczonem, nad fosforycznością tlenu i t. d..

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

**Przegląd lekarski. Nr. 49.** GLUZIŃSKI i JAWORSKI. Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żóładkowego i nadmiernej jego kwaśności. — ADAMKIEWICZ. Monoplegia anaesthetica. Wyleczenie. — Mężyk. Rzadki przypadek hernio-laparotomii wraz z enterorafją. — BLUMENSTOK. Sprawa Ritterów. — ROZCISZEWSKI. Sprawozdanie za r. 1884 z oddziału chorób wenerycznych i skórnych D-ra ZAREWICZA.

**Kronika lekarska Nr. 11.** STRZESZEWSKI. O zrostach serca z osierdziem i o kostniakach osierdzia. — PACANOWSKI. Nerwice żóładka.

**Medycyna Nr. 49.** KĘPIŃSKI. Trzy przypadki nowotworów oczodołu usuniętych za pomocą operacyi.

### NADESŁANO DO REDAKCYI:

D-r JAWORSKI. Ueber Wirkung, therapeutischen Wehrt und Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes nebst dessen Beziehung zum Karlsbader Thermalwasser. Wien. 1886.

PANCER. Kilka słów o wełniarstwie. Łódź. 1886.

### OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1887 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

### ODPOWIEŹ REDAKCYI.

**Doktorowi D.** Kwestyja, kiedy należy stosować leczenie rtęcią, czy już przy wystąpieniu owrządzenia pierwotnego, czy też przy objawach ogólnych, ciągle jest jeszcze kwestyją sporną. Pierwszy z tych poglądów, leczenia rtęcią już podczas objawu pierwotnego, między zwolennikami liczy najznakomitszego ze współczesnych syfiligrafów ALFREDA FOURNIER'a. Wychodząc z tych nieulegających wątpliwości danych, że przymiot jest uleczalny i że rtęć go leczy, bo skoro tak energicznie usuwa produkty jego, musi jednocześnie niszczyć i sam zarazek. FOURNIER od samego początku wystąpienia pierwotnego owrządzenia przymiotowego przepisuje chorym preparaty rtęciowe.

Co do nas, przekonaaliśmy się, że małe dawki rtęci bardzo pomyślnie wpływają na przyspieszenie wessania pierwotnego stwardnienia i zabliznienia owrządzenia, a objawy ogólne wskutek tego bywają nieco opóźnione i zwykle dosyć łagodne. Jako środków takich używamy zwykle [przez 2—4 tygodni] jodku rtęciowego do 0,06 na dobę, kalomelu do 0,12, z makowcem, gdyby kalomel zbyt silną biegunkę powodował i LUSTGARTEN'a *hydrargyrum tannicum ozydulatum* do 0,2—0,3 na dobę.

Z energicznijszem leczeniem, [a za takie uważamy jedynie tylko wcierania szaruchy] czekali wystąpienia pierwszych objawów ogólnych. Stosowane bowiem przy pierwotnym objawie, nie powstrzymują wystąpienia wysypki i t. d., a tymczasem ustrój chorego do pewnego stopnia nasycony jest już ręką, odżywianiu ucierpiał, i przy wystąpieniu wysypki nie można już leczenia rękowego zastosować.

W końcu nadmienić wypada, że na 5 zjeździe medycyny wewnętrznej w Wiesbaden w Kwietniu b. r.], prof. KAPOT, przedstawiając obecny stan leczenia przyniotu, oświadczył się przeciw leczeniu przewencyjnemu przyniotu, przeciwnie, drugi referent w kwestyi, prof. KISSER, najzupełniej podziela pogląd FURNIER'a. BAUMLER, LEUBE, EDLEFSEN również znajdują racjonalnym pogląd FOURNIER'a.

A. Elsenberg.

#### *Wystawa higieniczna w Warszawie. Program wystawy.*

Wystawa obejmuje pięć grup a mianowicie: grupa 1) higiena żywienia; grupa 2) higiena odzieży; grupa 3) higiena mieszkań; grupa 4) higiena specjalna z podziałem na higienę szkół, warsztatów i szpitali; grupa 5) statystyka i meteorologia.

1) Fizjologia i chemia żywienia. Składniki chemiczne ciała ludzkiego i ważniejszych pokarmów przedstawione w naturze. Dyjagramy, tablice i t. p. odnoszące się do warunków normalnego żywienia.

2) Ciekawsze okazy zwierząt i roślin, używanych jako pokarm; rysunki, modele, okazy w naturze.

3) Produkty spożywcze: próbki zboża, mąki, masła, sera, miodu i t. p..

4) Mleczarnie i gospodarstwa spożywcze w ogólności.

5) Przyrządzanie pokarmów. Okazy wypieku i sztuki kucharskiej. Narzędzia i naczynia kuchenne. Kuchnie tanie.

6) Woda i jej oczyszczanie. Filtry pokojowe. Herbata, kawa, kakao, czekolada. Kumys, kefir. Napoje alkoholiczne.

7) Konserwowanie pokarmów, pokarmy sztuczne, mączki dla dzieci, ekstrakty i t. p..

8) Sposoby badania pokarmów; rozpoznawanie zafałszowań, rozpoznawanie roślin trujących.

9) Porecje dla uczni, robotników, więźniów i t. p.. Literatura przedmiotu.

10) Warunki zdrowotne różnych materiałów i barw odzieży. Bielizna i odzież zwierzechnia, obuwie. Specjalne odmiany odzieży. Odzież wodotrwała [nieprzemakalna]. Ubioru dawne i nowe, szkodliwe artykuły odzieży i obuwia. Gorsety, szyniony, krynoliny.

11) Plany, rysunki i modele domów, oraz wzory urządzenia mieszkań w naturze. Plany i rysunki miast.

12) Higieniczne materiały budowlane, podłogi nieprzemakalne, tynki do zmywania nadające się, werniksy, obicia, marmury, cementy i t. p..

13) Zaopatrzenie mieszkań i miast w wodę wodociąg i filtry miejskie. Kąpiele publiczne i domowe, wanny, umywalnie.

14) Wydalanie odpadków i nieczystości. Kanalizacja i drenowanie domów. Zlewy. Klozety, wodne i ziemne. Torfy. Dezynfekcja.

15) Opalanie mieszkań: ogrzewanie centralne: piece, kominki. Przewietrzanie mieszkań. Wentylatory. Warunki wentylacji w salach i budowach publicznych.

16) Oświetlanie mieszkań. Fotometria. Oświetlanie gazowe, naftowe i t. p.. Światło elektryczne zarówno i łukowe. Brenery, lampy, świece i t. p..

17) Zapobieganie pożarom i innym i nieszczęśliwym wypadkom w mieszkaniach i w miastach.

18) Pielęgnowanie skóry. Ilustracja chorób z zaniedbania czystości pochodzących. Mydła, kosmetyki.

19) Grzybki chorobotwórcze.

Literatura odnosząca się do grupy trzeciej.

20) Szkoły. Budynki szkolne, urządzenia żłobków, ochron, szkół elementarnych i średnich. Ławki szkolne. Tablice i inne sprzęty i pomoce naukowe, przyrządy gimnastyczne. Regulamina sanitarne szkół. Rysunki, dyjagramy i t. p..

21) Warsztaty i fabryki. Zapobieganie szkodliwościom, połączonym z rozmaitemi gałęziami przemysłu, resp. chorobom z przemysłu pochodzącym. Wentylacja fabryk. Maski dla robotników, respiratory, odzież specjalna, roztwory rozmaite jako odtrutki. Regulamina sanitarne w fabrykach,

22) Szpitale. Plany i rysunki. Urządzenie wewnętrzne. Porecje szpitalne. Lektyki, karetki i wagony sanitarne. Ratownictwo. Apteczki wiejskie. Zdrojowiska i miejscowości klimatycznie-lecznicze. Szczepienie ospy i t. p.. Literatura odnosząca się do grupy czwartej.

23) Statystyka ruchu ludności. Śmiertelność. Choroby panujące.

24) Sposoby wykonywania spostrzeżeń meteorologicznych. Warunki klimatyczne miejscowości. Analizy powietrza.

## Zarząd wystawy higienicznej w Warszawie

podaje do wiadomości, że deklaracje osób pragnących przyjąć udział w wystawie, przyjmuje codziennie od godziny 10 do 3 i od 5 do 7-jej w biurze wystawy w gmachu Magistratu.

Regulamin, program i blankiety na deklaracje będą wysyłane na żądanie.

**D-r W. MAYZEL** wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia krwi, mleka kobiecego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—7

**Dr. M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozborów wydzielin chorobowych.  
Ul. Wspólna № 33.

0—7

Opuściła prasę odbitka ze „ZDROWIA“ p. t.

### „PRAKTYKA SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ”

przez D-ra J. Polaka, zarządzającego instytutem szczepienia ospy ochronnej przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Książka obejmuje 116 stron druku, form. 16-ki i opatrzona jest drzeworytami. Cena egz. 75 kop., z przesyłką 80 kop.

0—5

### Dr. Reichstein

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, leczy także **masażem** według metody d-ra Mezgera i prof. Mosengeila. Świętojerska 30.

10—1

**WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.**

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

## GRZYBKIE CHOROBY TWÓRCZE

napisał

**Maryjan Jakowski,**

*b. asystent kliniki dyagnostycznej.*

Dzieło to zawiera 13½ arkuszy druku 7 tablic litograf. i rysunki w tekście.

Cena rs. 2 kop. 50, z przesyłką rs. 2 kop. 75.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

Доводено Ценаурою Варшава, 27 Ноября 1886 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѣлевска. Nr. 29.

