

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI PROF. M. NENCKIEGO W INSTYTUCIE MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

I. O SKŁADZIE CHEMICZNYM DZIEGCIA SOSNOWEGO I O JEGO WŁASNOŚCIACH DEZYNFEKCYJNYCH.

Podali

Prof. M. Nencki i D-r N. Sieber.

— 4 —

Zeszłoroczna epidemia cholery, która, zjawiwszy się nad brzegami morza Kaspijskiego, rozszerzyła się na całą Europę, stanowi punkt wyjścia dla pracy niniejszej. Wobec obawy o brak środków dezynfekcyjnych, Instytut Medycyny Doświadczalnej otrzymał propozycję wyszukania środka, któryby posiadał w odpowiednim stopniu własności dezynfekcyjne odnośnie do zarazka cholery, a jednocześnie byłby dostępnym dla wszystkich warstw ludności. Przy wyborze takiego środka trzeba było zwrócić uwagę na różnorodność warunków miejscowych państwa tak rozległego, jakim jest Rossya. W Królestwie Polskiem, które posiada wielkie pokłady wapna i bardzo rozwinięty przemysł chemiczny, inne są warunki, aniżeli na północy i wschodzie Państwa Rossyjskiego. Tymi powodowani względami zdecydowaliśmy się na wybór dziegcia, jako środka, stanowiącego produkt miejscowego przemysłu, dobrze znanego we wszystkich częściach Rossyi.

Wprawdzie można znaleźć w literaturze pewne wskazówki urywcze co do własności dezynfekcyjnych dziegcia, niema jednak wzmianki o jego pochodzeniu. R. KOCH ¹⁾ twierdzi, że dziegieć nie niszczy zarodników wąglikowych, nawet po upływie dni 20-stu. WORONCOW, KOLESNIKOW i WINOGRADOW ²⁾ zauważyli, że w pewnych razach dziegieć drzewny zabija zarodniki tego pasożyta, gdy tymczasem w innych mogły się one w jego obecności rozwijać. I w tych doświadczeniach nie zwrócono uwagi ani na pochodzenie, ani na skład dziegcia. JÄGER ³⁾, opisując sposób dezynfekcyi za pomocą wapna, dodaje, że dziegieć drze-

¹⁾ R. KOCH. Ueber Desinfection, Mitth. a. d. Kais. Gesundheitsamte. T. I, str. 234. 1881.

²⁾ Russkaja Medicina. 1886. N-ra 3 i 32, według Centr. f. Bact. u. Parasitenk. T. 2, str. 641.

³⁾ JÄGER. Untersuch. ü. d. Wirksamkeit verschiedener chem. Desinfectionsmittel bei dauernder Einwirkung auf Infectionsstoffe. Arb. aus d. Kais. Gesundheitsamte. T. 5, str. 247—293.

wny posiada silniejsze działanie antyseptyczne, aniżeli dziegieć pochodzący z węgla kamiennego.

Na podstawie badań naszych doszliśmy do przekonania, że własności dezynfekcyjne dziegicia drzewnego znacznym ulegają wahaniom w zależności od jego natury i pochodzenia. Nietylko dziegieć bukowy, brzozowy, osiczynowy i sosnowy różnią się od siebie pod względem siły dezynfekcyjnej, lecz i dziegieć sosnowy różnego pochodzenia nie jednakowe będzie posiadał własności. Oczywiście niejednakowe działanie gatunków dziegicia zależy od różnorodnych chemicznych i fizycznych własności tego produktu. Pod względem składu chemicznego najlepiej zbadanym był dziegieć bukowy. REICHENBUCH, MARASSE, A. W. HOFFMANN, TIEMANN i inni podają, że w skład dziegicia bukowego wchodzi w istocie materje dezynfekcyjne, mianowicie: małe ilości fenolu i krezolu, przeważnie zaś guajakoli i krezolu; nadto w destylacie otrzymanym przy 240° do 290° znajdują się dwumetylowe etery pyrogallolu, metylpyrogallolu i propylpyrogallolu.

W niedawno ogłoszonej pracy o dziegciu brzozowym MAX PFENGER ¹⁾ podaje, że guajakoli i krezol tworzą część główną dziegicia brzozowego, po nich zaś idzie krezol, nakoniec ksylenol; co się zaś tyczy fenolu, to obecność jego może tylko przypuszczać. Co do składu chemicznego dziegicia sosnowego w literaturze z lat ostatnich niema żadnych wskazówek.

W Rosyi głównie znajdujemy w handlu dwa gatunki dziegicia: 1-o dziegieć brzozowy, używany przy garbowaniu skóry juchtowej, i 2-o dziegieć otrzymywany z różnych gatunków gromady sosny, a przeważnie z sosny pospolitej (*Pinus silvestris*). W guberniach centralnych Rosyi napotkać można dziegieć osiczynowy [z osiczyzny — *Populus tremula*]. Dzięki uprzejmości pp. Bormanna i Olsena otrzymaliśmy próby tego dziegicia z Niżnego-Nowgorodu. Posiadał on zapach charakterystyczny i mocno kwaśne oddziaływanie. Ilość zawartego w nim kwasu, obrachowana na kwas octowy, wynosiła 10,3%.

Dziegieć sosnowy posiada silniejsze własności dezynfekcyjne, niż dziegieć brzozowy; taniósć i mniej nieprzyjemny zapach skłania nas do oddania mu pierwszeństwa w zastosowaniu. Zadanie nasze przeto polegało na oznaczeniu składu chemicznego różnych gatunków dziegicia sosnowego, jego własności dezynfekcyjnych, na wyszukaniu najprostszyc sposobów w celu łatwego i szybkiego określenia czystego dziegicia sosnowego, oraz odróżnienia go od gatunków zafałszowanych.

Przy rozpoczęciu naszych doświadczeń otrzymaliśmy za pośrednictwem p. Krenowa, oraz p. Hansa Olsena różne próby dziegicia sosnowego gwarantowane, tak pospolite, jakoteż lepszego gatunku, pochodzące z różnych okolic Rosyi. Ze wszystkich tych prób zbadaliśmy 6 gatunków, a własności i skład ich podajemy w tablicy № 1.

¹⁾ Archiv f. Pharmacie. T. 228, str. 701.

T a b l i c a I.

№	Pochodzenie dziegicia sosnowego.	Ciężar właściwy.	Rozpuszczalność w					W 100 częśc. dziegicia.			Ilość fenolów w 100 częściach dziegicia przy punkcie topliwości.						Kwaśność obrachowan. na kwas octowy w %.	
			Alkoholu abso- lutnym.	Eterze.	Acetonie.	Chloroformie.	Benzolu.	Eterze nafto- wym.	Ilość destylatu w %.	Ilość węglow- odorów w %.	Ogólna ilość fe- nolów w %.	do 0 ⁰⁰	20 ⁰⁰ —215 ⁰	215 ⁰ —225 ⁰	225 ⁰ —240 ⁰	240 ⁰ —260 ⁰		260 ⁰ —280 ⁰
1	Olsen A.	1,0848	Łatwo rozpusz. Mało rozpusz.	roz- pusz.	łatwo rozpuszc.	roz- pusz.	Rozpuszczalne. Mało rozpuszczalne.	62,1	20,7	15,6	0,266	1,200	2,666	3,866	3,666	2,066	1,866	4,99
2	" B.	1,0509						56,8	22,8	14,6	0,800	0,266	1,800	3,066	3,333	3,000	2,400	3,67
3	" C.	1,1540						61,3	26,3	12,4	0,933	0,026	2,000	3,133	3,066	2,066	0,933	2,08
4	Krenow.	1,0570	Łatwo rozpusz.	roz- pusz.	łatwo rozpuszc.	roz- pusz.	Rozpuszczalne. Mało rozpuszczalne.	39,2	24,5	8,8	0,350	1,180	1,907	2,214	1,650	1,086	0,464	2,32
5	Archangelsk	1,0788						66,8	25,8	15,2	0,320	1,540	2,310	1,540	1,440	2,640	4,370	3,23
6	Finlandya.	1,2488						35,2	1,02	2,33	—	203 ⁰ 215 ⁰ 0,600	0,700	0,540	0,216	260 ⁰ 270 ⁰ 0,108	—	15,18

Tablica powyższa okazuje, że zawartość fenolów i kwasów w dziegciu sosnowym waha się w szerokich granicach. Gatunki dziegicia № 1 i № 4, posiadają najsilniejsze własności dezynfekcyjne, zaś gatunki № 3 i № 5, gęste, zawierające wiele kryształów w zawiesieniu, w stanie na pół płynnym posiadać mogą tylko słabą siłę dezynfekcyjną; natomiast dziegieć finlandzki № 6, pomimo małej zawartości fenolu, posiada znacznego stopnia własności dezynfekcyjne, które zależą od znacznej ilości kwasu octowego.

Jakkolwiek w ogólności zawartość fenolów i kwasów połączona z innymi własnościami, które łatwo jest określić z wyglądu, dają pojęcie dość dokładne o sile dezynfekcyjnej dziegicia, ostatecznie jednak kwestyę tę zdecydować może tylko badanie bakteryologiczne.

Dziegieć sosnowy, przydatny do dezynfekcji, powinien być gęstym, o konsystencji syropowatej, lecz nie ciągnącym się, ani na półpłynnym; w cienkich warstwach posiada on brunatno-różowe zabarwienie, oddziaływanie kwaśne, kwaśność 2—5%, ciężar właściwy 1,057—1,085. Dziegieć ciągnący się, gęsty, zawierający zawieszony kryształy kwasu pimarowego, nie nadaje się do dezynfekcji. Dobry dziegieć sosnowy tonie w wodzie i tylko część nieznaczna jego utrzymuje się na powierzchni, a też same własności posiada dziegieć osiczynowy. Tą własnością, oraz przyjemniejszym zapachem różni się dziegieć sosnowy od brzożowego, który przy wlewaniu do wody na dno nie opada, lecz pływa na jej powierzchni. W ten sposób można rozpoznać domieszkę do dziegicia sosnowego węglowodorów lub ubocznych produktów nafty, gdyż dziegieć w ten sposób zafalszowany nie opada na dno, lecz w mniejszej lub w większej ilości pływa na powierzchni.

W celu określenia ilości fenolów, dziegieć poddaje się destylacji, dochodząc przy tem do ciepłoty 300° C.. Następnie skłucić należy porcyę przedestylowaną z roztworem węglanu sodu w celu wyosobnienia kwasów, a pozostałość nierozpuszczalną traktować 20% roztworem sodu lub potasu żrącego. Roztwór alkaliczny fenolów oddziela się od węglowodorów w lejku dekantacyjnym, a waga otrzymanej mieszaniny oznaczać będzie ilość zawartych w dziegciu fenolów nieoczyszczonych. Sposób oznaczenia fenolów w dziegciu węgla kamiennego za pomocą bromu, zalecony przez КОРРЕЧААР'а, w danym przypadku nie może mieć zastosowania, gdyż, we właściwem znaczeniu tego słowa dziegieć sosnowy nie zawiera fenolów, lecz guajakol i jego pochodne.

I.

Fenole zawarte w dziegciu sosnowym.

Po kilku doświadczeniach przedwstępnych zatrzymaliśmy się na następującym sposobie oznaczenia fenolów w dziegciu. 40 kilogramów dziegcia, otrzymanego od p. Krenowa, przedestylowaliśmy porcyami od 1—2 kilogramów. Do destylatu przeszła najpierw woda, następnie mieszanina kwasów, fenolów i olejów obojętnych, nierozpuszczalnych w ługu sodowym. Destylację przeprowadzano dopóty, dopóki ciepłota, podnosząc się z wolna, nie doszła do 290°—300° C.. Przytem zauważyliśmy, że przy ciepłocie 250° C. i wyższej znowu przechodziła woda do destylatu, co zależy oczywiście od rozkładu substancji pod wpływem wysokiej ciepłoty. Ilość destylatu, jako to widać z tablicy powyższej, wahała się w zależności od gatunku dziegcia pomiędzy 35 a 66%.

W celu wyosobnienia kwasów kłuciono produkt destylacji z roztworem węglanu sodu, oddzielano roztwór od pozostałości nierozpuszczalnej, odparowywano i poddawano rozbiorowi. Co się zaś tyczy pozostałości, to traktowano ją równą objętością 20% ługu sodowego, kłuciono lub wreszcie pozostawiano przez czas pewien oba roztwory w zetknięciu. Płyn dzielił się wtedy na dwie warstwy: warstwa górna, przezroczysta i żółtawa, składała się z węglowodorów i olejów obojętnych, warstwa zaś dolna, czerwono-brunatna zawierała roztwór fenolów. Po rozłożeniu fenolatów, nadmiarem kwasu solnego, fenole wznosiły się na powierzchnię w postaci warstwy brunatnej. Oddzielone fenole przemywano nadmiarem roztworu węglanu sodu, następnie wodą w celu usunięcia kwasu solnego i poddawano destylacji. Przy tej wtórnej destylacji pozostała w retorcie mała tylko ilość masy żywicowatej. Fenole w ten sposób otrzymane zawierały bardzo małą ilość związków nierozpuszczalnych w ługu potasowym.

W celu usunięcia tego zanieczyszczenia fenole rozpuszczono w ługu potasowym, poddano działaniu pary wodnej, przemyto, wysuszono za pomocą bezwodnego siarczanu miedzi i poddano wreszcie frakcyonowanej destylacji. Powtarzanie takiej destylacji do celu nie prowadziło, gdyż rtęć w termometrze nie zatrzymywała się na jednej wysokości, lecz stopniowo się podnosiła. Z dwóch prób dziegcia, dostarczonego przez p. Krenowa, otrzymano następujące ilości destylatu:

	I.	II.
	W % wagi dziegcia.	
Pomiędzy 165°—200°	0,554	0,350
„ 200°—215°	1,091	1,180
„ 215°—225°	1,798	1,907
„ 225°—240°	2,083	2,214
„ 240°—260°	1,234	1,650
„ 260°—270° ¹⁾	0,426	—
„ 270°—280°	—	1,086
„ 280°—290°	—	0,464
	7,15	8,85

Pierwsze części destylatu przedstawiały się w postaci płynów bezbarwnych; porcje wrzące przy wyższych ciepłotach były gęstsze i posiadały żółte zabarwienie; ostatnie zaś były zabarwione na kolor jasno-brunatny i miały prawie syropową konsystencję; po pewnym czasie kolor ich był ciemniejszym. Alkoholowy roztwór pierwszego destylatu [165°—200°] zabarwiał się po dodaniu niewielkiej ilości półtorachlorku żelaza na kolor niebieski z zielonkawym odcieniem; zabarwienie to znikало pod wpływem kilku kropel roztworu sody. Następne destylaty [200°—260°] pod wpływem półtorachlorku żelaza barwiły się na kolor ezerwono-fioletowy; zabarwienie to nie zmieniało się przez dni kilka, przechodziło jednak po dodaniu sody w brudno-fioletowe. Destylaty o wyższych punktach wrzenia [260°—290°] przybierały pod wpływem półtorachlorku żelaza zielonkawe zabarwienie, które zmieniało się na fioletowe po dodaniu sody.

Po zebraniu w ten sposób około 2 kilogramów fenolów, przystąpiliśmy następnie do ich oddzielania w sposób następujący. Fenole, wysuszone za pomocą siarczanu miedzi, poddano destylacji; pierwszą porcję zebrano oddzielnie, gdyż w niej spodziewać się było można obecności fenolu lub kreozolów. W ten sposób oddzielono również i część destylatu wrzącą pomiędzy 200°—222°, w której [co potwierdziły następne badania] było prawdopodobieństwo wykrycia guajakolu i kreozolu; część trzecią stanowiły fenole wrzące pomiędzy 220°—280°.

Destylat otrzymany przy ciepłocie nie przewyższającej 200° C..

Ilość tego destylatu była zawsze najmniejszą tak w dziegciu dostarczonym przez p. Krenowa, jakoteż i innych przez nas rozebranych gatunkach dziegcia sosnowego. Przy wielokrotnie powtarzanej destylacji frakcyonowanej nie otrzymaliśmy stałego punktu wrzenia; za każdym razem znajdowały się materye, których punkt wrzenia podnosił się powyżej 200°. Poddawaliśmy przeto ana-

¹⁾ Przy próbie I destylację wstrzymano po dojściu ciepłoty do 270°.

lizie tylko pierwszą porcję, która przechodziła do destylatu przy 170°—180°; przy tych rozbiórach otrzymaliśmy wyniki następujące:

Z 0,2610 grm. otrzymano 0,7520 grm. CO₂ i 0,2238 grm. H₂O; ztąd C = 78,29% i H = 9,49%

Z 0,2745 grm. „ 0,7915 grm. CO₂ i 0,2379 grm. H₂O; ztąd C = 78,63% i H = 9,63%.

Wzór krezolu C₇H₈O wymaga 77,77% C i 7,41% H; wzór ksylenolu C₈H₁₀O wymaga 78,69% C i 8,2% H.

Z powyższych danych wynika, że zawartość węgla odpowiada wzorowi ksylenolu, lecz substancja ta zawiera o 1% więcej wodoru. Fenol ten po dodaniu półtorachlorku żelaza, przybierał zielone zabarwienie które zmieniało się na szare pod wpływem roztworu węglanu sodu. W celu otrzymania czystego produktu, część otrzymaną przy ciepłocie niższej od 200° rozpuszczono w eterze i następnie poddano działaniu alkoholowego roztworu potasu żrącego. Natychmiast utworzyła się masa białych igiełek. Ten fenolat potasu, po przemyciu mieszaniną alkoholu i eteru następnie czystym eterem i po wysuszenia pomiędzy warstwami bibuły, rozpuszczono w małej ilości wody; z roztworu tego strącono fenol za pomocą kwasu solnego. Po oczyszczeniu większa część substancji wrzała przy 200° i ze względu na stosunek do odczynników oraz na wyniki rozbióra połączenia z kwasem pikrynowym i okazała się czystym guajakolem.

Z 0,2415 grm. pikratu guajakolu, wysuszonego nad H₂SO₄ otrzymano 0,3934 grm. CO₂ i 0,0757 grm. H₂O;
ztąd 44,43% C i 3,48% H.

Z 0,2310 grm. pikratu guajakolu, wysuszonego nad H₂SO₄ otrzymano 2,24 ctm. sześć. N przy 18° C.
i 760 mm. ciśnienia t. j. 12,15% N.

Wzór C₆H₄OH.OCH₃.C₆H₂(NO₂)₃OH wymaga 44,19% C, 3,12% H i 11,90% N.

Przy tych rozbiórach mieliśmy stale do czynienia z mieszaniną fenolów, [właściwie] guajakolów, których nie byliśmy w stanie wyosobnić na drodze destylacji frakcyonowanej. Wobec tego byliśmy zmuszeni wydzielać je innymi środkami, np. przez przemianę różnych guajakolów na stałe związki krystaliczne. Przed 15-tu laty profesor GIACOSA w naszej pracowni w Bernie stwierdził fakt, że fenole, ogrzane z mieszaniną kwasu chloro-octowego i ługu sodowego, tworzyły bardzo stałe związki krystaliczne; w tych więc warunkach fenol i kwas chloro-octowy wytwarzają kwas fenolo-glykolowy C₆H₅O.CH₂.COOH. Reakcję tę zastosowaliśmy do guajakolów, lecz nie otrzymaliśmy połączeń krystalicznych; natomiast udało się nam je otrzymać przy użyciu kwasu pikrynowego. Rozczyn wodny lub alkoholowy guajakolu, zmieszany z gorącym roztworem kwasu pikrynowego, tworzy natychmiast masę igiełek pomarańczowych, przedstawiających cząsteczkowe połączenie guajakolu z kwasem pikrynowym. Kreozol, jego homologi, zarówno jak i cały szereg innych fenolów posiadają toż samo oddziaływanie. Przy destylowaniu pikratów z nadmiarem węglanu sodu można otrzymać guaja-

kole i inne lotne fenole w stanie czystym ¹⁾. Związki takie były otrzymane w naszej pracowni przez p. GOEDIKÉ [patrz Wiadomości Farmaceutyczne. № 16. 1893].

Destylat otrzymany przy ciepłocie 200°—222° C..

Destylat ten składa się z guajakolu i kreozolu. Najprzód wydzieliłmy przez wielokrotnie powtarzaną rektyfikację porcyę wrzącę między 200°—205° C.. Produkt ten, rozpuszczony w równej objętości eteru, traktowany następnie nasyconym alkoholowym roztworem potasu żrącego, wytworzył obfity krystaliczny osad, który po odfiltrowaniu i starannem przemyciu eterem był wysuszony. Błyszczącą masę białych w ten sposób otrzymanych kryształów rozpuszczono w wodzie i rozłożono kwasem solnym. Otrzymaliśmy tedy fenol, który po wysuszeniu i zrektyfikowaniu wrzał przy 200° C.. W alkalicznych roztworach tworzył on z chlorkiem benzoilu nierozpuszczalne w wodzie kryształy. Po wielokrotnom wykrystalizowaniu ich z alkoholu otrzymano kryształy jednorodne, topiące się przy 54° i posiadające skład pierwiastkowy następujący:

Z 0,2626 grm. otrzymano 0,7086 CO₂ i 0,1278 H₂O; ztąd 73,60% C i 5,41% H.

Wzór benzoilguajakolu C₆H₄ $\left\{ \begin{array}{l} \text{OCH}_3 \\ \text{O.C}_6\text{H}_5\text{O} \end{array} \right.$ wymaga 73,68% C i 5,26% H.

W ten sposób wykazaną została obecność guajakolu w dziegciu sosnowym. Część destylatu, otrzymana przy 216°—222°, składała się prawie wyłącznie z kreozolu lub mieszaniny kroozolu z jego izomerami. Półtorachlorek żelaza zabarwiał ten produkt na kolor fioletowy. Z porcyi zbieranych podczas destylacji przy podnoszeniu się ciepłoty o każde 2° otrzymano liczby, odpowiadające wzorowi C₈H₁₀O₂.

Z 0,3158 grm. destylatu, wrzącego przy 216°—218° C. otrzymano 0,8069 grm. CO₂ i 0,2178 H₂O; ztąd 69,68% C i 7,66% H.

Z 0,3258 grm. destylatu, wrzącego przy 222°—224° C. otrzymano 0,8298 CO₂ i 0,2276 H₂O; ztąd 69,46% C i 7,76% H.

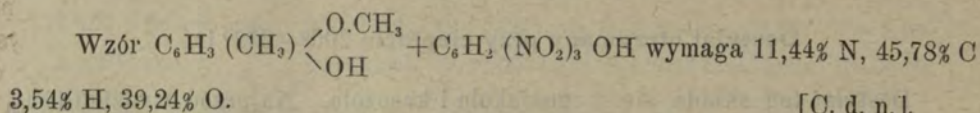
Wzór kreozolu C₆H₃ (CH₃) $\left\{ \begin{array}{l} \text{O.CH}_3 \\ \text{OH} \end{array} \right.$ wymaga 69,56% C, 17,24% H i 23,19% O.

Pikrat, przygotowany przez p. GOEDIKÉ z destylatu wrzącego przy 218°—220° C., topił się przy 96° i miał następujący ślad pierwiastkowy:

¹⁾ Analogicznie związki kwasu pikrynowego z fenolami otrzymał przed 10-ciu laty C. MARCHETTI. Berl. chem. Ber. 1883. str. 796.

Z 0,2411 substancji otrzymano przy 20° C. i 771 mm. ciśnienia 23,7 ctm. sześć. N = 11,41% N.

Z 0,3430 substancji otrzymano 0,5765 CO₂ i 0,1152 H₂O; ztąd 45,45% C, 3,73% H i 39,24% O.



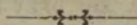
II. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI I DYAGNOSTYKI TĘTNIAKÓW AORTY.

[Rzecz czytana na posiedzeniu kliniczmem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 3. X, 1893]

Napisał

D-r med. Alfred Sokołowski

ordynator szp. Ś-go Ducha w Warszawie.



Na początku roku bieżącego z okazji przedstawienia nowotworu śródpierśia zwróciłem uwagę Szanownych Kolegów na szczegółowe rozpoznanie tej sprawy, zaznaczając, że, o ile rozpoznanie typowych przypadków bywa nieraz wielce łatwym, o tyle w ogromnej większości przypadków rozpoznanie kliniczne natrafia na rozliczne trudności; toż samo da się w zupełności zastosować do innej natury sprawy patologicznej, o wiele częstszej w klinice, t. j. do tętniaka aorty. Przypadki tego ostatniego cierpienia o charakterystycznych objawach, a tak klasycznie w wielu podręcznikach szczegółowo opisanych, napotyka się w praktyce stosunkowo rzadko; w ogromnej zaś liczbie przypadków tętniaki aorty przebiegają albo zupełnie skrycie, niemal do samej śmierci, lub też bardzo długo przedstawiają się klinicznie pod postacią objawów, mogących dać łatwo pochoch do licznych błędów rozpoznawczych. To też, jeśli się tak wyrazić mogę, skryte postacie tętniaków aorty zasługują na bliższą uwagę lekarzy-praktyków, i o nich to, z okazji kilku przypadków, w ostatnich czasach na moim oddziale spostrzeganych, chciałbym Szanownym Kolegom podać krótki komunikat.

Przypadek pierwszy dotyczy 64-letniego mężczyzny, którego jednocześnie mam honor Szanownym Kolegom przedstawić, a który uskarża się na mocne bóle w krzyżu i bokach, od lat pięciu trwające. Początek swej choroby przypisuje przypadkowi, którego doznał przed 4-ma laty, a mianowicie: chcąc wyskoczyć z wolno idącego wagonu, trzymał się za bufor, w chwili zaś gdy miał zeskakiwać, bufor przekreślił się, a chory zsunął się gwałtownie na ziemię, nie upadłszy jednakże przytem; doznał on podówczas mocnego bólu w prawym boku, następnie w lewym oraz w krzyżu, mógł jednakże chodzić o własnej sile i tylko z powodu upartego charakteru tychże bólów wstąpił na pewien czas do szpitala, gdzie po kilkotygodniowym pobycie bóle zmniejszyły się znacznie, i chory znów był w stanie powrócić do dawnego zajęcia, a obserwujący go wówczas kol. ZIELŃSKI zupełnie żadnych zmian obiektywnych nie był w stanie wykryć. Od tej jednakże chwili bóle nie ustąpiły wcale, zmieniały się tylko w natężeniu i charakterze.

Od roku jednakże bóle, stające się coraz częstszymi i upartszymi, zmusiły chorego do porzucenia w zupełności swego zajęcia; ostatni zaś rok z małemi zaledwie przerwami spędza on w szpitalu. Oprócz bólów, których charakter szczegółowo jeszcze rozbioreę, choremu nic nie dolega; stan ogólny przedstawia się dobrze, toż samo trawienie i inne czynności. Z danych anamnestycznych zaznaczyć należy, że chory przed laty trzydziestu miał przebywać szankra, z opisu jednak nie przypominającego charakteru syfilitycznego. Trunków nie nadużywał, żył wogóle w warunkach higieniczno-dyetycznych niezłych. Przy badaniu chorego znalazłem Mężczyzna słusznego wzrostu, dobrze odżywiany, tętno około 70, pełne; rozmiary serca nieco powiększone, uderzenie wierzchołkowe wyraźne, rozlane; w miejscu wysłuchiwania aorty słycać wyraźny szmer systoliczny. W płucach, oprócz umiarkowanej rozedmy, badanie fizykalne innych zmian nie wykrywa; chory nie kaszle, nie pluje. Brzuch umiarkowanie wzdęty, przy dotykaniu okolicy podmostkowej (*epigastrium*) chory skarży się na żywy ból, ręką zaś wyczuwamy w głębi wyraźny, dość ograniczony, elastyczny, mocno tętniący guz. Znajduje się on bardziej na lewo od linii pośrodkowej i wyczuwa się go wyraźniej na przestrzeni około 8 do 10 ctm...

Głębsze badanie i ograniczanie guza z powodu żywego bólu niemożliwe. Wysłuchiwanie stetoskopem tejże okolicy nawet bez najmniejszego ucisku wykazuje obecność wyraźnego przedłużonego, skurczowego szmeru. Szmer ten jest niezmiernie ściśle ograniczonym do okolicy guza. U podstawy mostka weale go nie słycać, natomiast występuje natychmiast pod wyrostkiem mieczykowatym na przestrzeni 8 ctm. ku dołowi. Szmer jest synchroniczny z tętnem promieniowem, toż samo i z tętnem tętnicy udowej; przy badaniu jednakże dłuższem, daje się jednakże od czasu do czasu zauważyć pewne wyraźne opóźnienie pomiędzy obu powyższymi tętnicami. Inne narządy brzucha nie przedstawiają wyraźnych zboczeń, jak również i inne narządy. Chory przeważnie leży, jest on jednakże w stanie chodzić, jakoteż i siedzieć, ruch wszelako już kilkuminutowy wywołuje mocne nasilenie bólów, zmuszających go znowu do przyjęcia pozycji leżącej, toż samo i siedzenie. Leżąc, również jest zmuszony od czasu do czasu zmieniać pozycję, nie jest on przytem w stanie bliżej określić pozycyi dla niego najwygodniejszej; każda z nich bowiem po pewnym przeciągu czasu, mniej więcej $\frac{1}{2}$ godzinny, wywołuje nasilenie bólów. Toż samo w nocy, aczkolwiek sen ma dobry, jest zmuszony wielokrotnie z powodu zwiększających się bólów przewracać się z boku na bok.

W przypadku powyższym występują jako dominujące następujące objawy: 1-o uparte bóle, całe lata trwające; 2-o guz tętniący z wysłuchiwanym w opisanej wyżej okolicy szmerem; 3-o spostrzegane od czasu do czasu opóźnienie tętna. Powyższe objawy pozwalają nam rozpoznawać tętniaka aorty brzusznej, który w zupełności daje nam wyjaśnienie powyższych subiektywnych i obiektywnych objawów i tak: bóle uparte od lat pięciu są stałym, głównym, a nawet jedynym powodem skarg chorego, przyjmują one niezmiernie różnorodny charakter, najczęściej i najstalej występują pod postacią bólów krzyżowo-łędźwiowych, przypominających typowe przypadki neuralgii łędźwiowo-krzyżowych. W innych okresach

choroby bóle przyjmowały charakter opasujący, przypominający z opisu charakterystyczne bóle tabetyków. Zresztą w pewnych okresach chory doświadczał bólów strzelających, rozprzestrzeniających się po podbrzuszu, a nawet dochodzących do jądra i uda. Te napady przypominają z opisu napady kolki nerkowej. Dominującym jednak i stałym charakterem tych bólów była ta niezmiernie ważna okoliczność, że zwiększały się przy ruchach i zmianie pozycji.

Bóle te u naszego chorego były od lat kilku stałym i jedynym objawem, dopiero bowiem, jak to mi wspomniał kol. ZIELIŃSKI, w 2-gim roku zauważył szmer, a dopiero w ostatnim roku zdołał wyczuć guz tętniący.

Już STOKES, autor klasycznej i, rzec można, najznakomitszej monografii o aneuryzmatach aorty zwrócił uwagę na doniosłość tego rodzaju bólów przy obecności skrycie przebiegającego tętniaka aorty brzusznej, radząc podejrzewać tętniaka aorty brzusznej w każdym przypadku upartej i długotrwałej neuralgii krzyżowo-lędźwiowej, o wyżej wymienionym typie, nawet jeśli badanie obiektywne żadnych innych zmian właściwych tętniakowi wykryć nie pozwoli. Powtóre, guz tętniący, ograniczony, nieruchomy, a odpowiadający przebiegowi aorty brzusznej, tam, gdzie on występuje obok wyżej opisanych bólów, jest objawem bardzo ważnym rozpoznawczym, chociaż z drugiej strony znaczenia patognomonicznego sam przez się nie ma, ponieważ różnorodne sprawy nowotworowe, czy też ograniczone wysięki zapalne jamy brzusznej, w okolicy aorty umiejscowione, mogą występować pod postacią guza tętniącego. Znanym jest również guz tętniący występujący często u histereczek. Natomiast szmer mochy ściśle ograniczony do wyżej opisanego miejsca jest objawem ważnym; zależnym on jest od nagłego napływu krwi do rozszerzonego worka tętniaka; nie jest on stałym objawem; istniejąc jednakże, jak w naszym przypadku, obok powyższych objawów, stanowi znak rozpoznawczy ważny. Toż samo daje się powiedzieć i o opóźnionem tętnie w tętnicy udowej w porównaniu z tętnicą promieniową. Objaw ten jest zwodniczym, tembardziej że, jak to nasz przypadek dowodzi, tylko od czasu do czasu daje się zauważyć. Z innych objawów, napotykanych u naszego chorego, zanotować należy, jak to wyżej było wskazane, powiększenie serca i szmer silny, skurczowy, w punkcie wysłuchiwania aorty. Czy zmiany owe odnieść należy tylko do sprawy ateromatycznej aorty piersiowej, czy też i tam także należy podejrzewać obecność skrycie przebiegającego tętniaka, dla braku innych pozytywnych danych określić bliżej nie można.

Z momentów etyologicznych w naszym przypadku zaznaczyć należy opisany powyżej przy anamnezie moment urazowy, jako też i wątpliwie przebytą sprawę syfilityczną; na doniosłość obu tych momentów przy powstawaniu tętniaków szczególniejszy kładą nacisk autorowie angielscy.

Tętniak aorty brzusznej jest cierpieniem rzadkiem. Według statystyki CRISPA, występuje on w 10% ogólnej liczby aneuryzmatów aorty. Sam spostrzegłem dotychczas jedyny przypadek na moim oddziale przed laty 6-u, w literaturze zaś naszej opisał w 1885 r. podobny przypadek kol. PAWIŃSKI.

Tętniaki aorty piersiowej również przebiegać mogą zupełnie skrycie, nie dając przez długi przeciąg czasu żadnych objawów uciskowych, wła-

ściwych tej odmianie aneuryzmatów. Jednym z charakterystycznych objawów są trwałe bóle, występujące pod formą upartego nerwobólu międzyżebrowego. Przed 8-u laty spostrzegalem mężczyznę 30-letniego, maszynistę, dotkniętego od lat 2 uparcie trwającą neuralgią międzyżebrową, ograniczoną do trzech dolnych międzyżebry; bóle występowały naprzemian to z lewej, to z prawej strony, przyjmując charakter ciężkich napadów, po kilka godzin z rzędu trwających. Spostrzegając chorego przez dłuższy przeciąg czasu, wielokrotnie sam byłem świadkiem tego rodzaju napadów, w czasie których chory przyjmował pozycję siedzącą, opierając się na łokciach i przesiadując w tej nieruchomej postaci nieraz całe godziny. Oprócz bólów nie doświadczał on ani duszności, ani innych subiektywnych dolegliwości, po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu ból ustępował, a chory w przerwach tych czuł się zupełnie zdrowym. Pacjent w ciągu 2-ech lat przebywał najróżnorodniejsze swoiste i nieswoiste leczenia [leczenia rtęciowe, kuracje termiczne, hydropatyczne, elektryczne i t. p.]. W czasie napadu wstrzyknięcie morfiny przynosiło stosunkowo niewielką ulgę, a napad zwykle ustępował sam przez się. Dopiero w pół roku potem poczęły występować objawy uciskowe i chory zmarł wkrótce na jednej z klinik niemieckich, gdzie dokonane i zakomunikowane mi badanie pośmiertne wykazało obecność tętniaka aorty piersiowej.

Tętniak łuku aorty są stosunkowo najczęściej spostrzeganą formą aneuryzmatów. Jeśli one usadawiają się na przedniej części łuku, to wówczas dają już bardzo wcześnie klasyczne a im właściwe objawy: a więc guzy tętniące, unoszące mostek, szmery charakterystyczne, bóle, opóźnianie tętna i t. p. objawy.

Inaczej jednakże rzecz się przedstawia w tętniakach usadowionych na tylnej ścianie łuku aorty szczególniej jeszcze, jeśli nie będąc większych rozmiarów, nie wywołują zbyt wyraźnych objawów ucisku tchawicy lub też oskrzela; w większości przypadków przebiegają zupełnie skrycie, lub też symulują zupełnie innej kategorii cierpienia, którego najlepszą ilustrację stanowi następujący przypadek.

Czterdziestoletni dozorca policyjny wstąpił na oddział w połowie września r. b. z powodu mocnej duszności, od 3-ech dni bez przerwy trwającej. Chory opowiada przytem, że, będąc zupełnie zdrowym, po raz pierwszy przed pół rokiem dostał napadu duszności, który z pewnemi zmianami w nasileniu trwał około 2-ech tygodni, poczem czuł się zupełnie zdrowym, mógł oddawać się swoim zwykłym zajęciom. W trzy miesiące po pierwszym wystąpił również bez widocznej przyczyny tego samego charakteru napad duszności, również około 2-ech tygodni trwający; ostatni napad wystąpił przed trzema tygodniami, po którym chory także czuł się zupełnie dobrze, nie kaszlał i nie pluł wcale. Życie prowadził umiarkowane, nie pił, nie palił wcale, syfilisu również nie przebywał. Chorego widziałem po raz pierwszy po objęciu oddziału 23 września, t. j. na 7-y dzień choroby, znalazłszy stan następujący. Człowiek średniego wzrostu, prawidłowo zbudowany, lichy odżywiany, przedstawia objawy bardzo ciężkiej duszności, siedząc na łóżku oparty na łokciach. Duszność przedstawia typ duszności wydechowej, przypominającej zwykły napad duszniczy ner-

wowej. Wyraz twarzy mocno niespokojny, twarz blada, tętno około 120, stan bezgorączkowy, głos czysty, a przedmiot skargi stanowi tylko duszność z uczuciem rozpięrania klatki piersiowej i braku powietrza. Badanie klatki piersiowej wykazało, obok opukowego pełnego tonu na całej przestrzeni i nieco obniżonych granic z obu stron klatki piersiowej, dużą ilość rżężeń świszczących, przypominających w zupełności ten stan objawów fizykalnych, który zazwyczaj napotykamy przy typowym napadzie duszniczy oskrzelowej. Ze względu jednakże na długotrwały napad i brak jakichkolwiek zmian w sercu i innych narządach, oraz wobec braku białka w moczu, badałem usilnie i wielokrotnie chorego, a badanie to pozwoliło mi wykryć w okolicy międzyłopatkowej prawej wyraźny z głębi słyszalny szmer stenotyczny, istniejący stale pomimo odchrząkiwania i różnorodnej zmiany pozycji chorego. Tenże objaw słyszalny był również i dnia następnego, podczas którego stan chorego, t. j. ciężki napad duszenia nieco złagodniał w natężeniu. Stenotyczny ów szmer stale w ciągu doby słyszalny przy braku zupełnie innych zmian w danym przypadku pozwalał mi wykluczyć napad duszniczy oskrzelowej, a zrobić przypuszczenie, jak to kategorycznie bliżej obserwującym go kolegom asystentom wyraziłem, istniejącego ucisku tchawicy, zależnego według wszelkiego prawdopodobieństwa od obecności tętniaka tylnej ściany łuku aorty. Rozpoznanie to, a z niem związane zbyt smutne rokowanie, niestety, już w kilka godzin zupełnie się potwierdziło, chory bowiem nad wieczorem dostał niezwykle obfitego krwotoku płucnego, który go zabił nagle. Badanie pośmiertne dnia następnego dokonane wykazało, co następuje: trup wzrostu średniego, dobrze zbudowany, zboczeń w układzie kostnym, ani mięśniowym niema żadnych, warstwa tłuszczowa podskórna słabo rozwinięta. Serce prawidłowej wielkości, żadnych zmian zastawkowych nie przedstawia, mięsień blady i wiotki. Powierzchnia wewnętrzna aorty wstępującej i łuku przedstawia sprawę miażdżycową w wysokim stopniu rozwoju. Na górnej i tylnej ścianie łuku znajdujemy tętniaka workowatego z otworem okrągłym, mającym w średnicy około 3 ctm., z otworu tego wchodzimy do worka tętniaka, którego ściankę stanowią z jednej strony skrzepy krwi, z drugiej — ścięczała i rozerwana ścianka tchawicy, tuż nad samym miejscem podziału. Obok tego tętniaka, idąc ku dołowi i tyłowi, spotykamy dwa inne mniejsze tętniaki niepęknięte, lecz o mocno ścięczałej, prawie uzurowanej ścianie, średnicy od 4-ech do 6-ciu milimetrów. Poniżej tych trzech tętniaków na części wstępującej aorty na jej tylnej ścianie znajdujemy jeszcze jeden tętniak tej samej wielkości i formy.

Płuca, obok nieznacznej rozedmy u brzegów i obrzęku dolnych tylnych części, innych zmian nie przedstawiają. Nerw lewy błędny nie zmieniony, toż samo i lewy zwrotny. Inne narządy wewnętrzne żadnych zboczeń i zmian patologicznych nie przedstawiały.

W przypadku więc powyższym cierpienie przebiegało skrycie pod postacią od czasu do czasu powtarzających się napadów duszności, naśladujących w wysokim stopniu dusznicę oskrzelową. Wprawdzie, rozbierając bliżej tego rodzaju napady duszności, należy nigdy nie zapominać o tej okoliczności, że napady istotnej duszniczy oskrzelowej w ogromnej większości przypadków trwają

dość krótko, godzinę, dzień cały, a w wyjątkowych tylko przypadkach kilka dni z rzędu. Gdzie dusznica trwa dłużej i nie ustępuje odrażnie, przy stosowaniu w tych razach środków narkotycznych, tam zawsze należy mieć na widoku cierpienie serca, lub też aorty, tam nawet, gdzie badanie fizykalne żadnych pod tym względem nie daje wskazówek. Jak już wspomniałem, napady duszności w naszym przypadku dawały typowy obraz dusznicy oskrzelowej; w przerwach chory czuł się zupełnie dobrze, jak to zazwyczaj ma miejsce przy napadach dusznicy czysto nerwowej. Rodzi się więc obecnie mimowoli pytanie, w jaki sposób wyjaśnić sobie te napady, czy i o ile można je stawiać w związku z tętniakiem aorty. Badanie pośmiertne wykazało, że tętniak przylegał ściśle do lewego nerwu błędnego, ten jednakże wyraźnie uciśniętym nie był i zmian grubych anatomicznych nie przedstawiał. Sądzę jednakże, że warunki cyrkulacyjne, a szczególnie zwiększenie objętości worka aneuryzmatycznego musiało bezwarunkowo wpływać drażniąco na tenże nerw i tą drogą wywoływać napady zupełnie podobne do tych, które doświadczałem przez podrażnienie nerwu błędnego jesteśmy w stanie otrzymać. Że zaś warunki cyrkulacyjne w tego rodzaju tętniakach mogą zależeć od wielce różnorodnych momentów nie tylko fizycznej, lecz nawet psychicznej natury [przestrach, gniew, silne zmęczenie i t. p.], ztąd łatwo pojąć, jak tego rodzaju napady od różnych przyczyn powstawać mogą; na długość zaś ich przebiegu, jak sądzę, wpływać może i ta okoliczność, że w takich razach mamy do czynienia z podrażnieniem nerwu błędnego chwilowem, lecz jednocześnie z uciskiem mniej lub więcej długotrwałym nerwu wskutek zwiększonej objętości worka. Napady duszności wyżej skreślone zmieniają swój charakter stopniowo, o ile ucisk tętniaka na tchawicę lub też na oskrzela wzrasta, występuje duszność stała o typie stenotycznym, do której jednakże dołączają się od czasu do czasu napady mocniejsze, zależne od podrażnień nerwu błędnego. W tym to ostatnim okresie, który odpowiadał wyżej opisanemu stanowi naszego chorego, rozpoznanie tętniaka aorty jest często możliwem, jeśli lekarz krytycznie rozbierze wszystkie wyżej wymienione szczegóły, z których zawsze na pierwszym planie objaw ucisku oskrzela mieć będzie znaczenie doniosłe. W tych razach rozpoznanie różniczkowe jeszcze wahać się może pomiędzy guzem śródpiersia lub uciskiem, zależnym od powiększonych i zwyrodniałych gruczołów oskrzelowych, bliższy jednakże rozbiór tych obu spraw już w innem miejscu szczegółowo zaznaczyłem: *Gazeta Lekarska*. 1893. „Przyczynek do dyagnostyki nowotworów śródpiersia“. Nie zawsze, jak to było w powyższym przypadku, cierpienie w tej formie tętniaków przebiega tak skrycie; zazwyczaj bliższe i dłuższe badanie jest w stanie wykryć jeszcze jakiś objaw znaczący, który jest w stanie rozpoznanie znacznie ułatwić; i tak: w końcu roku zeszłego znajdował się przez kilka tygodni u mnie na oddziale trzydziestokilkolletni mężczyzna, dotknięty od kilku miesięcy trwającą mocną dusznością w połączeniu z od czasu do czasu występującymi napadami dusznicowemi; miał on być przedtem zupełnie zdrowym, syfilisu nie przebywał. Badanie fizykalne wykryło objawy ucisku prawego oskrzela, zwężoną mocno lewą żrenicę, oraz zupełne porażenie lewego nerwu krtaniowego dolnego. Te to objawy wystarczały mi w zupełności do rozpoznania tętniaka łuku, pomimo braku wszelkich in-

nych tak zwanych typowych objawów. Chory zmarł wkrótce w czasie silnego napadu duszności, badanie zaś pośmiertne wykryło tętniaka dość znacznego w tylnej i dolnej ścianie łuku aorty.

Tętniaki łuku, usadowione przeważnie na dolnej powierzchni jego, również w większości przypadków mieć mogą przebieg ukryty. W okresie; jak wiadomo, gdy ucisk, wywołany na nerw krtaniowy dolny lewy, okalający łuk aorty, jest jeszcze nieznacznym, występuje zazwyczaj cały szereg objawów, wywołanych stanem podrażnienia powyższego nerwu, a więc: napady przemijającego, bolesnego, utrudnionego przełykania, skurcze gardzielowe, skurcze przejściowe przełyku, dalej napady suchego, upartego kaszlu, napady zwężenia głośni, a nawet chwilowe napady zaduszenia. Wszystkie te stany z łatwością podrażnieniem nerwu krtaniowego dolnego dają się wyjaśnić, wynalezienie zaś istotnej przyczyny podrażnienia, *resp.* ucisk przez tętnicę z trudnością w tym okresie da się rozpoznać, gdyż, jak to wiadomo, wszystkie powyższe objawy od cierpień natury czysto nerwowej mogą być zależnymi. W większości jednak przypadków już szybko dołączają się objawy ucisku nerwu zwrotnego, a wówczas klinicznie otrzymujemy objaw niesłychanej doniosłości, t. j. porażenie lewej połowy krtani z wielce typową zmianą głosu i charakterystycznym obrazem powszechnie zwanym położeniem trupiem. Ten objaw porażenia nerwu zwrotnego, obok duszności i innych powyższych objawów o typie podrażnienia nerwu zwrotnego, daje możliwość rozpoznania wielce prawdopodobnego tętniaka łuku, przy braku jakichkolwiek innych tak zwanych typowych objawów.

W innej grupie przypadków, stosunkowo częstszych, mamy do czynienia odrazu z objawami porażenia nerwu zwrotnego, bez wszelkich innych objawów podrażnienia jego, a w tych razach jedynym objawem jest wyżej wzmiankowany nadzwyczaj charakterystyczny głos, oraz typowy obraz krtaniowy. Porażenie owo w ogromnej większości przypadków ma za przyczynę tętniak łuku i trwać może nieraz bardzo długo, nie ujawniając żadnych objawów. Naturalnie w takich przypadkach z rozpoznaniem tętniaka łuku należy być wielce ostrożnym, objaw ów jednakże w połączeniu z innym jakimkolwiek choć mniej doniosłym, lecz dla tętniaka aorty właściwym objawem, jak np. nierówność tętna, objaw ucisku, pozwala z wszelkiem prawdopodobieństwem tętniak już we wczesnym okresie choroby rozpoznać. Porażenia obu nerwów krtaniowych dolnych drogą ucisku przez tętniak łuku aorty są zjawiskiem stosunkowo bardzo rzadkiem i mogą dać z łatwością pochoch do błędnych rozpoznań.

Za typ tej ostatniej kategorii przypadków posłużyć może następujący przypadek, spostrzegany przezemnie na klinice prof. Kosińskiego w początkach roku bieżącego. Czterdziestokilkuletni mężczyzna, będąc poprzednio zupełnie zdrowym [przed kilkunastu laty miał on jednak przebywać syfilis], zaczął doświadczać od kilku miesięcy napadów duszności, które, wzmagając się stopniowo, dochodziły do zupełnych napadów zaduszania, wskutek czego dokonano na prowincyi operacji przecięcia tchawicy. Badając chorego, zupełnie zdrowo

i tego wyglądającego, znalazłem typowe objawy zupełnego porażenia obu nerwów krtaniowych dolnych, t. j. zwężenie zupełne szpary głosowej i zupełną nieruchomość strun, tak w momencie inspiracji, jak wydawaniu głosu. Innych zmian w krtani, jako też w narządach klatki piersiowej nie wykryłem, pomimo, że, przypuszczając uciskowe pochodzenie sprawy, chorego wielokrotnie i szczegółowo badałem. Chory po kilkotygodniowym pobycie w szpitalu zmarł nagle przy objawach nadzwyczaj silnego krwotoku płucnego, badanie zaś pośmiertne wykazało obecność dużego tętniaka, przeważnie dolnej części łuku z przebiegiem do lewego oskrzela.

Wreszcie, chcąc Szanownym Kolegom wykazać, jakie nieraz przy rozpoznawaniu tętniaków aorty napotykałyśmy trudności, pozwałam sobie przedstawić jeszcze jednego chorego, który zaledwie od dwóch dni pozostaje na mojem oddziale.

Już z daleka możecie Szanowni Koledzy słyszeć nieustanny, suchy, napadowy kaszel, przypominający krótkie szczekanie; kaszel ten, trapiąc chorego dniem i nocą, zmusił go do wstąpienia do szpitala. Pokróćce historia choroby jego przedstawia się następująco: B., rymarz, lat 42 liczący, skarży się na duszność, od roku przeszło stale się zwiększającą, oraz na ból silny, rozechodzący się z dolnej części brzucha aż do okolicy międzyłopatkowej. W rodzinie chorego istnieją suchoty. W młodości jakoby B. przebywał syfilis, do ostatka pił nałogowo. Przed rokiem został uderzony przez barana rogami w dolną część krzyża, przyczem upadł i stracił przytomność i od tej chwili datuje się zwiększenie duszności, jakoteż i wzmiankowanych bólów. Badanie chorego wykazuje ogólny stan lichy; na szyi widać wyraźnie mocne tętnienie żył szyjowych, gruczoły szyjowe i pachwinowe nieco powiększone. Duszność znaczna, twarz biała, nie cyanotyczna. Tętno 76, w prawej tętnicy napięcie o wiele mniejsze, aniżeli w lewej.

Badanie opukowe wykazuje nieznaczne stłumienie odgłosu opukowego w górnej części mostka, przeważnie ze strony lewej. Granice płuc obniżone, wszędzie z przodu słyhać odgłos pęcherzykowy, mocno wydłużony; z tyłu w obu przestrzeniach międzyłopatkowych słyhać wyraźny szmer skurczowy [stenotyczny], rozprzestrzeniający się równomiernie z obu stron i słabnący powoli ku dołowi. Głos z obu stron jednaki przy wysłuchiwanu. Chory pluje dość dużo; wydzielina śluzo-ropna, badanie bakteriologiczne swoistych laseczników w niej nie wykryło. Badanie wziernikiem krtaniowym zmian w krtani nie wykazało. Serce w rozmiarach nie powiększone, tony czyste, wyraźne. Narządy trawienia nie przedstawiały zboczeń wyraźnych; w moczu białka nie wykryto.

Rozpoznanie, w danym przypadku dość trudne, wahać się może między nowotworem śródpiersia i tętniakiem łuku aorty głównie jego części tylnej; objawem bowiem dominującym u naszego chorego jest ucisk tchawicy, warunkujący oddech skurczowy i duszność, oraz objawy podrażnienia nerwu zwrotnego, wywołujące charakterystyczne napady kaszlowe. Brak rozszerzonych żył na klatce piersiowej, nierówność tętna promieniowego, brak wysięków w opłucnej, skłaniałyby mnie bardziej do rozpoznania w danym przypadku tętniaka aorty

z umiejscowieniem na łuku, które to rozpoznanie wyjaśniałoby nam w zupełności napotykanę u chorego objawy. Obfita wydzielina ropna może być zależną od towarzyszącego tak często tym sprawom przewlekłego nieżytu oskrzelowego wraz z rozszerzeniami (*bronchectasiae*). Zresztą dalsza obserwacja chorego bliżej wyjaśni sprawę, o czem nie omieszka Szanownym Kolegom w następstwie zakomunikować ¹⁾.

III. OPIS CHOLERY W KOLE.

Skreślił

D-r Dębczyński,

lekarz powiatu Kolskiego.

W mieście Kole w ciągu ostatnich 46 lat mieliśmy cholere azyatycką sześć razy, a raz jeden swojską. Pierwsza pojawiła się w 1847 roku, przyniesiona po jarmarku Łowickim. Zachorowało wtenczas około 300 osób. Śmiertelność wynosiła 52%. Następnie była cholera przywieziona w 1850 roku w listopadzie przez szyprów z Prus przybyłych i trwała około 4 tygodnie. Zachorowań było 50, przypadków śmierci 20%. W roku 1852 było zaskabnięć 360, śmiertelność zaś wynosiła 60%, choroba panowała przez sierpień, wrzesień i październik i była przeniesiona z okolicznych wsi i miasteczek. W roku 1866 panowała cholera w Kole w miesiącu maju w czerwcu i wówczas była silną. W roku 1873 cholera miała charakter sparadyczny, zachorowań było 80. W roku sprawozdawczym cholera w Kole i okolicy miała charakter endemiczno-sporadyczny. Zachorowań było 393 [po 11 października], śmiertelność wynosiła 44%. W roku zeszłym w miesiącu sierpniu i wrześniu gościła u nas cholera swojska, na którą zapadało dziennie w Kole i powiecie po kilka i kilkanaście osób, przypadków śmierci nie było. Miała ona charakter sparadyczny, towarzyszyły jej w przypadkach lżejszych wymioty, wodniste wypróżnienia, kurcze w rękach i nogach, bóle brzucha, zapadnięcie oczu; w cięższych zaś przypadkach przyłączały się do powyższych objawów: zapaść i sinica. Napady przeciętnie trwały 24 godzin, poczem chorzy szybko powracali do zdrowia. Choroba panowała pomiędzy proletaryatem przez przeciąg czasu trzech tygodni. Pojawienie się jej przypadło podczas silnego obniżenia wód po długotrwałych upałach i posusze. Stru-

¹⁾ Chory pozostawał na moim oddziale aż do dnia 9 listopada; stan jego subiektywny, jako też obiektywny pozostał ten sam. Duszność i napady szczekającego kaszlu trwały stale, pozbawiając chorego snu i łaknienia, wreszcie chory przy objawach ostatecznego wyniszczenia zmarł nagle dnia 9 listopada. Badanie pośmiertne przez nas dokonane wykazało, że mieliśmy do czynienia z tętnakiem aorty, zajmującym cały łuk i część aorty zstępującej, przy sercu nie powiększonym i znacznym rozwoju sprawy ateromatycznej we wszystkich pniach głównych. W płucach, obok nieżytności oskrzeli i licznych rozszerzeń w dolnym płacie prawego płuca, znaleziono w lewym wierzchołku płucnym jamę wielkości jaja gołębiego z zawartością serwatą. Preparaty powyższe był łaskaw szczerogółowo rozpatrzeć prof. BRODOWSKI.

myki, strugi i połowa studzien wyschły zupełnie, w większej zaś części pozostałych woda była niezdatną do picia. We wszystkich przypadkach zachorowań skonstatowałem niewątpliwy fakt: użycie za napój złej wody.

W roku sprawozdawczym w połowie lipca pojawiło się w mieście Kole kilkanaście przypadków zachorowań podobnych do zeszłorocznych; przechodziły one szybko i były słabe. Lecz w nocy dnia 24 lipca, po poście u żydów, zachorowała suterenowa lokatorka piętrowego, murowanego domu, przy ulicy Wschodniej, żydówka, Witkowska, mająca 25 lat wieku. Chorobie jej towarzyszyły objawy cholery prawdziwej, wzbudzające wielkie podejrzenie. Dom, w którym chora mieszkała, była to duża, piętrowa, murowana kamienica, zupełnie nie tynkowana i utrzymywana nadzwyczaj nieczysto, przytem pozbawiona zupełnie podwórza i wychodków. Witkowska zmarła 6-go dnia choroby wśród objawów mocznicy. W ciągu sześciodniowej choroby Witkowskiej nowych podejrzanych zasłabnięć nie było. Dopiero w dzień jej śmierci dnia 31 lipca zaszły dwa nowe przypadki. W dniu tym przy ulicy Staro-Warszawskiej, w domu murowanym starym i brudnym, zachorował lokator pierwszego piętra, 7-letni Zimerman, żyd, w odległości 120 kroków od mieszkania Witkowskiej. Drugi przypadek zachorowania miał miejsce przy ulicy Blankowej, w domu nowym, murowanym na parterze w odległości około 400 kroków od mieszkania Witkowskiej. Zachorowała tu Maliszewska, mamka żydowska, katoliczka, lat 25 licząca.

Po zbadaniu chorych, wysłano niezwłocznie ich wydzielniny do szpitala Ś-go Duchy w Kaliszu dla zbadania bakteriologicznego i telegrafem powiadomiono o tem wyższe władze. Nazajutrz otrzymano odpowiedź, że w przysyłanych wydzielinach przecinków Koch'a niema ¹⁾).

Dalszy przebieg choroby znajdzie czytelnik w załączonej tu tablicy.

Liczba zachorowań		Liczba zachorowań		Liczba zachor.	
Dnia 25 lipca	1	Dnia 21 sierpn.	23	Dnia 11 paździer.	1
" 31 "	2	" 22 "	20	" 12 "	2
" 1 sierpnia	2	" 23 "	13	" 13 "	2
" 4 "	1	" 24 wrześn.	14	" 14 "	2
" 5 "	1	" 25 "	12	" 15 "	2
" 6 "	1	" 26 "	14	" 20 "	1
" 7 "	1	" 27 "	19	" 21 "	1
" 8 "	6	" 28 "	17	" 22 "	6
" 9 "	7	" 29 "	12	" 23 "	3
" 10 "	2	" 30 "	8	" 24 "	3
" 11 "	3	" 31 "	8	" 25 "	1
" 12 "	13	" 1 paździer.	3	" 26 "	2
" 13 "	13	" 2 "	3	" 30 "	1
" 14 "	16	" 3 "	3	" 4 listopada	2
" 15 "	18	" 4 "	4	" 8 "	1
" 16 "	19	" 5 "	5	" 9 "	3
" 17 "	16	" 6 "	3	" 13 "	1
" 18 "	8	" 8 "	2	" 15 "	2
" 19 "	12	" 9 "	2		
" 20 "	5	" 10 "	1		
					369

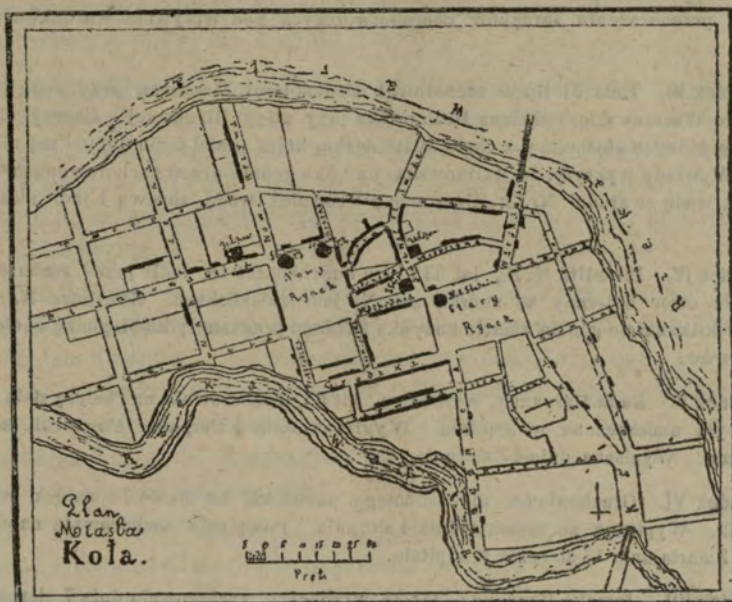
¹⁾ Obecność w wypróżnieniach chorych przecinków Koch'a skonstatowano przy późniejszym badaniu drobnowidzowem w Kole przez kolegów WILCZEWSKIEGO i ZAWADZKIEGO.

Po tym wstępie zatrzymamy się obecnie nad szczegółami, odnoszącymi się do sposobu powstania pierwszych trzech przypadków cholery. Niestety, ciekawość etyologa dozna tu zawodu. Osoby, które najpierw zachorowały, ani przed zachorowaniem, ani dawniej, słowem nigdy, nie były w żadnym obcym miejscu, gdzie cholera panowała i w ogóle od bardzo dawnego czasu Koła nie opuszczały. W tych domach, gdzie pojawiły się pierwsze przypadki cholery, obce osoby z miejsc dotkniętych cholera nie przebywały. Przedmioty handlu, bielizna i w ogóle rzeczy z miejsc dotkniętych cholera przynoszonymi do tych domów nie były i być nie mogły: cholery bowiem w całym Królestwie podówczas nie było, a rodziny, gdzie miały miejsce pierwsze przypadki zaśląbnięć, są biedne i żadnych handlowych, ani osobistych stosunków z osobami zamieszkałymi w oddalonych niepomyślnych miejscowościach Cesarstwa nie miały. Zajęciem ich był drobny handel, polegający na skupywaniu w okolicznych wioskach drobnych artykułów. Gwałtownych przyczyn okolicznościowych, mogących mieć wpływ na zachorowanie, nie było. Chorzy, po skonstatowaniu u nich cholery, byli otoczeni opieką lekarską, a mieszkania ich zostały izolowane i dezynfekowane. Lecz cel dezynfekcyi w mieszkaniu Witkowskiej mógł być łatwo chybiony z tego powodu, że, jak to wyżej nadmienilem, dom, w którym chora mieszkała, nie miał wychodków i wydzieliny chorej do mego przybycia były wylwane na ulicę, mogły więc łatwo za pomocą rynsztoków być rozniesione po mieście.

Przejdziemy teraz do spostrzeżeń, dotyczących szerzenia się cholery. Otóż, chorobie podlegały przeważnie kobiety i dzieci; mężczyźni przedstawiali większą odporność. Bez wyjątku zachorowywali ludzie należący do ubogiej klasy, odżywiający się źle. W przypadkach, w których podlegały chorobie osoby zdrowe i z dobrem odżywianiem, konstatowano zawsze nadużycia w diecie: picie niegotowanej wody, użycie owoców, zimnego mięsa i t. p. Najwięcej podlegali chorobie mieszkańcy domów i dzielnic skupionych, brudnych, nie posiadających ani wychodków, ani podwórz, zamieszkali w domach starych, cuchnących nieomal zdaleka i pobudowanych na gruncie zanieczyszczonym pierwiastkami organicznymi, w bliskości studzien, w których woda była zepsuta ¹⁾ i poziom jej wysoki. W Kole cholera miała charakter endemii, w powiecie zaś występowała w charakterze sporady. Zajętych było 5 wsi i jedna osada [Grzegorzew]. W dwóch wsiach było po jednym przypadku zachorowań, w jednej dwa przypadki wspólnie w jednym domu, w jednej wsi 8 [na 850 mieszkańców], w jednej 21 [na 900 mieszkańców], w Grzegorzewie zaś było zachorowań 19 [na 1700 ludności]. We wszystkich przypadkach była robiona dezynfekcyja mieszkań, ubrania i sprzętów, a także podwórza i miejsc podejrzanych. Chorzy, którzy nie mogli być ściśle izolowani w domu, byli pomieszczani w szpitalach. Podłogi, sienie, miejsca ustępowe, jamy i t. p., dezynfekowano świeżo gaszonem wapnem z dodatkiem chlorku wapna, meble i sprzęty domowe kwasem karbolowym, odzienie, bielizna i pościel za pomocą pary. Członkowie rodzin, gdzie zaszedł przypadek

¹⁾ Patrz mapę Koła.

zachorowania lub śmierci, po opuszczeniu zarażonego mieszkania, skutkiem braku baraków, lokowali się pomiędzy znajomymi.



Takie postępowanie miało zastosowanie w Kole i Grzegorzewie i okazało się niewłaściwym; często bowiem osoby, wychodzące z zarażonego mieszkania w peryodzie wylegania choroby, zachorowywały na nowem miejscu i tym sposobem roznosiły zarazę po mieście. Po wsiach, podczas ciepłych nocy, wysiedlonych z zarażonych domów lokatorów pomieszczałem w stodołach. W ogóle były dezynfekowane 192 mieszkania; dezynfekowanych i zapieczętowanych było 140 mieszkań. Po upływie nie mniej jak 8 dni mieszkania były odpieczętowane i dezynfekowane powtórnie, a następnie czyszczone i bielone wapnem. Po wprowadzeniu lokatorów do wyczyszczonych mieszkań, było 14 przypadków zarażenia. Okres wylegania trwał od 1 do 7 dni.

Przytoczę tu niektóre przypadki kazuistyczne, odnoszące się do sposobu rozszerzania się cholery.

Przypadek I. Włościanin wsi Rżuchów, gminy Chełmno, Majcher Gibaszek, lat 35, był rano dnia 13 sierpnia w Kole, gdzie pił wodę. Wracając po południu do domu, spotkał za miastem przekupnia wiejskiego z owocami, od którego nabył gruszek i jadł je. W nocy tegoż dnia zachorował na cholere i po upływie 24 godzin zmarł. Był on przenośnikiem cholery z Koła do Rżuchowa. Gibaszek w Kole chorych nie odwiedzał. Okres wylegania trwał około 12 godzin. Zakażenie nastąpiło prawdopodobnie przez użycie za napój wody.

Przypadek II. We wsi Bliźna, dnia 23 września zachorowała dziewczynka 12-letnia, Józefa Kazimirska, na rozwolnienie i wymioty. Chora trzeciego dnia wyzdrowiała. O tym przypadku nie był nikt powiadomiony i środki profilaktyczne zastosowane nie były. Rodzina Kazimirskich składała się z 8 osób i zajmowała cały domek, składający się z dwóch brudnych i cuchnących izb. Dnia 2 października przed wieczorem zaczęli zapadać z kolei: matka, czworo dzieci ojciec. W nocy tegoż dnia zmarł ojciec i jedno dziecko, i dopiero powiadomiono o tem władze.

Przybyłem do wsi rano, pozostałych 4 chorych umieściłem w szpitalu, mieszkanie i rzeczy dezynfekowałem, dom zaś kazałem zapieczętować na dwa tygodnie. Z umieszczonych czterech chorych w szpitalu troje zmarło, Kazimirska zaś po urodzeniu nieżywego 7-io miesięcznego płodu wyzdrowiała. Przypuszczam, że zakażenie w tym przypadku nastąpiło wspólnie u sześciu osób, po przebytem przeobrażeniu zarazków chorobotwórczych pod wpływem warunków miejscowoczasowych.

Przypadek III. Dnia 31 lipca zachorował siedmioletni Zimerman przy rogu ulicy Wieprzowej i Staro-Warszawskiej i służąca Malinowska przy ulicy Blankowej. Chorzy ci nie mieli bezwarunkowo żadnych stosunków z chorą Witkowską, która przed 6-ciu dniami zapadła pierwsza na cholere. Wywiady wykryły, że Malinowska na kilka godzin przed zachorowaniem jadła wiele owoców i piła wodę ze studni Nr. 3; Zimerman pił również wodę surową i jadł niestrawne pokarmy.

Przypadek IV. Izraelita N. N., lat 53 i jego kuzynka, lat 18, jedli przed szabasem gruszki. Kuzynka jadła owoc obierany ze skórki, zaś N. jadł ze skórkami. Nazajutrz N. zachorował na cholere i w kilkanaście godzin zmarł; kuzynka zaś jego przeszła tylko biegunkę choleryczną bez dalszych objawów.

Przypadek V. Ruda Maryanna, wyrobnica, lat 55, zachorowała na cholere dnia 13 sierpnia i tegoż dnia była umieszczona w szpitalu. Wypisana dnia 4 sierpnia. Powtórnie zachorowała dnia 10 sierpnia. Wypisana dnia 17 sierpnia.

Przypadek VI. Głuchoniema, niewiadomego nazwiska, lat około 70 mająca, zachorowała dnia 1 sierpnia. Wypisana ze szpitala dnia 4 sierpnia. Powtórnie zachorowała na cholere dnia 10 sierpnia. Zmarła dnia 17 sierpnia w szpitalu.

Przypadek VII. Jarecka Maryanna, lat 35, wyrobnica, zachorowała dnia 7 sierpnia. Wypisana dnia 9 sierpnia. Powtórnie zachorowała dnia 9 października. Zmarła dnia 10 października w szpitalu.

Dla poznania pobocznych przyczyn, odnoszących się do cholery Kolskiej, zwrócę choć pobieżnie uwagę czytelnika na geognostyczne i fizyczne własności gruntu, oraz na topograficzne i ekonomiczne warunki całego powiatu Kolskiego. Powiat Kolski ma obwodu 199 wiorst, a przestrzeń jego wynosi 221431 morgów. Ludności liczy 108,505.

Pod względem topograficznym i etnograficznym podzielić można powiat Kolski na cztery części: Jedna część obfitująca w łąki i przestrzenie błotne, zajmujące około 11,334 morgów, rozciąga się wzdłuż rzeki Warty i Neru, jest długa na 50 wiorst i przedstawia kotlinę, w której leżą miasta Koło i Dąbie, oraz części gmin Koźmin, Chełmno, Budziszew i Kościelec. Coroczne wylewy wód sprowadzają tu znaczne straty materialne, wycieki zaś błotne, wytwarzające się po obniżeniu poziomu wód, są przyczyną chorób natury bagiennej, które strasznie podkopują siły żywotne ludu.

Drugą część stanowi równina, na wschód rzeki Warty położona, z gminami Karszew, Drzewce, Krzykosy, Kłodawa, Czołowo i częścią gmin Chełmno i Izbica. Jest ona wzniesiona na 150 stóp ponad zwyczajny poziom wód, warstwę rodzajną ziemi składa szary szczyrk z domieszką marglu na gliniastem podłożu. Ekonomiczne i zdrowotne warunki są tu dobre, siła żywotna mieszkańców najlepsza.

Część trzecia, południowo-zachodnia, rozciąga się po lewej stronie kotliny rzeki Warty, ma wiele pagórków piaszczystych i obejmuje gminy Kościelec, Brudzew i część gminy Koźmiu. Grunt z niewielu wyjątkami stanowi szczyrk na przepuszczalnym, piaskowo-gliniastym podłożu. Warunki ekonomiczne i zdrowotne mniej niż średnie.

Czwarta część, północno-zachodnia, w której mieszczą się części gmin Budziszew i Izbica, oraz gminy Sompolno i Lubotyń, obfituje w jeziora i z powodu falowatej powierzchni ziemi przedstawia wielce urozmaicony kraj obraz. Ziemię rodzajną stanowi czarnoziem i glina na marglowym podłożu. Błota, na dnach i brzegach niektórych jezior znajdujące się, są przyczyną wyziewów, sprowadzających zakażenia malaryczne.

W końcu dodam, że w wielu miejscowościach na głębokości 20—30 stóp znajdują się pod warstwą marglu i gliny pokłady wapienne z domieszką glinki i żelaza [4%], co dowodzi, że uwarstwienie powiatu Kolskiego sięga czwartej formacji i jest pochodzenia napływowego. Widocznie w epoce tej niektóre części powiatu były zalane wodą słodką, mającą ruch wolny, sprzyjający osadzeniu się ilu [późniejszej gliny]. Z żyjących zaś w wodzie tej mięczaków i skorupiaków utworzyły się pokłady wapna.

Miasto Koło leży na wyspie w kotlinie rzeki Warty, na wysokości od kilku do kilkunastu stóp ponad poziom zwykły wód i składa się z miasta, posiadającego grunt z lekka pochyły w stronę wód, oraz z przedmieść: Warszawskiego i Płaszczyny z gruntem z lekka spadzistym i Kaliskiego z gruntem równym. Mieszkańców liczy około 9000. Wyspa, na której leży właściwe miasto, ma grunt przepuszczalny, składający się z naniesionego przez wodę piasku [Stary-Rynek, ulice: Kaliska, Warszawska i część południowa Okolnej], oraz z wywożonych odpadków organicznych i nieorganicznych, śmieci, nieczystości, nawozu i t. p. [Nowy-Rynek, ulice: Blankowa, Garbarska, Staro-Warszawska, Wschodnia, Szewcka, Krzywa]. Przedmieście Warszawskie leży nieco wyżej ponad zwykły poziom wód i rozciąga się po prawej stronie Warty. Uwarstwienie ziemi z wyjątkiem części przyrzecznej jest pochodzenia napływowego, sięgającego IV formacji. Warstwa ziemi przepuszczalnej jest cienka i spoczywa na nieprzepuszczalnym ilastym pokładzie. Miasto ze wszystkich stron jest otoczone łąkami, które na wiosnę są zalewane wodą. Z opadnięciem wód na okolicznych łąkach gniją pierwiastki roślinne, zarażające powietrze; obszerna zaś kotlina i przecinająca ją rzeka powodują silne promieniowanie ciepła i ruchy powietrza. Dla dokładności opisu dodam, że miasto łącznie z przedmieściami liczy 28 ulic, 11 studzien miejskich, 20 prywatnych, 143 domów murowanych, 180 domów drewnianych, 62 domów bez ustępów; ustępów z dołami murowanymi jest 22, z dołami zwyczajnymi 220, z systemem beczkowym 19, wozowym 5. Poziom wody w studniach wynosi średnio: w Starym-Rynku $4\frac{1}{2}$ metry, w Nowym-Rynku $2\frac{1}{2}$ metry, na przedmieściu Warszawskim 5 metrów, na ulicy Toruńskiej 2,65 metrów. Badanie wody studziennej i rzecznej, dokonane w d. 19 sierpnia w Warszawskiej stacji higienicznej, dowiodło, że woda w 3-ch głównych studniach miejskich jest niezdatną do użytku, jak tego dowodzi następująca tablica:

Nazwanie studni.	Analiza chemiczna.						Badanie drobnowidzowe.	Wnioski.
	W 1 litrze wody.							
	Barwa.	Chloru.	Części organiczn.	Kwasu azotnego.	Kwasu azotawego.	Amoniak.		
Stary-Rynek № 1, na przeciw Trebra i Witkowskiej.	Bezbarwna.	135 miligr.	7,7 miligr.	mało.	mało.	niema.	Koki, bakterye, wodorosty.	Woda niezdatna do użycia.
Nowy-Rynek № 2, na przeciw Niewolskiego.	Odcień żółty.	171 miligr.	15 miligr.	mało.	mało.	mało.	Wodorosty, włókna, prećiki, grzybki, pleśń.	Studnię natychmiast zamknąć.
Nowy-Rynek № 3, na przeciw Gliksmana.	Odcień żółty.	22 ^o miligr.	9,1 miligr.	mało.	mało.	mało.	Wodorosty, włókna, koki.	Woda niezdatna do użycia.
Woda z odnogi rzeki Warty	Bezbarwna.	4 miligr.	5,1 miligr.	niema.	niema.	niema.	Męty z mineralnych części, wodorosty.	Zdatna do użycia po osadzeniu się części mineralnych.

Na tym opisie warunków zdrowotnych można zamknąć dalsze spostrzeżenia i uwagi, odnoszące się do sanitarnych urządzeń miasta. Na przyjęcie tak pożądanego gościa, jak cholera, nie może być przygotowana lepsza biesiada.

To też, mojem zdaniem, głównym rozsadnikiem cholery w Kole był grunt i woda studzienna. Endemiczny charakter i etyologia choroby także tego dowodzą. Jakkolwiek bowiem wszelkie pokuszenie się cholery wyjścia z granic miasta były hamowane odpowiednimi środkami profilaktycznymi i energią władz, nie można jednak nie twierdzić, że cholera poza obrębem Koła nie znalazła odpowiedniego gruntu do rozwoju i dalszego rozprzestrzenienia się.

Przed powstaniem epidemii cholery ogólna konstytucja chorobna przedstawiała się tak: oprócz choleryny, o której już wspomniałem wyżej, na wiosnę r. b. można było obserwować częste przypadki zimnicy i neuralgii na tle zimniczem. Jest to zwykły objaw u nas, powtarzający się corocznie. Dwa lata temu mieliśmy silną epidemię influenzy, w ciągu zaś dwóch lat grasowała ospa, która silnie przetrzebiła ludność.

Co do leczenia cholery, to nie wiele mogę powiedzieć. Było ono czysto objawowe. Właściwego leczenia prawie nie było; chorzy, zwłaszcza żydzi, pożytkując cholere za dopuszczenie istoty Wyższej, żadnych środków farmaceutycznych nie przyjmowali. Stwierdziłem tylko, że w pierwszym okresie choroby przynosi prawdziwy pożytek kalomel, że w kilku przypadkach ciężkich wymiotów przyniósł natychmiastową poprawę mentol, wstrzymując wymioty i że we wszystkich okresach cholery w kilku przypadkach dobrze zrobiło wstrzykiwanie podskórne w dużych dawkach [3j] dwusiarczynu chininy, a w czterech przypadkach ostatniego okresu cholery po wstrzyknięciu tego środka nastąpił niespodziewany i efektowny zwrot choroby i szybkie wyzdrowienie.

Kończąc niniejsze ulotne sprawozdanie o cholery w powiecie Kolskim, niech mi wolno będzie wypowiedzieć słów kilka odnośnie przyczyn pojawienia się tej choroby w Kole. W chwili pojawienia się pierwszych trzech przypadków, jak to już zaznaczonem było, w całym Królestwie nie mieliśmy jeszcze cholery azjatyckiej. Zawleczenie choroby z dalszych stron, za pomocą osobistych stosunków ludzkich, także dowiedzionem być nie może. Nie mamy na to żadnych faktów. Wprawdzie powiadają, że przez Koło w ostatnich czasach przejeżdżali emigranci żydzi z zajętych przez cholere miejsc Cesarstwa, podążając ku granicy i że wielu z takich podróźnych odbywało w tutejszych zajazdach żydowskich noclegi, być więc może, że wydzielinę, pozostawionę przez tych podróźnych, dały początek zakażeniu miejscowości. Lecz dlaczegoż pierwsze przypadki zachorowań nie pojawiły się w zajazdach lub w ich bliskości, gdzie podróźni odbywali noclegi?

Jak trudnem jest sprawdzenie zawleczenia cholery do Koła, tak jeszcze trudnijszem dowiedzenie hipotezy przeobrażenia pod wpływem miejscowo-czasowo-indywidualnych warunków mikrobow cholery swojskiej, jaka u nas od roku panowała, w mikroby cholery azjatyckiej, trudne z tego względu, że nie wiemy o tem, czy pierwsze mogą lub nie mogą za pomocą kultury przeobrażać się w drugie. Ze względu jednak, że na brak dowodu zawleczenia cholery, na konstytucyę chorobliwą poprzedzającą, w postaci cholery swojskiej, wybuch cholery prawdziwej, na własność gruntu i wody, szczególnie tej ostatniej i nakoniec ze względu na charakter endemiczny choroby, hipoteza wylęgania prawdziwej cholery na gruncie Kolskim nie jest pozbawioną podstawy; ze względu zaś na nieustalone i niepewne pojęcia istoty cholery i podcięcie teoryi Koch'a doświadczeniami PETTENKOFER'a, EMMERICH'a i innych, a w ostatnich miesiącach odkryciami BRACHSSTEIN'a i SZUBENKI, z których pierwsi wykazali niezaraźliwość przecinków Koch'a, ostatni zaś dowiedli, że w wydzielinach chorych na cholere, znajdują się jeszcze inne bakterye t. zw. laseczniki kaukazkie α , β_1 , β_{11} , sprowadzające właściwe zarażenie, a o których pochodzeniu i warunkach wśród których powstają, nic nie wiemy — hipoteza możności wylęgania cholery prawdziwej na gruncie swojskim ma przynajmniej takie same prawa obywatelstwa, jak i inne teorye, odnoszące się do tego przedmiotu. Wzgląd ten właśnie skłonił mnie do napisania niniejszego artykułu, dla zwrócenia uwagi kolegów na momenty etyologiczne i współdziałające im warunki topograficzne cholery Kolskiej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

13i. Poppert [Giessen]. W sprawie całkowitego wycięcia krtani.

Operacya całkowitego usunięcia krtani daje znaczny procent śmiertelności [40—60%] z powodu nieuniknionych prawie powikłań, towarzyszących przebiegowi pooperacyjnemu. Najczęstszem jest zapalenie płuc (*Schlusspneumonie*), a to przez spływanie śluzu i śliny z jamy ustnej do otworu tchawicy, który leży najniżej pośród obszernej rany pozostałej po wycięciu.

SCHMID, opierając się na przypadku, w którym po usunięciu krtani całkowitem rozwinął się nawet pewien głos (*Pseudostimme*), radzi obchodzić się bez sztucznej krtani, natomiast zaszywać bezpośrednio po wycięciu otwór, łączący ranę z gardzielą. BARDENHEUER postępuje w ten sam sposób; jednak po 14 dniach, gdy ranę pokryje już dobra ziarnina, zdejmuje szwy, aby znów wytworzyć połączenie z gardzielą i umożliwić wstawienie sztucznej krtani.

POPPERT po całkowitem usunięciu krtani z powodu raka nałożył w pionowym kierunku dwupiętrowy szew, zamykający połączenie z gardzielą, kikut tchawicy przyszył do skóry w dolnym kącie rany, wstawił weń zwykłą rurkę i ranę skóry zmniejszył przez nałożenie szwów. Dalej nie poszedł za radą BARDENHEUER'a i komunikacji z gardzielą nie przywrócił; nie miał bowiem zamiaru wstawić krtani sztucznej z uwagi na pewną podobną do szeptu mowę, jaką chora odzyskała po operacji.

Dodatnie strony postępowania, podanego przez SCHMID'a, są widoczne: operowani mogą przyjmować pokarmy choćby zaraz po operacji drogą naturalną, a więc bez zgłębnika żołądkowego, dalej opatrunek rzadziej zmieniać należy już dlatego, że nie przesiąka śluzem i śliną, wreszcie rana skórna może być zaszyta bez obawy jakiegos powikłania.

(*Zur Frage der totalen Kehlkopfextirpation. Deut. med. Woch. Nr. 35 1893.*)
J. Weisblat.

132. Noorden. Ostre zapalenie ścięgna i pochewki głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia.

Autor opisuje 2 przypadki tego cierpienia.

W przypadku pierwszym 32-letni krawiec w przeciągu kilku dni pokrajał 60 metrów sukna na kawałki za pomocą ciężkich noży krawieckich. Już podczas pracy doświadczał zmęczenia i bólu w okolicy prawego barku, wreszcie uniemożliwiającego dalszą czynność. Przy oglądaniu spostrzeżono, że chory lewą ręką podtrzymuje prawe ramię, zkaładając co do swego kształtu niezmiennione. Poniżej stawu na miejscu, odpowiadającym rowkowi międzyguzikowemu, znaczna bolesność, przy najlżejszem choćby dotykaniu. Ruchy ramienia ku tyłowi, jak również obrotowe przy zgiętem i nawróconem przedramieniu, mocno bolesne, unoszenie bardziej znośne. Badanie 3 głównych pni nerwowych i mięśni ramienia za pomocą prądu nie wykryło nic nieprawidłowego. Kończynę zawieszono na chustce, na bolesną okolicę zastosowano okłady wilgotne, rozgrzewające. W ciągu następnych 2 dni na przebiegu ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego przy odpowiednich ruchach wyczuwano tarcie, a po 10 dniach kończyna wróciła do dawnego stanu.

W drugim przypadku 36-letni, mocno zbudowany wyrobnik za pomocą ciężkiego młota w ciągu kilku dni otwierał pudła i zaniechać musiał pracy z powodu bólu w prawym barku. Badanie wykazało obrzmienie w okolicy rowka międzyguzikowego, bolesne na dotykaniu. Przy ruchach ramienia ku tyłowi i przy mocniejszym zginaniu łokcia wyczuwano tarcie. Rozpoznano zapalenie ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego i torebki jego z wysiękiem. Zastosowano z pożytkiem okłady rozgrzewające i po pewnym czasie mięsienie.

Autor sądzi, iż cierpienie w obu przypadkach powstało w sposób następujący: długotrwała, nadmierna praca mięśnia dwugłowego podczas czynności kończyny, obciążonej znacznym ciężarem, przenosiła się bezpośrednio na ścięgno tegoż mięśnia ze średnicą znacznie mniejszą od średnicy brzośca. Obok tego nadmierne szarpanie i pociąganie ścięgna wraz z pochewką przy ruchach główki ramienia działało jako uraz samego ścięgna.

(*Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 35. 1893.*)
A. Leśniowski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe z dnia 25. IV. 1893 r..

NEUGEBAUER przedstawia chorą i preparat po operacji *atresiae hymenalis vaginae completae congenitae*.

CIECHOMSKI przedstawił chorego, któremu zadana została rana kłuta w okolicy prawego stawu mostko-obojęzycznego. W trzy dni po wypadku chory ten zgłosił się do szpitala; przy badaniu stwierdzono: ciepłota 39,5^o C., oddech i przełykanie utrudnione, obrzęk na szyi; na wargach sinica; z rany w okolicy stawu mostko-obojęzycznego prawego, mającej około 1½ etm. długości, przy głębokich wdechach wypływała piana ropy. Rana ta, jak się okazało po rozszerzeniu jej za pomocą cięcia podłużnego, drażyła w głąb śródpiersia na 3 etm. i zachodziła poza tchawicę. Zrobiwszy cięcie poprzeczne długości 5 etm., C. odpiłował rękojeść mostka, koniec stawowy obojęczyka i koniec mostkowy 1 żebra. Gojenie rany zrazu trudne, połączone z kaszlem i podniesieniem się ciepłoty ponad 40^o C., po wprowadzeniu drenu, przybrało przebieg prawidłowy.

Prof. KOSIŃSKI zaznacza, że jakkolwiek kanał rany miał tylko 3 etm. długości, to objawy opisane przez CIECHOMSKIEGO wskazują, że rana musiała być o wiele głębsza.

W odpowiedzi CIECHOMSKI zwraca uwagę na trudność i niebezpieczeństwo śledzenia głębokości rany, ze względu na cierpienie żył w przebiegu flegmony septycznej, którą objaśnia objawy obserwowane w opisanym przypadku.

GRUNDZACH przedstawia chorą, u której z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika, dolna granica żołądka sięgała na 3 palce poniżej pępka. Po gastroenterostomii, dokonanej przez ODERFELDA, nastąpiła poprawa o tyle, że po wprowadzeniu 400 etm. wody dolną granicę żołądka wypukać można na 4 palce powyżej pępka.

JULJAN KRAMSZTYK przedstawia dziecko, u którego z łatwością wywołać można objawy tężyczki; w przypadku tym istaieje kurecz głośni, podany przez ESCHERICHU'a jako jeden z patognomicznych objawów tego cierpienia.

OLECHNOWICZ [Lublin] wypowiedział rzecz p. t. „Z charakterystyki antropologicznej ludności gubernii Lubelskiej“. Pomiaru, przez OLECHNOWICZA dokonane, wykazały, że pod względem wzrostu szlachta przecięciowo o 5 etm. przewyższa włościan, co ze względu na wspólność rasy da się objaśnić różnicą odżywiania. Kończyny górne krótsze są u szlachty, zwłaszcza u kobiet; czaszki w tej warstwie ludności są wyższe we wszystkich rozmiarach, a pomimo to twarz jest krótsza. Zestawiając wyniki badań antropologicznych w gubernii Lubelskiej z wynikami badań prof. KOPERNICKIEGO w Galicyi, prelegent wysnuwa prawo stopniowego zmniejszania się *brachycephaliae* w kierunku północnym i wschodnim i do określenia typu słowian, którego przedstawicielami są Podhalanie.

W dalszym ciągu dyskusyi nad swoim odczytym [patrz: posiedzenie Tow. Lekar. z d. 18. IV. 1893 r.] prof. KOSIŃSKI zabiera głos w kwestyi, postawionej przez prof. BARANOWSKIEGO, o ile usprawiedliwioną jest laparotomia w celach dyagnostycznych. Do próbnej laparotomii niepodobna podać wskazań, wykonać bowiem ją nieraz wypada przy najrozmaitszych stanach chorobowych. Nazwę próbnej otrzymuje ona najczęściej *a posteriori*, t. j. wtedy, gdy przy laparotomii w sprawach rozpoznanych napotykały takie przeszkody, których usunięcie jest niemożliwym. Zabieg ten bynajmniej częstym nie jest. Z ogólnej liczby dokonanych przez prof. K. 349 laparotomii [wyłączywszy przepukliny] na operacje próbne przypada 33 [21 nowotworów złośliwych, 3 okluzye, 3 guzy nerek, 3 przy ciąży, normalnej, zewnątrz-maciecznej i przy *uterus didelphus*]. Na 900 laparotomii dokonanych przez BILLROTH'a na rozpoznawcze przypada 72 [8 inkarceracyi, 64 guzów złośliwych]. Z 33 próbnych laparotomii zakończyło się śmiercią 14, u BILLROTH'a na 72—30. Jest to procent ogromny, zwłaszcza w porównaniu z wynikami laparotomii w ogóle: na 449 operowanych zmarło 93.

REJCHMAN na zarzut, zrobiony przez STANKIEWICZA internistom, że zbyt późno wzywają chirurga, odpowiada, że zbyt późne decydowanie się na operację w przypadkach ostrej okluzji i przedziurawienia wyrostka robaczkowego, zależy nie od lekarzy, lecz od rodziny chorego; natomiast przy zwężeniach przewlekłych chirurg wzywany bywa wcześniej. Wobec jednak wielkich nieraz trudności rozpoznawczych, wobec niepomyślnych wyników pooperacyjnych, wobec zresztą wielokrotnie stwierdzonego faktu, że niektóre zwężenia, zwłaszcza zależne od ciał obcych, kamieni żółciowych, nawet od zrostów sznurkowych, mogą się kończyć pomyślnie bez operacji, w zdecydowaniu się na zabiegi chirurgiczne należy postępować z największą ostrożnością. Ruchy fałiste ściany brzusznej, które prof. KOSIŃSKI stawia w zależności od kurczenia się mięśni, zależą, według twierdzenia REJCHMANA, od ruchów robaczkowych wzmoczonych wskutek zamknięcia światła. Przyczyna nagłej zapaści po laparotomiach w wielu przypadkach jest zagadkową: stany te nie mają nic wspólnego z septycemią, a przynajmniej dotychczas nie wykryto mikroba, którego obecność mogłaby sprawę tę objaśnić.

Według zdania KRYSIŃSKIEGO, rozstrzygnięcie kwestyi co do usprawiedliwienia laparotomii próbnej jest niemożliwe; jeżeli wyniki próbnych laparotomii są niepomyślne [na co zresztą wskazuje statystyka prof. KOSIŃSKIEGO], to liczby bynajmniej nie dadzą nam możności wnioskowania, o ile zabieg ten wpłynął na stan chorego. Chirurg, o którego doświadczeniu internista jest przekonany, powinien wydać decyzję o operacji, z którą nie należy zwlekać, lecz robić wcześniej, t. j. w warunkach możliwie najkorzystniejszych.

STANKIEWICZ nadmienia, że zarzuty, robione internistom, dotyczyły głównie przypadków ostrych. Próbnych laparotomii wykonał 10 z jednym zejściem śmiertelnym przy raku; o złym wpływie tego zabiegu w innych przypadkach przekonać się nie mógł. Laparotomia próbna, wykonana w warunkach pomyślnych i przy zachowaniu aseptyki, choremu szkody przynieść nie powinna.

W odpowiedzi REJCHMANOWI prof. KOSIŃSKI zaprzecza, aby przyczynę ruchów widzianych na brzuchu przypisywał tylko ruchom samych mięśni; ruchy te w istocie zależne są od kiszek i właśnie zamaskowane bywają przez przewężone mięśnie proste brzucha; przy sprawach przewlekłych z powodu wyciężenia ruchy kiszek się uwidoczniają. Co się tyczy wyników próbnej laparotomii, to zależą one od istoty samej sprawy chorobowej i jej natężenia; być może, że i pomyślna statystyka tej operacji, podawana przez STANKIEWICZA, zależy od zawartych w niej lżejszych przypadków. Niebezpieczeństw operacja ta nie przedstawia, bezpośrednią przyczynę śmierci po operacji stwierdził prof. K. tylko w jednym przypadku, w którym śmierć nastąpiła wskutek krwotoku pooperacyjnego.

JAWDYŃSKI zaznacza, że laparotomia otrzymuje nazwę próbnej dopiero wtedy, gdy w ciągu operacji chirurg się przekona, że choremu ulgi przynieść nie można. W przypadkach, przedstawiających trudności rozpoznawcze, laparotomię można zalecać w celu wykrycia przyczyny i ewentualnego jej usunięcia, gdy stan ogólny chorego jest dobry, a niema ostrych objawów okluzji. W żadnej z próbnych laparotomii nie mał JAWDYŃSKI zejścia śmiertelnego. Laparotomia, jako rekoecyzja, wykonana w stanie względnego zdrowia daje wyniki zadawalające.

Prof. BARANOWSKI zgadza się co do skuteczności pomocy chirurgicznej w przypadkach okluzji przewlekłej, której łatwiejszem bywa rozpoznanie, aniżeli w przypadkach ostrych. Wobec niezbyt zachęcającej statystyki laparotomii, wobec faktu, że 33% ostrych przypadków inkarceracji kończy się pomyślnie nawet przy najgroźniejszych objawach bez interwencji chirurga, decyzya na tak poważny zabieg jest bardzo trudną, na co składa się i ta okoliczność, że brak wskazań tych oznak, które czynią operację niezbędną.

DUNIN ze względu na trudności uchwycenia właściwej chwili operacji każdą okluzję leczy razem z chirurgiem; operacja jednak w niektórych przypadkach okazała się niepotrzebną. W ogóle niepodobna z góry orzec, kiedy interwencya chirurgiczna będzie konieczną, a w braku decyzji może być ona zbyt późną, bo spóźnioną. DUNIN jest zdania, że operacja w przypadkach ostrej inkarceracji trwa zbyt długo, radzi przeto operację skrócić w ten sposób, żeby zamiast szukania przeskody i resekowania kiszki, z pierwszej pętlicy zrobić odbył sztuczny, a operację radykalną odłożyć do czasu poprawy stanu chorego.

Odsetka wyzdrowień bez laparotomii, podana przez prof. BARANOWSKIEGO, według zdania JAWDYŃSKIEGO, nie jest usprawiedliwioną; w tych przypadkach, w których laparotomia była wykonywana, bez operacji niewątpliwie nastąpiłoby zejście śmiertelne. Skrócenie operacji w sposób proponowany przez DUNINA możliwym jest tylko wtedy, gdy chirurg choć przypuszczalnie może mieć wyobrażenie o miejscu przeszkody; gdy jest przekonany, że przeszkoda ta życiu chorego nie zagraża: sztuczny odbył nie będzie miał żadnego znaczenia przy *intussusceptio*, zwłaszcza przy ucisku kiszki i obawie zgorzeli, a toż samo dotyczy *herniae obturatoriae*.

STANKIEWICZ zaznacza, że jakkolwiek chirurg doświadczony nie spieszy się z operacją, to jednak zdecyduje się na nią, gdy stan chorego pogarsza się. W wielu przypadkach inkarcercacji wczesna operacja uratować może życie chorego. W celu ułatwienia wyszukania przeszkody i przez to skrócenia operacji, jamę brzuszną należałoby otwierać dłuższem cięciem.

CIECHOMSKI jest zdania, że na podstawie objawów podmiotowych trudno zdać sobie sprawę o zmianach w jamie brzusznej. Że w przypadku ostrej okluzji może nastąpić pomyślnie zakończenie sprawy bez operacji, o tem mógł się przekonać w jednym przypadku, w którym groźny stan chorej wskazywał na niezbędność natychmiastowej laparotomii, która, będąc odłożoną na usilne żądanie chorej, okazała się zbyteczną z powodu ustąpienia objawów okluzji.

Według zdania prof. KOŚCIŃSKIEGO, sposób proponowany przez DUNINA w przypadkach ostrych okluzji jest najczęstszą niemożliwą; operacja ta może być jednak wykonaną przy przewlekłych niedrożnościach zależnych od raka, zwłaszcza dotyczących kiszki grubej.

SAWICKI zwraca się jeszcze do postawionej przez prof. BARANOWSKIEGO kwestyi, o ile jest bezpieczną laparotomia próbna. Nazwać ją bezwzględnie i zawsze bezpieczną dzisiaj nie można. Wpływ jej na ustrój, poza aseptyką i stanem ogólnym chorego, warunkuje się jeszcze stanem otrzewnej. Otrzewna prawidłowa, jak dowiedziono, reaguje dość silnie na proste tylko jej otwarcie i zasycie; odczyn ten jednakże nie pociąga tu za sobą większego niebezpieczeństwa. Otrzewna w stanie zapalenia przewlekłego reaguje słabo i otwarcie jej, być może, najmniej jest niebezpieczne. Natomiast laparotomia, wykonana w stanie podrażnienia otrzewnej lub też jej zapalenia ostrego, zwłaszcza ograniczonego, nie może być uważana za środek zupełnie niewinny. To też wskazania do niej powinny tu być ściśle określone. Na nieszczęście, zarówno wskazania te, jakoteż i stopień niebezpieczeństwa laparotomii w tego rodzaju przypadkach nie są nam dziś dokładnie znane i bliższe zbadanie tego należy do przyszłości. (*Autoreferat*).

Wiadomości bieżące.

— W towarzystwie biologicznem w Paryżu dnia 21. X. 1893 r. CHAUVEAU zakomunikował przypadek tęcza u człowieka, wynikły wskutek przypadkowego zaszczepienia produktów lasecznika NICOLAIE'a. Ofiarą własnej nieostrożności był D-r M. NICOLAS z Lyonu. Przypadek polegał na dość głębokiem ukłuciu w rękę szprycą PRAVAZ'a, która poprzednio była użytą do wstrzykiwania filtrowanych hodowli lasecznika tęcza. Ilość jej była bardzo nieznaczna, jadowitość jednak tak silna, że 1 ctm. tego płynu zabijał królika w 36 godzin, po okresie inkubacji, trwającym zaledwie 24 godzin. Ukłucie nastąpiło o godzinie 5 dnia 26. VII. w okolicę wyniosłości wielkiego palca lewej ręki, p. zyczem z rany wypłynęła znaczna ilość krwi. Czwartego dnia przy zanurzeniu rąk w zimną wodę, N. poczuł skurez lewego palca dużego w addukcyi, a dnia następnego skurez rozszerzył się na całą lewą rękę i przedramię: mimowolne zgięcie palców i ręki z przechyleniem ku stronie łokciowej. Po dwóch dniach do stanu tego przyłączył się szczykościsk, który z każdym dniem się zwiększał, dnia 13-go od chwili ukłucia wystąpił *opisthotonus*, a nazajutrz skurcze rozlane, wzmagające się pod wpływem najmniejszych podnieć, następnie bóle lędźwiowe, biało w moczu, stan podniecenia, drżenia konwulsyjne. Przy użyciu chloralu i zachowaniu zupełnego spokoju stan chorego zwołna się poprawiał, a po dniach 41 od chwili przypadku nastąpiło wyzdrowienie. W przebiegu choroby na zaznaczenie zasługuje zupełny brak gorączki, wyraźne objawy podrażnienia rdzenia i wrażliwość na zimno w ostatnim okresie choroby; w okolicy najpierw ukłutej najpóźniej

znikły skurcze. Okres inkubacyjny trwał 4 dni, co N. uważa za dowód, popierający twierdzenie COURMONT'a i DOYEN'a, że produkty lasecznika NICOLAËR'a, same przez się nie trujące, wytwarzają dopiero w ustroju substancję tetanizującą. (*Bull. med. Nr. 84, 1893*). Pr.

— L. ROBITZSCH zachwala polecone przez LANDERER'a leczenie żyłaków kończyn dolnych za pomocą pelotki, napełnionej wodą lub gliceryną i zaopatrzonej w paraboliczną sprężynę, która ma obejmować kończynę. Przyrząd wywiera ucisk jedynie tylko na miejscu, odpowiadającym pelotce. Przy żyłakach goleni zaciska się rozszerzoną żyłę poniżej kolana, przy żyłakach uda—powyżej tegoż. Jeżeli rozszerzona żyła sięga aż do dolka owalnego (*fovea ovalis*), opaska taka naówczas stosowana przypomina pasek przepuklinowy. Jakkolwiek działanie przyrządu jest tylko zapobiegawcze, znikają jednak przy zastosowaniu jego przykre dla chorych objawy, jako to: bóle, uczucie napięcia i ociążałości w kończynach, wreszcie pryszczycza i owrzodzenia mają też znikać rychłej, aniżeli przy używaniu pończoch elastycznych i t. p. środków. Zasada leczenia tego jest ta sama, jak przy krwawem postępowaniu TRENDELENBURG'a, zaciśnięcie rozszerzonej żyły działa podobnie jak podwiązanie *v. saphenae*, wytwarzając sztuczną zastawkę pomiędzy sercem a obwodem i usuwając w ten sposób ciśnienie słupa krwi żyłnej na rozszerzone naczynie. (*Deutsche med. Wochens. Nr. 34, 1893*). W. Glass.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny wewnętrznej w Berlinie 1. V. r. b. OESTREICH mówił o fragmentacji serca, o sprawie, która, według jego badań, zdarza się częściej, aniżeli dotychczas przypuszczano i może być rozpoznana nie tylko drogą badania drobnowidzowego, lecz i makroskopijnie. Przy badaniu drobnowidzowem zauważyć się daje poprzeczne, skośne lub ząbzione przerwy w pierwotnych włóknach mięsnych; makroskopowo fragmentacja cechuje się pewną wątlnością mięśni. Jeżeli fragmentacja ogranicza się na jednej części serca, to najczęściej sprawą tą dotkniętą jest komórka lewa. Fragmentacja, jak się o tem autor przekonał na zwierzętach, nie jest sprawą pośmiertną, lecz zdarza się przed śmiercią. Wbrew przypuszczeniu poprzednich autorów twierdzi OESTREICH, że miejsca przerw fragmentacyjnych nie zależą od linii kitowych [t. j. od linii pogranicznych komórek pierwotnego pasma mięsnego]. Fragmentacja związana jest z agonią, resp. z agonialnymi skurczami serca i często zdarza się w przypadkach nagłej śmierci, np. przy zatruciu chloroformem. (*Deut. Med. Woch. Nr. 39*). P.

— Wyszedł z druku *Jahresbericht über die Fortschritte der Thierchemie*, redagowany przez prof. M. NENCKIEGO [z Petersburga] i RUD. ANDREASCH'a [z Wiednia], za rok 1892. W zeszytce tym, mającym 700 stron, uwzględniona została także literatura angielska, włoska, polska i ruska; nadto wprowadzonym został dział toksyn, toksalbumin, antytoksyn, odporności, i t. d. napisany przez prof. BUCHNER'a [z Monachium]. Jeżeli dodamy, że w sprawozdaniu umieszczone są referaty prac z dziedziny medycyny wewnętrznej, mających jakikolwiek bądź związek z chemią fizyologiczną, to dojdziemy do wniosku, że książka ta staje się tak potrzebną dla klinicysty, jak *Jahresbericht* BAUMGARTEN'a. Prace polskie zreferowane zostały obszernie przez kol. PRUSZYŃSKIEGO.

— W Kazanowie, — gub. Radomska, powiat Iłżecki — niema obecnie lekarza. Okolica dobra, lekarz osiadający tam może liczyć na utrzymanie. Od Nowego roku ma być pensya 200 rubli. Bliższych informacyi udzieli p. Bagiński, miejscowy aptekarz.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog księgarni Teodora Paprockiego i S-ki.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz. Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 5 Нолбря 1893 г. Друк К. Ковалевського, Крѣлевска Nr. 29.