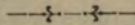


# GAZETA LEKARSKA.

## I. O STOSOWANIU PIŻMA W CHOLERZE.

Podał

Zygmunt Monsiowski [Radzymin].



Podczas tegorocznej epidemii cholery w Radzyminie stwierdziłem wraz z kol. WIERZEJEWSKIM odrębne, dotąd nieznanne, własności piżma, które czynią ten środek bardzo pożytecznym i zbawiennym dla chorego. Szczupła liczba poczynionych spostrzeżeń nie wstrzymuje mnie od ogłoszenia ich; przeciwnie, pragnąc, by dalsze badania potwierdziły wyniki, do jakich doprowadziły mnie badania moje, spieszę podzielić się moją obserwacją.

Dotąd przeważnie stosowano piżmo w ostatniej godzinie, więcej dla moralnego zadowolenia chorego lub jego rodziny, niż dla tego, by miało w chorobie przynieść rzeczywistą ulgę. Stąd też powstał taki stan rzeczy, że gdy choremu zalecamy piżmo, obecni zwykli to brać za nieme oznajmienie nasze, iż niema już ratunku. Rozczarowanie publiczności znajduje harmonijne stwierdzenie w naukowych badaniach NOTHNAGEL'a, ROSSBACH'a i PENZOLDT'a, którzy uważają piżmo za środek zbyteczny w arsenale leczniczym.

Zanim podam szczegółowy opis przypadków, leczonych piżmem, przede wszystkim zastrzedz się muszę, że tym środkiem leczyłem tylko najcięższe przypadki cholery, które niechybnie byłyby się skończyły śmiercią przy innem leczeniu. Następnie pozwolę sobie przytoczyć kilka tylko cyfr, ilustrujących przebieg epidemii i skutki naszych zabiegów. Wszystkich chorych mieliśmy 38, z tych zmarło 16, ale 6 przypadków było tak nagłych, że pomoc lekarska okazała się niemożliwą. Ażeby więc dać pojęcie o skutku naszych zabiegów leczniczych, te 6 przypadków wyłączyć musimy; pozostaje zatem 10 śmiertelnych przypadków na 32 chorych. Procent wyzdrowień 68,8%. Do czasu stosowania piżma z 24 chorych zmarło 12 w przeciągu 11 dni [od 11-go do 22-go października]; zaś od 22 października do 9 listopada, w którym to dniu był ostatni przypadek śmierci, zmarło 4 z 14 chorych. Jeszcze raz uprzedzam czytelnika, że do leczenia piżmem tylko o najcięższe przypadki wybierałem.

Co się tyczy statystyki przypadków, leczonych piżmem, to na 10 przypadków mamy 3 śmiertelne, ale też mamy i powikłania w przypadkach śmiertelnych. W jednym było uderzenie w głowę, które spowodowało ranę, na tydzień przed rozwinięciem się cholery; na trzeci dzień chory zmarł przy objawach tyfoidu cho-



lerycznego. W drugim przypadku mieliśmy do czynienia z osobnikiem słabym, rachitycznym, garbatym, z zadawnionymi kataralnymi objawami dróg oddechowych. W trzecim wreszcie przypadku chory na 4 dzień, mając się już wcale nieźle, zjadł piernika. Oto okoliczności broniące piżma w przypadkach zakończonych śmiercią. Jeśli dla sceptyka będą one mało przekonywającymi, niech na chwilę pozwoli się wprowadzić w opis poszczególny przypadków; wtedy, jeśli nie przyzna żadnego znaczenia piżmu w dziele wyleczenia, to jednak przyznać mu musi wielkie znaczenie w dziele leczenia, jako środkowi dzielnemu przy leczeniu objawowem.

Jeszcze jedna wstępna uwaga co do sposobu stosowania piżma. Skuteczne są tylko wielkie dawki. W ciągu 4 do 8 godzin chory w mniejszych lub większych dawkach przyjmował 1,0 piżma. Przy silnych wymiotach przykładalem plaster gorczycowy [RIGOLLOT] na 2 minuty przed podaniem środka, a zdejmowałem go w 10 minut po przyjęciu. W większości przypadków zabieg ten był wystarczającym, by przyjęte lekarstwo nie zostało zwymiotowane.

Po raz pierwszy zastosowałem piżmo u włościanki w Łosiu. Chorą, lat 30, znalazłem w następującym stanie: ciało zimne; tętna niema; oczy zapadnięte; sinica; ciągle wymioty wodniste, białawe; biegunka częsta, również wodnista, biaława; ciągle omdlewanie. Jest to jeden z pierwszych przypadków cholery. Po zastosowaniu 1,0 piżma [0,3 co 2 godziny] wymioty natychmiast ustąpiły, biegunka ustępowała powoli, a chora wkrótce wróciła do zdrowia.

Drugi i trzeci przypadek obserwowałem w Słupnie, gdzie mieliśmy najsilniejszą cholere; człowieka najzdrowszego w kilka godzin widzieliśmy już na łóżku śmiertelnem. Ani jeden z tych, którzy tam przedtem zachorowali [a było ich 6], nie wyzdrowiał. Te dwa przypadki dotyczą włościanki lat koło 30 i jej syna, lat 7. Stan ich był beznadziejny, jak to oceniliśmy wspólnie z kol. WIERZEJEWSKIM. U włościanki bez przerwy wymioty, biegunka, kurecze; chora wiała się na ziemi; świadomość osłabła; ciało, jak zwykle, zimne, tętna niema, oczy zapadłe, sine, nos zaostrozony. Syn tej kobiety był w podobnym stanie, choć nieco lepszym. Po zastosowaniu piżma u kobiety [jak poprzednio] wymioty natychmiast ustały, biegunka stawała się mniejszą, a na drugi dzień już wyczuwałem tętno; chora wkrótce wyzdrowiała. Synowi zaś zaleciłem dopiero pod koniec drugiego dnia piżmo z powodu wielkiego osłabienia i uporczywych wymiotów; i tu wymioty odrazu ustąpiły, a stan chorego się poprawił. W tym razie zmniejszyłem dawkę ze względu na wiek dziecięcy [3 proszki po 0,12].

Czwarty przypadek dotyczy syna dzierżawcy wiatraka: dziecko, lat 7, leżało w ciągłej śpiączce, przewracało się na łóżku dzień i noc; oczy przewrócone do góry, widać tylko białkówki. Częste zgrzytanie zębami, świadomość zamroczona. Zaleciłem pięć proszków piżma po 0,18 co dwie godziny proszek. Dziecko wkrótce wyzdrowiało.

O piątym przypadku już wyżej wspomniałem: jest to ten sam, w którym wywiązał się tyfoid choleryczny. I w tym przypadku, choć skończył się śmiercią, zanotować należy, że uporczywe i częste wymioty pod wpływem piżma odrazu ustąpiły.



Szósty przypadek również śmiertelny; chory najadł się pierników. Stan owego chorego był taki sam, jak u włościanki ze Słupna; takie same było i polepszenie; między innymi niezmiernie silne wymioty ustały po przyjęciu piżma. Wszelako po błędnie dyetetycznym nastąpiło pogorszenie i śmierć.

Obserwacje czterech następnych przypadków zawdzięczam kól. WIERZEJEWSKIEMU. Z pomiędzy nich jeden był śmiertelny; jest to trzeci z wyżej wspomnianych, a dotyczy garbatego, ze zmianami chorobowymi w płucach. Godzi się wspomnieć, że i u tego chorego wymioty po użyciu piżma zupełnie ustąpiły.

Co do przypadku ósmego [żydóweczka lat 12], to przed użyciem piżma znajdujemy w karcie szpitalnej, co następuje: „wymioty bardzo częste, biegunka kilka razy wodnista, upadek sił znaczny; tętno bardzo słabe, 120 na minutę i t. d.“. Na drugi dzień po zastosowaniu piżma [3 proszki po 0,15] czytamy: „tętno 96, twarz czerwona, wymiotów nie ma“.

W 9-tym i 10-tym przypadku dawkę piżma z powodu uporczywych wymiotów podwoiłem; oprócz silnego pobudzenia wybitnym skutkiem działania piżma było i tu ustąpienie wymiotów. W tych przypadkach nastąpiło wyzdrowienie [żyd lat przeszło 40 i żydówka lat 33].

Przy opisie poszczególnych przypadków umyślnie nie wdawałem się w niepotrzebne szczegóły, by nie trudzić czytelnika. Obraz chorobowy ciężki wyobrazić sobie łatwo. W całym opisie akcentowałem głównie to działanie piżma, że zupełnie usuwa wymioty. Jeżeli dodamy do tego silne pobudzenie, o które nam tak chodzi w ciężkim stanie chorego, to czyż znajdzie się środek, któryby mógł współzawodniczyć w cholerze z piżmem? Po ustąpieniu wymiotów zwolna zjawia się tętno, a ciepłota tak się podnosi, że w końcu drugiego dnia już przy dotykaniu chorego nie uczuwamy tego przykrego wrażenia zimna, jakie poprzednio istniało. Za podniesieniem się ciepłoty ciała idą wkrótce szkarlatne rumieńce, zajmujące całą twarz. Nie można wszelako przemilczeć o bagatelnym, ale uporczywym objawie po przyjęciu piżma: jest nim częsta czkawka. Pokonać ją można łatwo za pomocą wina.

Na zakończenie kilka słów o cenie. Jeden gram piżma kosztuje w zwykłej sprzedaży aptekarskiej, odpowiednio podzielony, koło 6 rubli. [Nalewka prawie wcale nie działa]. Czyż ten wzgląd drożyzny może nas wstrzymywać, jeżeli już nie od uratowania życia, to choć od przyniesienia wielkiej ulgi choremu? Nawet biedny człowiek zdobędzie się na tę sumę, a dla nędzarzy znajdują się środki w społeczeństwie.

*Radzymin, d. 10 listopada, 1893.*



## II. OBUSTRONNE OBRZMIENIE JĄDER I PRZYJĄDRZY W PRZEBIEGU INFLUENZY.

Podat

**J. Józefowicz** [z Kowna].

W N-rze 47 Gazety Lekarskiej z r. 1892 w artykule zatytułowanym: „Czy bywa samoistne zapalenie przyjądrza i jądra“, D-r ANT. EISENBERG opisuje przypadek obrzmienia obu jąder i przyjądrzy; obrzmienie to autor skłonny jest przypisać wpływowi zarazka influenzy. W przypadku tym w tydzień po 4-dniowej influenzy pojawiło się bez gorączki obrzmienie lewego jądra. Kiedy po kilku dniach lewe jądro zaczęło przychodzić do prawidłowego stanu, bez żadnej widocznej przyczyny obrzmiło prawe jądro, także bez gorączki. Po upływie trzech tygodni prawe jądro powróciło do zwykłej prawie swej wielkości. W obu jednak przyjądrzach pozostały twarde, włóknistej spistości, guziczki.

Oprócz przytoczonego przypadku, w dostępnej mi literaturze nie spotkałem żadnej wzmianki o tym przedmiocie.

Na wiosnę roku bieżącego mieliśmy w naszym mieście epidemię influenzy, przyczem w jednym z obserwowanych przezemnie przypadków pojawiło się obustronne obrzmienie jąder i przyjądrzy. Przypadek ten jest następujący.

J. K., 32 lat, żonaty, dobrze zbudowany i odżywiany, w dzieciństwie miał objawy żołązków, a przed sześciu laty przebył rzeżączkę, która ustąpiła po kilku tygodniach bez żadnych powikłań. Dnia 10 kwietnia 1893 r. dostał dreszczyków, gorączki, bólu głowy i bólu w lewym jądrze, które obrzmiło. Zawezwany lekarz zaordynował maść z jodku potasu i belladony. Ból jądra trwał do 14 kwietnia; obrzmienie stopniowo się zwiększało; do tego wszystkiego dołączyły się bóle i darcie w kończynach dolnych.

Dnia 14 kwietnia chory poczuł się lepiej, przyczem obrzmienie jądra zaczęło ustępować.

Dnia 15 kwietnia dostał silnego dreszczu, bólu w głowie i w karku i uczucia łamania w kończynach dolnych; jednocześnie obrzmiło prawe jądro.

Dnia 16 kwietnia wieczorem zostałem zawezwany, przyczem zastałem stan następujący: chory skarży się na silny ból głowy, oczu, karku, ból w okolicy śledziony, w kończynach dolnych i w prawym jądrze, oraz na męczący suchy kaszel. Spojówki zaczerwienione, głos z odcieniem nosowym. Ciepłota 39,2°, tętno 100; gardziel zaczerwieniona, prawy migdał trochę obrzmiły; w płucach oddech zastrzony i rżenia suche; brzuch umiarkowanie wzdęty, okolica śledziony bolesna na ucisk, śledziony nie wyczuwa się, górna granica jej tępości dochodzi do VII-go żebra; stolców nie było 2 dni, język obłożony, łąknienie zniesione. Oba jądra obrzmiłe i bolesne, lewe mniej niż prawe; obrzmiłe i bolesne nie tylko same jądra lecz i przyjądrza, szczególnie ich główki; jądra umiarkowanie twardej spistości, z prawej strony obrzmiły i bolesny sznurek nasienny. Żadnych objawów rzeżączki; mocz nitek tryprowych nie zawiera. Zaleciłem olej



rycynowy, fenacetynę w dawkach 0,6 i maść, której chory używał. Po jednej dawce fenacetyny ciepłota opadła do 37° przy obfitych potach.

Dnia 17. IV. rano ciepłota 38,8°. Chory miał jedno wypróżnienie; lewe jądro znacznie mniej obrzmiało, prawe w tym samym stopniu, lecz nieco mniej bolesne; ból głowy ustąpił, pozostał tylko ból w okolicy śledziony; dolny brzeg śledziony wyczuwalny. Język mniej obłożony, kaszel większy, nieżyt nosa wzmógł się. Oprócz fenacetyny, zapisałem apomorfinę z kodeiną. O godzinie 2-iej ciepłota 38,4°, o 5-ej 39,3°, o 1-ej w nocy 37,2°; chory silnie się spocił.

Dnia 18. IV. o 6-ej rano ciepłota 36,1°, o 12-ej 36,8°, ostatnią dawkę fenacetyny chory przyjął dnia poprzedniego około 5-ej wieczorem, wogóle zaś wyżył tylko dwie dawki. Kaszel mniejszy, łaknienie lepsze; lewe jądro normalne, prawe bardzo mało bolesne i znacznie mniejsze. Mocz, oddany zrana, nitek tryprowych nie zawiera.

Dnia 19. IV. Chory czuje się zupełnie dobrze, tylko jest bardzo osłabiony; prawe jądro niebolesne, lecz jeszcze trochę obrzmiało. Po kilku dniach chory przyszedł do zupełnego zdrowia.

Chociaż chory przed sześciu laty miał rzeżączkę, lecz nie można stawiać obrzmienia jąder w związek z tą ostatnią, gdyż z jednej strony dwukrotne badanie tak chorego, jak i moczu nie wykryło żadnych śladów tego cierpienia i chory od czasu wyleczenia nigdy nie spostrzegał najmniejszych objawów trypra; z drugiej zaś strony charakter i przebieg zajęcia jąder do pewnego stopnia są innemi, niż przy obrzmieniu pochodzenia tryprowego, które najczęściej zajmuje jedno jądro i trwa znacznie dłużej, przyczem tak jądro, jak i przyjądrze bywają znacznie twardsze. Oprócz influenzy nie było żadnych innych widocznych przyczyn. Wiemy, iż niektóre cierpienia zakaźne mogą spowodowywać obrzmienie jąder, a w epidemicznym zapaleniu gruczołu przyusznego zalicza się ono do najczęstszych powikłań. Mając to na uwadze, już z góry można podejrywać, iż w takim cierpieniu, jak influenza, która wywiera swój wpływ prawie na wszystkie narządy, mogą zachodzić i zmiany w jądrach, za czem przemawia i to, że spostrzegano cierpienia narządów płciowych u kobiet, których przyczyną była influenza. Sam przebieg cierpienia przemawia też bardzo za tem: zajęcie lewego jądra wystąpiło prawie jednocześnie z pierwszymi objawami influenzy, przy obrzmieniu zaś prawego wzmogły się i objawy influenzy, jednocześnie zaś z jej ustąpieniem i jądra wróciły do stanu normalnego. Taki początek i przebieg obrzmienia jąder bardzo przypominają te przypadki, w których w kilka godzin po wystąpieniu pierwszych objawów influenzy fizykalne badanie wykrywało objawy zgęszczenia całego zrazu płuca, i objawy te często ustępowały w bardzo prędkim czasie.

Przypadek mój do pewnego stopnia różni się od przytoczonego przypadku D-ra ELSENBERGA tem, iż w danym razie zajęcie jąder pojawiło się w czasie influenzy, nie było w tak silnym stopniu i ustąpiło w bardzo krótkim czasie, nie pozostawiwszy żadnych widocznych zmian. Otóż, zdaje mi się, iż podobny przebieg więcej przemawia za związkiem z influenzą, niż w przypadku D-ra ELSENBERGA.



### III. O SKŁADZIE CHEMICZNYM DZIEG CIA SOSNOWEGO

#### I O JEGO WŁASNOŚCIACH DEZYNFEKCYJNYCH.

#### I O JEGO WŁASNOŚCIACH DEZYNFEKCYJNYCH.

Prof. M. Nencki i D-r Sieber.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr 48].

#### III.

#### Własności dezynfekcyjne dziegcia.

Przekonawszy się uprzednio przy badaniach przedwstępnych o własnościach dezynfekcyjnych dziegcia sosnowego, chemiczne poszukiwania przeprowadziliśmy głównie w celu wyosobnienia produktów przydatnych do dezynfekcji. W rozdziale niniejszym, przechodząc do własności dezynfekcyjnych, w kilku słowach mamy zamiar poprzeć opis doświadczeń podaniem tych poglądów, które stanowiły punkt wyjścia dla naszych badań, oraz opisaniem metody, którą zastosowaliśmy w celu określenia własności dezynfekcyjnych.

Jako nauka, bakteryologia istnieje zaledwie lat dwadzieścia, nie mniej jednak żadna inna gałąź medycyny nie okazuje tak wielkiej działalności, ani posiada tak obszernej w stosunku do czasu literatury. Łatwo pojąć, że metody dezynfekcji nie były opracowane odrazu. Badania różnych autorów nie były wykonane według jednego planu ogólnego; to też wyniki, otrzymane przez najbieglejszych badaczy, często są zupełnie niezgodne. R. KOCH <sup>1)</sup> twierdzi w swej pracy o dezynfekcji, że zarodniki karbunkułowe giną po 2-ch dniach w 5% roztworze kwasu karbolowego; uczeń zaś jego K. FRAENKEL <sup>2)</sup> podaje przeciwnie, że zachowują one swoją żywotność po upływie 30 do 40 dni. Długość istnienia zarodników, gęstość powłoczki, ilość wody w nich zawartej w danym przypadku mogłyby mieć większe znaczenie; to też K. FRAENKEL rozróżnia cztery kategorie zarodników karbunkułowych, stosownie do ich stopnia odporności: 1-o zarodniki mało odporne, 2-o odporne, 3-o bardzo odporne, 4-o w najwyższym stopniu odporne.

Podłoże, na którym bakterye się znajdują, posiada znaczny wpływ na ten stopień odporności. Według doświadczeń K. FRAENKEL'a, w celu zabicia tych bakteryi użyć należy 20 razy więcej 1% roztworu sublimatu, niż wtedy, gdy są zawieszane w wodzie i 250 razy więcej, aniżeli wtedy, gdy znajdują się w surowicy krwi. Rzeczywiście reakcyja chemiczna, zachodząca pomiędzy materią dezynfekcyjną a środkiem odżywczym, tworzenie się osadów, krzepnięcie materii białkowych i t. d., w przypadku tym nie są pozbawione znaczenia; nie

<sup>1)</sup> R. KOCH. Ueber Desinfection. Mittheil. aus dem kais. Gesundheitsamte. T. I. 1891. s tr. 234.

<sup>2)</sup> C. FRAENKEL. Zeitschrift f. Hygiene. 1889. T. VI. str. 521.



bez wpływu również pozostaje ciepłota środowiska. Według HENLE'go, spirylle choleryczne przy ciepłocie  $-3^{\circ}\text{C}$ . nie tracą swej żywotności w ciągu [jednej godziny pod wpływem 1% roztworu sublimatu, gdy natomiast giną po kilku minutach przy  $36^{\circ}\text{C}$ . W ogóle środki dezynfekcyjne okazują najsilniejsze działanie przy ciepłocie ciała.

Aby otrzymać pewne wyniki co do działania środków dezynfekcyjnych, przynajmniej trzy razy przenosić należy hodowle do 10—15 ctm. sz. bulionu [żelatyny lub agaru, w razie potrzeby przeprowadzenia badań na płytkach]; badanie kontrolujące na drodze szczepienia zwierząt jest zwodniczem: nawet w razie wyniku ujemnego, t. j. gdy zwierzę po zaszczepieniu zdrowem pozostaje, nie mamy jeszcze dowodów, że mikroby zniszczone zostały pod wpływem środka badanego, ponieważ pierwszy skutek działania środków antyseptycznych polega na osłabieniu zakaźności, własności fermentacyjnych i t. d. danej hodowli, w następstwie dopiero środki antyseptyczne powstrzymują rozwój i rozmnażanie się bakterii.

Rozróżnić należy działanie dezynfekcyjne czynników fizycznych i chemicznych, doprowadzające do zupełnego zniszczenia bakterii, od działania antyseptycznego, które wywołuje tylko powstrzymanie ich rozwoju i rozmnażania się. Ze względu na to, że budowa i własności fizyko-chemiczne różnych gatunków bakterii są bardzo różnorodne, zdarza się często, że ta sama materya przy innych jednakowych warunkach okazuje na pewne gatunki bakterii działanie dezynfekcyjne, na inne zaś natomiast antyseptyczne.

Rozróżnić należy również pomiędzy materyami dezynfekcyjnymi te środki, które zabijają tylko postacie wegetacyjne, zdolne do rozwoju i rozmnażania się, od tych, które zdolne również są do niszczenia postaci stałych, t. j. zarodników. Można *a priori* przypuszczać, że te ostatnie postacie są odporniejsze od pierwszych na wpływ czynników dezynfekcyjnych i antyseptycznych, co zresztą wielokrotnie w praktyce było stwierdzonem.

W celu otrzymania w doświadczeniach nad własnościami antyseptycznymi pewnej materyi wyników najbardziej zbliżających się do rzeczywistości i możliwych do porównania, w pracowni naszej użyliśmy sposobu następującego:

Najpierw przenosiliśmy hodowle danego mikroba [tyfusu, dyfterytu, cholery, stafilokoka ropotwórczego, lasecznika sino-ropnego i t. d.] do próbówki, kontrolującej, która zawiera około 10 ctm. sześciennych wyjałowionego bulionu. Następnie wlewano do hodowli określoną ilość [1, 2 ctm. sześć.], lub równą objętość materyi dezynfekcyjnej i mieszanię silnie kłócono. W określonych odstępach czasu, np. co 2, 4, 6, 10, 20, 30 minut przenoszono z tej mieszaniny, za każdym razem po trzy uszka platynowe do bulionu wyjałowionego. Po każdym przeszczepieniu skłóca się zawartość próbówki, którą w tym celu najlepiej poprzednio zatkać korkiem kauczukowym. Następnie wszystkie nowe hodowle, zarówno jak i próbówkę kontrolującą przechować należy w termostacie, przy ciepłocie  $37^{\circ}\text{C}$ . i codziennie w ciągu 10—15 dni poddawać badaniu. Jeżeli bulion, żelatyna lub agar po zaszczepieniu pozostają przezroczystymi, jest to dowód, że bakterie nie rozwinęły się. Jeżeli natomiast zauważono najmniejsze zmętnienie, natenczas badano płyn drobnowidzowo na pre-



paratach zabarwionych i niezabarwionych. Przy pewnem doświadczeniu można już orzec na pewno, czy męt zależy od bakterii przeszczepionych, czy też od domieszek, pochodzących z powietrza z powodu niedokładności koreczków watawowych. Jeżeli bulion pozostaje przezroczystym, to w celach kontrolujących przenosi się nań też same bakterie, uprzednio nie poddane działaniu środka dezynfekcyjnego, a jeżeli męt tworzy się po upływie 1 do 3 dni, to dowodzi, że na bulionie mogą się te bakterie rozwijać. Dla niektórych jednak gatunków bakterii metodę tę zmienić należy, np. w celu zbadania działania dezynfekcyjnego, pewnego środka na laseczniki gruźlicze lub karbunkułowe należy przechowywać hodowle przy ciepłocie 37,5° C.—38° C. w ciągu 15 do 20 dni.

W doświadczeniach nad bakteriami, posiadającymi zarodniki, trzymaliśmy się metody R. Koch'a, ponieważ ani kawałki papieru, ani kółka platynowe, ani płytki szklane nie nadawały się; zamiast nitok jedwabnych używaliśmy nitok wełnianych lub bawełnianych, pociętych na kawałki długości 1 cm.. Zanurzano na czas pewien kawałki wełny lub bawełny wraz z zarodnikami w nich znajdującymi się w ziegni, w alkalicznym lub kwaśnym jego roztworze, przemywano je następnie w alkoholu aż do odbarwienia pierwotnie brązowawo zabarwionej nitki, przenoszono ją do bulionu wyjałowionego i umieszczano w termostacie. Tam należy je pozostawić przynajmniej przez 6 dni [nawet stosowniej na czas dłuższy], ponieważ zarodniki, osłabione działaniem środków dezynfekcyjnych, rozwijać się zaczynają 3 lub 4 dnia. Ponieważ bakterie, jak wiadomo, trudniej ulegają zniszczeniu w żelatynie, agarze i surowicy krwi, aniżeli w bulionie, oddzielny przeto szereg doświadczeń poświęciliśmy badaniu wpływu środków dezynfekcyjnych na hodowle w surowicy krwi, a jednocześnie dokonywaliśmy szczepień kontrolujących w bulionie wyjałowionym. Wyniki tych doświadczeń zebrane są w tablicy III.

(Patrz tablicę II-gą i III-cią na str. 1323 i 1324).

Niektóre bakterie, np. spirylle choleryczne, łatwiej giną w hodowlach czystych, aniżeli zmieszane z innymi hodowlami, np. z bakteriami przewodu pokarmowego. Ze względu na to przeprowadziliśmy równoległe doświadczenia nad czystymi hodowlami lasecznika przecinkowego, a z drugiej strony nad hodowlami tych pasożytów, zmieszanych z innymi mikroorganizmami, które były otrzymane w hodowlach na bulionie i pochodziły z zawartości kiszek cienkich chorego zmarłego na cholera [p. tabl. VII i IX].

Co się zaś tyczy wyboru bakterii, jako przedmiotu służącego do określenia siły dezynfekcyjnej, to w kwestyi tej wogóle nie można powiedzieć nic pewnego z powodu różnorodności mikroorganizmów i celów doświadczeń tego rodzaju. Ani zawsze, ani wszędzie można mieć do czynienia z zarodnikami i kwasem karbolowym, który aczkolwiek nie zabija odpornych zarodników karbunkułowych, oddał jednak wielkie usługi w praktyce. Doświadczenia nasze przeprowadziliśmy głównie na 2 gatunkach mikroorganizmów: nad cholera, ponieważ są to bakterie najmniej odporne i nad lasecznikiem sino-ropnym, jako najbardziej odpornym i dającym w hodowlach najbardziej charakterystyczny obraz makroskopowy. Użyte przez nas zarodniki karbunkułowe powinny być umieszczone, podług klasyfikacji FRAENKEL'a, w rzę-



T a b l i c a II.

Porównanie własności dezynfekcyjnych dziegicia sosnowego, osiczynowego i brzożowego.

Czas oznaczony w minutach. Znak + oznacza rozwój bakterji, znak — brak rozwoju.

Dziegieć.	Hodowle bulionowe.						Hodowle na surowicy krwi.																			
	Bakterje kisz-kowe, pochodzące od człowieka zmarłego na choleryę.		Przecinko-wiec Koch'a.		Lasecznik tyfusowy.		Lasecznik sino-ropny.		Bakterje kisz-kowe, pochodzące od człowieka zmarłego na choleryę.		Przecinko-wiec Koch'a.		Lasecznik tyfusowy.		Lasecznik sino-ropny.											
	5	10	25	45	120	5	10	25	45	120	5	10	25	45	120	5	10	25	45	120	180	15	30	45	120	180
Dziegieć sosnowy 0,5 ctm. sz. w 10 ctm. sz. hodowli.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda sosnowo-dziegiciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Roztwór alkaliczny dziegicia sosnowego 10:10 . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć osiczynowy 0,5 ctm. sz. w 10 ctm. hodow.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda osiczynowo-dziegiciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Roztwór alkaliczny dziegicia osiczynowego . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć brzożowy 0,5 ctm. sz. w 10 ctm. sz. hodowli.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda brzożowo-dziegiciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Roztwór alkaliczny dziegicia brzożowego . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5% roztwór nieoczyszczonego [50%] kwasu karbol.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5% roztwór czystego [100%] kwasu karbolowego . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+



T a b l i c a III.

Dezynfekcyjne własności różnych destylatów częściowych z dziegcia sosnowego.

Hodowle zmieszano z równą objętością plynu dezynfekcyjnego. Znak + oznacza rozwój bakteryi, znak — brak rozwoju. Cyframi rzymskimi oznaczono gatunki bakteryi, mianowicie: I spirylle Koch'a; II bakterye kiszkowe, pochodzące od człowieka zmarłego na cholere; III lasecznik tyfusowy, IV lasecznik sino-ropany.

Czas działania oznaczony. . . . .	W minutach.										W godzinach.					
	2	4	6	8	10	12	15	20	25	35	45	1	2	3	4	5
<b>Destylat 170--200°. 1 ctm. sześć. rozpuszczono w 1 litrze wody ciepłej.</b>																
I . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
III . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
IV . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Destylat 170—200°. 1 ctm. sześć. rozpuszczono w 1 litrze 1% roztworu KOH.</b>																
I . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
III . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
IV . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Destylat 220°. 1 ctm. sześć. w 1 litrze wody gorącej.</b>																
I . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
III . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
IV . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Destylat 220°. 1 ctm. w 1 litrze 1% roztworu KOH.</b>																
I . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
III . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
IV . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Destylat 220—270°. 1 ctm. sześć. w 1 litrze wody ciepłej.</b>																
I . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
III . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
IV . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Destylat 220—270°. 1 ctm. sześć. w 1 litrze 1% roztworu KOH.</b>																
I . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
III . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
IV . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

dzie zarodników najbardziej odpornych; pochodziły one z trupa człowieka zmarłego na karbunkuł. Również wykonaliśmy kilka doświadczeń nad działaniem dziegcia i jego przetworów na laseczniki tyfusowe dyfterytyczne i *staphylococcus aureum*. Wszystkie doświadczenia tego rodzaju mogą tylko wtedy mieć wartość istotną, jeżeli, o ile możności, zbliżone są do warunków życia praktycznego; ró-



wniez działanie zabójcze wyższych ciepłot może się okazać tylko w tych przypadkach skutecznem, w których ciepłoty te otrzymać można; materye dezynfekcyjne plynne działają tylko wtedy, gdy są w dokładnem zetknięciu z mikro-bami. Zamknięte w warstwach śluzu lub tłuszczu, mikroby nie giną pod wpływem nawet najsilniejszych środków dezynfekcyjnych, jeżeli działanie to nie będzie ułatwionem przez środki mechaniczne.

W doświadczeniach naszych zauważyliśmy, że przetwory dziegicia posiadają bardzo różną siłę dezynfekcyjną stosownie do tego, czy bakterye i ich zarodniki ulegały ich wpływowi przy 37° C, czy też przy ciepłocie 10° C.—20° C. [p. tablicę IX].

Środki dezynfekcyjne i antyseptyczne powinny posiadać cały szereg własności, których jedna część tylko może być rozwinięta w stopniu pożądanym. Nie ulega wątpliwości, że niema środka antyseptycznego, któryby mógł odpowiadać zarówno wszystkim potrzebom życia praktycznego. Przy pewnem i szybkim działaniu powinien on być zupełnie nieszkodliwym dla ustroju człowieka i zwierząt, powinien odkażać przedmioty, nie niszcząc ich, cenę powinien posiadać możliwie najniższą, a być dla wszystkich do użytku przydatnym. Oczywiście dobry środek dezynfekcyjny nie będzie w jednakowym stopniu dogodnym w każdym przypadku. Dziegieć drzewny np. najdogodniej stosować przy dezynfekcyi dolów kloaczych, ścieków, ulic, wagonów, okrętów i t. p., w postaci nie zmienionej lub też w postaci emulsyi z wodą gorącą. W innych natomiast przypadkach odpowiedniejszym będzie roztwór jego kwaśny lub alkaliczny w postaci wody dziegciowej lub octu drzewnego. Z drugiej zaś strony silne działanie dezynfekcyjne posiadają fenole dziegicia, wrzące przy ciepłocie 200° C.—240° C. w postaci nie zmienionej lub też rozcieńczone w roztworze potasu lub ługu żrącego [p. tablicę IV i V]. Wreszcie w celach leczniczych, zwłaszcza przy suchotach płucnych, stosuje się jeden z produktów dziegicia, kreozot, t. j. destylat dziegicia, wrzący przy 200° C.—220° C. i składający się przeważnie z guajakolu i guajakolu metylowego.

W części chemicznej naszej pracy zwróciliśmy uwagę na fakt, że dziegieć sosnowy różnego pochodzenia posiada bardzo różny skład chemiczny. Badanie bakteriologiczne dowiodło następnie, że antyseptyczne działanie różnych gatunków dziegicia zależy nietylko od zawartości fenolów, lecz również i od ilości kwasów, wody, stopnia zgęszczenia i t. d. [p. tablicę V].

Dopóki dziegieć w Rosyi będzie przygotowywany różnymi sposobami, jak to ma miejsce w różnych miejscowościach, w kotłach gorzelnianych, w dołach węglowych i t. d., dopóty skład chemiczny i jego własności dezynfekcyjne powinny być sprawdzane uprzednio w aptekach lub też w pracowniach umyślnie w tym celu urządzonych. Badając różne gatunki dziegicia brzozonego odnośnie do ich siły dezynfekcyjnej, doszliśmy do przekonania, że są mniej skuteczne, aniżeli dziegieć sosnowy [p. tablicę V]. Stąd też w praktyce dziegieć brzozy nie jest przydatnym, co zresztą nie odnosi się bynajmniej do otrzymywanych z niego fenolów.



Porównanie dezynfekcyjnych własności różnych znajdujących się w handlu gatunków dziegcia sosnowego. Do 10 ctm. sześć. hodowli dodawano 0,5 ctm. sześć. dziegcia, czyli 10 ctm. sześć. wodnego lub alkalicznego roztworu dziegcia. Czas do  $\frac{3}{4}$  go-dziny oznaczony w minutach, następnie w godzinach. Znak + oznacza rozwój bakterji, znak — brak rozwoju.

Czas działania.	Lasecznik przecinkowy Кооh'a.			Bakterje kiszkowe pochodzące od człowieka zmarłego na cholere.			Lasecznik tyfusowy.			Lasecznik sinopny.		
	W minutach.	W go-dzinach	W go-dzinach	W minutach.	W go-dzinach	W go-dzinach	W minutach.	W go-dzinach	W minutach.	W go-dzinach	W go-dzinach	
<b>Płyn dezynfekcyjny.</b>												
Dziegieć № 1, 0,5 ctm. sz. na 10 ctm. sz. hodowli 10 ctm. sz. wody dziegciowej na 10 ctm. sz. hodowli.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć № 2, 0,5 ctm. sz. na 10 ctm. sz. hodowli . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda dziegciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alkaliczny roztwór dziegcia 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć № 3, 0,5 ctm. sz. na 10 ctm. sz. hodowli . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda dziegciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alkaliczny roztwór dziegcia 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć № 4, 0,5 ctm. sz. na 10 ctm. sz. hodowli . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda dziegciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alkaliczny roztwór dziegcia 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć № 5, 0,5 ctm. sz. na 10 ctm. sz. hodowli . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda dziegciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alkaliczny roztwór dziegcia 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć № 6, 0,5 ctm. sz. na 10 ctm. sz. hodowli . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda dziegciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alkaliczny roztwór dziegcia 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć № 7, 0,5 ctm. sz. na 10 ctm. sz. hodowli . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda dziegciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alkaliczny roztwór dziegcia 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć № 8, 0,5 ctm. sz. na 10 ctm. sz. hodowli . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda dziegciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alkaliczny roztwór dziegcia 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dziegieć № 9, 0,5 ctm. sz. na 10 ctm. sz. hodowli . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Woda dziegciowa 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alkaliczny roztwór dziegcia 10:10 . . . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+







T a b l i c a V I.

Ocet drzewny (*acetum pyrolignosum*), zawierający 5,4% kwasu.

Czas trwania oznaczony w minutach. 10 ctm. sześć. hodowli bulionowej i na surowicy krwi mieszano z 2 ctm. sześć. płynu dezynfekcyjnego. Rzymskimi cyframi oznaczono gatunki bakteryi, mianowicie I przecinkowiec Koch'a, II bakterye kiszkowe, pochodzące od człowieka zmarłego na cholere, III lasecznik tyfusowy, IV lasecznik sinoropny, V lasecznik dyfterytyczny.

Czas działania.	Hodowle bulionowe.							Hodowle na surowicy krwi.										
	2	4	6	10	25	35	45	60	120	2	4	6	10	25	85	45	60	100
<i>Acetum pyrolignosum crudum</i> <sup>1)</sup> .																		
I . . . . .	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	-	-
II . . . . .	+	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-
III . . . . .	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-
IV . . . . .	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	-	-
V . . . . .	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-
<i>Acetum pyrolignosum</i> , zobojętniony sodą.																		
I . . . . .	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-
II . . . . .	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-
III . . . . .	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-
IV . . . . .	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-

O wartości dziegcia osieczynowego nie możemy zdania swego wypowiedzieć, ponieważ nad nim badań chemicznych nie ukończyliśmy. Dwie próby tego dziegcia, otrzymane za pośrednictwem p. Bormana, jako produkty czyste, gwarantowane, posiadały ciężar właściwy, wyższy od ciężaru właściwego wody i pod względem dezynfekcyjnym zbliżyły się do dobrego dziegcia sosnowego. Trzecia próba tegoż dziegcia, otrzymana z Nowgorodu, posiadała ciężar właściwy niższy od wody i słabe działanie dezynfekcyjne [p. tablicę II]. [C. d. n.]

<sup>1)</sup> Kwaśność 10 ctm. sześć. bulionu lub surowicy krwi, do których dodawano 2 ctm. sześć. octu drzewnego, stanowi 0,0108; alkaliczności bulionu i surowicy przy obliczeniu nie uwzględniono.



## NOTATKI LEKARSKIE.

### 18. Conglutinatio labiorum minorum vulvae.

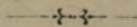
Zboczenie to należy do rzadkości; Βόκαι na wiele tysięcy małych dziewczynek, badanych umyślnie w tym kierunku, znalazł zrost taki zaledwie u 39 <sup>1)</sup>. W roku bieżącym, w przeciągu krótkiego czasu, zdarzyło mi się widzieć w ambulatoryum szpitalnem dwa przypadki zlepiania warg sromnych mniejszych.

Oba one, bliźniaczo do siebie podobne, dotyczyły dziewczynek dwu i półtorarocznej, przywiezionych z prowincyi do szpitala starozakonnych na poradę. Jak w pierwszym, tak i w drugim przypadku wargi mniejsze były na całej długości ze sobą zlepione i przedstawiały się jako błona jednolita, cienka, różowa, sucha i połyskująca, która, zakrywając wejście do pochwy, pozostawiała tylko u góry pod lechtaczką otwór nieznaczny, pozwalający moczowi wypływać na zewnątrz. W oddawaniu moczu nie było nigdy żadnej przeszkody. W obu razach od matek dowiedziałem się, że zarośnięcie na dole zauważyły u swych dzieci już wkrótce po porodzie, a więc zdaje się być rzeczą niewątpliwą, że dzieci te przyszły już na świat ze zrośniętymi wargami sromnymi.

Ponieważ błona była bardzo cienka, więc w pierwszym przypadku spróbowałem, czy się nie uda rozdzielić zrostu tego przez odciąganie warg większych jednej od drugiej. I w samej rzeczy, usuwając w ten sposób palcami wargi większe, spostrzegłem, że błona zaczęła się po środku rozdzielać, a rozchodząc się coraz głębiej, uległa wreszcie zupełnemu rozlepieniu na dwie oddzielne wargi mniejsze, poza którymi ukazało się wejście do pochwy. W drugim przypadku postąpiłem tak samo i również z pomyślnym skutkiem. Sączenie krwi, w obu razach bardzo nieznaczne, ustało zupełnie za dotknięciem kilkakrotnem suchą watą powierzchni krwawiących. Po upływie dni kilku, widziałem dzieci poraz drugi i mogłem stwierdzić zupełne zagojenie się powierzchni świeżo rozdzielonych warg mniejszych.

Przypadki analogiczne opisali także niedawno SAENGER i ROSS (*Centr. f. Gynäk.* 1891. Nr. 50 i 1892. Nr. 15) Zweigbaum.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



ALFRED FOURNIER

## „LECZENIE SYFILISU“.

Streścił

Antoni Elsenberg.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 49].

Na wehłanianiu rtęci przez skórę polegają i dwie inne metody leczenia, mianowicie: leczenie plastrami i kąpielami rtęciowemi.

Pierwsze jest starej daty. Z początku plastra merkuryalnego, który po dziś dzień nosi nazwę plastra *de Vigo*, używano tylko miejscowo na wykwyty syfilityczne; dla leczenia zaś ogólnego racjonalnie zaczęto go stosować za na-

<sup>1)</sup> Jahrbuch f. Kinderheilkunde N. F. V Band, 1872. str. 166.



szych czasów. W ostatnich latach plaster kalomelowy miał zająć miejsce zwykłego plastra merkuryalnego, lub plastra UNNY. Na oczyszczoną skórę przykłada się i umocowuje 1 decimetr kwadratowy rozsmarowanego plastra kalomelowego<sup>1)</sup> i pozostawia się go przez dni 8, później zastępujemy go przez świeży i t. d. Leczenie takie jednak należy do bardzo słabych i w poważniejszych postaciach syfilisu oraz jako główne leczenie nie może mieć zastosowania.

**Kąpiele rtęciowe**, dziś już prawie zarzucone, używane były przeważnie w leczeniu syfilisu u dzieci. Ich działanie i ilość wchłanianej przez skórę rtęci jest bardzo różna; jeżeli skóra pokrytą jest np. wysypką wrzodziejącą, ilość wchłanianej rtęci może być bardzo znaczną, w przeciwnym zaś razie równa się prawie zeru. Jednak działanie ich miejscowe jest bardzo intensywne, tak, że nieraz najuporczywsze wykwyty syfilityczne bardzo szybko ustępują, natomiast działanie ogólne kąpeli sublimatowych jest bardzo słabe u dzieci, prawie żadne u dorosłych.

Na jedną kąpiel sublimatową dajemy 20,0—60,0 sublimatu i tyleż salmiaku. Zastosowanie tych kąpeli jest bardzo ograniczone. U dorosłych przepisujemy je przy uporczywych wysypkach, u dzieci niekiedy jako główne leczenie.

Tutaj należy wspomnieć jeszcze o **okadzaniach**. W minionych stuleciach cieszyły się one taką popularnością, jak i wcierania, gdyż równie szybko doprowadzały do tak upragnionego przez lekarzy i chorych ślinotoku.

Okadzania dzisiaj stosowane nie mają cienia nawet podobieństwa do okadzań przeszłowiekowych. Te ostatnie doprowadzały do charłactwa, nieraz chorób następnych, a nawet i śmierci w samej celi podczas okadzania. Skoro więc powoli doszli lekarze do przyczyn tak niefortunnego leczenia, zaczęli je stopniowo modyfikować, tak, że dziś używają do okadzań tylko czystego kalomelu, w ilości 1,0—4,0. Chorego, usadowionego na trójnogu, okrywa się dokładnie aż po szyję tak, by parami rtęci nie oddechał; pod trójnog stawiamy ogrzewane lampką spirytusową naczynie koliste, napełnione wodą, tworzące rodzaj kąpeli wodnej dokoła drugiego naczynka, zawierającego dawkę kalomelu, a umieszczonego pośrodku pierwszego. Przy ogrzewaniu z parami kalomelu miesza się para wodna. Po upływie 15 lub więcej minut kalomel się w zupełności ulatnia; lampę wtedy gasimy, a chory na trójnogu pozostaje jeszcze 10 minut, poczem w tem samym okryciu kładzie się na trzy kwadransy do łóżka. Okadzanie takie powtarza się codziennie, co drugi dzień lub dwa razy na tydzień, stosownie do wskazań.

Zwolennicy tej metody przypisują jej wszystkie możliwe zalety. Miewa i ona jednak wady i niedogodności: sprowadza często ślinotok, jeśli okadzania są częste, osłabienie ogólne prawdopodobnie jako wpływ cząsteczek i obfitego pocenia, a jeśli niedokładnie chory jest okryty, okadzania stają się przyczyną kaszlu, skurczu głosi, nieżyty oskrzeli i t. d., gdyż do okadzania dołącza się w takim razie i wdechanie pary rtęci. Dalej, jest to metoda niepewna; nigdy bowiem nie wiemy, jaka ilość rtęci wejdzie do organizmu, czynie za małą, lub nie zawięka, jeśli np. skóra chorego pokryta jest owrzodzeniami. Ma więc ona swoje wady, chociaż i dobrych stron nie można jej odmówić: wpływ miejscowy na wykwyty skórne uporczywe, lub na wrzodziejącą postać syfilisu jest tak zbawienny, iż w wyjątkowych razach uciec się do niej wypada. Jako ogólne jednak leczenie jest niewystarczające i niedogodne.

Pokrewną metodą, jeszcze mniej budzącą zaufania, jest metoda MERGET'a, oparta na wdechaniu ulatniającej się rtęci przy zwykłej temperaturze, a tembar-

<sup>1)</sup> Skład plastra kalomelowego jest następujący [QUINQUAUD]:

<i>Empl. diachylon</i>	3000 gramów
<i>Calomel. vapore par.</i>	1000 grm.
<i>Olei ricini</i>	300 grm.



dziej przy ciepłocie ciała. MARGET kawałki flaneli lub innej miękkiej materji (*molleton*) macza kolejnō najprzōd w sublimacie, a pōzniej w amoniaku, przez co materja po wysuszeniu jest napojonā subtelnym proszkiem, szaro-czarnym precipitatem. Kawalki-takiej materji zaleca chorym kłāsć na noc pod powłoczkę poduszki, zawieszać na szyi lub zawiązywać jak krawat. Ulatniająca się powoli rtęć chory wdech i ta ilość rtęci ma dobre efekty lecznicze wywoływać

## VI.

Metoda leczenia syfilisu wstrzykiwaniami podskórnymi jest bardzo niedawnego pochodzenia, a pomimo to mnóstwo już związków rtęciowych wstrzykiwano, zachwalając zawsze nowy środek, jako pozbawiony prawie wad wszelkich, a posiadający nieocenione zalety. Dzisiaj metoda rozpada się na dwa poddziały: wstrzykiwania związków rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych.

To, co wstrzykiwaniom zjednało obecnie większe rozpowszechnienie, aniżeli początkowo, jest zmodyfikowana technika wstrzykiwań, o której w tem miejscu wspomniemy.

1-o Do wstrzykiwań nie używamy związków rtęci żrących, któreby bezpośrednio po wstrzyknięciu tkanki niszczyć miały.

2-o. Związki do wstrzykiwań używane muszą być chemicznie czyste, płyny wyjałowione.

3-o. Strzykawka powinna być możliwa do wyjałowienia, a igła [najlepiej platynowa] do wypalania. Samo ukłucie robi się w dokładnie obmytą skórę, igłę wprowadza się głęboko, jak postępuje większość lekarzy, w tkankę mięśniową; tak głębokie wstrzykiwania mają jakoby tę zaletę, iż są mniej bolesne, reakcja jest mniejsza, a wessanie rtęci ma prędzej do skutku przychodzić.

4-o. Miejsca do wstrzykiwań najbardziej się nadające, jako najmniej bolesne i t. d., są:

*Fossa retrotrochanterica.*

Zagłębienie łędźwiowe z obu stron kręgosłupa.

Okolica pośladkowa na poziomie punktu GALLIOT'a, znajdującego się na przecięciu dwu linii: poziomej, idącej na 2 palce poprzeczne nad krętarzem wielkim i pionowej, dzielącej trzecią część wewnętrzną pośladka od jego dwu trzecich zewnętrznych.

5-o. Wstrzykiwania powinny być robione zawsze w pewnej odległości jedno od drugiego.

Do wstrzykiwań rozpuszczalnych używano mnóstwo środków, jako to: sublimatu, sublimatu w połączeniu z białkiem lub peptonem, dwujodku rtęci rozpuszczonego przez dodanie jodku potasu, cyanku, salicylanu, octanu, mleczaanu, sozodolanu rtęci i wielu innych związków, zawsze do siebie podobnych, gdyż zasada ich zawsze jedna i ta sama — rtęć.

Najbardziej używanym przetworem rtęci do wstrzykiwań rozpuszczalnych jest sublimat podług formuły LEWIN'a:

Rp. *Hydrargyri bichlorati corrosivi* 0,5  
*Natri chlorati* 1,0  
*Aq. destillatae* 100,0

Pełna szprycka PRAVAZ'a zawiera 0,005 sublimatu.

Bardziej rozpowszechniony we Francji, jako nieco łagodniejszy, jest płyn DELPECH'a. Jest to 1% roztwór sublimatu, peptonu i salmiaku w wodzie i glicerynie; jeden gram roztworu zawiera 0,01 sublimatu.



Trzeci roztwór do wstrzykiwań jest następującego składu:

Oliwy sterylizowanej 10,0  
Dwujodku rtęci 0,04.

Szprycka PRAVAZ'a zawiera 0,004 dwujodku rtęci, a na jedno wstrzyknięcie bierze się  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  szpryki.

PANAS zachwala ten środek jako najmniej bolesny, a działający, zwłaszcza w syfilisie oczu, bardzo energicznie, tak, iż nie ustępuje wcale wcieraniom.

Co do zalet, jakie wstrzykiwaniom przypisują, przytoczymy tu główniejsze:

1-o. Metoda ta matematycznie prawie jest dokładną w dozowaniu przetworu rtęciowego.

2-o. Wessanie środka wstrzykniętego jest zupełnie pewne.

3-o. Przez wstrzykiwania podskórne oszczędzamy przewód pokarmowy.

4-o. Przy tej metodzie tolerancja rtęci ma być większą, a małą ilością środka osiąga się doskonale efekty terapeutyczne.

5-o. Leczenie to skraca pobyt chorych w szpitalu.

6 o. Rzadziej mają po niem występować powroty.

Nie trudno dostrzedz w tych tezach więcej entuzjazmu, aniżeli rzeczywistych zalet metody. Przedewszystkiem część tych zalet posiadają i inne metody leczenia rtęcią; inne zaś musimy przyjąć za wielce przesadzone. Co do 4-o np. tolerancja na rtęć bywa rzeczywiście większą, ale dlatego tylko, iż najczęściej małe dawki przetworu rtęciowego wstrzykują, przy wstrzykiwaniu zaś dawek większych, taka sama nietolerancja na rtęć powstaje jak i przy każdym innym sposobie jej stosowania. Małe zaś ilości wprowadzanej rtęci, niedostateczne, by odpowiednio na sam zarazek choroby działały, nie przemawiają wcale za tą metodą, raczej przeciw jej ogólniejszemu stosowaniu. To samo i o innych zaletach wstrzykiwań dałoby się powiedzieć: o powrotach, które jakoby bywają tylko w 40 przypadkach na 100, t. j. dwa razy rzadziej, niż przy innych metodach leczenia, FOURNIER bardzo słusznie powiada, że gdyby statystyka odpowiednia była dokładną, to przy każdej metodzie leczenia wykazałaby recydyw prawie 100%. Dalej, doskonały wpływ leczniczy wstrzykiwań widywali zwolennicy tej metody, ale pamiętać należy, iż te pomyślne skutki dotyczyły lekkich postaci wtórnego syfilisu, w cięższych zaś formach, wrzodziejących i t. p., działanie ich, jak podaje LIÉGEAIS i wielu innych, okazało się nader słabem i niedostatecznem.

Przeciwnicy wstrzykiwań czynią liczne zarzuty tej metodzie; pomijamy te z nich, które dotyczą działania fizjologicznego rtęci, a od których żadna metoda leczenia rtęcią nie jest wolną, wspomnimy tylko o ważniejszych, tyczących się wprost samej metody.

1-o. Bolesność wstrzykiwań nie tylko wkrótce po wstrzyknięciu rtęci, ale i dni następnych.

3-o. Tworzenie się nasięków wielkości orzecha włoskiego, dochodzących niekiedy i do wielkości kurzego jaja; są one zawsze bolesne, zwłaszcza przy ruchach i dotykaniu.

3-o. Zgorzel miejscowa, która należy do rzadkich powikłań przy wstrzykiwaniach; o ile wnosić należy, jak i ropnie, może ona być wynikiem niedokładnej techniki.

Metoda ta ma więc swe niedogodności, ma nawet i wady, do leczenia zwykłego w każdym przypadku syfilisu się nie nadaje, ale bezwarunkowo jej odrzucać nie można; nieraz bowiem okazuje się pożyteczną, a nawet konieczną—ma nawet swoje wskazania. Bywają nieraz takie przypadki syfilisu, w których wszystkie znane metody leczenia rtęcią zawodzą, okazują się bez żadnego prawie wpływu; wtedy jedynem zbawieniem dla chorego są wstrzykiwania podskórne.



Drugim ważnym wskazaniem jest konieczność wywołania szybkiej merkuryalizacji, jak przy objawach mózgowych, ciężkich cierpieniach oczu i t. p.

Wstrzykiwania nierozpuszczalnych przetworów rtęci różnią się od poprzednich tem:

iz używane do wstrzykiwań związki rtęci są nierozpuszczalne,

iz ilość na raz wstrzykniętej rtęci jest znacznie większą, aniżeli przy wstrzykiwaniach rozpuszczalnych,

iz wstrzykiwania odbywają się bardzo rzadko, a ilość ich jest mała.

Objaśnienie działania takich wstrzykiwań [słuszne czy niesłuszne] jest następujące: mała ilość wstrzykiwań wprowadza do organizmu bardzo dużą dawkę nierozpuszczalnego przetworu rtęci, która, znajdując w tkankach odpowiednie warunki, stopniowo tylko się rozpuszcza i wchłania; to stopniowe wchłanianie rtęci sprawia, iz organizm znajduje się pod wpływem ciągłej merkuryalizacji.

Do wstrzykiwań tych używano: kalomelu, żółtego tleniku rtęci, oleju szarego, metalicznej rtęci, czarnego i czerwonego tleniku rtęci, cynobru, jodku, siarczanu, garbnikanu, fosforanu, salicylanu, bendżwinianu, karbolanu rtęci i wielu innych przetworów.

Do wstrzykiwań kalomelu, żółtego tleniku i rtęci metalicznej dziś używa się mieszkankami podług następujących formuł:

Rp. *Calomel. vapore parat.* 1,50  
*Vaselini liquidi* 15,0  
MDS. Pełna szprycka PRAVAZ'a zawiera do 0,10 kalomelu.

Rp. *Hydrargyri oxydati flavi* 1,50  
*Vaselini liquidi* 15,0

0,05—0,07 przetworu na jedną injekcję, czyli pół do dwóch trzecich szprycki PRAVAZ'a.

Rp. *Hydrargyri depurati* 20,0  
*Tinct. benzoës* 5,0  
*Vaselini liquidi* 40,0.

Szprycka PRAVAZ'a tej mieszanki zawiera 0,36 rtęci metalicznej, wstrzykuje się więc na raz czwartą lub trzecią część szprycki.

Z tych trzech środków najsilniejsze działanie przyznać trzeba kalomelowi, ale jednocześnie jest on środkiem najsilniej drażniącym i znaczny odczyn zapalny [miejscowy] wywołuje. Żółty tlenik i olej szary powodują i mniejsze bóle i mniejszą reakcję, ale też i działanie ich o wiele ustępuje kalomelowi. Podług zdania zwolenników tej metody, 4—8 wstrzykiwań wystarcza do usunięcia objawów, a podług niektórych i jako leczenie całego okresu wtórnego.

Rozpatrzmy kolejno zalety i wady tej metody.

Przedewszystkiem ma wszystkie zalety metody wstrzykiwań podskórnych, o czem było powyżej, a nadto odznacza się prostotą i rzadką interwencją lekarza, taniością, możliwością ambulatoryjnego leczenia się i w końcu energią i szybkością działania leczniczego.

Te ostatnie zalety nie są tak absolutnemi, jak się zwolennikom wstrzykiwań wydawało. Dzisiaj wiemy dokładnie, iz nie mają one ani takiej siły działania, jaką im przypisywano, ani tej energii; wiemy, że bardzo często nie działają prawie przy wysypkach grudkowatych (*syphilis papulosa lenticularis et miliaris*), iz w wielu razach, w łagodnych formach, należało ilość wstrzykiwań doprowadzić do 13, a nie do 4-ch, jak to zwolennicy iniekcji utrzymywali, iz prawie w połowie przypadków metoda ta zawodzi. Co do powrotów w końcu, to metoda ta jest bardzo daleką od urzeczywistnienia tego, czego się po niej spodziewano,—



daje ona powroty wczesne, bardzo wczesne, i nawet bardzo ciężkie. Jednym słowem, nowa metoda nie przewyższa dawnych, ale nadto jest o wiele mniej od nich warta pod względem efektu leczniczego. Dodajmy do tego jeszcze jej wady, a metoda ta, taka, jaką pierwiastkowo była, traci nawet prawo bytu; wady jej bowiem są wielkie. Wywołuje *stomatitis* jak i każda inna metoda stosowania rtęci, ale zmiany błony śluzowej jamy ustnej dochodzą do takich rozmiarów, do jakich przy żadnej innej z dzisiejszych metod nie dochodzą, mianowicie do zapalenia flegmonowego i zgorzeliowego, a nawet do zatrucia śmiertelnego. Z mniej ważnych wad, chociaż nader przykrych i zmuszających często do porzucenia tej metody leczenia, są bóle ogromne, często nie do zniesienia, a trwające dni kilka, nieraz dłużej; uniemożliwiają one ruchy, a przybierając nieraz charakter neuralgii, szerzą się na całą kończynę i trwają miesiące, a nawet i rok cały. Dalej nieuniknionem następstwem każdej iniekcji jest tworzenie się nasięku bolesnego różnej wielkości, dochodzącego jednak często do znacznych rozmiarów. Nasięki te zwykle po jakimś czasie ulegają wessaniu, dosyć często jednak przechodzą w ropień, w ropień aseptyczny, gdyż pasożytów, wywołujących ropienie, nie zawiera, a płyn niezbyt gęsty, czekoladowy, który się zeń po otworzeniu wydobywa, składa się przeważnie z rozmiękłych, rozpadłych mas zgorzeliowych i niezbyt obfitej ilości ciałek ropnych.

Pomijamy już inne rzadsze zmiany, jak zawały krwawe w płucach i t. p., a zwrócimy się do tych objawów, które nam przedstawiają cały obraz o s t r e g o o t r u c i a r t ę c i ą. Wskutek złożenia zapasów rtęci w pośludkach występują zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: wymioty, silne bóle żywota, wypróżnienia początkowo płynne, cuchnące, stają się następnie krwawymi, ze strony nerek — białkomocz mniej lub więcej znaczny i anurya, a w końcu objawy ogólne, jak: upadek sił, ciepłoty, bicie serca, drobne tętno, zimne poty i t. p. i w tym stanie nieraz chorzy życie kończą. Dla uratowania ich, co wreszcie nie zawsze już jest możliwem, należy się uciec do usunięcia owych magazynów rtęci na drodze operacyjnej.

Gdyby jeszcze ta metoda leczenia była lepszą, skuteczniejszą od innych, zalecanie jej byłoby usprawiedliwionem, ale, jakżeśmy powyżej wspomnieli, na syfilis wpływa mniej więcej tak, jak i każda inna, a w wielu razach nawet zawodzi, czyż jest więc jakakolwiek racja właśnie do niej się uciekać?

W samej już zasadzie wstrzykiwania masywnie są błędem. Wstrzykuje się dużą dawkę nierozpuszczalnego przetworu rtęciowego i składa się go w głębokich tkankach, nie będąc w możności regulowania ilości wchłanianej rtęci. Nie wiemy tedy nigdy, kiedy ta rtęć się wchłania, czy od razu, czy częściowo, czy też otorbi się i dłuższy czas pozostanie niedziałającą, tak, że postępowanie to jest zupełnie ślepe, a lekarzowi odbiera wszelką możność regulowania dawki leku, lub zawieszenia leczenia! Ostatnimi czasy zaczęto zmniejszać już znacznie dawkę środka, częściej natomiast robiąc wstrzykiwania; wynik leczniczy otrzymywano również dobry, z mniejszem jednak połączony niebezpieczeństwem dla chorego.

Musimy tedy i tę metodę przyjąć do terapii syfilisu, jako metodę wyjątkową, dla której, jak dziś, bardzo nieliczne widzimy wskazania, mianowicie:

gdy wszystkie inne metody leczenia nas zawiodły,  
być może, że i niektóre złośliwe postaci syfilisu.

## VII.

Metoda leczenia syfilisu za pośrednictwem podawania przetworów rtęciowych do wewnątrz jest, podług FOURNIER'a, najlepszą, ale nie dlatego, iż najskuteczniej wpływa na sprawę chorobową, nie dlatego, by mniej wystawiała



chorego na fizyologiczne efekty rtęci, ale dla tego, iż jest praktyczną, wygodną. Ma i ten sposób podawania rtęci wady i niedogodności; rtęć i w tym razie może wywoływać swe fizyologiczne efekty, nawet w znacznym stopniu, może i w tym razie powstać nietolerancja rtęci, ale łatwiej niż przy innej metodzie zapobiedz pierwszym, a nie dopuścić do tej ostatniej. Wyższością zawsze tej metody nad innymi będzie to, iż nie ustępując żadnej w sile i skuteczności działania na objawy syfilisu i jego zarazek, jest prostą, wygodną, łatwą do przeprowadzenia, nie wymaga ani tyle czasu co weterania i nie sprawia tyle cierpień, co wstrzykiwania. Dlatego też najbardziej się nadaje do długotrwałego leczenia, jakim musi być leczenie tak przewlekłej choroby, jaką jest syfilis, i najchętniej chorzy na nią się zgadzają.

Jak każda metoda leczenia rtęcią, ma i ona swe przeciwwskazania, a temi są:

1-o Wszelkie cierpienia przewodu pokarmowego lub jego nietolerancja idyosynkratyczna dla rtęci.

2-o Znaczne osłabienie, charłactwo chorego.

3-o Przypadki, w których do przewodu pokarmowego wprowadzać musimy inne leki.

4-o Przypadki ciężkie i groźne, gdzie należy szybko do merkuryalizacji doprowadzić.

Nie ma prawie przetworu rtęci, którego by nie podawano do wewnątrz przy syfilisie.

Rtęci metelicznej po dziś dzień jeszcze używają w postaci pigulek, w Anglii znanych pod nazwą pigulek błękitnych, we Francji podług formuły SÉDILLOT'a.

Rp. *Unguenti neapolitanei* 30,0

*Saponis medic. pulv.* 20,0

*Pulv. Liquir.* 10,0

*M. f. massa pillul., ex qua form. pill. ponderis* 0,20.

Kalomel, jako środek antysyfilityczny, jest prawie zarzucony, gdyż wcześniej powoduje biegunkę i obrzmienie dziąseł; wchodził dawniej w skład pigulek PLUMMER'a.

Dwu jodek rtęci wchodzi w skład ulepku GIBERT'a.

Tlennik, siarek, octan, cjanek rtęci i wiele innych wyszły już z użycia.

Z nowszych przetworów rtęci stosuje się jeszcze:

Peptonian rtęci w pigułkach po 0,02.

Garbnikan rtęci po 0,1 na dawkę w proszkach lub pigułkach z garbnikiem i makowcem.

Salicylan rtęci w dawce dziennej 0,05—0,1.

Karbolan rtęci po 0,02 na dawkę, w pigułkach 3—4 razy dziennie.

Najbardziej jednak były i są używane dwa związki rtęci, mianowicie: sublimat i jodek rtęci.

Sublimat wchodzi w skład, jako środek główny, dwu preparatów farmaceutycznych, bardzo popularnych we Francji: *liq. van Swietenii* i pigulek DUPUYTREN'a.

Pierwszy ma skład następujący:

Rp. *Aq. destill.* 900,0

*Spir. vini rectif.* 100,0

*Hydrargyri bichlor. corrosivi* 1,0

MDS. Jedna łyżka stołowa zawiera 0,016 sublimatu.



Pigułki DUPUYTREN'a przygotowywane są podług następującej formuły:

Rp. *Hydrargyri bichlor. corr.* 0,01  
*Extr. opii* 0,02  
*Extr. guajaci* 0,04  
*M. f. pill.* na jedną pigułkę.

Jodek rtęci (*protojoduretum hydrargyri*), związek nierozpuszczalny, wprowadzony był do leczenia syfilisu przez BIERR'a [1831 r.], a później rozpowszechniony przez RICORD'a, którego znane pigułki mają skład:

Rp. *Protojodureti hydrargyri* 3,0  
*Extr. thebaic.* 1,0  
*Lactucarii* 8,0  
*Conservae rosar.* 6,0  
*M. f. pill.* № 60. Każda pigułka zawiera 0,05 jodku rtęci.

Sublimat i jodek rtęci są dwoma najlepiej działającymi, najlepiej przez żołądek tolerowanymi środkami, one to przeważnie są w użyciu, jako środki do wewnątrz zadawane, to też rozpatrzmy tu ich efekty fizyologiczne i działanie lecznicze.

Działanie ich na błonę śluzową jamy ustnej jest stanowczo różne; jodek rtęci drażni ją mocno, wywołuje ślinotok, podczas gdy sublimat w zwykłe stosowanych dawkach leczniczych tego działania nie wywiera. W większych jednak dawkach i sublimat ślinotok wywołuje, ale dla celów leczniczych dawki mniejsze, nie drażniące błony śluzowej jamy ustnej, w zupełności wystarczają.

Co do ilości jodku rtęci, któreby mogła ślinotok spowodować, nie pewnego nie da się powiedzieć. Pomijając idyosynkrazję do rtęci, dawki w mowie będącego przetworu mogą być bardzo duże nawet, a ślinotoku nie sprowadzają; udaje się dojść i do 0,15 i 0,25 bez wywołania podrażnienia błony śluzowej jamy ustnej. Jako średnią dawkę, która szkody jamie ustnej chorego nie przynosi, przyjąć można 0,05—0,10 jodku rtęci; u kobiet błona śluzowa jamy ustnej jest bardziej wrażliwą na rtęć, pomimo, iż starannie usta pielęgnowują i nie dają powodu do ciągłego ich drażnienia [palenie tytoniu], dla tego też za średnią dawkę jodku rtęci dla kobiet musimy przyjąć 5 centygramów, którą niekiedy podnieść można do 0,07—0,08. Pomimo jednak unormowania dawki i dobrego stanu jamy ustnej, nie należy zaniedbywać odpowiednich środków ostrożności, o których już przy wciwieraniach było wspomniane.

Jeszcze większe różnice widzimy w działaniu sublimatu i jodku rtęciowego na przewód pokarmowy.

Sublimat, jak wiemy, jest środkiem żrącym i mocno trującym, więc i w dawkach leczniczych działanie to również się wyraża, lecz w bardzo niewielkim stopniu. W ostatnim razie działanie jego odbija się bardziej na żołądku, aniżeli na kiszki. wywołuje bowiem niestrawność lub bóle, skurcze i t. p., któreby nazwać można *gastralgią* przez sublimat spowodowaną, podczas gdy rzadką bywa biegunka, o ile nie przekroczyliśmy średniej dawki leku. Te jednak objawy bywają u niektórych tylko osobników, przy nieodpowiedniej dawce i przy zbyt długim podawaniu sublimatu [dłużej nad 3—4 tygodni]; tych więc objawów najczęściej uniknąć można łatwo u mężczyzn, dla kobiet zaś sublimat jest środkiem najzupełniej nieodpowiednim, niemożliwym nawet do przyjmowania.

Z jodkiem rtęci rzecz się ma zupełnie inaczej. Chorzy w ogóle lepiej go znoszą, aniżeli sublimat, gdyż o wiele częściej drażni kiszki, wywołując biegunkę, aniżeli żołądek. Zwykle, w początkach przyjmowania jodku rtęci powstają



lekkie bóle brzucha i biegunka, trwające dzień lub dni kilka, poczem chory przywyka do lekarstwa i objawy te mijają. W innych znów razach, chory dobrze znosi jodek rtęci, ale od czasu do czasu pośród leczenia nagle powstaje biegunka, która trwa kilka godzin, jeden lub dwa dni. Od czego ten objaw zależy, trudno powiedzieć. Być może, iż zależy od jakiejś reakcy chemicznej, zachodzącej między jodkiem rtęci i jednym z przyjętych pokarmów.

Rzadziej biegunka zjawia się już w pełnym biegu leczenia i trwa dłużej, albo jest niustanna, albo w krótkich przestankach ciągle powraca; to już jest oznaką zupełnej nietolerancyi środka i dlatego leczenie przerwać musimy, inaczej bowiem szkodzić tylko choremu będzie. [C. d. n.]

#### 145. S. Toch. O tworzeniu się peptonów w żołądku niemowląt.

Kwestya, czy w wieku niemowlęcym odbywa się w żołądku sprawa trawienia, czy też nie, jest dotychczas sporną. Gdy jedni, którym udało się z żołądka trupów dziecięcych wydostać pepsynę w stanie działającym, twierdzą, że i u niemowląt żołądek trawi, inni, którzy badali zawartość żołądka niemowląt żyjących, doszli do sprzecznych rezultatów. Autor zajął się rozstrzygnięciem tej kwestyi. Przekonawszy się uprzednio, że zarówno mleko kobiece, jak i krowie, używane do doświadczeń, nie zawierało peptonów, badał autor zawartość żołądka na ich obecność w pewnej liczbie doświadczeń w godzinę, a w dwóch przypadkach w pół godziny po przyjęciu pokarmu; badania te uskutecznił podług metody Hofmeister'a. Do doświadczeń posłużyły autorowi zarówno zdrowe dzieci [8 karmionych mlekiem kobiecym, 2 krowiem], jak i mniej lub więcej chore na niestrawność i ostry lub przewlekły nieżyt żołądkowo-kiszkowy [3 karmionych mlekiem kobiecym, 2 krowiem]; u wszystkich dzieci stwierdził autor obecność peptonów w godzinę [u 2 zaś w  $\frac{1}{2}$  godziny] po przyjęciu pokarmu.

W dalszym ciągu starał się autor przekonać, czy żołądek niemowląt zawiera pepsynę i czy przedstawia warunki, w których ta ostatnia mogłaby wywrzeć swoje działanie, czy też nie? I tutaj przyszedł autor do pozytywnych wyników: w zawartości żołądka niemowląt znajduje się w godzinę po przyjęciu pokarmu pepsyna w stanie działającym, gdyż po dodaniu do zawartości żołądkowej 0,3% kwasu solnego kosmyk włóknika zostaje strawionym; z faktem tym spotykał się autor stale u wszystkich dzieci, które służyły do doświadczeń, a mianowicie: u 6 dzieci, karmionych piersią [4 zdrowych i 2 chorych na zaburzenia żołądkowo-kiszkowe] i u jednego, karmionego mlekiem krowiem, a dotkniętego przewlekłym nieżytem żołądka i kiszek. Tak więc, zarówno u niemowląt zdrowych, jak i dotkniętych ostrą lub przewlekłą, lekką, lub ciężką postacią nieżytu żołądkowego, znajduje się w żołądku pepsyna, zdolna wywrzeć swoje działanie, *resp.* strawić włóknik, skoro tylko żołądek zawiera jednocześnie odpowiednią ilość kwasu solnego. Ponieważ zaś peptony w zawartości żołądka udało się autorowi wykryć w godzinę, a nawet w  $\frac{1}{2}$  godziny po przyjęciu pokarmu, to jest wówczas, gdy podług Wohlmann'a, ani związany kwas solny w zdrowym żołądku, a tem bardziej zmniejszona ilość kwasu solnego w chorym żołądku niemowlęcia nie wystarczają, aby pepsyna mogła trawić, to uważa autor za słuszny wniosek, że pomimo wykazania w żołądku niemowląt obecności pepsyny w stanie działającym, peptony prawdopodobnie nie powstały wskutek działania pepsyny na mleko. Z drugiej strony, już sam fakt, że w zawartości żołądka spotykamy zawieszony kosmyk podpuszczkowy (*Labflocken*), przemawia, zdaniem autora, w ogóle przeciwko sile trawiennej zawartości żołądkowej, nawet zawierającej wolny kwas solny; w przeciwnym razie kosmyki powinnyby się przy cieplecie ciała rozpuścić.



Następna serya doświadczeń miała na celu wykazać wpływ znajdujących się w żołądku drobnoustrojów na tworzenie się peptonów; w tym celu badał autor siłę trawienną sterylizowanej [za pomocą wody chloroformowej] zawartości żołądka za dodaniem i bez dodania do niej kwasu solnego [0.3%]; doświadczenia te przeprowadził autor na 8 karmionych piersią dzieciach, z których 4 zdrowych otrzymywało tylko mleko kobiece, 4 zaś mleko krowie, rozcieńczone do połowy wodą [z tych jedno zdrowe, a 3 chorych na ostry, lub przewlekły nieżyt żołądka i kiszek]: zawartość żołądkowa wszystkich tych dzieci, sterylizowana za pomocą wody chloroformowej, tylko wówczas trawiła kosmyk włóknika, gdy dodano do niej 0.3% kwasu solnego; w próbkach, zostawionych dla kontroli, kosmyk pozostał niestrawionym. Tak więc peptony powstają całkowicie niezależnie od działania bakterii.

Następnie badał autor trzykrotnie mleko krowie i tyleż razy mleko kobiece na zawartość peptonów [również podług metody HOFMEISTER'a]; za każdym razem udało mu się wykryć obecność peptonów.

Na zasadzie więc tego faktu, że w żołądku niemowląt znajduje się pepsyna wówczas, gdy trawić ona nie może, gdyż brak jej do trawienia odpowiedniej ilości kwasu solnego, a jednocześnie przyjmując pod uwagę badania SZYDŁOWSKIEGO, który wykazał, że wprowadzone do żołądka niemowląt mleko, nawet przy najcięższych cierpieniach żołądka, zostaje ściętem, czuje się autor uprawnionym do wypowiedzenia twierdzenia, że peptony, znajdujące się w zawartości żołądkowej, powstają wskutek działania fermentu podpuszczkowego (*Labferment*) i że zatem nieuzasadnionem jest przypuszczenie, że są one produktem trawienia za pomocą pepsyny i kwasu solnego.

Z doświadczeń SZYDŁOWSKIEGO i autora wynika, zdaniem tego ostatniego, terapeutyczna wskazówka: nie należy przepisywać niemowlętom przy cierpieniach żołądka pepsyny, mleka peptonizowanego i tym podobnych preparatów.

(*Archiv für Kinderheilkunde, Band XVI, Heft I u. II, str. 1—21*).

Józef Winiarski.

#### 146. D-r M. Einhorn. O wynikach terapeutycznych bezpośredniej elektryzacji żołądka.

Autor już kilka lat temu zaproponował metodę leczenia chorób żołądka za pomocą bezpośredniej elektryzacji. Zabieg ten wykonywa się za pomocą dziurkowanych i wydrążonych oliwek [jakich się używa do rozszerzania przełyku], wewnątrz których znajduje się elektroda. Z początku używał do elektryzacji niemal wyłącznie prądu przerywanego, obecnie w celu badania fizjologicznego działania prądu stałego, przedsięwziął autor z nim próby u zdrowych i chorych. Przy stosowaniu go na czczo wydostawał zawartość żołądka, potem zalecał pacjentowi wypić 100 ctm. wody i połknąć elektrodę; po 10 minutach elektrodę i zawartość żołądka wydostawano. Wtenczas chory wypijał znów 100 ctm. wody, połykał elektrodę i był przez 10 minut galwanizowany, poczem elektrodę wydobywano i żołądek opróżniano. Siła prądu równała się 15—20 M. A. O ile z tak przeprowadzonych doświadczeń, które sam autor jeszcze uważa za niedostateczne, sądzić można, zdaje się, że prąd stały podczas działania katody na błonę śluzową żołądka zmniejsza nieco wydzielanie się kwasu solnego, podczas gdy prąd przerywany działa wprost odwrotnie. Nie udało się jednak autorowi zużytkować spostrzeżenia tego z odpowiednim skutkiem w leczeniu. Przechodząc do wyników leczenia, autor podaje 29 przypadków, leczonych prądem przerywanym. Z tych w 12 była nadmierna kwaśność i rozszerzenie, w 1-y *gastrodynia*, w 3 odbijanie, zależne od atonii wpustu, w 4-ch *gastritis glandularis chr.*, w 3-ch nieżyt z poczynającym się zanikiem błony ślu-



zowej i w 5 uporeczywe gastralgie. We wszystkich tych przypadkach z wyjątkiem jednego (*gastritis glandularis chronica*) i w pięciu przypadkach uporeczywych gastralgii otrzymano doskonale wyniki. Posiedzenia odbywały się zazwyczaj z początku co drugi dzień; później raz lub dwa razy na tydzień. W przypadkach gastralgii, gdzie prąd przerywany okazał się mało skutecznym, przeszedł autor do stosowania prądu stałego; przytem katoda działa na błonę śluzową żołądka w celu podniesienia upośledzonej czynności nerwów, anoda zaś na powłoki brzucha w celu uspokojenia gwałtownych bólów, mających tam swoje siedlisko. I rzeczywiście, skutek we wszystkich przypadkach gastralgii był doskonały, chociaż były one wyrazem rozmaitych cierpień, jako to: nerwicy, owrzodzenia, stałego nadmiernego wydzielania i t. p.

Na zasadzie tych wszystkich przypadków przychodzi autor do przekonania, że bezpośrednia faradyzacja żołądka jest wskazaną w przewlekłych cierpieniach żołądka, w przypadkach rozszerzenia, zależnego od zwiótczenia mięśni, bez względu na to, czy towarzyszy mu nadmierne, czy też upośledzone wydzielanie, dalej przy osłabieniu działalności wpustu lub odźwiernika, którego wyrazem jest odbijanie lub przechodzenie żółci z dwunastnicy do żołądka. Bezpośrednia zaś galwanizacja żołądka jest wskazaną przy napadach gastralgicznych.

(*Deut. med. Wochen. Nr. 33, 34 i 35. 1893*).

L. Wolfram.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe z dnia 27. VI. 1893 r.

BORSUK opisał przypadek połknięcia zębów sztucznych i uwięźnięcia ich w przełyku. Gdy próby wydobywania tego ciała obcego okazały się bezowocnymi, należało wykonać ezofagotomię. Przy operacji wprowadzało w błąd, co do miejsca uwięźnięcia zębów, twarde ciało, wyczuwalne poza gruczołem tarczowym; okazało się, że był to stwardniały dodatkowy gruczoł tarczowy — *glandula thyreoidea succenturiata*; został on przy operacji usunięty.

NEUFELD [z Sosnowca] mówił: „O parnikach odkażających“. Rzecz ta ogłoszoną będzie w Gazecie Lekarskiej.

JAWDYŃSKI wygłosił rzecz p. t. „Z chirurgii dróg żółciowych, dziewięć przypadków operacji na pęcherzyku żółciowym“. Względna rzadkość ciężkich przypadków kamieni żółciowych w stosunku do ogólnej ilości przypadków tej choroby, jak również fakt, iż niejednokrotnie ciężkie bardzo zaburzenia, zależne od kamicy żółciowej, ustępują pod wpływem leczenia wewnętrznego, są przyczyną różnorodności zdań, jaka panuje pomiędzy internistami i chirurgami, co do wskazań do interwencji chirurgicznej. Nie zgadzając się z tymi autorami, którzy radzą przystępować do operacji, skoro skonstatowaną zostanie obecność kamieni żółciowych, zgodnie ze zdaniem większości chirurgów prelegent stawia do zabiegów chirurgicznych wskazania następujące: 1) Przypadki, w których żółtaczka trwa już od dłuższego czasu, a na zasadzie innych objawów przypuścić można istnienie niedrożności przewodu żółciowego wspólnego. Tutaj stosownie do sprawy chorobowej wskazaną jest choledochotomia, cholecystenterostomia lub też choledochointerostomia, jeżeli pęcherzyk został poprzednio usunięty. 2) Otok ropny pęcherzyka żółciowego; tutaj stosownie do warunków miejscowych wykonać należy cholecystostomię, a w razie głębokich owrzodzeń w ścianie pęcherzyka [z wyjątkiem z wyrodnienia rakowego] cholecystektomię. 3) Istnienie od dawnego czasu otoku pęcherzyka [idealna cholecystotomia]. 4) Częste napady kolki żółciowej, połączone z żółtaczką. Tu, przy zachowanej drożności kanału żółciowego i przy innych warunkach sprzyjających, wskazaną będzie również idealna cholecystotomia. Kazuistyka obejmuje 9 następujących przypadków: 1) U kobiety 56-letniej, bardzo wyniszczonej skutkiem wymiotów, trwających od 3-ech miesięcy i gorączki, J. wykonał cholecystotomię i wyjął dwa kamienie żółciowe: po 12 godzinach nastąpiła śmierć skutkiem wyniszczenia. Badania pośmiertne nie robiono. 2) Kamica żółciowa u mężczyzny 57-letniego, przetoki żółciowe na wysokości VII-go żebra; po częściowem wycięciu 4-ech żeber, oraz tkanek bliźnowatych i wydobyciu kamieni, nastąpiło zupełne wylecze-



nie; z powodu przetoki żółciowej, jaka po zagojeniu rany pozostała, wykonano w 5 miesięcy później plastyczną o. ciącą. 3) Kobieta 22-letnia, z kamcią żółciową, niedrożnością przewodu pęcherzykowego i otokiem wodnym pęcherzyka. Zrobiono cholecystotomię, po której pozostała przetoka; na powtórny operację chora nie chciała się zgodzić. 4) Otok ropny pęcherzyka przy kamieniach u kobiety 38-letniej; cholecystotomia i wydobycie 5-ciu kamieni; chora opuściła szpital z bardzo nieznaczną przetoką. 5) U chorej 62-letniej wykonano cholecystektomię z powodu kamieni żółciowych i wzrostów pęcherzyka ze ścianą brzusznią i narządami sąsiednimi. Zejście śmiertelne po 3-ch dniach. Badanie pośmiertne wykazało przedziurawienie przewodu wątrobowego, włóknikowe zapalenie otrzewnej i tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego. 6) Cholecystotomia idealna u kobiety 49-letniej, ze szwem dwupiętrowym, wykonana przy kamicy i otoku wodnym pęcherzyka. Wyleczenie zupełne. 7) Kamica żółciowa i niedrożność przewodu żółciowego; z powodu wzrostów i znacznego wyniszczenia chorej, 40 lat liczącej, wykonano cholecystotomię; w ciągu 6-ciu tygodni znikły wszystkie objawy chorobowe i nastąpiło zupełne zablźnienie przetoki. 8) Otok ropny pęcherzyka wskutek kamienia i zatkania przewodu pęcherzykowego u mężczyzny 42-letniego. Cholecystotomia. W trzy tygodnie po operacji wystąpiła żółtaczka i krwawienia wtórne; stan ogólny zaczął się poprawiać, żółtaczka jednak nie znikła; chory wypisał się z przetoką. 9) Rak trzustki i wątroby u mężczyzny 29-letniego, otok wodny pęcherzyka. Cholecystotomia, po której nastąpiła chwilowa poprawa; po 3-ch miesiącach jednak chory zmarł wskutek wyniszczenia.

W dyskusyi KRYSIŃSKI przytacza zdanie KERR'a, który uważa cholecystotomię za nieodpowiednią dlatego, że nie można być nigdy pewnym, czy przy operacji wszystkie kamyki zostały usunięte. Na 30 przypadków, objętych statystyką KERR'a, mniej więcej w 40% wychodziły po cholecystostomii przez otwór w ranie brzusznej kamienie, których obecności nie podejrzywano. KERR, zarówno jak i RIEDEL uważają, że statystyka zejść po cholecystostomii gorsza jest, aniżeli po cholecystostomii.

W odpowiedzi JAWDYŃSKI zaznacza, że zarzuty KERR'a są teoretyczne; przy operacji bowiem można zbadać pęcherzyk i przekonać się, czy wszystkie kamienie zostały usunięte; zresztą po cholecystostomii dążymy także do zagojenia przetoki, poczem może się również znaleźć nowy kamień. Wyższość idealnej cholecystostomii polega na tem, że narząd pozostaje po niej w warunkach fizjologicznych bez wzrostów, po cholecystostomii zaś zostaje zrośnięty ze ścianą brzusznią. Zdanie RIEDEL'a nie może mieć wielkiego znaczenia, ponieważ on sam nigdy cholecystostomii nie robił.

Według BUKOWSKIEGO, błędem jest zdanie, jakoby w  $\frac{1}{10}$  części trupów ludzi dorosłych stwierdzono obecność kamieni żółciowych; prawdopodobniejszem jest twierdzenie NAUNYN'a, który utrzymuje, że fakt ten ma miejsce tylko u  $\frac{1}{10}$  trupów ludzi starych. Co się tyczy wskazań, to pierwszym, według zdania prelegenta, jest żółtaczka, gdy tymczasem nawet wiadomość o istnieniu kamieni, jeżeli chory cierpi, według WINIWARTER'a, upoważnia do operacji, a zdanie to wypowiedzi ją i inni autorowie. W statystyce, zebranej przez BUKOWSKIEGO, obejmującej 371 przypadków operacji na pęcherzyku żółciowym, w 63 przypadkach była niedrożność przewodu żółciowego, a z tych tylko w 48 były kamienie. Nie zgadza się mówca również ze zdaniem prelegenta, jakoby głównym objawem niedrożności przewodu skutkiem nowotworu miało być powiększenie pęcherzyka, który natomiast przy kamieniach miałby być małym. B. twierdzi, że pęcherzyk, tak w jednym, jak i w drugim przypadku, zawsze jest duży, ale przy kamieniach skutkiem tego, że chorzy cierpią bardzo długo, ulega on zanikowi i dlatego przy operacji znajdujemy go małym.

W odpowiedzi JAWDYŃSKI zaznacza, że co do częstotści kamieni sprawozdania, na których się opierał, obejmują ogólną ilość sekcji 25,789 i z tych w 2,560 przypadkach kamienie; nie znaczy to bynajmniej, aby wszyscy ci ludzie cierpieli, bo kamień nie sprawia cierpień, póki nie przechodzi do przewodów. Co się tyczy wskazań, to, jak wyraźnie zaznaczył, żółtaczka dłużej trwająca nie jest jedynym lub najczęstszym, lecz bezwarunkowym wskazaniem do operacji. Na zmniejszenie objętości pęcherzyka wskazywał J. dlatego, że objaw ten często utrudnia rozpoznanie.



## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— 3 —

SZANOWNY REDAKTORZE!

Kolega SAWICKI zrobił mi w Nr. 49 Gazety Lekarskiej zarzut, iż w artykule moim p. t. „Wycięcie nowotworu wątroby“ pominąłem prace autorów polskich. Sz. kolega tłómaczy to łaskawie brakiem odpowiedniego wykazu, dozwalającego się oryentować w naszej dawnej i bieżącej literaturze, a także brakiem odpowiednich zbiorów, zawierających ważniejsze przynajmniej wydawnictwa nasze lekarskie.

O odczycie kol. ROSNERA, mianym na zjeździe chirurgów w Krakowie w 1890 r., wiedziałem, i znalazłem o nim wzmiankę w kilku wierszach, pomieszczoną w sprawozdaniu z Zjazdu w Gazecie Lekarskiej 1890 r. str. 703. Że zaś o nim nie wspominałem, to dlatego, że zbierałem literaturę o dokonanych operacjach na wątrobie, odczyt zaś kol. ROSNERA był sprawdzeniem tylko twierdzeń PONFICK'a o odrastaniu wyciętych części wątroby. O doświadczeniach GLUCK'a i PONFICK'a musiałem nadmienić, gdyż one to sprawiły, że chirurgia wątroby weszła na nowe tory. O przypadku REWOLIŃSKIEGO, przyznam się, nie wiedziałem.

Przy tej sposobności, pozwól Szan. Kolego zwrócić uwagę na jedną jeszcze kwestyę. W ogóle my, lekarze polscy, pisząc jakiś artykuł, w nieszczęsnem jesteśmy położeniu. Jak to Szan. Kolega SAWICKI przyznaje, nie wiemy, gdzie o danym przedmiocie cośkolwiek znaleźć w literaturze ojczystej, gdyż brak nam przewodnika, t. j. czegoś w rodzaju SCHMIDT's *Jahrbücher*, *Centralblatt*, a choćby tylko corocznie wychodzącego za granicą *Medizinischer Bibliographischer Anzeiger*. Dlatego zapowiedziany przez kol. SAWICKIEGO skorowidz, niezadługo mający ujrzeć światło dzienne, z radością powitamy. Z drugiej zaś strony, pisząc cośkolwiek, zadajemy sobie niemało trudu i pracy, celem przytoczenia literatury danego przedmiotu, mającego świadczyć o naszym odczytaniu i erudycyi. Jakkolwiek wszyscy jesteśmy przekonani o bezcelowości podobnej pisaniny, która konieczną jest w monografiach, a nie w przypadkach kazuistycznych, to jednakże wciąż stąpamy dalej utartą ścieżką i nikt z niej nie zejździe, gdyż obawia się być posądzonym o nieowładnięcie przedmiotem, o którym pisze, a nawet o nieuctwo. Czas już, abyśmy się z tego otrząsnęli, a opisując przypadek kazuistyczny, o nim tylko pisali, wraz z swemi w danym przedmiocie uwagami. Kogo przypadek opisywany zajmie, ten wiedzieć będzie, gdzie o nim wiadomości bliższe znajdzie. To jest może i przyczyna, że nie tak często bierzemy się do pióra, jakbyśmy mogli i chcieli, gdyż każdy artykuł u nas wymaga nakładu pracy, której zajęty lekarz podobać nie może.

Dziękuję Szan. koledze SAWICKIEMU za sposobność, jaką mi nastęrczył swoim listem do wypowiedzenia tego, co mi już oddawna na sercu leżało.

Proszę przyjąć, Szanowny Redaktorze, wyrazy głębokiego szacunku.

D-r Jakób Rosenthal.

## Wiadomości bieżące.

— Prof. LEYDEN pierwszą tegoroczną lekcję kliniczną w szpitalu berlińskim Charité poświęcił wspomnieniu jednego z profesorów tej kliniki, I. L. SCHÖNLEIN'a, a to z okazji 100-letniej rocznicy jego urodzin, przyczem nakreślił ciekawą sylwetkę tego uczonego, do czego dopomogły mu osobiste wspomnienia, jako ucznia SCHÖNLEIN'a. S. urodził się w Bambergu 30 listopada 1793 roku, a klinikę berlińską w Charité objął w r. 1840, dokąd przybył z Zurychu. Jedną z najważniejszych jego zasług jest reforma nauczania klinicznego. Porzucił on język łaciński, jako wykładowy; zamiast teoretycznych wywodów, opartych na znajomości Hipokratesa i zazwyczaj zdala od chorego dokonywanych, wprowadził sposób obecnie praktykowany nauczania przy łóżku chorego; uczący się musiał chorego widzieć i za przebiegiem choroby śledzić. Wprowadzał na klinikę wszystkie zdobycze naukowe, we Francyi i Anglii dokonywane. On to wprowadził do Berlina metody fizyko-chemicznego badania chorych: perkusyę, auskultaçyę, termometryę, mikroskopię, badanie chemiczne i t. d., on pierwszy założył przy klinice laboratorium. Jeśli oświadczyć literaturę nie wiele zbgacił, to jednak otoczył się asystentami [F. SIMON, REMAK, TRAUBE, MAYER,



którzy w klinice jego nieustannie naukowo pracowali i naukę nie jednym świetnym odkryciem wzbogacili. S. chciał, za przykładem botaniki, stworzyć klasyfikację chorób naturalistyczną na systemy, klasy i familie [np. rodzina chorób zależnych od *rheuma*], lecz ustąpił przed krytyką racjonalną, na fizjologii opartą [WUNDERLICH].

Drugą niespożytą zasługą S., sięgającą w r. 1839, podczas pobytu w Zurychu — jest odkrycie zależności parcha od grzybka, któremu REMAK nadał nazwę *Achorion Schönleinii*. Tym sposobem dał on impuls późniejszemu ważnym odkryciom, iż pasożyty zwierzęce mogą być przyczyną chorób, czyli pierwszy krok do bakterjologii.

S. celował jako biegły dyagnostyk. LEYDEN wspomina o niektórych jego dyagnozach, które podówczas podziw wzbudzały, jak: zapalenie żyły wrotnej (*pylephlebitis*), *fractura processu odontoidi* kręgu, *ruptura oesophagi*, *embolia art. cerebr. mediae* [pod wpływem świeżych odkryć VIRCHOW'a].

Terapia jego była zazwyczaj prosta; większość chorych dostawała *solutio gummosa*. S. wierzył w poronne leczenie tyfusu brzuszego dużemi dawkami kalomelu. On to pierwszy w Niemczech zaczął stosować zimną wodę w tyfusie [obmywania, okłady], już w Anglii używaną, a stał się zwolennikiem tej metody wypadkowo. W pochodzie przez Wirzburg Francuzi pozostawili tak znaczną liczbę tyfusowych, iż tylko pewna ich część mogła być umieszczoną w szpitalu, a resztę ulokowano na ulicy w śniegu. S. przekonał się wtedy naocznie, iż ci ostatni chorzy łatwiej i pręcej tyfus przebywali. W zapaleniu płuc S. stosował: *venesectioni* i *digitalis*; przy *peritonitis perforativa*: makowiec, pijawki, *ung. ciner.* i glód; przy *febris intermitten*: chininę samą lub z salmakiem; jako środka napotnego przy *hydrops* używał *pulvis Doveri*.

S. klinikę w Berlinie prowadził do r. 1859, w którym to roku odstąpił ją FRERICHS'owi, a sam przeniósł się do rodzinnego miasta Bamberga, gdzie zmarł w r. 1864, w 71 roku życia wskutek następstw wola.

— **Zmarli:** we Lwowie D-r LONGIN FEIGEL profesor medycyny sądowej na wydziale prawnym uniwersytetu lwowskiego, prosektor szpitala lwowskiego; w Halli KALTENBACH, prof. i dyrektor kliniki akuszerjno-ginekologicznej; w Warszawie dnia 9. XII. r. b. w 74 roku życia D-r MIKOŁAJ JAJA BYKOWSKI.

## Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1894 według tego samego programu i na tych samych warunkach co i w roku ubiegłym.

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

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

W r. 1894 będą wychodzić w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

---

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wl. Gajkiewicz.**

Доводено Цензурою, Варшава 3 Декабря 1893 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.