

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

	<i>Str.</i>
1. Dr. J. Bączkiewicz. Przyczynek do nauki o odkażaniu (dezynfekcyi) kiszek	269
2. Ludwik Wilk. Dwa przypadki odprowadzenia uwięzniętych przepuklin pachwinowych za pomocą miejscowego znieczulenia eterem	280
3. Aleksander Fabjan. Uwagi nad leczeniem chorób serca z powodu kilku nowych badań nad jego innerwacyją	282

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna i Farmakologija.

164. Prof. Ribbert. Nowsze spostrzeżenie nad usposobieniem	297
165. M. Wurtz. Le bacterium coli commune	304
166. H. Cleves-Symmes. Badania nad zarodkami, osiadłemi z powietrza.	308
167. Dr. Neumann. Przyczynek do leczenia dyfterytu	309
168. L. Frey. Leczenie suchot płucnych	310

II. Akuszerija i choroby kobiece.

169. A. Dürhssen. O znaczeniu usypiania w położnictwie	311
170. Karl Aug. Herzfeld. O nowym zabiegu operacyjnym w celu całkowitego wycięcia macicy	313
171. Kehrer. O zarośnięciu narządów płciowych kobiecych	315

III. Choroby weneryczne i skórne.

172. A. Fournier. Pierwotne owrządzenie przymietowe rąk i palców	316
173. Balzer et Souplet. 46 badań nasienia przy zapaleniu podwójnem jąder	318
174. Leczenie nabłoniaków	318
175. Massaza. Dermatozy pochodzenia rdzeniowego	320
176. Prof. Erb. Uwagi nad zmętnieniem nabłonka jamy ustnej i jego przyczyny	320
177. Ollivier. Wilk, jego dziedziczność	321
178. Sabouraud. Włosy paciorkowate. Sabouraud. Siedemnaście przypadków włosów paciorkowatych w jednej rodzinie	321

Wiadomości pomniejszych.

179. Plastikczna operacyja pochwy	324
180. Ogólna narkoza i znieczulanie miejscowe	325
181. Zażliwość brodawek	325
182. Jejustomija	326
183. Sztuczna stopa	326
184. Sztuczna ręka	327
185. Podwiązywanie żył	327

186.	Operacyjne leczenie padaczki	328
187.	Alumnol	328
188.	Mokrzeńce moczu	328

Przegląd biblijograficzny.

Dr. R o t h e.	Rys dziejów psychiatrii w Polsce, ocenił K. Rychliński	329
Kronika miesięczna	330
Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich w miesiącu Kwietniu 1893 r	333
Nekrologija		341
Sprostowanie		342
Nadesłano do Redakcyi		342
Ogłoszenia		344

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali warszawskich.

PRZYCZYNEK

DO NAUKI O ODKAŻANIU (DEZYNFEKCYI) KISZEK

PODAŁ

Dr. J. BĄCZKIEWICZ,

lekarz miejscowy szpitala św. Ducha w Warszawie.

Odkazanie kiszek na zasadzie badań doświadczalnych *in vitro* i na zwierzętach, oraz na podstawie obserwacji klinicznej, postawione zostało przez Bouchard'a¹⁾ jako jedno z główniejszych wskazań nowoczesnego leczenia. Przedewszystkiem choroby zakaźne, mające główne umiejscowienie w przewodzie pokarmowym, nadają się ku temu. Polecając w tym celu naftol β ., Bouchard oparł się na przeciwności jego własnościach, na określeniu toksyczności tego środka w porównaniu z innymi na królikach, z punktu zaś widzenia klinicznego dla tego, że przedewszystkiem nie wywołuje, podobnie jak naftalina, ubocznych objawów niemiłych a nawet niebezpiecznych dla chorego. (M. Charrain i Bouchard przekonali się, że naftalina przy dłuższem użyciu wywołuje u królików zaćmę). Miarą działania leczniczego służyła dla Bouchard'a zmniejszona toksyczność moczu u danego osobnika. Inni autorowie w ocenie działania przeciwności na kanał pokarmowego pewnych środków opierali się na różnych danych. Niektórzy starali się określić natężenie spraw rozkładowych w kiszce na zasadzie ilości wydalanych z moczem aromatycznych produktów gnicia, gdyż wiadomo, iż związki aromatyczne, powstające przy gnicciu białka, tworzą w ustroju z kw. siarczanym kwasy etero-siarczane i jako takie zostają wydalane z moczem. Tego rodzaju kontrolą posiłkowali się Biernacki²⁾

przy określaniu natężenia gnicia w jelitach u chorych na nerki i żółtaczkę, Steiff ³⁾ i Rovighi ⁴⁾ w badaniach swoich nad wpływem dezynfekcyjnym niektórych środków. Steiff pozostawiał swoich chorych stale na dyjecie ubogiej w węglowodany; czas dłuższy określał ilość kw. siarczanego sprzężonego w moczu a później podawał kalomel (3 razy dziennie po 0,3). W 4 obserwowanych przypadkach nie widział żadnego wpływu na ilość wydalanego z moczem kw. siarczanego sprzężonego; w 3-ch innych przypadkach w tych samych warunkach, badał wpływ kamfory (3 razy dziennie po 0,3), w jednym z nich nie było żadnego działania, w 2-ch pozostałych przypuszczać należało nieznaczne ograniczenie rozkładu w kiszkiach, co jednak dopiero występowało po 1—3 dni. M. Rovighi na zwierzętach i ludziach badał w tymże kierunku wpływ ciał, należących do grupy terpenów i kamfory (terpinhydrat, terpentynol, camphora, menthol, eucalyptol). Ze środków tych szczególnie terpentynol i camphora, podawane psom w dużych dawkach, ograniczały wydzielanie kw. siarczanego sprzężonego. U człowieka środki te nie mają tak wybitnego działania. Lawatywy z taniną okazują wpływ nieznaczny. Daleko lepsze wyniki otrzymywał Rovighi przy lawatywach z kwasu bornego, lecz często obserwował objawy zatrucia. Kefir w ilości 1½ litra dziennie bardzo dodatni miał okazywać wpływ na gnienie w kiszkiach (dzięki acid lacticum). Inni badacze, jak np. Sucksdorff ⁵⁾, wnioski co do dezynfekcyjnego wpływu pokarmów i środków lekarskich na kanał pokarmowy opierali na ilości pasorzytów, zawartych w 1 miligramie kału.

Sucksdorff badał wypróżnienia dwóch zdrowych ludzi i znalazł, że 1 miligram kału, przy zwykłym pożywieniu, zawiera od 25,000 — 2,304,347, średnio 381,000 bakteryj; przy wyjąłowym pożywieniu 53 — 15,000, średnio 10,395; przy dodaniu jednego litra wina czerwonego do zwykłego pożywienia 7,813 — 64,000, średnio 35,906; przy dodaniu białego wina 192,308 — 461,364, średnio 326,836; przy dodaniu kawy 12,556—777,777, średnio 370,166; przy podaniu 1,6—2,0 chininy 13,736 — 35,294, średnio 24,513; przy podaniu 2,1 naftaliny 224 — 2,069, średnio 1,146. Tą samą metodą posiłkował się Fürbringier w poszukiwaniach swych nad zawartością bakteryj w stolcach tyfusowych, przy podawaniu chorym naftaliny i kalomelu.

Wysokowicz ⁶⁾ w badaniach swych nad działaniem odkażającym kalomelu w jelitach psów, przekonał się, że zawartość bakteryj w kale ani pod względem jakościowym, ani ilościowym nie ulega zmianie pod wpływem kalomelu.

Zupełnie odrębną i nową metodą posiłkował się Stern ⁷⁾ w pracy swej o odkażaniu kiszek.

Podług Sterna, wszystkie powyżej wymienione dowody wpływu odkażającego danego środka w kiszkiach, są niedostateczne; powziął on więc myśl wprowadzania ludziom z pożywieniem do przewodu pokarmowego saprofitu, zwykle tam nie spotykanego, o charakterystycznym rozwoju i wiadomej odporności na środki przeciwnilne; wybrał ku temu celowi bac. prodigiosus, jako nie szkodliwy i pod względem odporności bardzo zbliżony do chorobotwórczych szczególnie do lasecznika tyfusu drobnoustroj, mogący rozwijać się bez dostępu tlenu i w ciepłocie ciała. W przedwstępnych badaniach po za ustrojem przekonał się, że b. prodigiosus na kw. solny nie jest tak czuły jak vibrio cholerae, lecz odporniejszy, niż bac. typhi. Badania te miały na celu określić możliwy przeciwnilny wpływ żołądka przy podawaniu tego grzybka. Doświadczenia swe na chorych z cierpieniami kanału pokarmowego i bez nich prowadził w ten sposób, że bac. prodigiosus (w zupie) podawał jednocześnie z próbowanym środkiem przeciwnilnym, albo też uprzednio w ciągu dni paru podawał środek przeciwnilny, a dopiero później wprowadzał do kiszek b. prodigiosus. Doświadczeń wykonał 15 z 5 środkami (kalomel 3, naftalina 2, naftol 4, salol 4, kamfora 2). Stern przekonał się, że stale b. prodigiosus w tych warunkach mógł być wykazany w kale w znacznej ilości drogą hodowli płytkowych. I to jest jedyny wniosek, jaki z tych doświadczeń wyprowadzić wolno, jeżeli zwrócić uwagę na następujące okoliczności: 1) Stern sam się przekonał, że bac. prodigiosus bez podawania środków odkażających w kanale pokarmowym człowieka już w ciągu 30 godzin traci swą żywotność i w kale go wykazać nie można, a zatem do kontroli odkażania kiszek nadawaćby się nie powinien. 2) Nie przekonał się, a przynajmniej nie podaje wyników doświadczeń nad działaniem po za ustrojem probowanych środków przeciwnilnych na bac. prodigiosus. 3) Z podanych doświadczeń Sterna przypuszczać należy, że b. prodigiosus widocznie przyspiesza ruchy robaczkowe kiszek,

gdyż w jednym tylko doświadczeniu podany saprofit zjawiał się w kale po 23³/₄ godz., zaś wyjąwszy doświadczenia z kalomelem w 5 doświadczeniach w ciągu 3—4 godzin,

w 2 doświadczeniach w ciągu 4—5 godzin			
„ 2	„	„ 6—7	„
„ 3	„	„ 7—9	„

Jeżeli tak szybko przechodził ten pasorzyt przez kanał pokarmowy, to działania podawanych niektórych środków dezynfekcyjnych mogło się dostatecznie jeszcze nierozwinać. 4) Dó kontroli za pomocą hodowli płytkowych Stern brał dowolne ilości kału. Gdy te wszystkie okoliczności weźmiemy pod uwagę, to dojdziemy do wniosku, że doświadczenia Sterna prowadzone były w warunkach zupełnie sztucznych, a nie najbliżej odpowiadających rzeczywistości, jak to wspomniany autor chciał widzieć. Ztąd też wniosków ogólnych i wartości probowanych przezeń środków dla kliniki na zasadzie tych doświadczeń wprowadzać nie można.

Każdej z wyżej przytoczonych metod dla oceniania natężenia gnicia w kiszkaach można zarzucić pewne niedokładności. Sprawy gnicia i rozkładu w kiszkaach są bardzo złożone; współdziałanie wielu bakterij, różnorodność wytwarzanych przez nie ciał, wydalanie ich pod różnemi postaciami warunkują niedokładności metod chemicznych i bakteryjologicznych. Pomysł Sterna nie może być znów uważany, jak to widzieliśmy powyżej, ani za odpowiadający rzeczywistości, ani też dokładny.

W doświadczeniach własnych oparłem się na obliczaniu ilości bakterij w jednostce wagowej kału.

Obserwacje moje polegały na tem, że chorym podawałem pewne środki i następnie drogą hodowli płytkowych na żelatynie (metodą Esmarcka) obliczałem ilość drobnoustrojów, zawartych w jednym miligramie kału przed użyciem pewnego środka, a następnie podczas użycia.

Postępowanie było następujące: przestrzegając przy wszystkich czynnościach praw dokładnego wyjaławiania naczyń, instrumentów, oraz zabezpieczenia się od zanieczyszczeń z powietrza, z kału, oddanego w naczynie, uprzednio wyjałowione sublimatem i wrzącą wodą, na wadze chemicznej odważałem 1 miligram (kału). Po dokładnem roztarciu z kilkoma kubiczami wody (wyjałowionej) dolewałem, skrzętnie mącąc, wody wyjałowionej do objętości 100 cc. i z otrzymanego tą drogą

rozcieńczenia zasiewałem na każdą płytkę $\frac{1}{10}$ cc. Po kilku dniach obliczałem ilość kolonij na płytce, a ztąd ilość bakteryj w 1 miligramie kału.

Prowadząc w ten sposób doświadczenia z góry oczekiwałem rezultatów względnych, gdyż prowadząc hodowle tylko na żelatynie, a zatem przy ciepłocie pokojowej, następnie przy dostępie powietrza resp. tlenu nie mogłem liczyć na dokładny rozwój wszystkich gatunków drobnoustrojów, znajdujących się w kale danego osobnika, choć z drugiej strony najnowsze badania Macfadyena, M. Nenckiego i N. Sieberowej ⁹⁾, oraz Jakowskiego ¹⁰⁾ wykazały, że bakteryje kiszkowe są względne anaeroby i na żelatynie rozwijają się dobrze.

Trzymając się ściśle powyżej nakreślonego planu we wszystkich doświadczeniach, wszędzie wprowadzałem jednakowe błędy, jakiego zarzucić można, na czem ucierpieć nie mogły wnioski, oparte zawsze na porównaniu oddzielnych doświadczeń w danej obserwacji. Ponieważ rodzaj pokarmów, jak to odnośnie naszych dyjet szpitalnych wykazały badania Biernackiego, ma ważny wpływ na natężenie gnicia w jelitach pod wpływem bakteryj, przeto w każdym doświadczeniu przedewszystkiem staraliśmy się unormować dyjetę chorego.

Środki stosowane przezemnie do dezynfekcyi kiszkowej były następujące: naftol β , salol, jodol, tanina. Obserwacyj przeprowadzono 6, w których dokonano 20 badań bakteriologicznych kału.

Naftol β .

Działanie naftolu β obserwowałem u 3 chorych, podając go z bizmutem salicylowym w stosunku (2:1), wskazanym przez Bouchard'a ¹⁾.

Obserwacja I. W. W. robotnik, lat 30, przybył do szpitala z objawami uwięźnięcia od dni 4-ch przepukliny pachwinowo-mosznowej prawej, z powodu czego niezwłocznie dokonano operacyi z utworzeniem sztucznego odbytu (*Hernia inguino-scrotalis dextra incarcerata*, *Anus praeternaturalis*). Z górnego odcinka kiszek stale wydobywał się gęsty płynny kał. Woń przykra kału i ciągle

¹⁾ W ostatnich czasach prof. Nencki do antyseptyki kiszkowej poleca połączenia bizmutu z fenolami a szczególnie beta-naftolbismut (2,0 4,0 pro die). Dobroczynne działanie tych środków polegać ma na tem, że obok odkażającego wpływu fenolów, bizmut tworzy w kiszkach z toksynami i ptomainami związki nierozpuszczalne i tym sposobem zapobiega wchłanianiu takowych.

oczyszczanie, niezmiernie trapiły chorego, przed miesiącem operowanego.

Chory otrzymywał następujące pokarmy: śniadanie: mleko, kleik, bułki; obiad: mięso wołowe gotowane lub pieczone, kasza lub kartofle, chleb; kolację: kleik, herbata, bułki lub chleb.

Dnia 10/IV po obmyciu sztucznego odbytu i wypuszczeniu pierwszych porcyj kału, zebrałem do badania dopiero następne porcje w probówkę wyjałowioną w ogniu. Kał koloru brudno-zielonego, zapachu właściwego, gęsty, płynny. Kał badano według poprzednio opisanej metody i wynik obliczeń kolonij na płytkach po 6 dniach wykazał, że 1 miligram kału zawierał 125,000 bakteryj.

Od dnia 11/IV zalecono choremu:

Rp. Naphtoli β subtilissime pulverati gr. IV
Bismuthi salicil. gr. ij.

M. f. pulv. dto nr. 10.

D. S. 3 proszki dziennie.

(Z powodu silnie palącego smaku naftolu podawać go należy w opłatku).

Przed doświadczeniem dnia 15/IV chory otrzymał 48 grn. naftolu (Bismut. salicil. 24) = 3,0.

Z tego dnia kał wykazywał zawartość w 1 miligramie 54,000 bakteryj.

Chory w dalszym ciągu otrzymał naftol β w dawce większej, bo 3 razy dziennie po 8 grn., tak, że aż do następnego doświadczenia, dokonanego w dniu 24/IV, t. j. w ciągu jeszcze 9 dni, wyżył 128 grn. = 8,0 naftolu β , czyli ogółem do dnia 24/IV wyżył 11,0 naftolu. Dokonane z tego dnia badanie kału wykazało w 1 miligramie 1,800 bakteryj.

Podczas podawania choremu naftolu, barwa kału była jasno-zieloną, woń znakomicie się zmniejszyła, z czego niewymownie chory był zadowolony i dziękował za ulgę w tym kierunku. Nadmienię tu, że według Bouchard'a zielona barwa kału stanowi niejako dowód skuteczności naftolu, w przeciwnym razie podawany jednocześnie bismut salicylowy w skutek wytwarzania się w kiszce siarkowodoru, nadaje kałowi barwę ciemną (czarną).

Obserwacja II. K. M. lat 31, żona pisarza, przybyła do oddziału prof. Kosińskiego z powodu przetoki kałowej w okolicy kiszki ślepej. Przetoka ta wytworzyć się miała kilka lat temu, w następstwie ropnia, powstałego w tej okolicy w przebiegu spraw pofogowych. Chora czuła się nader nieszczęśliwą z powodu swego położenia, nadewszystko dokuczają jej i sąsiadującym chorym nieznośna woń kałowa.

Dyjeta chorej była ta sama, co w obserwacji poprzedniej.

28/XII 90 r. po obmyciu otworu i okolicy przetoki roztworem kali hypermanganici, przy naciśnięciu ręką powyżej przetoki, wydany został kał płynny, barwy żółto-zielonawej, odczynu alkalicznego, mocno cuchnący (zapachu przegniłej kapusty). Jeden miligram kału użyto do badania; po 7 dniach zawartość obliczono na 1,860,000 bakteryj (w 1 miligramie).

Następnego dnia zalecono chorej 3 razy dziennie po 5 gr.

naftolu β z bizmutem salicylowym. Chora już na 3 dzień dziękowała bardzo za ulgę, jaką ma przy użyciu tych proszków, nieznośna woń, która jej „jeść nie pozwalała”, złągodniała znakomicie.

Następne badanie wykonano dnia 7/I 91 r., t. j. po wyżyciu w ciągu 9 dni, 140 grn. = 8,75 naftolu β . Do badania zebrano w naczynie wyjąłowane kał płynny, zapachu zwykłego, jednak słabszego, odczynu słabo alkalicznego. Obliczenie po 7 dniach wykazało zawartość w 1 miligramie kału 92,000 bakteryj.

Dalsze doświadczenia przerwano w tym przypadku z powodu ropnia, który się wytworzył w ścianie brzusznej, tuż nad otworem przetoki i dawał domieszkę ropy do wydzielin kałowych.

Obserwacja III dotyczy chorej z mego oddziału, W. J. lat 17, szwaczki, cierpiącej od 11-tu tygodni na bóle z obu stron dolnej części brzucha i biegunkę niekiedy krwawą. Na zasadzie wywiadów i badania, przypuszczałem w danym przypadku dyzenteryję, przechodzącą w stan chroniczny.

Z pokarmów chora otrzymywała: herbatę i kawę mleczną, kleik, rosół, jaja, wino białe, bułkę i kaszę.

Dnia 7/XII 91 r. rozpoczęto badania. Oddany w naczynie wyjąłowane kał, przedstawiał następujące cechy: przeważnie płynny, zawierał kilka kawałków zbitych, część płynna barwy brązowej (wygląd grochówki), kał mocno cuchnący, odczynu wyraźnie zasadowego. Poddano badaniu jeden miligram kału płynnego. Wynik obliczenia po 6 dniach był następujący: 1 miligram zawierał 491,000 bakteryj.

Chorej zalecono 3 razy dziennie po 3 grn. naftolu (z bizmutem).

Dnia 9/XII, t. j. po wyżyciu 18 grn. naftolu (=1,1), otrzymano kał koloru brunatno-zielonawego, papkowaty, zapachu zwykłego, odczynu alkalicznego.

Badanie wykazało przy obliczaniu po 6 dniach w 1 miligramie 1,186,000 bakteryj.

Zalecono 3 razy dziennie po 5 grn. naftolu.

Kał, badany następnego dnia, t. j. po wyżyciu 29 grn. naftolu (=1,75), przedstawiał własności następujące: płynny gęsty, ciemno-brunatny, zapachu swoistego, odczynu słabo alkalicznego, zawierał w 1 miligramie 192,500 bakteryj (po 6 dniach obliczenie).

Kał z dnia 17/XII (po wyżyciu 119 grn. = 7,5 naftolu) był płynny, barwy brunatno-zielonej, odoru mniej wyraźnego, odczynu słabo alkalicznego, zawierał w 1 miligramie 5,000 bakteryj (?). Obliczenie dokonano po 6 dniach.

Odtąd zaczęto podawać naftol 4 razy dziennie po 5 grn.

Następne badanie uzupełniono dnia 22/XII po wyżyciu 214 grn. = (13,4) naftolu. Kał papkowaty koloru brunatno-czarnego, odoru zwykłego, odczynu alkalicznego, zawierał w 1 milgr. 382,200 bakteryj.

Od dnia 22/XII zaczęto podawać chorej wyłącznie bismuthum salicilicum 3 razy dziennie po 5 grn.

Po wyżyciu 90 grn. (=5,6) bizmutu, dokonano dnia 28/XII badania kału, który przedstawiał cechy: papkowaty, cuchnący czarny, odczynu słabo alkalicznego, zawierał, jak obliczenie płytek po 6 dniach wykazało, w 1 miligramie 715,000 bakteryj.

Od dnia 29/XII znów zaczęto podawać naftol 4 razy dziennie po 5 gran.

Po wyżyciu 110 grn. (=7,5) naftolu, dnia 3/I 92 r. wzięty do badania kał w części był sformowany, w części płynny, koloru ciemnego, odczynu alkalicznego, badany mikroskopowo zawierał nieco ciałek ropnych (!). Badanie bakteryjologiczne wykazało w 1 miligramie 3,192,000 bakteryj.

Dnia następnego już makroskopowo można było stwierdzić w wypróżnieniach ropę i dalsze doświadczenia przerwano.

Zmienne wyniki, jakie w tej obserwacji otrzymywano, mogły zależeć od domieszki ropy, na co wskazują dane z ostatnich dwóch dni tej obserwacji.

Salol.

Jako środek nierozpuszczalny w żołądku, a dopiero w kiszkażkach rozkładający się na części swe składowe (kwas salicylowy i karbolowy), salol przedstawiaćby powinien środek par excellence kwalifikujący się do odkażenia kiszkowego, Hueppe i Löwenthal gorąco go zalecali w zapobieganiu i leczeniu cholery. W walce z ostatnią epidemią dobre rezultaty otrzymali przy biegunkach cholerycznych Wołkowicz i Hahn. Inni znów autorowie odmawiają skuteczności salolu w tych razach. Działanie salolu obserwowałem w następującym przypadku:

Obserwacja IV. A. J. lat 23, robotnik, przybył na oddział dra Sokołowskiego 4/IX 90 r. z powodu bólu w boku i osłabienia. Badanie chorego oprócz upadku ogólnego odżywiania zmian innych nie wykazało. Zalecono pigułki Blancarda 2 razy dziennie po jednej. Dyjeta taka sama, jak w obserwacji I. Dnia 13/IX z powodu objawów lekkiego kataru pęcherza, wstrzymano pigułki i zalecono od dnia następnego salol po 1,0—3 razy dziennie.

Dnia 13/IX kał badany przedstawiał następujące cechy: konsystencji zwykłej (sformowany), koloru ciemno-zielonego, odor właściwego, niezbyt intensywnego, w 1 miligramie zawiera po obliczeniu po 5 dniach 95,000 bakteryj.

Następne badanie wykonano dnia 16/IX po wyżyciu 5,0 salolu. Kał gęsty papkowaty, koloru żółto-brunatnego, dość silnie cuchnący, w 1 miligramie zawierał 2,828,500 bakteryj. (Obliczenie po 5 dniach).

Trzecie badanie z dnia 18/IX, po wyżyciu 11,0 salolu, dało wynik następujący: kał papkowaty, barwy żółto-brunatnej, silnie cuchnący, zawierał w 1 miligramie 4,413,500 bakteryj. (Obliczenie po 5 dniach).

Obserwacja ta, nieprzemawiająca za skutecznym wpływem dezynfekcyjnym salolu w kiszkażkach, nasuwa następujące uwagi:

1) Czy pilulae Blancardi, jako zawierające dość dużo jodu (na jedną pigułkę wypada $0,04 = \frac{2}{3}$ grana czystego jodu), nie miały tu większego wpływu przeciwnilnego, niż salol.

2) Być może, że salol, rozkładając się w górnych odcinkach kiszek cienkich na części swe składowe, łatwo wessalne, zostaje w przebiegu kiszek cienkich wessany i ztąd głównie swe działanie wywiera w tym oddziale kiszek, okazując nieznaczny wpływ na kiszki grube, główne ognisko gnicia białka.

Są to luźne uwagi, które nastęrcza niniejsza obserwacyja i które odpowiednie badania mogłyby wyjaśnić.

Jodol.

Środek ten przeważnie stosowany zewnętrznie, do użytku wewnętrznego dotychczas mało był polecany.

Działanie jego przeciwnilne na przewód pokarmowy mogłem zbadać w następującym przypadku, na oddziale dra Sokołowskiego:

Obserwacyja V. R. H. lat 23, ślusarz, od roku datuje różne swe dolegliwości. Badanie chorego, wraz z analizą chemiczną moczu, wykazało moczówkę cukrową. Przez pewien czas choremu podawano pankreatynę oraz dyjetę z wykluczeniem skrobi. W celu określenia leczniczego wpływu jodolu w moczówce cukrowej, od dnia 18/IV 90 r. zalecono choremu zwykłą dyjetę mieszaną (taką jak w obserwacji I) i usunięto pankreatynę. Szybko wystąpiły objawy dyspeptyczne: łaknienie się zmniejszyło, natomiast pragnienie silnie się wzmogło, wystąpiły bóle brzuszne i biegunka. Ilość moczu i zawartość w nim cukru znacznie się wzmogły.

Wzięty do badania bakteryjologicznego kał dnia 22/IV, t. j. 5 dnia od czasu wprowadzenia dyjety mieszanej, przedstawiał następujące własności: papkowaty, mocno cuchnący (woni gujących ciał organicznych), barwy białobronzowej (mlecznej kawy), odczynu kwaśnego. Dokonane w zwykłych warunkach badanie bakteryjologiczne wykazało, przy obliczeniu płytek po 4 dniach, w 1 miligramie kału 3,080,000 bakteryj.

Poczynając od dnia 23/IV choremu podawano 3 razy dziennie po 1,0 jodolu.

Badanie z dnia 25/IV, t. j. po wyżyciu 6,0 jodolu, wykazało: kał papkowaty, mniej cuchnący, barwy brunatnej, odczynu kwaśnego, zawiera w 1 miligramie 232,000 bakteryj. (Obliczenie po 4 dniach).

Kał badany z dnia 28/IV po wyżyciu 14,0 jodolu, przedstawiał następujące cechy: papkowaty, cuchnący, barwy brunatnej, odczynu kwaśnego, w 1 miligramie zawierał 18,800 bakteryj. (Obliczenie po 4 dniach).

Pomimo dużych dawek jodolu, jakie chory otrzymywał, uboższych objawów wpływu jodu nie obserwowano. Wobec wysokiej

zawartości jodu w jodolu, wynoszącej 93⁰/₁₀₀, dziwną się wydaje tak znaczna tolerancja organizmu, którą może warunkują niektóre własności tego preparatu. Jodol rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1:5000, więcej rozpuszczalny jest w wodnych roztworach alkali, natomiast łatwo rozpuszcza się w wyskoku eterze i tłuszczach. Podawany wewnątrz wydziela się w moczu, podług Fischera ⁸⁾, w postaci związków organicznych, nie zaś soli, jak to bywa przy użyciu innych preparatów jodowych.

Z powodu tych to, zdaje się, własności jodolu oczekiwać można z jednej strony stałego i ciągłego jego wpływu przeciwnego na przewód pokarmowy (z powodu trudnej rozpuszczalności), z drugiej znów strony dobrej tolerancji organizmu na większe dawki tego środka.

Obserwacja powyższa za temi własnościami jodolu przemawia, choć nie pozwala na ogólne wnioski.

Widząc jednak tak znakomitą tolerancję organizmu na jodol, począłem go stosować w ambulatoryjum mojem dla dzieci w szpitalu Św. Ducha, w pewnych cierpieniach kiszkowych. Nie mogę się na tem miejscu wdawać w szczegóły, dotyczące rodzaju tych cierpień, w których od użycia jodolu oczekiwaćby można pomyslnych wyników, tembardziej, że kliniczną stronę tej kwestyi poddać muszę jeszcze dalszej obserwacji, potwierdzić tylko mogę, że przy użyciu tego środka u dzieci nigdy ubocznego ujemnego działania jodu spostrzedz nie mogłem.

Tanina.

Kwas garbnikowy oddawna był stosowany w przewlekłych cierpieniach błon śluzowych a przeważnie kiszek.

W celu określenia wpływu przeciwnego jej na przewód pokarmowy poddałem obserwacji następującą chorą na moim oddziale.

Obserwacja IV. F. W., wyrobnica, lat 45, przybyła 22/XII 90 r. skarżąc się na rozwolnienie, trwające z przerwami od pewnego czasu. Abusus in Baccho. Objawy chronicznego cierpienia żołądka i kiszek. Stan chorej w ciągu paru tygodni nieco się poprawił, stale jednak miewała 2—3 stolce płynne. W celu wyprobowania taniny, uprzednio na kilka dni zalecono dyjetę, jak w obserwacji III i podano emuls. oleosam.

Dnia 20/I podany badaniu kał przedstawiał następujące cechy: płynny, gęsty, barwy brunatnej, zapachu właściwego, zawierał w 1 miligramie 470,000 bakteryj. (Obliczenie po 6 dniach).

Chorej zalecono od tegoż dnia 3 razy dziennie po 2 grn. taniny.

Badanie z dnia 23/I po wyżyciu 16 grn. = 1,0 taniny wykazało: kał papkowaty, barwy brunatno-żółtej, odoru mniej przykrego, odczynu słabo alkalicznego, zawierał w 1 miligramie 14,000 bakteryj. (Obliczenie po 6 dniach).

Chora zadowolona z poprawy jakiej doznała, czując się ogólnie lepiej, zażądała koniecznie wypisania ze szpitala dnia 25/I 91, i tym sposobem przeszkodziła dalszym badaniom.

Przytoczone powyżej obserwacje nie pozwalają na wyprowadzenie ogólnych wniosków co do wartości dezynfekcyjnej danego środka, tembardziej, że w niektórych obserwacjach dawki leków były stosunkowo małe. Uważając jednak pracę niniejszą jako przyczynek do ważnej kwestyi leczenia przeciwnilnego przewodu pokarmowego, pozwolimy sobie tu przytoczyć tylko te uwagi, jakie następują powyższe obserwacje:

1) Ze stosowanych środków naftol β , jodol i tanina wykazały własności przeciwnilne.

2) Naftol β , stosowany łącznie z bizmutem w 3 przypadkach, w 2-ch—obok własności przeciwnilnych—wykazał wpływ odwanający, co przedewszystkiem spostrzegali sami chorzy.

3) Jodol, ze względu na wysoką zawartość w nim jodu (93%) znoszony był doskonale, w dawkach dużych wykazał działanie przeciwnilne i odwanające.

4) Tanina nawet w małych dawkach w danym przypadku wykazała wpływ przeciwnilny.

5) Salol, stosowany u chorego po uprzednio użyciu jodku żelaza (pil. Blancardi), nie wykazał w danym przypadku własności przeciwnilnych.

Doświadczenia powyższe wykonałem w pracowni dra L. Nenckiego, któremu za pomoc w tej pracy składam niniejszem serdeczne podziękowanie.

L I T E R A T U R A.

1. Bouchard. Thérapeutique des maladies infectieuses. Antiseptie. Paris, 1889.
2. E. Biernacki. O gniciu w jelitach przy zapaleniu nerek i żółtacze, razem z uwagami o normalnem gniciu kiszkiowem. „Kron. Lek.” str. 289, 449, 1891 r.
3. R. Steiff. Ueber die Beeinflussung der Darmfaulniss durch Arzneimittel. (Zeitsch. f. klin. Med. 16, 311—324, 1889, refer. w „Jahresbericht ü. d. Fortschr. der Thier-Chemie“, 1890).
4. A. Rovighi. Les éthers sulfuriques de l'urine et l'antiseptie intestinale. (Archivis ita. di clin. medica p. 303, 1891, ref. „Revue des sciences medicales“, T. XXXIX).
5. W. Sucksdorff. Das quantitative Vorkommen von Spaltpilzen im menschlichen Darmcanale. (Archiv. f. Hygiene 4, w „Jahresbericht ü. d. Fortschr. der Thier-Chemie“, 1886).
6. Wysokowicz. Ob antisepticzeskich swojstwach kałomela. („Więstnik obszczestwiennoy gigeny, sudiebnoj i prakticzeskoy mediciny“, I i II, 1892).
7. Stern. Ueber Desinfection des Darmcanales. (Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskrankheiten. T. XII, Z. I, 1892).
8. Fischer. Die neueren Arzneimittel. (Berlin, 1889).
9. A. Macfadyen, M. Nencki i N. Sieberowa. Badania nad zjawiskami chemicznymi w kiszkiach cienkich u człowieka. („Gaz. Lek.“, 1891, str. 765, 792, 809, 833, 853).
10. M. Jakowski. Przyczynę do badań nad sprawami chemicznymi w kiszkiach u człowieka. („Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.“, T. 88, str. 576).

K A Z U I S T Y K A.

DWA PRZYPADKI

ODPROWADZENIA UWIĘZNIĘTYCH PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH

za pomocą miejscowego znieczulenia eterem.

Podał

Ludwik Wilk (z Węgrewa).

W ostatnich czasach eter zyskuje coraz większe prawo obywatelstwa w celach miejscowego znieczulenia przy większych i mniejszych operacjach. Pierwszym, który skutecznie zaczął stosować miejscową eteryzację przy przepuklinach zaciśniętych, był Finkelstein z Rumunii (1873), który pomyślnie działał eteru w danych razach objaśnia w sposób następujący: przez silne zimno, otrzymywane wskutek ulatniania się eteru, z jednej strony zgęszczają się gazy w uwięźniętej

kiszce, przez co światło zaciśniętego odcinka się zmniejsza, z drugiej zaś — silny bodziec termiczny pobudza uwięzione pętlice do ruchów robaczkowych, do ruchów więc fizjologicznych, które uwalniają wypadnięte jelita od gazów i zawartości o tyle, o ile to potrzebnem jest do uruchomienia guza.

Sposób atoli, przez F. zalecony (Berl. kl. Woch. nr. 30, 1882), okazał się wadliwym, gdyż przez nalewanie eteru z łyżki na guz przepuklinowy trudno oszczędzić części sąsiednie (penis, scrotum, vulva etc.) od dokuczliwego palenia, wywołanego przez ściekanie płynu. Dopiero Koch z Now-Yorku zmodyfikował (1883) rękoczyn F. w ten sposób, że przed eteryzowaniem guza obficie smaruje części sąsiednie oliwą, a nadto na perineum kładzie grubą warstwę waty.

W moich przypadkach, które uważam za właściwe poniżej do wiadomości Szanownych kolegów podać z tego względu, że metoda F. wymaga aprobaty na zasadzie liczniejszego materiału, pozwoliłem sobie wprowadzić jeszcze małą zmianę w samym sposobie eteryzowania.

Wychodząc z tego założenia, że oziębienie resp. znieczulenie skóry szybciej i silniej występuje przez rozpylenie eteru i że strumień rozpylonego eteru łatwiej daje się skierować na miejsce ograniczone — na guz, posiłkowałem się zwyczajnym rozpylaczem, nie stosując się weale do wyż podanych przepisów Kocha.

1. Pierwszy przypadek dotyczy M. S., mężczyzny lat 54, który od lat 10 cierpi na przepuklinę pachwinową ruchomą. Od sześciu godzin objawy uwięznięcia. Po kilku nieudatnych próbach odprowadzenia guza odszedłem, zaleciwszy gorącą kąpiel i makowiec. Po upływie 3-ch godzin wezwany byłem powtórnie, z powodu uporczywych wymiotów i silnych bólów w brzuchu, które ustawicznie trapiły chorego. Guz był wielkości pięści, silnie naprężony, twardy i bolesny na dotyk, tak że mowy być nie mogło o powtórnych próbach odprowadzenia bez chloroformowania. Zakwalifikowałem tedy chorego do herniotomii. Gdy jednak chory zaczął błagać i nalegać, by mu pomódz na miejscu, motywując swoją prośbę zapewnieniem, że do Warszawy nie dojedzie, z niedowierzaniem przystąpiłem pierwszy raz do stosowania metody Finkelsteina. Po wypotrzebowaniu 4-ch uncyj eteru (co 10 minut 1 uncya) zauważyłem, że guz nieco w objętości się zmniejszył; przy obmacywaniu zaś okazało się, że naprężenie guza, ewent. bolesność, znikło. Przystąpiłem więc do odprowadzenia, które po upływie kilku minut najzupełniej się udało bez przyczynienia choremu jakiegokolwiek bólu. Eteryzacja przepukliny za pomocą rozpylacza nie naraziła części sąsiednich na palenie.

2. P. O., kobieta lat 40. od sześciu lat cierpi na przepuklinę pachwinową. W rodzinie chorej wszystkie siostry zameżne, jako też i matka, dotknięte są przepuklinami. Objawy zaciśnięcia wystąpiły nagle 20 Stycznia r. b., wedle słów chorej, wskutek silnego kaszlu i wadliwego bandaża. Gdy próby odprowadzenia, podjęte przez aku-

szerkę i felczera, nie udały się, wezwano mnie o pierwszej po północy, t. j. w 7 godzin po wystąpieniu objawów uwięźnięcia. Guz był wielkości jaja gęsiego, twardy, naprężony i bolesny. Natychmiast przystąpiłem do eteryzowania, które i tym razem uwieńczone zostało pomyślnym skutkiem.

Na zasadzie zbyt szczupłego materiału daleki jestem od wypowiedzenia ostatecznych wniosków o wartości leczniczej opisanej metody, jako też od uogólniania jej dla wszystkich przypadków uwięźniętych przepuklin. Rozumie się samo przez się, że w przypadkach zadawnionych, w których zaburzenia w cyrkulacji zdołały wywołać głębsze zmiany w uwięźniętych pętlicach, jako też w przypadkach wypadnięcia sieci, niczego od procedury Finkelsteina spodziewać się nie powinniśmy. Zaznaczyć tylko muszę, że w przypadkach przezemnie obserwowanych i leczonych tak hipoteza fizjologicznego działania eteru (zmniejszenie się guza i jego naprężenia), jak i skuteczność jego przy przepuklinach uwięźniętych, przez F. zakomunikowane, w zupełności się sprawdziły.

UWAGI NAD LECZENIEM CHORÓB SERCA

z powodu kilku nowszych badań nad jego innerwacją.

Opracował

ALEKSANDER FABIAN.

I. Unerwienie serca.

Dzisiejsze poglądy *anatomiczne* na unerwienie serca ludzkiego przedstawiają się mniej więcej w sposób następujący: Udające się do serca gałęzie nerwu błędnego i współczulnego po swem wstąpieniu do jamy piersiowej tworzą po jednym splocie przed i po za aortą wstępującą. Łączą się one w spłoty wieńcowe, które, towarzysząc rozgałęzieniom tętnic wieńcowych, oplatają serce. Zwoje napotykamy w ścianie przedsiionka resp. w przegrodzie międzyprzedsionkowej, oraz około ujść wielkich tętnic. Komórki zwojów nie posiadają. Całkiem niejasnym był do ostatnich czasów stosunek zwojów, zwłaszcza przedsiionkowych, do nerwów, aczkolwiek nie brakowało przypuszczeń co do należenia tego lub owego rodzaju komórek do nerwu błędnego lub współczulnego. Bliższe rozpatrzenie historii rozwoju serca i jego nerwów rzuciło wiele światła na te stosunki, a co zatem idzie, rozjaśniło też pogląd na fizjologiczne znaczenie zwojów sercowych oraz na automatyzm mięśnia sercowego. Jak wiadomo, rozwój obwodowego układu nerwowego polega na fackie zasadniczym, że *każde*

włókno nerwowe pochodzi od komórki zwojowej, że jest jej wyrostkiem. Według prof. His'a, włókna ruchowe pochodzą z neuroblastów ośrodków nerwowych, późniejszych zwojów rogów przednich, czuciowe zaś z komórek zwojów spinalnych. Te komórki u młodszych zarodków mają być dwubiegunowe (bipolar). Ich drugi dośrodkowy wyrostek udaje się przez korzenie tylne do układu nerwowego ośrodkowego, gdzie jego dalsze zachowanie się jeszcze nie jest dostatecznie poznane. Dwubiegunowość komórek zwojów spinalnych znika później pozornie, w rzeczy samej zaś utrzymuje się ona wskutek podziału wyrostka w postaci litery T. Z tego samego z początku, co i zwoje spinalne, biorą początek — według Onodi'ego — również zwoje nerwu współczulnego. Zwoje sympatyczne odwężają się wkrótce od wspólnego z początku, złączonego z układem ośrodkowym już tylko za pomocą korzeni tylnych i dochodzą do przedniej (brzuszej) strony kręgosłupa. Środkowe wyrostki ich komórek wydłużają się odpowiednio i tworzą część gałęzi spólniczących (rami comunicantes). Lecz, podobnie jak przed odwężeniem, przechodzą one wyłącznie przez *korzenie tylne*, udając się do ośrodków.

Korzenie *przednie* tylko w ten sposób pod pewnym względem zostają w stosunku ze zwojami sympatycznymi, że i one również wysyłają włókna przez gałęzie spólniczące do pasma współczulnego granicznego (Grenzstrang). Lecz włókna te ze zwojami komórkami nie łączą się wcale. Bo też w przeciwnym razie musielibyśmy przyjąć niemożliwą embryjologicznie hipotezę, że nerwy korzeni przednich łączą się później z komórkami zwojowymi tylnymi, co by, fizjologicznie mówiąc, znaczyło, że jedna i ta sama komórka zwojowa może być ruchową i czuciową. Otóż zwoje sympatyczne, na zasadzie faktów embryjologicznych zaliczyć trzeba do zakresu korzeni tylnych.

Podług ogólnego poglądu zaś wszelkie włókna korzeni tylnych, ich komórki zwojowe, oraz końcówki są czuciowe. *Muszą przeto zwoje sympatyczne należeć do układu czuciowego.* Zobaczymy zaraz, że dla czynności zwojów sercowych fakt ten posiada pierwszorzędne znaczenie. Przypomnijmy w paru słowach powstawanie serca i jego unerwienia. Powstawszy, jak wiemy, z połączenia parzystych listków pierwotnych, tworzy ono rurkę podłużną, połączoną w swej części górnej czyli opuszkowej, oraz dolnej czyli przedsionkowej z leżącymi po za nią otworami kiszek przedniej. W tych dwóch miejscach serce posiada stałe śródsierdzie (mesocardium), wśród którego przebiega naczynie tętnicze i żyłne. Część stanowiąca komórkę sercową, była wprawdzie również połączona pierwotnie za pomocą krezki ze ścianą kiszek przedniej, lecz ta zaraz przy pierwszym zaginaniu się rurki sercowej zanikła: na jej miejscu znajdujemy później zatokę poprzeczną osierdzia (sinus transversus pericardii). Tym sposobem dla nerwów, udających się

do serca (co rozpoczyna się około końca 4-go lub początku 5-go tygodnia) istnieją dwie drogi: górna i dolna. Pasma podłużne nerwu błędnego i współczulnego biegną po ścianie tylnej osierdzia. N. błędny, jak wiadomo, powstaje z parzystej, po obu stronach rurki mózgowej leżącej masy zwojowej (późniejsze gangl. jugulare i nodosum), w ten sposób, że każda komórka zwojowa wysyła po jednym wyrostku ku ośrodkowi i ku obwodowi.

Włókna te, zmierzając w kierunku prostym do tylnego (dolnego) końca ciała, tworzą pęczek, z którego później odszczepiają się gałęzie n. krtaniowego górnego i dolnego. W pewnym okresie rozwoju pęczek ten składa się wyłącznie z włókien, zupełnie nie posiadając komórek. Później zostaje poprzerastany komórkami mesoblastu: jestto zaczątek pochewki nerwowej, która, oczywiście, nie ma żadnego czynnościowego związku z włóknami. Tymczasem ze zwojów spinalnych oddzielił się zaczątek nerwu współczulnego w postaci pojedynczych, zrazu odosobnionych, później poskupianych gromadek zwojowych, które się uszykowały wzdłuż kręgosłupa jako pasmo graniczne. Te gromadki zwojowe posiadają między sobą związek bardzo luźny, tak, że wciąż występują grupy komórek i sadowią się wespół otaczających narządzi. Tak powstają sploty współczulne organów miedniczych, nerek, kieszek i serca.

Taki rój zwoików składa się z drobnych kilkokomórkowych rozpierzchłych grup, połączonych pomiędzy sobą krótszemi lub dłuższemi pasmami włókien; biegnie on popolicie zygzakowato lub rozdziela się na kilka gałęzi, które ze sobą tworzą anastomozy. W przeciwieństwie do tego sposobu powstawania, gałęzie nerwu błędnego tworzą zrazu proste pęczki owych włókien nerwowych, które w linii prostej do swego celu zmierzają. Powoli stosunek ten ulega zmianie. W miejscu odgałęzienia nerwu krtaniowego dolnego i gałązek nerwu błędnego, udających się do serca, gromadzą się drobne zwoiki, złożone z ciemniej zabarwionych komórek, co do których E. Romberg i W. His (syn) doszli do przekonania, że są one natury *sympatycznej*. A wnioski swe opierają na następujących dowodach:

1) Na budowie histologicznej tych pierwiastków zwojowych z budową komórek nerwu współczulnego zgodnej. Są to komórki drobne, w protoplazmę ubogie, ze stosunkowo wielkiem jądrem; barwione hematoksyliną i eożyną przybierają odcień bardzo ciemny, łatwo je wyróżniający wśród tkanek otaczających. Przeciwnie, zwoje nerwu błędnego tworzą skupienia dużych komórek dwubiegunowych, z obfitą protoplazmą, z wyraźnie włókienkową budową i jądrem bardzo wielkiem, lecz nie wypełniającem całego światła komórki. Barwią się one o wiele słabiej, tak, że tam, gdzie zwój szyjowy gór-

ny nerwu współczulnego styka się blisko ze zwojem nerwu błędnego, już samo zabarwienie odcieniem swym dwie te części należycie wyróżnia. Nie ma też, podług wspomnianych badaczy, żadnych wybitnych różnic pomiędzy zwojami spłotu sercowego, a sympatycznymi.

2) Na tem, że nerw błędny i jego gałęzie posiadają zwoje tylko na tej przestrzeni swego przebiegu, na której nerw błędny ze współczulnym tworzy anastomozy. Zarówno powyżej pierwszego zwoju szyjowego, jakoteż poniżej spłotu sercowego podobnych pierwiastków brak w pniu nerwu błędnego zupełnie. Ponieważ zaś komórki istotnego zwoju nerwu błędnego nie posiadają skłonności do porzucania swych wrodzonych usposobień, przyjść należy do wniosku, że zwoje sercowe, nawet pozornie gałęziom nerwu błędnego towarzyszące, są sympatycznymi, a przeto *czuciowymi*.

Co się teraz tyczy rozgałęzienia nerwów sercowych, to, jak widzieliśmy, odpowiednio do miejsca przyczepu krezki sercowej, dwie drogi stoją im otworem. Pierwszą górną, to jest w kierunku naczyń tętnicznych kierują się naprzód. Z każdej strony, zarówno nerw błędny (resp. krtaniowy dolny), jako też współczulny, wysyłają po jednej gałęzi, z których współczulna mocno przylega do pnia nerwu błędnego. Wszystkie gałęzie wdrażają pomiędzy pnie aorty i tętnicy płucnej, niektóre już teraz dają anastomozy, tworząc tym sposobem zaczątek późniejszego spłotu opuszkowego (plexus aorticus superficialis). Gałęzie kończą się krótkimi węzłkami zwojowymi.

Obficiej później z nerwu błędnego i współczulnego wyrastające gałązki, udają się drugą drogą. Po za zatoką poprzeczną ciągną one ku dołowi i dochodzą do serca mniej więcej na wysokości ujścia żył wielkich. Tutaj natrafiają na dolne zagięcie osierdza, zatrzymują się przez to w dalszym swym rozwoju i rozpościerają się na powierzchni ściany przedsionkowej, tworząc potężny spłot, późniejsze zwoje przedsionkowe. Obfita sieć anastomoz łączy (jako plexus aort. profundus) oba spłoty między sobą¹⁾. W 7-ym tygodniu już cała sprawa jest ukończoną i serce płodu w tym wieku pod tym względem jest całkiem podobne do serca dorosłego, przynajmniej o ile to dotyczy rozmieszczenia zwojów. Jak wiadomo, serce dorosłego posiada wszakże jeszcze jeden układ nerwów, które, towarzysząc naczyniom wieńcowym, oplatają komórki serca i wnikają w ich ściany. Ze wszystkich nerwów sercowych powstają one najpóźniej, dopiero w ciągu 3-go miesiąca, i odznaczają się tem, że, u człowieka przynajmniej, nie posiadają *zwojów*. Winniśmy więc, stosownie do trzech okresów rozwoju, odróżnić ściśle trzy grupy nerwów: 1) zwoje aortyczne, 2) zwoje przedsionkowe i 3) nerwy wieńcowe.

¹⁾ Rysunek dołączymy do przyszłego zeszytu. (Przyp. red.)

Głównym przeto wynikiem poszukiwań Hisa i Romberga jest, że *zwoje sercowe są współczulne*, a jako takie, na zasadzie embryjologicznej, są *czuciowemi*, nie mają przeto nic wspólnego z automatyzmem serca.

Powyższy wniosek historia rozwoju, by tak powiedzieć, kategoriycznie narzuca. Obaczmy tedy, czy i *fizjologiczne właściwości serca* z tym poglądem pogodzić się dadzą. Rozpatrzmy przynajmniej najważniejsze.

Przedewszystkiem godzi się przypomnieć fakt dziś już stanowczo stwierdzony, że serce ptaków, zarówno jak i ssących, wykonywa skurcze rytmiczne na długo przedtem, zanim jeszcze posiada nerwy lub zwoje. Na kongresie fizjologów 1889 r. Fano przedstawił nadzwyczaj ciekawe doświadczenia nad zachowaniem się serca piskląt w tym beznerwowym jeszcze okresie rozwoju. Odcięty wierzchołek sercowy i tu także zatrzymuje się, a później bije dalej o wiele powolniej, niżeli część przedsionkowa, zupełnie jak u dorosłego zwierzęcia, gdzie zjawisko rzeczzone czyniono dotychczas zależnem od odcięcia zwojów sercowych. Zbytecznem byłoby powtarzać tu doświadczenia Ludwiga i jego uczniów (Luciani'ego, Merunowicza, Murri'ego i in.) nad wierzchołkiem serca zabiego, niezawierającego zwojów. Dowodzą one, że mięsień sercowy sam przez się potrafi na stosowne bądźce odpowiadać skurczem rytmicznym. Lecz i owo sławne doświadczenie Stanisza, przytaczane jako szczególnie przekonujący dowód istnienia ośrodków automatycznych sercowych nie sprzeciwia się nowszemu pogładowi, gdy przyjmujemy objaśnienie, że odcięcie zatoki żyły czczej (v. cava) od przedsionka *drażni* przebiegające w tem miejscu nerwy hamujące i tym sposobem powoduje spoczynek serca w stanie rozkurczu (porówn. Nawrockiego prace nad innerwacją serca i François Franck w Travaux du laboratoire de Marey). Za takim przemijającym podrażnieniem nerwów hamujących przemawia przecież w tym razie przywrócenie ruchów serca po jakimś czasie. Dalsze bicie komórek po odcięciu rozkurczowo spoczywających przedsionków objaśnia się usunięciem działania nerwu błędnego na komórki serca.

Dalej Wooldridge wykazał na sercu ssących przez przecięcie i drażnienie nerwów, które łączą zwoje opuszkowe z komórką, któreby przeto jedynie mogły pośredniczyć przy przenoszeniu wpływów ruchowych, że ich wpływ na rytmikę ruchów komórki sercowej nie istnieje. Przemawia to tedy za przypuszczeniami Hisa i Romberga.

Tego samego dowiódł Tigerstedt przez odcięcie przedsionków dla zwojów przedsionkowych. Większość jego doświadczeń przemawia przeciw pogładowi, jakoby zwoje ser-

cowe były ośrodkami automatycznymi. Że nie można myśleć o bezpośrednim działaniu nerwu błędnego lub przyspieszającego (n. accelerans s. depressor C y o n - L u d w i g a) dowodzą fakty anatomiczne. Dla błędnego R o s e n b a c h doszedł do podobnego wniosku na zasadzie fizjologicznej. Według W o o l d r i d g e'a oba nerwy, zdaje się, działają na przedsionki, a od zmienionej rytmiki przedsionkowej zależy dopiero zmieniona czynność komórek serca.

Widzimy przeto, że zdanie R. i H. doskonale da się pogodzić ze znanymi faktami fizjologicznymi. Gdy zaś, podług tego, nie istnieje automatyczny układ nerwowy serca, musimy przeto, na tymczasem szukać przyczyny rytmicznej czynności jego w automatyzmie samego mięśnia sercowego. Oczywiście automatyzm mięśnia wydaje się zrazu niezrozumiałym, lecz łatwiej go pojąć, gdy chodzi o serce, które się anatomicznie i fizjologicznie od wszystkich innych mięśni wyróżnia. Przypomnijmy jeno budowę histologiczną jego włókien, maksymalny zawsze skórcz jego, zdolność przenoszenia podnieć przez muskulaturę, osobliwsze jego zachowanie względem prądu indukcyjnego, które Z i e m s s e n wykazał i dla ludzkiego serca, wreszcie niewrażliwość wobec kurary.

Zwoje sercowe są więc wyłącznie czuciowemi. Tak mówi ich rozwój z czuciowej części zaczątku nerwowego, a znane fakty fizjologiczne nie przeczą temu. O ich czynnościach brak tu jeszcze pewniejszych danych. Być może, a nawet jest prawdopodobnem, że przekazują one ośrodkom nerwowym najdelikatniej ustopniowane, nieświadome wrażenia, które odruchowo regulują czynności serca przy pomocy nerwu błędnego i przyspieszającego, i porządkują szerokość światła naczyń. Czynność zwojów nerwowych byłaby przeto i nadal, jak mówi N o t h n a g e l „conditio sine qua non dla prawidłowego krążenia krwi“, lecz w inny sposób, niż dotąd mniemano. Nie rządzą one *bezpośrednio* rytmem czynności sercowej, lecz *pośrednio na drodze odruchu*. Właśnie czynności tych zwojów sercowych przypisaćby należało, że serce w tak doskonały sposób zastosować się potrafi do przeróżnych wymagań jego sprawności stawianych.

Depóki nie zostanie wynalezione objaśnienie lepsze, musimy przypuścić, że pobudka ruchowa krwiobiegu wychodzi od mięśnia sercowego. Wykonywa on rytmiczne skurcze bez pobudzeń ze strony nerwowej. *Mięsień sercowy jest automatycznym motorem krążenia.* Gdy jego siła w skutek spraw patologicznych maleje, gdy słabnie jego zdolność odczuwania we właściwy sposób, nieznanego nam jeszcze bliżej, czynność jego wyzwalającego bodźca i odpowiadania właściwie na jego podniecie—wówczas dla krążenia wynikają szkody daleko bezpośredniejsze, niżeli ze zmian w zwojach sercowych. Patologija,

do której się obecnie zwracamy, świadczy o tem niejednokrotnie, a i dla terapii niejedna ztąd już wynika wskazówka.

II. Patologija ogólna serca.

Wszelkie organiczne wady sercowe rozpoczynają się od wspólnego objawu podniesieniem ciśnienia śródsercowego. A to podniesienie ciśnienia, drażniąc końcówki obwodowe nerwu błędnego we wsierdziu, sprowadza zwolnienie rytmu sercowego.

To zwolnienie, odbywające się kosztem fazy rozkurczowej, staje się przyczyną większego wypełnienia serca krwią. I oto po takim przedłużonym rozkurczu następuje silniejszy skurcz, na zasadzie znanego prawa, że po rozciągnięciu włókna mięśniowego następuje silniejszy skurcz jego.

Tak więc cierpienie sercowe zaczyna ustanawiać zwiększenie czynnościowej działalności serca, co pospolicie zwą *hypersystolią*. Lecz nazwa to niewłaściwa, gdyż zwiększonym jest nie tylko skurcz, lecz i rozkurcz, a nawet ten ostatni wcześniej, niż pierwszy; mamy przeto obok *hypersystolii* *hyperdiastoliję*, czyli mówiąc dokładnie, podniesienie ogólne czynności sercowej („iperfunzionalita cardiaca“ włoskich autorów). Na tę podniesioną czynnościową działalność serca układ nerwowy miarkujący może oddziaływać, sprzeciwiając się bodźcowi zwiększonego ciśnienia, a wówczas włókno mięśniowe, uwolnione od nadmiaru ciśnienia rozkurczowego, odpowiadać może skurczem silniejszym.

Biada sercu dotkniętemu wadą organiczną, któremu zbraknie tych dwóch warunków, ulegnie ono pierwszemu napadowi choroby sercowej.

I napróżno anatomopatolog szukać będzie w tem sercu przyczyny śmierci; znajdzie wadę organiczną jakby początkową, włókno mięśniowe mało zmienione, lub wcale niezmienione i w żaden sposób dojść nie może, dla czego to serce tak rychło uległo, za to klinicysta za życia powinien być i mógł ocenić jego sprawność czynnościową; nie w sercu martwym, lecz w sercu żywym i czynnym można było znaleźć rzeczywistą przyczynę śmierci.

Zatrzymajmy się na chwilę nad tym pierwszym momentem kardyjopatyi, ważnym ze względu leczniczego.

W przebiegu niektórych chorób ogólnych, jak np. w reumatyzmie ostrym, o których klinicysta wie, że często wikłają się zapaleniami wsierdzia i osierdzia, nie tylko ma obowiązek rozpoznania w ciągu podobnego cierpienia chorobowej sprawy sercowej, lecz jeszcze świętszą ma powinność czuwania skrzętnego nad tem, w jaki sposób nerwy sercowe i mięsień odpowiadają na pierwszy napad kardyjopatyi ostrej. Próżnem być łatwo może jego usiłowanie, gdy zechce jedynie leczyć zapalenie wsierdzia lub osierdzia, tembardziej przy-

czynę tychże; natomiast interwencyja jego stać się może o wiele pożyteczniejszą, gdy, znając zawczasu cierpienie i jego skutki na czynność sercową, potrafi zapomocą środków właściwych podtrzymać niedostateczną sprawność nerwów i mięśnia sercowego, gdyby nawet z tego powodu miał nieco pominąć leczenie choroby ogólnej lub sprawy ostrej, lub gdyby nawet wyrównanie zaburzeń kardiokinetycznych sprzeciwiało się poniekąd wskazówkom cierpienia głównego.

Ileż to razy w podobnych przypadkach lekarz ma za ledwie czas rozpoznać ostre cierpienie serca, a już spostrzega niedostateczną czynność serca! Lekarz mało przewidujący mniemać może, że spełnił całkowicie swe zadanie, gdy, rozpoznawszy dość wczesnie sprawę sercową, leczy ją zapomocą tego lub owego środka wątpliwej skuteczności. A jednak jego obowiązek wcale spełnionym nie został: użył on wprawdzie wszelkich środków semiotycznych dla rozpoznania choroby sercowej, lecz nie posiłkował się wiadomościami fizjologicznymi dla ocenienia należytego wpływu rzeczony choroby sercowej na czynnościową sprawność serca. A może wówczas lekarz taki słusznie odczuwa wyrzuty sumienia, że nadużywał leków, które miały zwalczyć chorobę zasadniczą, a przyczyniły się jedynie do przygotowania wyczerpania nerwowego i do mięśniowej niedomogi, tak, że kiedy już cierpienie główne się rozwinie, ani nerwy, ani włókno mięsne oprzeć mu się nie zdołają.

Na szczęście, w większej liczbie przypadków nie tak się dzieje; serce w skutek prawidłowego stanu swych nerwów i swego mięśnia odpowiada normalnie zwiększeniem czynności na podniecie początkową choroby organicznej, a jako następstwo pozostają skutki stałe, jako dalsza stała przyczyna zwiększonego ciśnienia śródsercowego—a ztąd wzmożona czynność mięśniowa.

Jako skutek takiej wzmożonej czynności mięśnia sercowego nastąpić musi, oczywiście, zwiększenie czynności, silniejszych skurczów—powstaje *prerost*. A ponieważ przy wzmożonej czynności serca, o której mowa, mamy zarówno wzmożenie rozkurczu jako też skurczu, przeto do *prerostu* przyłącza się *rozszerzenie*; pierwszy jako skutek *hypersystolii*, drugi jako następstwo *hiperdiastolii*, a nawet rozszerzenie poprzedza prerost, podobnie jak w postaci czynnościowej rozkurczowa faza szła przed skurczową.

Prerost, jak pisze jeden ze współczesnych klinicystów francuskich, we Francyi, u narodu przeważnie nerwowego, uchodzi za „opatrznościowy“, zaś w Niemczech, gdzie panuje kamień, zwie się „kompesacyjnym.“ Lecz nauka ścisła, która w tem wszystkiem widzieć nie powinna ani sentymentu, ani kamienia, lecz prawo fizjologiczne, zwać ją winna „*prerostem*“

następczym,“ gdyż jest on istotnie prostem następstwem praw regulujących krążenie i odżywianie mięśnia sercowego.

Jakież winno być zadanie klinicysty w takim stanie serca? Czuwać, aby się odżywianie zachowało, baczyć, aby czynność nie uległa zakłóceniu.

Lecz przyznać winniśmy, że pospolicie, o ile przypisują ważność rzeczonemu przerostowi, o tyle znów zaniedbywano czynność, czyli, mówiąc lepiej, nowy stan czynnościowy serca. Wszelkie nadzieje są skierowane ku temu, aby się przerost wytworzył, wszelkie życzenia, aby go nie zbrakło, wszelkie rady, aby podtrzymać jak najdłużej to nadmierne odżywianie. A o czynności takiego serca myśli się mało, a przynajmniej niestosownie.

Jaką bo też mamy ilość sposobów semiotycznych dla dobrego rozpoznania przerostu, a jakąż skąpą dla zastosowań fizjologicznego badania zmienionej czynności cyrkulacyjnej! Każdy młody student uważa za obowiązek umieć dobrze rozpoznać rzeczony przerost oraz wadę organiczną, z której tenże powstał, a iluż to jest praktyków dojrzalszych nawet, którzyby w obec choroby serca badali przy pomocy wszelakich danych fizjologicznych zmiany czynnościowe i zaburzenia nerwowe, i wyciągali ztąd pożyteczne wskazówki lecznicze? Rozumiemy doskonale, że daleko łatwiej jest stosować wiadomości z dyjagnostyki fizycznej, niżeli oceniać zaburzenia czynnościowe, lecz rozumiemy też dla czego wielkiemu postępowi dyjagnostycznemu w klinice chorób serca, nie odpowiada bynajmniej wyraźny postęp terapeutyczny. Powiedzmy więcej: co pomaga, jak widzimy, takie bogactwo leków, tak zwanych sercowych i do czego służy tyle badań nad ich działaniem na nerwy, na ciśnienie i t. d., jeśli w danym razie specjalnym klinicysta nie wie w jaki sposób, dla czego te nerwy ulegają zaburzeniu, w jakim kierunku i z jakiej przyczyny ciśnienie zmienia ulega? A przecież dla podtrzymania odżywiania mięśnia sercowego klinicysta działać może bardzo mało lub nie zgoła, kiedy tymczasem mógłby uczynić nader wiele dla podniesienia lub uporządkowania jego czynności. Jakiż bo klinicysta jest tyle zaufany w swe środki lecznicze, iżby zechciał twierdzić, że za pomocą wszelkich kuracyj wzmacniających, wszelkich środków odżywczych, potrafi podtrzymać odżywianie mięśnia sercowego, gdy tenże zmuszony jest walczyć z oporami, wytworzonymi przez wadę organiczną, i w walce tej włóknno mięśniowe jest przeznaczone na zagładę? Tak—skazane na zagładę i to na pewno; badania histologiczne nad przejściami, jakim ulega przerost następczy serca dowiodły, że włóknno mięśniowe zanika i wyrodnije, przyczem przeważa rozwój tkanki łącznej (Letalle).

Na szczęście wszakże ten stan przerostu i zwyrodnienia następczego mięśnia sercowego nie stanowi zbyt częstej przy-

czynny pogorszenia kardyjopatyi, inaczej nie moglibyśmy spostrzegać klinicznie pewnych pogorszeń niemal śmiertelnych i nagłych, z przyczyn nieprzewidzianych, po których równie nagle i niespodziewanie następują poprawy tak zupełne, że każą niemal zapominać o minionem niebezpieczeństwie.

Częstokroć w klinice uważają za hipotrofię i zwyrodnienia tłuszczowe serca takie stany, które pochodzą od zaburzeń czynnościowych i które łatwo wyrównane być mogą, że tu tylko wspomnimy dwa stany takie jak znane pod nazwą: *wyczerpania sercowego* i *rozzszepienia włókna mięsnego*.

Wyczerpanie, podług poglądów Fothergila, jest to stan wywołany przez złe przyswajanie substancyj białkowych i powstaje nie tyle przez brak pożywienia, ile przez błędne onego trawienie. Jest on jedną z przyczyn, dla których klinicyści czuwać winien u chorych sercowych nad czynnością trawienia i zamiast wierzyć w te środki lecznicze, które raczej służą do popsucia trawienia, niżeli do przywrócenia prawidłowego odżywiania serca, winien wciąż myśleć o ułatwieniu trawienia. Do tego punktu jeszcze powrócić nam wypadnie.

Daleko ważniejszym jeszcze jest zboczenie drugie, mianowicie rozczepienie włókna mięsnego czyli mięśnia sercowego, i które nazwaćby można *zwątleniem serca*, przypominając, że nie jest ono prostem zaburzeniem czynnościowym. Jest ono skutkiem nadmiernej pracy mięśnia, jego wysiłku i w tem zwątleniu włókno sercowe, jak każdy mięsień, traci spójność, sprężystość, a co gorsza, pobudliwość: *do skutecznego pobudzenia wymaga teraz podnień silniejszych!*

Nie można powiedzieć napewno w jaki sposób nadmierny wysiłek wywołuje rozczepienie włókna mięśniowego, lecz prawdopodobną jest rzeczą, że skutkiem spraw chemicznych, odbywających się przy czynności mięśniowej, powstają produkty, wywierające wpływ wyczerpujący na włókno mięsne, jak kwas mięsnomleczny. Te produkty przy prawidłowych skurczach przez krążenie krwi z mięśnia usunięte zostają, lecz gromadzą się, gdy wysiłek jest nadmierny.

Przypominamy dla tego te dane o wyczerpaniu i zwątleniu mięśnia sercowego, aby z nich wyciągnąć wniosek dość słuszny dla wskazań leczniczych: że obok usiłowań podtrzymywania przerostu, dla odżywiania mięśnia sercowego, należy mieć na uwadze zaburzenia czynnościowe. Gdy bowiem klinicyści może działać bardzo mało, aby zapobiedz fatalnemu zwrotowi przerostu następczego ku zwyrodnieniu, to natomiast może uczynić bardzo wiele dla wyrównania czynnościowego. Należy też dobrze się zastanowić w jakim stanie znajduje się czynność serca w tym drugim okresie choroby. Otoż skutek przeszkody, wytworzonej przez wadę organiczną, mięsień sercowy, przerosły lub nie, zmuszony jest zużywać przeciw niej siły utajonej zarezerwowanej dla pokonywania wszelkich tych

przeszkód i oporów w krążeniu, które jeszcze w fizjologicznych granicach w ustroju napotyka, innemi słowy: *wada organiczna zużywa i uszczupla ten fundusz zapasowy siły, który w gospodarstwie mięśnia sercowego był przeznaczony do pokonania licznych, a niewniknionych oporów, jakiemu krążenie ulegać musi przy rozlicznych czynnościach życiowych.*

A cóż się stanie, gdy te fizjologiczne opory zwiększą się lub, co gorsza, gdy do nich przybędzie nowy opór patologiczny? Dopóki mięsień ma jeszcze zawsze pewną ilość swej siły utajonej, wywrze ją przeciw nowemu przypadkowemu oporowi i żadna krzywda nie dotknie serca i krwi krążenia. Gdy zaś przeciwnie, siła serca, zaledwie wystarczająca do borykania się z przeszkodą wady sercowej, wyczerpie się, a mięsień sercowy, zniewolony pracować nadmiernie, znuży się i zwątleje, wówczas krążenie się zakłóci, wówczas wystąpią jawnie wszelkie skutki wady organicznej, wówczas te ciężkie zbroczenia, które dotychczas przebiegały napozór niewinnie, niedostrzegane przez lekarza i nieodczuwane przez chorego, ujawnią się z całą swą grozą.

Czyż ta groźba, pytamy, jest bezpośrednim skutkiem samej wady organicznej, która od tak dawna tkwiła u zastawki, u ujścia aorty, w osierdziu lub nawet w tym samym mięśniu sercowym, który aż do zjawienia się nowej przeszkody w krążeniu spełniał doskonale swą czynność? Nie; pogorszenie jest przeciwnie następstwem bezpośrednim wysiłku i znużenia serca, wywołanego przez nową przeszkodę, która się przyłączyła do poprzedniego oporu wady organicznej. Bez niej to serce potrafiło i pewnie na długo jeszcze potrafiłoby utrzymać równowagę w krążeniu. Nowa przeszkoda, nowy opór, ledwie dostrzegalny, wystarcza do zakłócenia równowagi pomiędzy mechanizmem sercowym a ciśnieniem.

O! gdyby lekarze pamiętali należycie o tych drobnych przeszkodach, o krążeniu, które w bilansie ciśnienia ościennego wydać się mogą drobnym ziarnkiem piasku, a stać się jednak mogą owem brzemieniem, co zbyt serce znużone obarczy, wówczas mieliby też więcej zaufania do niektórych przepisów higienicznych, które lekceważą.

Nie sądzimy, abyśmy potrzebowali wymieniać tu te przeszkody w ogólności; klinicysta czujny dojrzy je i oceni należycie w każdym poszczególnym przypadku. Opory te mogą się napotykać w krwiobiegu wielkim i w małym; mogą być fizjologiczne lub chorobliwie zamienione, patologiczne; przemijające lub stateczne; pokonać się dające lub niepokonalne; działać na naczynia bezpośrednio lub pośrednio przy pomocy nerwów. Przypomnijmy ważniejsze prawa takiego stanu rzeczy. Pierwszem prawidłem w obec wad sercowych jest, że: *drży wadzie organicznej mięsień sercowy w fazie hipersestolicznej, nawet kiedy jeszcze na pozór posiada siłę i odżywianie należyte,*

już nie znosi oporów tak jak serce zdrowe, tak dalece, że już takie powiększenie ciśnienia, które niezdolne byłoby zakłócić czynności serca zdrowego, może głęboko zmienić czynność serca chorego.

Cardarelli wykonał cały szereg doświadczeń na osobach zdrowych i na chorych sercowych, przy których za pomoce turnikietu wywierał silny ucisk na tętnice udowe i kreślił sfigmogrammy serca i tętnic przed wywarcieniem ucisku, podczas niego i po nim, przyczem doszedł do kilku ciekawych, a i dla terapii dość ważnych wyników. W niektórych razach nawet silny ucisk sprowadzał w rytmie i postaci krzywizn zmiany bardzo mało wybitniejsze od spostrzeganych u każdego zdrowego człowieka, u wielu innych wszakże nawet przy ucisku jednej tylko tętnicy, występowały zmiany nader wyraźne w rytmie i w sfigmogramach tętna; w tych też razach chorzy doznawali uczucia męczącej duszności, niepozwalającej im leżeć na wznak. Badaniem tem możnaby się posługiwać w celu rozpoznania, jakim zapasem siły utajonej rozporządza serce w danym przypadku choroby.

Drugą ważną okoliczność stanowi: *przeszkody napotymane w małym lub wielkim krwiobiegu działają bezpośrednio na prawą lub lewą komórkę, lecz skutek przeszkody odczuwa się w całym gospodarstwie mięśnia sercowego.*

Ztąd wyciągnąć można zasadę do zastosowania praktycznego: możność wyrównania ciśnienia w naczyniach w taki sposób, ażeby serce mniej odczuwało skutki przeszkody w pewnym punkcie krwiobiegu usadowionej.

Jeżeli np. przy niedostateczności zastawki dwudzielnej lub zwężeniu ujścia żylnego lewego wystąpi cierpienie pierśiowe, wywołujące opór dla odpływu z tętnicy płucnej i obawiamy się wysiłku i wyczerpania komórki prawej, jeżeli ta przeszkoda usunąć się nie da, to wielce pomocnem będzie zmniejszenie oporów w obiegu wielkim celem ulżenia pracy komórki prawej. Większą jeszcze jest zdolność takich wyrównań wzajemnych pomiędzy różnymi odcinkami układu aortycznego, pozwalająca sercu lewemu nie odczuwać wpływu przeszkody nie dającej się usunąć: gdy np. przy zapaleniu nerek interstycyjalnem zwiększone ciśnienie nie da pokonać przy pomocy środków moczopędnych—uciekamy się do obniżenia ciśnienia w zakresie kiszek za pomocą przeczyszczeń, a serce lewe i krążenie odczuwa ulgę po tem wyrównaniu.

A w tych ciężkich przypadkach kiedy serce jest bliskie kresu wysiłków i wyczerpania wywołanego cierpieniem, które *nagle* podniosło ciśnienie w krwiobiegu wielkim lub małym, a nie mamy ani dość czasu, ani sposobu sprowadzenia równowagi, należałoby obniżyć ciśnienie w żyłce odczej dolnej przy pomocy *krwiupustu*; skutki serce szybko odczuje, bez względu na to, czy cierpienie ostre spowodowało przeszkodę w ukła-

dzie aortycznym, czy zwiększyło opory w zakresie tętnicy płucnej. Niechaj się klinicysta nie da w tych razach zbić z toru osłabieniem, które może nastąpić po upuszczeniu dla serca w takiej chwili najbardziej osłabiającym ustrój czynnikiem, jest zbyt wysokie podniesienie ciśnienia; stanowi on tutaj więcej niżeli wszystkie inne momenty przynębiające dla wyczerpania pobudliwości mięśnia i zniszczenia innerwacji serca. Nie należy się przeto wahać pomiędzy tą małą szkodą, jaką chwilo-wo wyrzuci utrata krwi, zastosowana w takiej mierze, aby obniżyć ciśnienie, a tym olbrzymim pożytkiem, jaki właśnie to obniżenie ciśnienia spowodować zdoła. Ażeby wszakże można było wprost wykonywać na słusznej zasadzie, a nie empirycznie na ślepo, potrzeba klinicyście przywyknąć do dobrego rozpoznawania oznak podniesionego ciśnienia i o ile możności odszukiwać przyczynę tej podwyżki.

Doskonale rozumiemy, że w przypadkach przeszkód cyrkulacyjnych nieprzewyciężonych, kiedy serce jest wobec nich zbyt słabem, pomyśleć można o wzmocnieniu czynności jego przy pomocy środków *kardiokinetycznych*. Lecz pamiętać należy koniecznie o tem: Popierwsze, że *podniętą naturalną* i najpotężniejszą dla mięśnia sercowego jest bodziec ciśnienia śródsercowego i, dopóki włókno mięśniowe posiada resztę zapasu pobudliwości utajonej, to wyzwala się pod wpływem ciśnienia. Lecz jeśli skutkiem wywołanego przez nią wysiłku serce zwą- tłało, wówczas niełatwo rozbudzić je środkami *kardyjokinetycznymi*. Powtóre, nawet wówczas, gdy mięsień sercowy na działanie środków podniecających odpowiada silniejszym skurczem, ten zwiększony wysiłek zużywa się w walce z oporem w krą- żeniu i po nim nastąpi musowo jeszcze większe wyczerpanie serca.

Słusznie przeto zdaje się mniemanie, że środki podniecające czynność mięśnia sercowego—kardyjokinetyczne—są raczej wskazane przy *niedomodze nerwowej serca* i *amyokinezie* czynnościowej, niżeli przy zwątlaniu następczem po wysiłku przeciw przeszkodom cyrkulacyjnym.

Rozpatrzwszy zaburzenia czynnościowe zależne od zmian w ciśnieniu krwi i wskazania lecznicze, na których klinicysta oprzeć się może, powiedzmy słów kilka o zaburzeniach nerwowych. W mechanizmie sercowym i naczyniowym bowiem wpływ parcia ościennego i działanie nerwów są tak ze sobą powikłane, że tworzą łańcuch czynników, wśród których nie-tylko klinicysta, lecz i fizjolog nie zawsze mógłby orzec, gdzie się zaczyna działanie wpływu każdego.

Chorobami temi, które zwykliśmy nazywać nerwowymi, są: *przypieszenie* lub *zwolnienie*, mniej lub więcej znaczne, oraz *nieprawidłowość* rytmu sercowego; technicznie stany te zwą się *tachycardia*, *brachycardia* i *arhythmia*. Dodaćby też tutaj można ową formę złożoną *dusznicą (angina pectoris)* i ró-

wnie nieokreśloną, a opisywaną pod mianem *kołatania serca nerwowego* (*palpitatio nervosa*). Ażeby ocenić doniosłość tych zbroczeń osobliwych, należy zapamiętać, że nie tylko one same przez się w sercu zupełnie zdrowem mogą zakłócić czynność jego tak głęboko, iż wywołują wszelkie skutki cierpienia organicznego, lecz nawet spowodzić istotne zaburzenia organiczne. Ostateczne przeto skutki dla krążenia będą jednakie. Stosuje się to szczególnie do *nadmiernego przyspieszenia rytmu* oraz do jego *niemiarowości*.

Zrozumieć teraz łatwo, jak smutny wpływ muszą one wywierać na serce już poprzednio chore, i jak starannym winien być klinicysta w rozpoznawaniu i wczesnem zwalczaniu zaburzeń nerwowych. Otóż dla stosownego użycia środków leczniczych, winniśmy zawsze starać się określić, czy zaburzenie nerwowe, jakimkolwiekby ono było, zawisło od stanu *podniecenia* czy *potłumienia* nerwu błędnego i współczulnego. Bez takiego określenia niepodobna leczyć tych zaburzeń i często widziano zgubne skutki z zastosowania środków, które działaniem swoim pogorszyły tylko cierpienie nerwowe. Pełż to razy spostrzegamy podobne skutki z niewłaściwego użycia naparstnicy lub atropiny, przy arytmii niezbadanego bliżej pochodzenia?

W cennej pracy wspomniany już powyżej Cardarelli starał się określić cechy, które w pojedynczych przypadkach mogą posłużyć do rozstrzygnięcia, czy pewne zaburzenie, np. *przyspieszenie rytmu* sercowego, zależy od porażenia nerwu błędnego, czy od podniecenia współczulnego, a tak samo *zwolnienie* czy *niemiarowość*. Otóż jego kryterya brzmią: przyspieszenie najsilniejsze rytmu, znane pod nazwą *tachycardii*, zależne jest od parezy błędnego, najwyższe stopnie zwolnienia, zwane pulsem powolnym statecznym — *brachycardia*, winny być odniesione do jego podniecenia; — przyspieszenia średniego stopnia, przy których siła skurczowa serca nie tylko nie słabnie, lecz jest wzmożoną, zwłaszcza gdy przebiegają w postaci napadów, z wielkiem prawdopodobieństwem, zależą od podniecenia nerwu współczulnego; — przy *arhythmia bigemina* i *alternans* a także przy *tętnie przepuszczającym* można raczej myśleć o podrażnieniu nerwu błędnego. Wiele bardzo do rozjaśnienia przyczynić się może zbadanie przyczyn, które wywołały zaburzenie nerwowe, gdyż jedne z nich mogą działać przeważnie na nerw błędny, inne na współczulny.

Wreszcie ważnem jest zapróbowanie ucisku nerwu błędnego na szyi, przez co można sprawdzić, w jaki sposób zmieni się przytem rytm sercowy i stwierdzić, czy wpływ n. błędnego jest zniesiony lub nie. A będzie to próba daleko pewniejsza, a dużo niewinniejsza, niżeli podawanie atropiny lub naparstnicy w celu rozpoznawczym.

Zbadawszy wobec zaburzenia nerwowego, czy rzecz idzie

o stan podniecenia, czy porażenia nerwu błędnego, klinicysta ma już zadanie łatwiejsze zastosowania środków właściwie działających, atropiny, naparstnicy lub leków z nimi pokrewnych.

Nie mniej ważnem, niż rozpoznanie w jaki sposób zmienioną jest innerwacja sercowa, jest też w praktyce znalezienie punktu wyjścia tych zaburzeń nerwowych, które, w większej liczbie przypadków refleksyjnymi, i nierzadko całkiem niezależnymi od wady organicznej serca.

Jakże bo często lekarze, spostrzegając zaburzenie nerwowe w rytmie sercowym z głębokimi zmianami w krążeniu, jedynie dla tego, że znajdują wadę organiczną, wierzą niezachwianie, że, bezwarunkowo, są upoważnieni do wyprowadzenia wszelkich zaburzeń czynnościowych od tej wady, nie podejrzewają oni bowiem ani na chwilę, że zjawisko nerwowe może być przypadkowe, i że od niego, a nie od wady organicznej, pochodzi pogorszenie w stanie zdrowia chorego.

A dzieje się to z wielką szkodą dla praktycznej terapii. Bo czyż, naprawdę, serce dotknięte wadą organiczną, ma być zabezpieczone od tego, aby narówni z sercem zdrowem nie mogło uleść nerwicy przygodnej? Czyż, istotnie, w jednym sercu nie ma dość miejsca na wadę organiczną i na zaburzenia nerwowe innego pochodzenia?

Szukajmy przeto i poza sercem przyczyn dla jego zaburzeń nerwowych, a zwłaszcza też pamiętajmy, że mogą być one *zwrotne*, i że wszelkie leczenie będzie bezskuteczne, jeśli nie usuniemy przyczyny podniecającej. Unikniemy przez to nie jednej przykrości, że jakiś empiryk (a może i szarlatan), nie będący pod wrażeniem istniejącej wady organicznej, bacząc tylko na samo zjawisko nerwowe, postawi na nogi chorego, leczonego przez czas długi napróżno!

Nie będziemy tu wyliczać, jakie mogą być te czynności zwrotne, o których mówiliśmy. Starczy nam zwrócenie ogólnej uwagi na ich znaczenie; klinicysta ostrzeżony niech w danym przypadku odszuka. Nawiasem tylko dodamy, że na najbaczniejszą uwagę zasługują sprawy w *układzie żółciowym* i w *żółdaku*, a z drugiej strony przypomnimy, że, istnieją takie objawy nerwowe, które przywykliśmy najczęściej spostrzegać przy cierpieniach serca tak dalece, że gdy je dostrzeżemy u chorego na serce, już je od niego zależnymi czynimy. Mamy tu na myśli szczególniej pewną postać *duszności* czyli *astmy*.

Ze istnieją pewne postacie duszności, zależne od wad sercowych i zwane z pełnem prawem *sercowymi*—to fakt, lecz niewątpliwie istnieją też takie, co, niezależne od wady organicznej, same na jej pogorszenie wpływają. (D. c. u.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna i Farmakologija.

164. Prof. RIBBERT. **Nowsze spostrzeżenia nad uspo-**
bieniem. (Neuere Beobachtungen ueber die Disposition).
 (Deut. Med. Woch. Z. 1, 1893 r.)

Pod nazwą usposobienia—dispositio—pojmujemy w ogólnych zarysach te własności ustroju, dzięki którym pewne chorobotwórcze czynniki mogą w nim skutecznie działać. Jest to pojęcie wprost przeciwne pojęciu odporności—immunitas—choć się wzajemnie nie wykluczają, ponieważ mamy stany względnej i bezwzględnej zarówno odporności jak i usposobienia.

Z prac dotyczących tego przedmiotu należy uwzględnić przede wszystkim te, które dotyczą możliwości zniesienia istniejącej odporności i spotęgowania małych stopni usposobienia. Czynniki takimi są: głodzenie, zmęczenie, wpływ zmienionej ciepłoty ciała, stan rozrzedzenia krwi, wpływ nerwów. Canalis i Marpurgo (Fortschr. d. Med. 1890) badali, czy gołębie, szczury i kury, które wogóle mało albo wcale nie są wrażliwe na laseczniki węglikowe, tracą odporność pod wpływem *głodzenia*. Co do gołębi przypuszczenie to sprawdziło się. Ptaki te ginęły z węglika, niezależnie od tego czy podawanie pokarmu wstrzymywano już przed zaszczepieniem laseczników karbunkułowych, czy też po zaszczepieniu. Ciężkie zaburzenia w trawieniu, spowodowane przez usunięcie trzustki, prowadziły do tego samego rezultatu. U kur głodzenie, rozpoczęte jednocześnie z zaszczepieniem, nie okazało wpływu, za to z kur, głodzonych już na 3—7 dni przed zaszczepieniem, połowa zginęła od węglika. U szczurów na drodze tej nie otrzymano zniesienia odporności. Charin i Roger (Sem. méd. 1890) badali wpływ *zmęczenia* na szczurach. Pomieszali oni te zwierzęta w obracających się kołach (zapewne jakie widuje się przy klatkach z wiewiórkami—*przyp. spr.*) i zmuszali je do ruchu po 7 godzin dziennie. Zwierzęta, wyczerpane w ten sposób, ginęły zarówno po zaszczepieniu osłabionego zarazka (7 z ośmiu) węglikowego, jak i z nieosłabionego (wszystkie).

Wpływ *ciepłoty ciała* na rozwój zarazka węglikowego w ciele żab badał ostatnio Rohrschneider (Zieglers Beiträge T. IX); systematycznymi doświadczeniami dowiódł on, że laseczniki węglikowe nie są w stanie rozwinąć się w ciele żab, których ciepłota nie dochodzi 28° C.; przy wyższej natomiast ciepłocie żaby ulegały zarazkowi.

Co się tyczy badań nad wpływem *zmienionego składu krwi*, to najwięcej prac zajmuje się tyle badaną bakteryjobjęca siłą surowicy krwi.

F. Gärtner (Ziegl. Beitr. T. IX) wywoływał wodnistość (hydraemia) krwi u królików, wypuszczając im $\frac{1}{10}$ całej masy krwi, i zaszczepiał im podskórnie ropotwórcze drobnoustroje. Zauważył przytem, że u takich zwierząt ropienie rozwijało się szybciej i silniej niż u zwierząt służących do kontroli. Prócz tego w surowicy otrzymanej ze krwi tych zwierząt, koki wszelkie rozwijają się na powierzchni daleko bujniej niż na surowicy ze krwi zdrowych zwierząt. Po zastrzyknięciu koków do krwi zdrowym królikom, nikną one po 18 godzinach, u hydremicznych zaś utrzymują się znacznie dłużej. W sprzeczności z powyższem stoją doświadczenia Pernice i Alessi (Riforma med. 1891), którzy wykazali, że i *zmniejszenie ilości wody* w ustroju działa usposabiająco; zwierzęta bowiem odporne na karbunkul ulegały mu, gdy je pozostawiono o suchem tylko pożywieniu. Autorzy przypuszczają, że wpływa tu w części zmieniony skład krwi, a w części i utrudnione wydalanie pasorzytów, wskutek ograniczenia wydzielin ciała.

Z poglądem tym zgadza się Ribbert, który zauważył, że króliki zarażone ropotwórczemi kokami słabiej zapadały, jeżeli było pobudzić czynności nerek przez wlewanie wody do krwi, albo też przez węglan sodu. Rozumie się wpływ ten powinien być wprowadzony w grę dość wczesnie, zanim chorobowy czynnik nie zniszczy wogóle funkcji nerek (oraz innych gruczołów).

W pozornej sprzeczności z tem stoją doświadczenia Bonome (Centralbl. f. Bact. VIII), według których obfite zastrzyknięcie wody do krwi ma znosić bakteryjobójczą siłę krwi. Bonome mianowicie potęgował ilości wody aż do wywołania hemoglobinurji, co, rozumie się, nie dawało tych warunków, o jakich była mowa powyżej. Wiadomo bowiem, że Gottstein (Deut. Med. Woch. 1890) zastrzykając pirydinę, znaną z własności niszczenia ciałek krwi, otrzymywał kurzą cholera u takich zwierząt, które w zwykłych warunkach są względem niej odporne. Inni autorzy nie zgadzają się jednak z tym poglądem (Sanarelli). Enderlen zaś wykazał, że surowica wzięta ze krwi zwierząt, którym sztucznie wywoływano hemoglobinemię za pomocą tolulendiaminu, nie traciła swych bakteryjobójczych własności. Nie dowodzi to oczywiście, aby hemoglobinaemia w krążącej krwi nie miała być czynnikiem usposabiającym.

Co się tyczy *wplywu nerwów* na omawianą kwestyję, to Samuel (Virch. Arch. 121) wykazał, że po przecięciu nerwów sympatycznych na szyi u królika, na uchu przekrwionem zapalenie, wywoływane przez wodę ogrzewaną do 53° C., występuje gwałtowniej i trwa dłużej. Podobny wpływ wywiera przekrwienie spowodowane przez podrażnienie nerwów czuciowych. Ochotine (Arch. de méd. exp. 1892) wywoływał przekrwienie ucha przez wycięcie górnych zwojów szyjowych u królika i zaszczepiał na obu uszach różę; po stronie przekrwionej

róża miała silniejsze natężenie. H. Fraenkel jednak otrzymał wprost przeciwne wyniki.

Osądzając powyższe prace, o ile są one w stanie wyjaśnić kwestyję usposobienia, można na podstawie prac Bonome, Sarnarelli i Enderlena przyjść do następnego wniosku: Jeżeli według panujących poglądów odporność polega na bakteryjobójczych własnościach surowicy krwi, to usposobienie może powstawać nie tylko wskutek utraty powyższych własności, ale i niezależnie od nich. Widzieliśmy bowiem, że z jednej strony hemoglobinaemia działa usposabiająco, a z drugiej, że obok niej własności bakteryjobójcze surowicy zachowują się. Tak więc usposobienie może istnieć pomimo warunków niesprzyjających życiu bakterii, jak coś niezależnego, samodzielnego. Wniosek taki zgadza się z wynikami Buchnera, że we krwi obok warunków zgubnych dla pasorzytów istnieją i sprzyjające, i że dzięki tym, pomimo pierwszych, pasorzyty mogą się niekiedy rozwijać. Takim sprzyjającym czynnikiem ma być rozpad czerwonych ciałek. Tą drogą otrzymujemy objaśnienie zjawiska, że i u wrażliwych zwierząt krew posiadać może wybitne bakteryjobójcze własności. Buchner tłumaczył to w sposób następujący: Ponieważ siła surowicy jest ograniczoną, tak, że pewna jej ilość może zniszczyć tylko określoną ilość pasorzytów, w większych więc naczyniach drobnoustroje giną szybko, w włosowatych zaś, gdzie przy wolnym krążeniu wpływ surowicy okazuje się za słabym—rozwijają się pomyślnie i wreszcie przewyciężają wpływ surowicy. Czy w obec tego poglądu hipoteza polegająca na bakteryjobójczym działaniu krwi może się utrzymywać? Gdy bowiem pomimo istnienia tej własności zarażenie jest możliwe, wynika ztąd, że odporność nie polega na niej, ale na braku pewnych warunków, sprzyjających u zwierząt wrażliwych rozwojowi pasorzytów, i, że u zwierząt odpornych pasorzyty, nawet zatrzymując się w kapilarach, nie są w stanie rozwinąć się na koszt obecnych tu składowych części ciała, inaczej bowiem przewyciężyłyby opór surowicy. Odporność musi tedy polegać na tem, że bakterie nie mogą rozkładać tkanek i używać ich na pokarm. Zdanie to pierwszy wygłosił Baumgarten, pod nazwą teorii asymilacyjnej. Bez względu na odporność będzie wtedy wrodzony lub nabyty (przez różnego rodzaju ochronne szczepienia) stan tkanek, w którym te nie nadają się na pokarm pasorzytom. Przy odporności względnej albo częściowej asymilacja jest możliwą do pewnego stopnia (zależnie od fagocytozy, otoczek komórek, tworzenia jądów i t. p.). W każdym razie przyczyny odporności i zdrowienia należy szukać w komórkach i ich sprawach życiowych, zdolnych zwiększać oporność tkanek ciała na wpływ chorobotwórcze.

Własności bakteryjobójcze surowicy mogą jednak obok tego okazywać pewien pożyteczny wpływ dla ustroju, niszcząc

bakteryje krażące, chociaż bez szkodliwego wpływu, w ustroju; wiadomo bowiem, że mogą one pozostawać niekiedy żywe wewnątrz ciała przez dłuższy przeciąg czasu.

Obok wspomnianych czynników mają dla kwestyi odporności znaczenie i warunki sprzyjające przedostawaniu się pasorzytów do wnętrza ustroju. I tak, przedewszystkiem urazy niszczące całość powłok ciała, zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych. Samo wniknięcie nie wystarcza jednak i trzeba jeszcze warunków ułatwiających dalszy rozwój. Gravitz już wykazał, że stafilokoki zaszczerpione do otrzewny nie zawsze wywołują ropienie, które następuje jednak przy istnieniu wylewów krwawych, nieprawidłowych ran i innego rodzaju uszkodzenia tkanek. Walthau (Arch. f. Exp. Pathol. n. Pharm. I, 30) wykazał, że na otrzewnie, wystawionej przez dłuższy czas na wpływ atmosferycznego powietrza, rozwijają się pasorzyty, nieszkodliwe dla normalnej otrzewny, zapewne wskutek upośledzenia odżywiania przybłonka. Lipari (Lyon med. 1890) wykazał, że zwierzęta po wprowadzeniu im do tchawicy płwociny chorych na zapalenie płuc pozostają przy życiu, umierają jednak gdy je przytem wystawić na wpływ zimna. L. objaśnia to szkodliwym wpływem zimna na nabłonek migawkowy i błonę śluzową oskrzeli.

Jako usposabiający moment trzeba dalej uważać już istniejące choroby, które mogą przygotowywać grunt dla nowych. Np. nieżyt żołądka i cholera. Należy tu poruszona poraz pierwszy przez Ehrlicha i Briegera dziedzina zakażeń mieszanych. Powinniśmy tu, jak to zaznaczył T. Dunin na zjeździe lekarzy polskich w r. 1891, uwzględnić następujące dwa punkty widzenia: Dawna choroba może na tyle zmienić grunt, jaki przedstawia dany ustrój, że i inne chorobotwórcze pasorzyty mogą w nim się rozwijać, albo też, że przez wywołane przez siebie zmiany miejscowe otwiera ona wrota dla innych rodzajów pasorzytów. Np. zmiany swoiste w tyfusie brzuszny i sprawy ropne wtórne, podobnież sprawa dyfterytyczna i inne. Co się tyczy pierwszej grupy zakażeń mieszanych, to doświadczalny przyczynek do niej dał Gravitz, wykazując, że kokki ropne, które u psów nie wywoływały ropienia, powodowały je gdy tkanki zostały uprzednio przygotowane przez zastrzyknięcie wyjąłowanej hodowli bac. prodigiosi. Toż samo wykazał Roger dla koków róży, Roux i Jersin dla laseczników dyfterytycznych (stawały się one czynniejszymi gdy je zastrzykiwano jednocześnie ze streptokokami). Trompette (Centralbl. f. Bact. T. XII) przyszedł do wniosku, że mieszane zakażenie różnemi ropnemi kokami prowadzi zawsze do ropienia, tak, że nawet osłabione i same przez się nie działające ustroje, zmieszane razem, stawały się czynnemi.

Należy tu przypomnieć, że i niezakaźnego pochodzenia

choroby ogólne usposabiają do zachorowań pasorzytnicznych, np. cukrowka do spraw wąglikowych, gruźliczych.

Powyższy rozdział dotyczący zakażeń mieszanych należy odnieść i do pojęcia o usposobieniu. Należało by odpowiednio do tego, że 1) pasorzyty mają dostęp do ustroju i że 2) wnikawszy mogą się w nim rozwijać, odróżniać *usposobienie zewnętrzne i wewnętrzne*. Pierwsze bywa zwykle nabytem (wyjątkowo i wrodzonym, jako łatwiej ulegający uszkodzeniom nabłonek). Wewnętrzne zaś może być nabytem albo wrodzonym. Wrodzone może pochodzić od rodziców, albo też być udziałem osobnika, jako należącego do pewnej rasy, gatunku. Ludzie, dzięki swej organizacyi, są odporni dla jednych pasorzytów i nieodporni dla innych, które uważamy z tego powodu za chorobotwórcze. Stopień odporności i usposobienia bywa różnym, podobnie jak wytrzymałość na zimno i gorąco. Można przypuszczać, że z biegiem czasu ustrój ludzki utraci swe usposobienie obecnie i nabędzie odporności—zmiana ta dotyczyć będzie na pierwszym miejscu usposobienia wewnętrznego, przez co samo przez się nastąpi i wykluczenie usposobienia zewnętrznego.

O. H.

165. M. WURTZ. **Le bacterium coli commune.** (*Arch. de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, 1893, T. V. nr. 1.*)

Od czasu do czasu zdarza się, że czy to zbiegiem okoliczności, czy też zgodnie z potrzebami danej chwili, wypływają w medycynie na wierzch pewne kwestyje, których opracowaniem zajmuje się naraz wielu autorów. Do takich kwestyj, bardzo żywotnych i często w ciągu ostatnich dwóch lat poruszanych, należy kwestyja rozmaitych własności bakterii coli communis. Pasorzytem tem zajmują się przeważnie francuscy autorowie i kilku badaczy włoskich. U nas poruszył w bieżącym roku w „Gazecie Lekarskiej” tę kwestyję Biernacki w streszczeniu zbiorowem. Piszący te słowa miał zamiar sam zebrać i zestawić wszystko, co dotąd o bacterium coli ogłoszono, gdy jednak Wurtz ogłosił w Lutym roku bieżącego swoją niewielką monografię o tym pasorzycie, w której zebrał wszystko prawie, co o nim pisano (co mu tem łatwiej przyszło, że jego właśnie rodacy najwięcej nad tem pracowali), uważaliśmy powtórne podejmowanie tej pracy za zbędne, a ku pożytkowi czytelników za odpowiednie podanie szczegółowego streszczenia pracy Wurtza. Zawiera ona bowiem tyle materyjału, że odrazu zapozna czytelnika z obecnym stanem nauki o własnościach i stanowisku bakterii coli communis w patologii.

Bacterium coli commune znajduje się w kiszkaach u człowieka i wielu zwierząt. Siedliskiem jego głównem jest dwunastnica, znajduwano go również i w żołądku. Jest to pasorzyt, znajduwany w kiszkaach u ludzi już w bardzo wczesnych

okresach życia: stwierdzano obecność jego już w kilka godzin po urodzeniu się dziecka. Prawdopodobnie dostaje się on do kiszek przez obytnicę, a może też i przez usta, które, z jednej strony, mogą być zakażone przy przechodzeniu przez kanał porodowy, z drugiej zaś— aspirować mogą różne pasorzyty z powietrza.

Morfologija. W początkach swego rozwoju na sztucznych glebach odżywczych, pasorzyt ten przedstawia się w postaci kokków z częścią środkową błyszczącą. Dopiero potem, wydłużając się, przyjmuje postać pałeczki. Po 2—3 dniach stania przy 37° C. pasorzyt ten przedstawia się w postaci tworów członkowatych, w starych zaś—jako długa pałeczka zmiennej grubości. Wskutek takiego pleomorfizmu najczystsze nawet hodowle mogą sprawiać pod mikroskopem wrażenie mieszaniny. Pasorzyt ten, tak samo jak i pałeczka tyfusowa, zawiera rozmaicie umiejscowione zarodniki. Rok temu Klemensiewicz zabarwił w nich rzęsy. Są one mniejsze i znacznie mniej liczne, niż w pałeczkach tyfusowych. Warunkują one ruchliwość pasorzyta, która jest niestała: wyhodowane z tego samego źródła pasorzyty są raz zupełnie nieruchome, drugi—słabo ruchliwe, a jeszcze inne poruszają się bardzo żywo. Dotąd niewiadomo, jakie mianowicie warunki biologiczne wpływają na tę zmienną ruchliwość *b. coli*. Przekształcić egzemplarzy ruchliwych w nieruchliwe i odwrotnie nie można.

Hodowle. W buljonie rozwija się przy 37° C. bardzo dobrze, maćąc go i tworząc później osad na dnie próbówki i cieniutką błonkę na powierzchni hodowli i wzdłuż szkła. Hodowle te mają zapach kałowy. W ukłóciu na żelatynie rozrasta się na powierzchni w postaci jasno-szarego, zębatego nalotu, w głębi zaś tworzy szarą smugę z białymi ziarenkami. Na płaszczyźnie żelatynowej tworzy szarawy nalot, nierówny, zazębiony, coraz grubszy, błyszczący. Tak samo przedstawiają się hodowle agarowe, na których można dostrzedz tworzenie się pęcherzyków gazu. Nie wiadomo, od czego ta własność niektórych hodowli zależy. To pewna, że znika ona już po kilku przeszczepieniach pasorzyta. Hodowle na surowicy podobne są do żelatynowych i agarowych.—Na kartoflu tworzy nalot, z początku jasno-żółty, słomkowy, potem coraz bardziej ciemniejący aż do barwy brunatnej. W ostatnim razie hodowla bakterii *coli* staje się podobną do hodowli lasecznika nosaczyny. Hodowla na kartoflu ma brzegi okrągłe, błyszczy i jest jakby wilgotną. Zmienność jej koloru zależy od użytych na podłożu różnych gatunków kartofli. Na płytkach żelatynowych hodowle *b. coli* mają wygląd rozmaity, stosownie do tego, czy się rozwijają w głębi, czy też na powierzchni odżywki. Rozwijając się w głębi, kolonie tworzą okrągłe, zupełnie jasno-żółte ziarenka, które pod mikroskopem otoczone są rodzajem otoczki, często promienistej. Przeciwnie, na powierzchni żelatyny two-

rzą szarą, nieco niebieskawą, czasem opalizującą, zazębioną plamę, często wzniesioną w części obwodowej lub środkowej. Zależy to od tego, że kolonija zaczyna się rozwijać w tem właśnie miejscu, a dopiero potem rozchodzi się z niego po powierzchni. Czasami wzniesienia tego może nie być zupełnie. Wielkość takich plam dochodzi do 3 mm. w średnicy. Kolonije te stają się czasami więcej przezroczyste i wtedy są bardzo podobne do tyfusowych. Taka odmiana ich ma się spotykać rzadko. Pod mikroskopem widać na takich plamach rozmaitej grubości bruzdy, albo ziarenka. Płytki z hodowlami b. coli mają zapach kałowy. Z własności hodowli na agarze podajemy tu tylko rzeczy dla b. coli charakterystyczne: jeżeli dodać do agaru cukru i sulfo-indykanu sodu, podłoże szczepione b. coli szybko się odbarwia i wytwarza się w nim dużo pęcherzyków gazu.

Bacterium coli barwi się wszystkimi zasadowymi barwnikami. Odbarwia się przy barwieniu metodą Gram'a.

Z osobliwości b. coli odnotujemy tu następujące: ma własność przyswajania sobie azotu ze związków amonijakalnych bardziej prostych i z kwasów amidowych. Hoduje się więc dobrze w wodnym roztworze winianu amonu. Ścina przy 37° C. mleko w ciągu 24 godzin; przy zwykłej t° powolniej. W podłożach cukrowych wytwarza dużo CO₂ u H, a nadto różne kwasy lotne, z których w hodowlach otrzymywanych bez dostępu powietrza, przeważa octowy. W warunkach zwykłych wytwarza się przy tem kwas mleczny, skrzęcający światło na prawo, a nadto odbywa się fermentacja z wytworzeniem się kwasu octowego i alkoholu. Badania Bischlera wykazały przytem, że b. coli wytwarza w tych warunkach nierównie więcej kwasu mlecznego, niż b. typhi. Rozwijając się w zwykłym buljonie, b. coli zmienia jego odczyn początkowo na kwaśny, a potem na zasadowy. To ostatnie zależy od wytwarzania się NH₃, czego dowieść można, zbliżając do takiej hodowli pałeczkę, zmoczoną w kwasie solnym. B. coli wytwarza pepton tylko w podłożach peptonowych i na kartoflach, zebranych w czasie fruktyfikacyi. W wilgotnem cieple 80° C. zabija b. coli w ciągu jednej minuty; 58° C.—w ciągu pięciu minut. W suchym cieple nawet kilkugodzinne działanie 58° C. nie zabija go. Działanie na niego wszystkich środków antyseptycznych nie zostało dotąd ściśle przeprowadzone.

Przytoczone powyżej własności morfologiczne i znaczna część biologicznych b. coli czynią go podobnym do wielu gatunków pasorzytów. Ponieważ te ostatnie są wogóle mało znane, nie będziemy tu przytaczali subtelności, odróżniających je od b. coli. Niezmiernie jednak ważnem jest podobieństwo b. coli do b. typhi. Odróżnienie tych dwóch gatunków pasorzytów, naprzykład w wodzie, ma pierwszorzędne znaczenie higieniczne. Nic też dziwnego, że starano się wszelkimi drogami różnice między

temi dwoma pasorzytami wynaleść i ustalić. Na podobieństwo b. coli do b. typhi zwrócili uwagę w roku 1889 Rodet et Roux, opierając się na tem, że w wodzie podejrzaney o zakażenie ludzi tyfusem, znaleźli b. coli. Według nich, cechy hodowli tych dwóch pasorzytów są zupełnie identyczne. Rzeczywiście, świeże hodowle płytkowe, buljonowe, żelatynowe w ukłóciu i na płaszczyznach, a czasami nawet agarowe i kartoflane tak są do siebie podobne, że w roku 1891 autor twierdził sam, iż w wielu bardzo przypadkach pasorzytów tych odróżnić od siebie niepodobna. Wkrótce jednak potem cały szereg prac jego rodaków zmusił go do odstąpienia od tego zdania. Obecnie ustalono już cały szereg cech, odróżniających b. coli od lasecznika tyfusowego. Przytoczymy tu ważniejsze:

- 1) Przy dodaniu do buljonu lub innego podłoża cukru gronowego lub zwyczajnego, b. coli, rozwijając w nim, wytwarza gazy i zmienia odczyn podłoża. B. typhi własności tych nie posiada (Chantemesse et Widal) i na zwyczajny cukier nie działa. 2) Z tych samych powodów żelatyna, do której dodano cukru i nieco lakmusa, przy szczepieniu na niej b. coli czerwienieje na miejscu rozwijania się jego kolonij, podczas gdy b. typhi zmiany tej w barwie nie powoduje. Dwie wymienione cechy rozpoznawcze potęgują się, jeżeli przeprowadzić b. coli przez taki grunt ocukrzony kilka razy. Udaje się wtedy dojść do tego, że już w 3 godziny po zaszczepieniu b. coli na barwione lakmusem podłoże występuje czerwone jego zabarwienie (Chantemesse et Widal). 3) Gdy szczepić b. typhi i b. coli na buljon, osłodzony cukrem mlecznym, okazuje się, że przy rozkładaniu go pierwszy wytwarza kwas mleczny, skręcający światło na lewo, drugi — na prawo. 4) B. typhi nie wytwarza indolu w podłożu z peptonu trzustkowego, a b. coli wytwarza go. Ztąd pierwszy nie daje z HNO_3 czerwonego zabarwienia, drugi je daje. 5) Jeżeli po 8 — 10 dniach rozwijania się b. typhi na agarze zeskrobać z tego ostatniego całą hodowlę i zaszczepić na tej próbówce agaru pasorzyt na nowo, rozwój jego nie nastąpi. Przeciwnie, b. coli na tym samym podłożu się rozwinie (Chantemesse et Widal). 6) Ogrzewanie do 80°C . zabija b. typhi prędzej, niż b. coli (Rodet et Roux). 7) Ogrzewanie do 56° — 57°C . zabija b. typhi w ciągu 5 minut, podczas gdy dla zabicia b. coli w ciągu 5 minut potrzeba 61° — 62°C . (Chantemesse et Widal). 8) B. coli, jako saprofit, jest odporniejszy na działanie niektórych środków chemicznych, niż b. typhi. Podczas więc gdy b. typhi nie rozwija się zupełnie na podłożu, do którego dodano pewną ilość czy to ługu, czy to jakiegokolwiek z kwasów, czy wreszcie karbolu, b. coli na tym samym podłożu się rozwija (Dunbar). 9) Dodanie do buljonu kwasu arsenawego w stosunku 1:30,000 uniemożliwia już zu-

pełnie rozwój na nim b. typhi. Przeciwnie b. coli rozwija się w takim buljonie. Dopiero stężenie 1:3,000 zaczyna rozwój jego utrudniać, a stężenie 1:1,500 rozwój jego przerywa (Wurtz). 10) Surowica krwi króliczej zabija b. typhi, a nie działa na b. coli (Silvestrini). 11) Rozwijając się przy 43° C. na kartoflu, b. typhi zmienia się w koki. B. coli zachowuje przytem swój wygląd normalny (Silvestrini). 12) B. coli ma co najwyżej 3—4 rzęsy i najczęściej porusza się bardzo słabo w kropli wiszącej, a b. typhi ma rzęs dużo i porusza się zawsze niezmiernie żywo (Wurtz). 13) B. coli ścina mleko, b. typhi nie ścina go.

Szczepienia. Escherich pierwszy szczepił b. coli zwierzętom. Według niego, bardzo małe ilości tego pasorzyta, szczepione do żył świnkom morskim, wywołują śmierć ich po 24 godzinach. Znajdywał on przytem na seceyi silny katar kiszek z obrzmieniem i pozbawieniem nabłonka blaszek Peyer'a, przerostem gruczołów folikularnych, z ograniczonymi krwotokami w błonie śluzowej i obrzmieniem śledziony. Większe ilości wywołują nadto wysięk surowiczy w opłucny. Znaczne ilości, szczepione pod skórę, działają tak, jak mniejsze szczepione do żył. Tak samo zachowują się króliki. Szczepienie b. coli do otrzewny wywołuje się te same objawy, co powyżej, z dodatkiem zapalenia otrzewny z wysiękiem surowiczo-włóknikowo-ropnym. Szczepienie do opłucny wywołuje u królików obustronne jej zapalenie surowiczo-krwawe lub krwawe, engouement zrazów dolnych w obu płucach, katar kiszek, wylewy pod błonę ich śluzową i obrzmienie blaszek Peyer'a. Karmienie dwóch świnek hodowlami bakterii coli, otrzymanymi ze stolców ryżowatych chorego na cholera nostras, powodowało u nich rozwolnienie i śmierć. Znalezione przytem na seceyi zmiany, właściwe cholercze. Rodet et Roux, szczepiając królikom i świnkom różne ilości b. coli, wywoływali u nich, stosownie właśnie do tej ilości, podniesienie lub spadek t°, a u dwóch królików, którym szczepienia robione były do żył, nawet dłuższą gorączkę.

Obok takich, tak zwanych septycznych własności, b. coli posiada jeszcze ropotwórcze, mianowicie gdy jest wyhodowany z ognisk ropnych u człowieka. Lesage i Macaigne przyjmują nawet wprost dwie odmiany b. coli, z których jedna posiada własności septyczne, druga—ropotwórcze. Gdy po szczepieniu tej drugiej odmiany zwierzęciu ropień się nazewnątrz nie otworzy, zwierzę umiera. Po śmierci jego jednak można znaleźć pasorzyty tylko w ropie. Ropa jest jasna, kremowa, bez zapachu gnilnego. Szczepienia podskórne tej odmiany b. coli prowadzą czasem i do ropnych zapaleń osierdzia i otrzewny. Własności ropotwórcze tej odmiany, zostają zachowane nawet po przeprowadzeniu jej przez organizm zwierzęcy. Jadowitość tej odmiany podnieść można przez szczepienie jej do opłucny. Ta

drogą Wurtz mógł wywołać u myszy zapalenie ropne wielu stawów przez szczepienie im *b. coli* pod skórę. *Bact. coli* może też wywołać coma, porażenia lub zwyrodnienia na tle ostrego zakaźnego myelitisa.

Filtrowanie hodowli *b. coli* przez filtr Pasteur'a zmniejsza własności jej trujące bardzo znacznie. Podczas gdy 1 ctm. żywej hodowli, wprowadzony do jamy opłucny, zabija świnkę po 20 godzinach, 5—6 ctm. hodowli, przefiltrowanej przez filtr Pasteur'a, nie wywołuje nic. Analogiczne fakty stwierdzono dla królików i myszy. Wyciąg glicerynowy z hodowli *b. coli*, szczepiony do żył, wywołuje objawy tylko krótkotrwałe, przechodzące po godzinie (drgawki, przyspieszenie oddechu, naczulność i t. p.). Sanarelli wykazał, że szczepienie do otrzewny filtrowanej hodowli *b. coli*, zwiększa jadowitość lasecznika tyfusowego. Szczepił on 10 ctm. odfiltrowanego buljonu *b. coli*.

Stopień jadowitości hodowli *b. coli* jest bardzo zmienny. Hodowle Eschericha były bardzo jadowite dla świnek i królików. Lesage et Macaigne stwierdzali, że *b. coli*, wyhodowany z normalnego kału, nie jest zupełnie jadowity, nawet przy szczepieniu 10 ctm. jego hodowli. Takie hodowle można zrobić jadowitemi, przeprowadzając je przez otrzewną lub opłucną zwierząt. W ten sposób można też po 6-ciu przeszczepieniach wysięku z pleury otrzymać zwiększoną 10-okrotnie jadowitość pasorzytów. Kropla ostatniego wysięku, otrzymanego tą drogą, zastrzyknięta myszy, zabija ją po 24 godzinach z wywołaniem arthritidis purulenta multiplex. Z drugiej znów strony stopniowe osłabienie jadowitości pasorzyta odbywa się przez ciągle jego przeszczepianie. Postępuje ono szybciej na hodowlach agarowych, niż buljonowych. Słabnąc, hodowle, zamiast zabijać szybko zwierzęta, stają się ropotwórczymi.

Rola *b. coli* w patologii człowieka. Jak wiemy, pasorzyt ten znajduje się w całym przewodzie pokarmowym, głównie w kiszkiach. Po śmierci człowieka *b. coli* przenika do innych organów. Najszybciej przechodzi do żółci, w której znajduje go już w 3 godziny po śmierci odpowiedniego osobnika. Do innych narządów przenika szczególnie prędko latem. Według Lesage'a i Macaigne'a, owrzodzenia w kiszkiach sprzyjają przedostawaniu się *b. coli* do narządów wewnętrznych przed upływem 24 godzin. Dostając się z kanału pokarmowego do innych tkanek jeszcze za życia chorego, *b. coli* wywołuje w nich rozmaite cierpienia. Opisano ich ostatniemi czasy wiele. Rozpatrzmy je tu poszczególnie.

1) Hüppe, a następnie Gilbert i Gironde, Widal, Chantemese spostrzegali w kilku przypadkach cholerae nostras czyste hodowle *b. coli* w stolcach. W jednym z nich badano za życia chorego krew, a w godzinę po śmierci or-

gany wewnętrzne i znaleziono w nich czyste hodowle tego pasorzyta. Karmienie zwierząt hodowlami, otrzymanymi z takich przypadków, prowadziło do śmierci ich przy objawach cholery doświadczalnej. Podczas ostatniej epidemii „choleryforme” w Paryżu Netter znajdował w 20-tu badanych przypadkach zawsze *b. coli* bądź sam, bądź z *b. Friedländer'a*, bądź ze streptokokkami. Przecinków cholerycznych Koch'a we wspomnianych przypadkach nie znalazł i dla tego za cholere ich nie uważał.

2) Analogiczne dane otrzymano przy badaniu stolców dzieci zmarłych na cholera infantum. Znajdywano w nich zawsze *b. coli* w czystej hodowli [Wyss (1885), Macé et Simon (1891), Rossi-Doria, Lesage (1892)].

3) Marfan et Lion znaleźli czystą hodowlę *b. coli* w organach wewnętrznych i we krwi chorego, zmarłego na dyzenteryję. Maggiora znalazł bardzo jadowite hodowle tego pasorzyta w 20-tu przypadkach dyzenteryi. Uważa on nawet *b. coli* za przyczynę spostrzeganej przez siebie epidemii dyzenteryi. Péré znalazł 11 razy (na 18 badanych przypadków) *b. coli* w moczu ciężko chorych na dyzenteryję. Uważa—chyba słusznie—że został on tu wtórnie z kiszek zaniesiony.

4) Badania doświadczalne autora i Boenneken'a, a nadto badania na trupie, dokonane przez innych autorów, wykryły *b. coli* w worku przepuklinowym przy uwięźnięciu przepukliny. Kilku z pomiędzy ostatniej grupy autorów jest nawet zdania, że *b. coli* jest przyczyną ciężkich objawów, spostrzeganych w tych warunkach (?).

5) Również bez przedziurawienia kiszek może nastąpić zakażenie *bacterio coli* całej jamy otrzewny. Możliwym to jest już w każdym przypadku surowiczego jej zapalenia. Miejscowe zapalenia otrzewny przy nie prowadzących do przedziurawienia *appendicit'ach* zależne być mogą również od *b. coli* (Talamon). Czasami zapalenia tego pochodzenia stają się z miejscowych ogólnymi (Adenot).

6) Przy zapaleniach otrzewny, powstałych po przedziurawieniu kiszek, rola *b. coli* nie jest już, naturalnie, wyłącznym momentem etyjologicznym. Jednakże istnieją dowody, że w tych właśnie warunkach *b. coli* może być sam sprawcą ropienia w jamie otrzewny. Laruelle szczepił zwierzętom *b. coli*, zawieszono w żółci lub w wyjałowionym kale. Powstawały śmiertelne ropne zapalenia otrzewny. Odpowiada to dawno dowiedzionemu przez Grawitza (1886) faktowi, że pasorzyty mogą wywołać ropne zapalenie otrzewny tylko wtedy, jeżeli, obok nich, działa na nią inne jeszcze jakieś ciało drażniące. Fraenkel wyhodował z 9-ciu przypadków ropnego zapalenia otrzewnej bez przedziurawienia *bacterium coli* i przekonał się, że szczepienie tych właśnie egzemplarzy zwierzętom wywołuje u nich ropne zapalenie otrzewny. Wreszcie

Rodet i Roux otrzymali czyste zupełnie hodowle b. coli z pewnego przypadku peritoniditis purulentae i, szczepiając go zwierzętom pod skórę, wywoływali tworzenie się ropni.

7) Co do dróg żółciowych i wątroby, to Gilbert Girode pierwsi znaleźli czyste hodowle b. coli w przewodach żółciowych, mianowicie w 2-ch przypadkach angiocholitis i cholecystitis purulentae po kamieniach. Veillon et Jayle opisali ropień wątroby po dysenterji, w którym znaleziono również tylko bacterium coli. Charrin et Roger, a następnie Rodet, Lesage et Macaigne i inni znajdowali też przy angiocholitis purulenta czyste hodowle b. coli i wywoływali drogą szczepienia sztucznie te same cierpienia.

8) Badania z najnowszych czasów (Naunya, Schroeder) pomawiają b. coli o udział w tworzeniu się kamieni żółciowych.

9) Dwa przypadki Girode mają wykazywać, że może też istnieć żółtaczka, wywołana przez b. coli.

10) Znajdywano też b. coli w drogach moczowych. Stanowił on nieraz przyczynę nawet ropnego ich zapalenia. Fernet i Chantemesse et Widal znaleźli go w ropie przy ropnem zapaleniu nerek. Bazy wywoływał sztuczne zapalenia pęcherza za pomocą szczepienia do niego tego pasorzyta.

Z innych cierpień, przy których znajdowano b. coli, odnotować należy anginam scarlatinisam (Bourges ?), zawał żołądka (Macaigne), zapalenie wsierdza, ropnie, przylegające do ścianek dróg pokarmowych, cierpienia jajowodów oraz płuc, opłucny, opon mózgowych i gruczołu tarczowego. W płucach i opłucny znajdowano b. coli tylko po śmierci chorych lub obok innych pasorzytów. Trudno więc dziś orzec, czy pasorzyt ten sam ma jakiegokolwiek pod tym względem znaczenie. Ten sam zarzut odnosi się i do spostrzeżenia Sevestr'a i Gaston'a, w którym autor ten opisuje meningitis, wywołany niby przez b. coli. W wysięku krwawym gruczołu tarczowego znalazł go Tavel. I tu jednak można uważać obecność jego za wtórną.

W. Janowski.

166. H. CLEVES-SYMMES. **Badania nad zarodkami, osiadającymi z powietrza.** (*Archiv. v. Langenbeck B. 44, H. 1.*)

Autor na oddziale Bergmann'a badał pod względem bakteriologicznym powietrze sali operacyjnej i 2-ch sal dla chorych, położonych daleko jedna od drugiej. Badania dokonywał przez 7 dni, 5 razy dziennie, za pomocą płytek żelatynowych Petri'ego, o powierzchni 65 ctm. kwadr. wystawianych bez pokrywy na wpływ powietrza przez 20 minut. Pierwsze badania we wszystkich 3-ch salach w ciągu dnia odbywało się o godzinie 5 $\frac{1}{2}$ rano, gdy pacjenci spali; drugie—o g. 6 $\frac{3}{4}$ rano podczas zamiatania podług; trzecie o g. 8 $\frac{1}{4}$, gdy na sali operacyjnej robiono opatrunki lub operowano; czwarte o g. 3 po południu; piąte zaś o 7 wieczorem. Przeciętne cyfry z ana-

logicznych pod względem godzin badań wykazały, że najwięcej zarodków osiadało na płytkach we wszystkich trzech salach podczas zamiatania podłóg, następnie ilość ich aż do wieczera stopniowo się zmniejszała. Ta analogiczność była tem ciekawszą, że wszystkie badane sale były niezależne od siebie. Dowodem tej niezależności było to, że gdy jednego dnia na sali operacyjnej znacznie więcej osiadało zarodków, niż w jednej z sal dla chorych, innego dnia taż sama sala dla chorych zawierała więcej zarodków, niż sala operacyjna. Zarodki te autor podzielił na 3 kategorie: na pleśnie, na grzyby rozszczepkowe i pączkujące nie rozpuszczające żelatyny — i na rozpuszczające żelatynę. Z grzybków, osiadłych na każdej z sal, przypada $\frac{1}{3}$ część ogólnej liczby na pleśnie, z pozostałych zaś tylko $\frac{1}{16}$ część stanowią gatunki rozpuszczające żelatynę. Wszystkich zarodków spadło na płytki w ciągu 34 badań: na sali operacyjnej — 1,666, na jednej z sal dla chorych — 1,551, na drugiej — 1,396. Największa liczba kolonii na jednej płycie była 204, najmniejsza — 9. Z chorobotwórczych bakteryj autor w jednej tylko kolonii znalazł bakteryje błękitnej ropy (b. pyocyaneus); podczas badań prawie $\frac{1}{3}$ część ran większych była tym grzybkim zajęta.

H. Uliński.

167. Dr. NEUMANN. **Przyczynek do leczenia dyfterytu.**

(*Samml. klin. Vortr. v. Prof. Hahn und Fürbringer Z. 48*).

W pracy swej autor podaje sposób terażniejszego leczenia dyfterytu na oddziale Hahn'a. W przypadkach tego cierpienia leczonych wewnątrznie, prawie wszystkie zachwalane środki lecznicze były tam próbowane, w miarę ich pojawiania. Na mocy nabytego doświadczenia, we wspomnianych przypadkach zarzucone zostały wszelkie energiczne zabiegi miejscowe, oraz prawie wszystkie środki wewnętrzne, zalecane przy dyfterycie. Natomiast wszystkim pacjentom z dyfterytem gardzieli, nie powikłanym cierpieniem krtani, Hahn zaleca płókanie gardła co kwadrans 4% roztworem kalii chlorici; podczas snu chorym tym przez usta i nos przepuszcza się za pomocą spray'u strumień pary wodnej. Chorym bardzo osłabionym, dzieciom, nie umiejącym płukać gardła, i wszystkim pacjentom zdradzającym prócz dyfterytu gardzieli cierpienie krtani, spray stosuje się wciąż, jak w dzień tak i w nocy. Przy wytwarzaniu się w drogach oddechowych lepkiego śluzu, używa się para ze słabego roztworu soli kuchennej lub też z wody wapiennej. Dorosłym stosuje się prócz tego lód do wewnątrz i na szyję, dzieciom zaś Pressnitz'owskie okłady na szyję. Przy dyfterycie nosa, Hahn zaleca sprycowanie nosa kwasem bornym lub też nadmanganianem potasu. W oddziale Hahn'a wskazaniem do tracheotomii są następujące objawy spowodowane krupem krtani: pilujący wdech, wdechowe wciągania nadbrzusznia, jamy jarzmowej i międzyżebry i wielka duszność, jeżeli przy tych objawach nie czuć foetor ex

ore. W razie foetor ex ore, tracheotomija jest przeciwwskazana, gdyż duszność wówczas wynika nie tyle ze zwężenia krtani, ile z ogólnego zakażenia organizmu, skutkiem czego operacyja przynosi choremu małą i często przemijającą ulgę. Pacjentom do lat 2-eh i starszym nad 10, Hahn dokonywa tracheotomiję górną resp. cricotomiję, w wieku zaś od lat 2-eh do 10 — tracheotomiję dolną. Rurki tracheotomicznej używa tylko srebrnej. Co się tyczy pooperacyjnego oczyszczania tchawicy piórem, jedynie przy słabo umocowanych grubych błonach, lub też w razie przedostania się większej ilości krwi do tchawicy, lekko drażniąc piórem tylną jej ściankę pobudza się chorego do kaszlu. Po operacyi chory wciąż leży przy sprej'u; 5-go dnia sprej się usuwa, jeżeli nie wytwarzają się już błony krupowe i flegma łatwo się wykrztusza przez rurkę. W normalnych przypadkach rurka usuwa się również do końca 5-go dnia; w przypadkach mniej pomyslnych uskutecznia się to po 3—4 miesiącach. Co do rokowania pooperacyjnego, 3-ci dzień po operacyi jest decydującym; jeżeli do tego czasu przebieg jest pomyslny, pacjent w większości przypadków jest wyratowany. Prognoza bywa niepomyślną w razie, jeżeli 3-go dnia nie przestają się wytwarzać nowe błony krupowe, chociażby takowe z łatwością dawały się wykrztusić. W końcu ostatnich lat 10-ciu w oddziale Hahn'a było 3,611 chorych dyfterytycznych, większość których stanowiły dzieci. Z tej liczby nieoperacyjnych przypadków było 1,925. Procent śmiertelności w ciągu tych lat, brany za każdy rok oddzielnie, w przypadkach nie nadających się do operacyi wahał się pomiędzy 11,6 a 44,6, po operacyjach zaś — pomiędzy 54,2 a 81,3. *H. Uliński.*

168. L. FREY. **Leczenie suchot płucnych.** (Die Behandlung der Lungentuberkulose). (*Wiener Klinik nr. 4, 1893 r.*)

Autor zachęcony przez wyniki, jakie otrzymali Gimbert i Bouchard przy gruźlicy płuc od podskórnych zastrzykiwań kreozotu, rozpuszczonego w oliwie, stosował taki sposób leczenia u 14 suchotników. Wyniki były nader pomyslne. Sposób stosowania autora jest następujący: W oliwie prowansalskiej, wyjałowionej przez ogrzanie do 120° C., rozpuszcza się kreozot w stosunku 1: na 15 oliwy, i roztwór ten zastrzykuje w przestrzeni międzyłopatkowej, w ilości trzech strzykawkę Pravatz'a, codziennie lub co drugi dzień, stopniowo zwiększając ilość szpryce, a następnie potęgując koncentrację roztworu. Autor przekonał się, że koncentracja 1:9 stanowi kres, za który nie należy przechodzić, ze względu na ból i silną reakcję w miejscu zastrzyknięcia. Przy silniejszych stężeniach następuje bardzo silne i bolesne obrzmienie skóry a wchłanianie środka jest powolne, podczas gdy przy mniejszem stężeniu ból jest nieznaczny, a już po paru minutach chory czuje smak w ustach i zapach kreozotu w wydechanem powietrzu. Rozpocząwszy od 3 strzykawkę autor stopniując,

co dzień lub co 2-gi dzień, o jedną więcej, dochodzi do 7 i przy tej ilości pozostaje 2 — 3 miesiące, poczem przechodzi do koncentracji 1:9, której używa do końca leczenia. Autor nie podaje ile szprycek tej koncentracji zastrzykiwał, mówi jednak, że przy dawce 5,0 nie widział ujemnych (trujących) objawów. Trzy przytoczone przez autora historyje choroby świadczą w samej rzeczy na korzyść entuzjastycznie przez autora zalecanego sposobu stosowania kreozotu, którego wyższość nad innemi polega: 1) na możliwości wprowadzania dużych ilości środka; 2) szybkiej i znacznej wchłonliwości skóry; 3) możliwości ominięcia wstępu chorego z powodu przykrego smaku kreozotu; 4) ścisłości dawkowania, jakiej nie daje stosowanie per os i per rectum; 5) zaburzenia żołądkowe i kiszki, które zmuszają do przerwy w stosowaniu kreozotu — tutaj często nie stanowią żadnej przeszkody. O. H.

II. Akuszerija i choroby kobiece.

169. A. DÜHRSSSEN. **O znaczeniu usypiania w położnictwie.** (Ueber d. Werth d. Narkose in. d. Geburtshil.). (*Berlin. Klin. Woch. nr. 15, r. 92*).

W krótkim lecz treściwym artykule podaje autor kilka cennych wskazówek do stosowania narkozy w położnictwie. Przedewszystkiem ubolewa autor, że prowincjonalni lekarze-praktycy rzadko używają chloroformu, gdyż nie zawsze mają kolegę do pomocy, a sami obawiają się chloroformować; na podstawie jednak własnego doświadczenia zapewnia Dührssen, że, z uwzględnieniem przeciwwskazań, chloroformowanie położnic nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa. Operacje akuszerskie trwają zwykle tak krótko, że jednorazowe głębokie uspienie wystarcza do ich wykonania; w przypadkach zaś, gdzie używamy uspienia w celu rozpoznawczym, jest ono tak lekkie, że może być przedsiębrane bez obawy złych następstw. Autor często, przy pomocy akuszerki tylko, chloroformuje położnicę, przy czem postępuje w sposób poniższy: układa odpowiednio chorą, potem myje się sam bardzo dokładnie, następnie odkaża i chloroformuje chorą, poczem szczotkuje jeszcze raz ręce i, polecając akuszerce, tylko w razie budzenia się chorej, dodawać po parę kropli chloroformu, wykonywa szybko operację. Dührssen bardzo gorąco zachęca do szerszego stosowania lekkiej narkozy nawet w normalnie przebiegającym porodzie, gdyż, bez krzywdy dla chorej, oszczędzamy jej cierpień, a sobie wyrzutów w bezczynności ze strony domowników. Zresztą są i daleko poważniejsze wskazania do użycia chloroformu, których nie uwzględniając, lekarz często może popełnić w dobrej wierze błąd nie do darowania.

Do wskazań tych zalicza autor przede wszystkim narkozę w celu rozpoznawczym. Są przypadki, gdzie bądź niespokojne zachowanie się, wrażliwość i wstydlivość chorej, bądź niepodatność części miękkich kanału rodnegu, duży pokład tłuszczu w ścianach brzusznych, bądź nakoniec bardzo wielkie przedgłowie uniemożliwiają nam dokładne rozpoznanie; dopiero po uspieniu możemy przewyciężyć wszystkie te przeszkody i trudności, i zdać sobie jasną sprawę ze stanu i położenia płodu. Na dowód jak wielkie oddaje usługi narkoza, zastosowana w celach rozpoznawczych, przytacza autor kilka przypadków.

1) Chora niespokojna, bardzo cierpi, gdy tymczasem, na pozór prawidłowy poród postępuje powoli, wysłuchując, po uspieniu chorej, bicie serca płodu, liczymy 100 uderzeń na 1 m. (normalnie 120 — 150); zwolnienie takie pulsu dziecka świadczy o grożącym mu niebezpieczeństwie, np. wskutek ucisku pępowiny, i wymaga natychmiastowego ukończenia porodu.

2) W przypadkach bardzo wielkiego przedgłowia niezmiernie jest ważnem dokładne zbadanie (co jedynie jest możliwe pod chloroform.), jak daleko postąpiła główka. Od zajmowanego przez główkę położenia, zależy — w razie niebezpieczeństwa dla dziecka — wybór odpowiedniej operacji akuszeryjnej: jeżeli główka jest ruchoma i stoi jeszcze wysoko wykonamy obrót; w razie przeciwnym — nałożemy kleszcze. Jeżeli nie znając dokładnie położenia główki, gdzie zwłaszcza przedgłowie tak wielkie, że się ukazuje już w rima, a główka ruchoma stoi jeszcze wysoko, będziemy próbować kleszczy, stracimy — rozumie się — dużo czasu bezpożytecznie, opuścimy chwilę odpowiednią dla obrotu, a przez to staniemy się przyczyną śmierci płodu.

3) Daleko ważniejsze następstwa, bo rupturam uteri, może spowodować niedokładne rozpoznanie położenia potylicowego, gdzie przedgłowie, najczęściej istniejąc, utrudnia badanie bez narkozy. Nawet przy ustalonej już główce, kleszczami przy położeniu tem prawie nigdy się nie udaje wydobyć dziecka i zwykle, w obawie rupturæ, zmuszeni jesteśmy w końcu pozbawić dziecko życia przez wymóżdżenie. Wczesne — przy ruchomej jeszcze główce — i dokładne zbadanie pod chloroformem, daje możność bądź poprawienia położenia, bądź wykonania obrotu.

4) Poprzeczne ustawienie główki (małym ciemieniem w prawo lub lewo) — główki już wklonowanej, potrzebuje także dokładnego rozpoznania, gdyż od tego zależy odpowiednie nałożenie kleszczy: jeśli je nałożymy jak wykle — poprzecznie — ujmemy główkę w największym jej wymiarze, ustawionym w najmniejszym miednicy; wydobyć w tych warunkach jest bardzo trudne, a często wprost niemożliwe, znając zaś dokładnie ustawienie główki, nałożymy kleszcze skośnie a wydobyć będzie zabawką.

5) Bardzo często w celach rozpoznawczych, zwłaszcza gdzie część przodująca stoi jeszcze wysoko (położenia poprzeczne, potwory), zmuszeni jesteśmy wprowadzać do pochwy całą rękę. Jest to zabieg tak bolesny i przykry dla chorej, że bezwarunkowo nie powinien być wykonywany bez uspienia.

Drugi szereg przypadków, w których Dührssen radzi bezwarunkowo posługiwać się narkozą, stanowią wszystkie operacje akuszeryjne, zwłaszcza zaś takie, gdzie niezbędnem jest zniesienie napięcia mięśni brzusznych. Należy tu przede wszystkim obrót dwuręczny. Dührssen twierdzi, że, gdyby lekarze chcieli robić obrót jedynie w uspieniu, robili by go zawsze dwuręcznie, obrót jednoręczny, wewnętrzny, był by wykonywany tylko w przypadkach, gdzie istnieją przeciwskazania do użycia chloroformu. Rzeczywiście obrót dwuręczny przy pomocy ręki zewnętrznej jest daleko łatwiejszy, niż jednoręczny, narkoza oddaje tu wielką usługę zwłaszcza przy niedostatecznie otwartej macicy.

Narkoza ułatwia też niepospolicie oddzielenie i wydobywanie łożyska bądź po prawidłowym porodzie, bądź po poronieniu.

Bardzo ważnym wskazaniem do narkozy jest bliznowate zwyrodnienie ust macicznych, zwłaszcza przy położeniach nieprawidłowych u wielorodzących: bez chloroformu ledwo palcem przejść można, zaś po uspieniu, udaje się łatwo wprowadzić całą rękę do macicy i wykonać obrót.

W dalszym ciągu zaleca autor chloroform, jako środek bezpośrednio leczniczy przy nieprawidłowych skurczach macicy; nieprawidłowości takiej podlegają najczęściej bardzo młode i bardzo stare pierworodki; poród w tych warunkach może trwać kilka dni i zupełnie wyczerpać chorą, gdy tym czasem lekka narkoza wystarcza, aby rozwiązanie nastąpiło w ciągu 3—4 godzin.

Z ogólnie znanych przeciwwskazań wyłącza autor wady serca i niedokrwistość jak chroniczną tak ostrą (np. przy placenty praev.), gdyż w przypadkach tych wystarcza zadziwiająco mała ilość chloroformu dla bezbolesnego wykonania poważnych nawet operacji, np. obrotu.

Za bezwarunkowe przeciwwskazanie uważa natomiast Dührssen sepsis, przy której nader często, po jednorazowym wdechu chloroformu, następuje śmierć. Przy drgawkach (eclampsia) uważa autor dłuższe chloroformowanie w celu niby leczniczym za wprost szkodliwe; używa on przytem, jak również przy tępcu macicy, głębokiej lecz krótkiej narkozy tylko w celu jak najszybszego ukończenia porodu.

Cz. Bitner.

170. KARL AUG. HERZFELD. **O nowym zabiegu operacyjnym w celu całkowitego wycięcia macicy.** (Ueber eine neue Meth. d. Totalexstirpat. d. Uter). (*Centralbl. für Gynäk.* nr. 2, 1893 r.).

Nowa ta operacyja, którą autor nazywa „swoją metodą”,

jest właściwie podwójną modyfikacją metod Kraske'go (wycięcia obytnicy) i Hochenegg'a, który stosował metodę Kraske'go do wycięcia macicy. Zmiana zasadnicza, wprowadzona przez Herzfelda, polega na tem jedynie, że dostaje się on do organów rodnych po prawym brzegu odbytnicy, Hochenegg zaś — po lewym. Samą operację opisuje autor w sposób następujący:

Chorą układa się na lewym boku; cięcie skórne prowadzi autor od spin. ilei poster. inter. nieco łukowato na lewo przez crista sacral. media i kończy o 1 ctm. od otworu odbytnicy. Cięcie to przenika aż do kości, a odkrywa się przez nie dwa najniższe kręgi kości krzyżowej i cała kość ogonowa. Brzegi rany odciąga się tępymi hakami, poczem odcina się lig. sacrococcigeum i odziera się całą kość ogonową od części miękkich na tępo. W wielu przypadkach wystarcza — podług Herzfelda — wycięcie kości ogonowej, aczkolwiek można jeszcze dla wygody odciąć część ostatniego kręgu kości krzyżowej, 1 ctm. szeroka; przed tem trzeba przeciąć nożem widoczne teraz przyczepy w. w. tuberoso-sacral.; jest to kawałek tak mały, że, odcinając go, nie sięgamy nawet ostatniego otworu kości krzyżowej. (NB. Hochenegg wycina kość krzyżową aż do pierwszego otworu, a więc u niego brak kości daleko jest większy, niż u Herzfelda, któremu wycięcie li tylko kości ogonowej wystarczyło w jednym przypadku do wycięcia macicy tak wielkiej, jak to bywa w 4-ym miesiącu ciąży).

Następnym aktem operacji jest rozcięcie fasciae prae-vertebralis przez całą długość cięcia skórniego i podwiązanie naczyń; po odsunięciu tej powięzi, ukazują się bardzo wyraźnie prawy brzeg obytnicy, zaś cała jej ściana tylna, położona normalnie więcej na lewo, nie może trafić pod nóż. ¹⁾ Po wytamponowaniu rany, widzimy tylną ścianę białawo przeświecającej pochwy, czem się też różni od kiszki prostej. Teraz, pracując palcem, łatwo się udaje oddzielić pochwę od kiszki i, gdy asystent napiera tylne sklepienie, ując otrzewną cavi Douglas'i w pincetę, nadciąć ją i przedłużyć cięcie nożyczkami ku górze i nieco na prawo (na lewo rectum.). Gdy otrzewna w ten sposób została już otworzona, łatwo jest teraz dosięgnąć palcem, hakowato zgiętym, dna macicy i ściągnąć ją od oculos wraz z jajowodami, jajnikami i obydwoma więzami szerokimi; fałda otrzewny, która z pęcherza zachodzi na przednią ścianę macicy, staje się także widoczną, jak również obie wężykowato przebiegające w więzach szerokich arteriae uterinae. Po wyprowadzeniu macicy ze wszystkimi jej przy-

¹⁾ Przy sposobie Hochenegg'a może się to przytrafić, gdyż on, operując z prawej strony, staje ciągle w kolizyi z odbytnicą i jej kreską, chcąc się dostać do pochwy i cavum Douglas'i.

datkami i więzami między brzegi rany, przystępujemy do podwiązania więzów szeroki en masse; są one tak ruchome i łatwo dostępne, że (w razie np. obszernego nacieczenia) można by pierwszą ligaturę nałożyć od fimbrii aż do lig. infundib.-pelvis. Zrosty, gdyby takowe istniały, łatwo się dają oddzielić. Trzy ligatury wystarczają zwykle do zupełnego podwiązania więzów szeroki aż do przyczepu pochwy, poczem nożyczkami przecina się więzy pomiędzy ligaturami i macicą. Tak oddzieloną macicę możemy teraz wyciągnąć z rany bardzo daleko i wymacać, czy niema gdzie z boków szyjki nacieczeń np. rakowych; gdyby się znalazły — łatwo je razem usunąć. Sama macica zostaje obecnie w związku z otoczeniem tylko za pomocą przedniej fałdy otrzewny i przyczepu pochwy. Fałda ta jest bardzo wyraźną, przecinamy ją więc poprzecznie, poczem z łatwością możemy oddzielić na tępo pęcherz od ściany szyjki. Zeszywając teraz nad odcinkami więzów szeroki dwa płaty otrzewny, odgarniamy w ten sposób cav. paritonei od ligatur w więzach. Dla uniknięcia znacniejszego krwotoku przy następnem przecinaniu sklepień, radzi autor podwiązać osobno pnie art. et v. uter. w tem miejscu, gdzie pęczki lig. lat. idą od ścian miednicy ku macicy. Co się tyczy moczowodów, zranienie ich, po oddzieleniu pęcherza, staje się niemożliwym; autor twierdzi, że moczowody łatwo się dają wymacać, a nawet po rozsunięciu pęczków otaczającej ich, tkanki luźnej można je mieć ad oculos.

Końcowy akt operacyi stanowi odcięcie macicy od sklepień, zaszycie brzegów ich szwem Lamberta tak, iżby one, zachodząc jeden na drugi, wystawały do pochwy, przykrycie rany gazą jodoformową i zeszytie rany skórnej, z wyjątkiem małego otworu u dołu dla wyprowadzania gazy, pokrywającej ranę wewnętrzną.

Autor operował tą metodą 3 chore z bardzo pomyslnym skutkiem i bezgorączkowym przebiegiem.

Metoda ta — zdaniem Herzfelda — nadaje się do wszystkich tych przypadków całkowitego wycięcia macicy, gdzie extirpatio per vaginam przedstawia trudności bądź z powodu nieruchomości macicy lub znacznej jej wielkości, bądź znacznego nacieczenia w parametryjach, bądź też z powodu wiotkości ścian uteri.

Cz. Bitner.

171. KEHRER. **O zarośnięciu narządów płciowych kobiecych.** (Über Gynatresien und deren Behandlung). (*Centrbl. f. Gyn. nr. 2, 1893 r.*).

Po krótkiej historycznej wzmiance o powstawaniu kobiecych narządów rodnych, wyjaśnia autor powstawanie zarośnięcia. Pochodzi to albo wskutek opóźnienia połączenia końca kanałów Müllera z sinus urogenitalis, albo wskutek zamknięcia tychże kanałów. W późniejszym wieku atresia może tylko powstać wskutek spraw zapalnych z owrzodze-

niami. Najczęstszym miejscem bywa albo wejście do pochwy, albo szyjka macicy. Dolegliwości zwykle zjawiają się przy pierwszym peryjodzie; od tej pory z każdym peryjodem krew zbiera się po za miejscem zarosnięcia. Jeżeli miejscem zarosnięcia jest wejście do pochwy, to w następstwie powstaje Haematokolpos, krwi coraz więcej się zbiera i wtedy rozszerzają się macica i tuby i powstaje Haematometra i Haematosalpinx. W mniej więcej regularnych odstępach czasu zjawiają się molimina menstualia, które są bardzo dokuczliwe. Z każdą regularnością ilość krwi zebranej się zwiększa; ścianki macicy i tub się rozciągają, stają się coraz cieńsze, w końcu następuje pęknięcie worka i zawartość wylewa się do jamy brzusznej; powstaje zapalenie otrzewny, kończące się zwykle śmiertelnie.

Po zjawieniu się molim. menstrualis w większej części przypadków przy zwykłym zarosnięciu wejścia do pochwy, wystarcza rozdwojenie wyciętej błony z wycięciem kawałka, przeprowadzenia drenu i wymycie. Przy zupełnym braku pochwy, autor radzi opróżnić macicę, krwawy worek i jajniki wyciąć. Jeżeli istnieje Haematosalpinx, wtedy wskazaną jest salpingotomija z kastracją.

W końcu swej pracy opisuje autor ciekawy przypadek, gdzie przy zupełnym braku pochwy w prawym rogu u jednorogiej macicy (przytem mały, nierozwinięty, dodatkowy róg) znajdował się krwawy guz, chelboczący, łatwo wyczuwalny i sięgający od błony dziewiczej, aż do połowy moczowodów. Wycięto jajniki, jajowody, dodatkowy róg, opróżniono prawy róg, zawierający krew i przyszyto takowy do ścianki brzusznej; chora wyzdrowiała.

St. Kurtz.

III. Choroby weneryczne i skórne.

172. A. FOURNIER. **Pierwotne owrządzenie przymiotowe rąk i palców.** (*La Semaine Medicale* nr. 13, 1893 r.).

Aczkolwiek twarde szankry na rękach i palcach zdarzają się względnie rzadko (0,5%), nie mniej jednak ze względu na świeży przebieg kliniczny, na trudność, jakie mogą nastęrczać przy rozpoznawaniu i na lekarzy, którzy głównie im ulegają, bezwątpienia zasługują na baczniejszą uwagę. Obnażenie naskórka jest jedynym warunkiem, umożliwiającym dostanie się zarazka przymiotu do ustroju. I w tych przypadkach stanowi ono *conditio sine qua non*. Zараżenie następuje przez zetknięcie się rąk z tworami wrzodziejacemi przymiotu już to przy badaniu lekarskiem, już to podczas uciech miłosnych, wreszcie wskutek ugryzienia przez osobnika, dotknię-

tego zaraźliwemi wykwitami przymiotowemi w jamie ustnej. Powyższe sposoby zarażenia są najczęstsze, inne zaś stanowią raczej kazuistyczne curiosa. Częściej ulega zarażeniu ręka prawa, niż lewa, częściej tylna powierzchnia śródreżca (metacarpī), a z palców rąk najszcześniejszy jest pod tym względem wskazujący, potem średni, a najmniej mały palec. Na palcach górny brzeg paznokcia jest ich ulubionym siedliskiem. Szankier twardy rąk i palców przedstawia się w postaci typowej, klasycznej, albo przybiera zupełnie odrębną postać. Typowa postać przedstawia się jako charakterystyczny, zazwyczaj okrągły, nadżerek, leżący na lekko stwardniałej pergaminowej podstawie, lub też jako mniej lub więcej powierzchowne owrzodzenie na mocno stwardniałej podstawie, stwardnienie to jednak ze względu na brak prawie zupełny luźnej tkanki podskórnej, zwłaszcza na palcach rąk, nie jest ściśle ograniczone a raczej przedstawia twardość en masse. Jeśli nasięk rozszerza się pod paznokieć, występuje mniej lub więcej silna bolesność. Nietypowe szankry spotykają się pod trzema postaciami, jako: 1) szankier przerostowy, 2) szankier grzybowaty i 3) szankier zastrzałowy (chancre-panaris). Szankier przerostowy przedstawia guzik, wzniesiony na 3—6 mm. nad powierzchnię skóry, twardy, prawie chrząstkowaty, z powierzchownem nadżarciem u wierzchołka. Takie szankry przyjmowano częstokroć za raki skórne. Grzybowaty szankier przedstawia się jako kalafiorowate wyrośla, podobne zupełnie do tej, jaką tworzą nadmiernie rozrosłe ostre lepieże i za takie go często przyjmowano. Jest to rodzaj najrzadziej spotykany. Najciekawszą jednak postacią ze względu na trudności, jakie przedstawia przy rozpoznawaniu, jest t. zw. Chancre-panaris. Nawet doświadczeni chirurdzy mylnie robili rozpoznania, biorąc go za zastrzał, do tego bowiem stopnia objawy są ludzko podobne. Wszelkie powikłania, jakie zdarzają się przy szankrach narządów płciowych jako to: wyżer, stan zapalny wskutek bodźców zewnętrznych, zapalenie naczyń chłonnych, gruczołów, żył etc., mogą się naturalnie zdarzać i przy szankrach palców i rąk. Następczo obrzmiewają: gruczoł łokciowy lub gruczoły pachowe z czasem jedne i drugie. Chociaż trudno przypuścić, aby zarazek przymiotowy, który tą drogą dostał się do ustroju, miał jakieś szczególnie złośliwe własności, jednak szankry twardy rąk i palców mają utartą opinię, że po nich przebieg syfilisu bywa ciężki, co potwierdza i statystyka autora. Zdaniem jednak Fournier'a na tę kwestyję z innej strony zapatrywać się należy. Nie w zarazku tkwi tutaj przyczyna złośliwości przymiotu. Szankry powyższe zazwyczaj późno bywają rozpoznawane, a co zatem idzie i późno leczone, a wszak wiadomem jest jaki wpływ pomyślny ma wczesne leczenie przymiotu na dalszy jego przebieg. Następnie, że najczęściej ulegają im lekarze. Znaną jest rzeczą,

że lekarze najgorzej bywają leczeni, już to przez swój sceptycyzm, już to wskutek nadmiaru opieki lekarskiej a braku jednostajnego kierunku, a że oprócz tego każdy prawie lekarz obarczony jest pracą umysłową i fizyczną, nie więc dziwnego że zarazek przymiotowy znajduje podatne pole dla swego rozwoju. W końcu swej pracy autor zaleca szczególną ostrożność przy badaniu osób, będących w zaraźliwym okresie przymiotu a przy leczeniu, które niczem się od zwykłego w tych razach postępowania nie różni, powinniśmy dbać przede wszystkim o to, aby unikać następczego objawowego zastrzału; ręka przeto winna być pozostawioną w bezwzględny spokój i wisieć na temblaku.

Edmund Kurella.

173. **BALZER et SOUPLÉ. 46 badań nasienia przy zapaleniu podwójnem jąder.** (*An. de dermat. et de typh. Maj, 1892 r.*).

Na podstawie swych spostrzeżeń, autor postanowił rozwiązać kwestyję wpływu obustronnego zapalenia jąder (prawdopodobnie przyjądrzy—*ref.*) na czynność wydzielniczą tych-że organów.

Z badań swych autor wyprowadza wnioski następujące:

W zapaleniach świeżych, w ścisłym tego słowa znaczeniu, znikanie nitki nasiennych jest stałe. Na 34 badane przypadki, znaleziono obecność ich tylko w trzech. Siedem spostrzeżeń wykazuje, że nitki nasienne mogą zniknąć bardzo prędko (pomiędzy 1 a 18 dniem).

Na 8 przypadków zadawnionych zapaleń więcej, niż po 6-ciu miesiącach od ostatniego zapalenia, w 7-miu znaleziono nitki nasienne.

Z 4-ch spostrzeżeń, ze znacznym naciekiem zapalnym przyjądrzy i sznurka nasiennego—nitki nasiennych nie zdolano wykryć.

J. Wojciechowski.

174. **Leczenie nabłoniaków.** (*An. de dermat. et de Syph. nr. 2, 1892 r.*).

Dr. FASKER i RUBIO odróżniają następujące postacie nabłoniaków:

1) Nabł. rozrastający się na zewnątrz; 2) nabł. charakteryzujący się obwódka, otaczającą owrzodzenie, której powierzchnia jest raczej wygryziona, aniżeli wegetująca; 3) nabł. zaczynający się małym guziczkiem, zajmującym skórę, tkankę podskórną, niszczącym stopniowo tkanki sąsiednie.

Nowy sposób leczenia, może być zastosowany do opisanych pierwszych dwóch postaci.

W przypadku pierwszym, rozmiękczywszy strupy za pomocą okładów i usunąwszy je za pomocą szpadelka, należy wyskrobać pokrywającą owrzodzenie ziarninę i zaraz położyć tamponik, napojony roztworem chlorku cynku; taka kauteryzacja powtarza się co 2 lub 3 dni, stosownie do potrzeby.

Drugą postać nabłoniaka wyskrobuje się również przed kauteryzacją, na wierzch kładzie się tampon napojony chlorkiem cynku czystym lub w roztworze.

Na 9 nabłoniaków, w ten sposób przez autora traktowanych, z których 3 były pierwszej postaci a 6 drugiej, wszystkie zostały szybko wyleczone bez recydywy, jakkolwiek już 6 miesięcy upłynęło.

Boeck leczy nabłoniaki rezorcyną. Wiadomo, że rezorcyna w postaci maści, z powodzeniem bywa stosowaną w leczeniu owrzodzeń rakowych; autorowi jednak nie zdarzyło się spotkać wzmianki o zasługujących na uwagę wynikach leczenia nabłoniaka za pomocą plastra rezorcynowego. Plaster zmienia się raz na dzień. Autor załączył opis dwóch przypadków raka twarzy, leczonych plastrem rezorcynowym; leczenie trwało 6—8 tygodni.

Unna uważa plaster rezorcynowy za środek bardzo zbawienny tam, gdzie niemożliwe jest radykalne wyleczenie; takich jednak przypadków jest niewiele.

Unna dzieli nabłoniaki skóry na 2 kategorie: 1) nabł. świeży, trwający kilka tygodni lub kilka miesięcy, przy łagodnych objawach nie przedstawia nic szczególnego i w tym okresie daje się łatwo wyleczyć.

2) Nabłonek zastarzały, obejmujący znaczną przestrzeń skóry twarzy, jest bardzo często brany za wilka i stosownie do tego leczony. Najważniejszą cechą tego rodzaju owrzodzeń, przedstawiających odmianę raka, jest to, że nie spowodują porażenia gruczołów chłonnych i nie wywierają żadnego wpływu na ogólny stan zdrowia; a jednak tak w samym początku swego rozwoju pod względem histologicznym, jak i przy końcu pod względem klinicznym, są rakiem typowym.

Większa ilość nabłoniaków leczonych, przez Unnę, napotykała się u marynarzy; występują one często jednocześnie z innymi obrażeniami skóry i dotychczas nie były opisywane.

Skóra w takich przypadkach jest siedliskiem zastoju, czerwono-sinego koloru na powierzchniach wyprostnych rąk i twarzy, a szczególnie na uszach. Stan ten wywołany jest przez zimno. Później naskórek grubieje, marszczy się, pęka i bezustannie łuszczy się. Na twarzy i uszach niektóre gałązki naczyńowe formują ograniczone rozszerzenia. W innych przypadkach dają się widzieć w tych miejscach plamy, powstałe z wydzielanego barwnika, analogiczne z piegami; wreszcie po wielu latach następuje zanik skóry, zwłaszcza na końcach uszu.

W wyżej przytoczonych przypadkach autor zauważył, że z jednej strony małe guzy, mające charakter gruczolaków łojowych, pochodziły wskutek przerostu brodawkowego skóry, że nabłoniaki rozwijają się najchętniej w miejscach, gdzie dawniej były nadżerki i brodawki. *J. Wojciechowski.*

175. MASSAZA. **Dermatozy pochodzenia rdzeniowego.** (Dermatoses o'orgine spinale). (*Au. de dermat. et de syph., nr. 4, 1892*).

U kobiety lat 23, cierpiącej od kilku miesięcy na zaburzenia kanału pokarmowego, bóle w okolicy lędźwiowej i grzbietowej, po doznaniem uczuciu palenia i mrowienia, pokazały się na skórze liczne plamy czerwone, wkrótce pokrywające się małymi pęcherzykami, zmieniającymi się szybko, miejscami, na pęcherze wielkości orzecha laskowego do pomarańczy. Wykwity umiejscowiły się w kierunku gałązek nerwu łokciowego i ramieniowego skórno i wewnętrzznego a także 3, 4 i 5-go nerwów międzyżebrowych obu stron; czucie w całej tej okolicy było wzmózone. Wykwity powtarzały się często w ciągu kilku miesięcy, porażając wyłącznie skórę kończyn górnych, okolicę przednią i boczną jamy piersiowej i twarzy; bóle kolumny kręgowej nie przechodziły po za granicę 5-go kręgu szyjowego 4-go grzbietowego.

Po kilku miesiącach wysypka rozszerzyła się na inne okoliczności skóry, każde nasilenie było poprzedzane bólami i przyjmowało kierunek symetryczny. W sześć miesięcy później, po gwałtownych bólach żołądko-kiszczkowych, którym towarzyszyło rozwolnienie i nudności, pokazały się plamy zgorzelinowe, występujące symetrycznie, poprzedzone gwałtownymi bólami kolumny kręgowej.

Strupy zgorzelinowe występowały tak bez poprzedniego tworzenia się wykwitów skóry, jak i po utworzenia się bąbli, powtarzały się w ciągu 14 miesięcy, co 5 do 15 dni i obejmowały zawsze przednio boczną okolicę bioder.

Zmian czuciowych skóry wzmózonych na początku choroby i odruchów ścięgnistych nie udało się autorowi wykryć.

Autor przypuszcza, że zdaje się być bardzo prawdopodobnem, że zaburzenia troficzne były zależne do zmian rdzenia kręgowego, umiejscowionych w tylnej szarej substancji, natury ściśle dotąd nieokreślonej.

J. Wojciechowski.

176. Prof. ERB. **Uwagi nad zmętnieniem nabłonka jamy ustnej i jego przyczyny.** (Plaquesnarben, Epitheltrübungen, Leukoplakia). (*München med. Wochenschrift*).

Od wielu lat prof. Erb zwracał baczną uwagę na zmętnienia nabłonka błony śluzowej jamy ustnej, i w tym kierunku badał wszystkich swoich pacjentów. Na wiele tysięcy chorych znalazł powyższe zmętnienia w 240 przypadkach. Jako przyczynę choroby podaje przymiot, na który cierpiał z wymienionej liczby chorych 191, co stanowi 80%. Pozostała liczba 49 chorych, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, przymiotu nie przechodziła. Tak więc w $\frac{1}{5}$ przypadków za powód choroby należało uważać przymiot.

Jako drugą przyczynę zmętnienia nabłonka, autor uważa palenie tytoniu. Tutaj autor zebrał 148 przypadków. Z tej

liczby 101 chorych używało więcej, niż średnio albo bardzo dużo cygar i papierosów, 47 paliło umiarkowanie lub wcale nie paliło.

Zestawiwszy wszystkie swoje przypadki autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Przymiot i mocne palenie tytoniu mogą wywołać zmętnienie nabłonka. Obie te przyczyny mają prawie jednakowe znaczenie w powstawaniu plam.

2) W większości przypadków przyczyny te działają równocześnie.

Wszystkie inne wpływy mają tylko podrzędne znaczenie w powstawaniu leukoplakiae.

4) U osób, które przechodziły przymiot, nawet umiarkowane palenie może wywołać zmętnienie nabłonka.

Jeżeli zmętnienie błony na błonie śluzowej jamy ustnej spotykamy u osób, które albo wcale, albo mało paliły, przy braku innych przyczyn wywołujących chorobę, to plamy możemy uważać za pochodzenia syfilitycznego.

Wł. Kopytowski.

177. OLLIVIER **Wilc, jego dziedziczość.** (*An. de dermat. et Syph. nr. 1892 r.*).

Spostrzeżenie dotyczy dziewczynki 13-letniej, dotkniętej wilkiem zwyczajnym lewego policzka. Ojciec był zdrow zupełnie, z jego strony żadnych objawów gruźliczej dziedziczości nie było. Matka umarła w 36-tym roku na gruźlicę płuc; jedna z siostrzadza podejrzane objawy w płucach i miała wilka również na lewym policzku; brat cierpiał na porażenie żeber i wilka na nodze, zmarł na gruźlicę płuc, pozostawiając córkę z wilkiem na uchu; siostra tego dziecka 12-letnia, ciągle kaszle i posiada wyraźne objawy gruźlicy płuc; druga siostra, młodsza, dotychczas była zdrowa.

Tym sposobem na 6 osób, pochodzących z jednej rodziny, pięć cierpiało na gruźlicę a z tych cztery miało wilka.

J. Wojciechowski.

178. SABOURAUD. **Włosy paciorkowate.** (*Sur les cheveux moniliformes*). (*An. de dermat. et de Syph. nr. 7, 1892 r.*).

SABOURAUD. **Siedemnaście przypadków włosów paciorkowatych w jednej rodzinie.** (*Dix sept. cas des cheveux moniliformes dans une meme famille*). (*An. nr. 7, 1892 r.*).

I. Niektórzy badacze (Juhel-Rénoy, Raymond, Behrend, Scott i inni) utrzymują, że paciorkowatość włosów zależy wyłącznie od pasorzytów. Tak jednakże stanowczo nie jest, albowiem podobnego rodzaju zmiany mogą być wywołane przez przyczyny czysto wewnętrzne, ustrojowe.

Nazwy: trichoclasia, clastotrix, były wprowadzone przez Wilsona, a trichoptilosis przez Daergie'go, dla określenia roz-

maitych stanów łamliwości włosów. Wszystkie jednak one, a przede wszystkim trichoptilosis, określają tylko symptomy lecz nie istotę choroby.

Oprócz tych nazw istnieją jeszcze inne np. trichomycosis nodularis, wprowadzona przez Juhel-Rénoy'a.

Autor jest zdania, że nazwa trichorexis, powinna być zachowana wyłącznie do grupy zmian włosów paciorkowatych pochodzenia pasorzytniczego.

Behrend włosy paciorkowate, występujące dziedzicznie, stosownie do rady Virchowa, nazywa aplasia pilorum moniliformis vel intermittens.

Crocher opisuje zmiany te pod nazwą odpowiedniejszą i krótszą „moniletrix”, którą i autor przyjmuje.

Stosownie do powyższego wyjaśnienia terminologii włosów paciorkowatych, autor dzieli zmiany te na dwie główne grupy, t. j. pochodzenia pasorzytniczego (trichorrexia) i ustrojowego (moniletrix).

W postaciach pasorzytniczych włos jest zajęty sam, cebulka włosowa i jej korzeń są wolne, trzon przedstawia jedno lub więcej zgrubień, gdzie otoczka zewnętrzna znikła, albo warstwa komórkowata zewnętrzna odstaje lub włókienka rozdzielone, niekiedy poprzerywane formują same zgrubienia paciorkowate.

W tych to zmienionych częściach włosa napotyka się pasorzyty, a włos niezmiernie łatwo łamie się przy najmniejszym pociąganiu, na poziomie węzłkowatego zgrubienia.

W spostrzeżeniu, opisanem przez Behrend'a, włosy przy prostym pociąganiu nie rwały się i były mniej porażone. W cierpieniu opisanem przez Juhel-Rénoy'a, nagromadzone około zdrowego włosa pasorzyty formowały zgrubienia.

Włosy w moniletrix przedstawiają zupełnie inny obraz. Nie posiadają one jednego lub dwóch zgrubień, nieregularnych ekscentrycznych, lecz cały szereg prawidłowych zgrubień, oddzielonych od siebie taką samą ilością przewężeń. Węzłkowate rozszerzenia są zupełnie jednostajnie regularne na całej zajmowanej długości porażonego włosa. W moniletrix nie zgrubienia lecz przewężenia są częścią chorą włosa, części zaś grubsze są zdrowe. Pociąganie, które w trichorrexia wywoływało łamanie się włosa na miejscu zgrubienia, tu sprowadza je na miejscu przewężonym. W postaci tej nie spostrzega się również rozdzielenia włosa na włókienka, nie ma również pasorzytów. Natomiast w moniletrix zmiany znajdują się w opuszczeniu włosa, jeżeli podścielisko i komórkowata warstwa Henlego są zdrowe, to warstwa Huxley'a jest znacznie zmieniona.

Trichorrexia parasitaria poraża przede wszystkim okolice wilgotne, zgięć i organów płciowych. Moniletrix zaś umiejscawia się na skórze głowy, pokrytej włosami. Vidal

pierwszy zwrócił uwagę na zanik w tem cierpieniu narządu łojowego i włosowego.

Osoby, cierpiące na trichorrexia, lekceważą swą chorobę, tymczasem w moniletrix występuje znaczne oszpecenie. Chorzy zmuszeni bywają nosić perukę. Najczęściej włosy są tak rzadkie, że gdzie niedzie pozostają się tylko ich kępki, jak to bywa niekiedy po wyleczeniu parchów (favus).

Co się tyczy przebiegu dwóch różnych cierpień, to moniletrix należy do wrodzonych. Istnieją zaledwie trzy spostrzeżenia, w których cierpienie rozwinęło się w wieku późniejszym, w następstwie silnych wstrząśnień nerwowych. Z wyjątkiem tych przypadków, cierpienie rozwija się zawsze jednakowo, po urodzeniu. Dziecię przychodzi na świat z włosami zdrowymi; włosy te wypadają pomiędzy 7 tygodniem a 9 miesiącem i nie wyrastają nowe. Pewna ilość włosów rzadkich, paciorkowatych i cienkich zajmuje ich miejsce. Moniletrix zatem występuje wraz z pojawieniem się życia i trwa do jego końca; cierpieniu temu najczęściej towarzyszą inne zбочenia w rozwoju, jak np. palce dodatkowe, albinismus, hypospadia i t. p.

Nakoniec trichorrexia parazytarna jest wyleczalna, moniletrix zaś jest nieuleczalna, stała; najczęściej chory zna dobrze swe cierpienie wrodzone i nieuleczalne.

II. Spostrzeżenie autora, szczegółowo opisane z dołączeniem tablicy genealogicznej, dotyczy się 17-tu osób jednej rodziny w 5-ciu pokoleniach.

Protoplastką cierpienia była prababka chorego. Chorobę odziedziczył jej syn, a dziadek chorego z linii macierzystej. Tenże miał sześcioro dzieci, pomiędzy któremi było 5 z paciorkowato zmienionymi włosami.

Z tych matka pacjenta miała dziewięcioro dzieci, z których 6-ro cierpiało na też same zmiany. Wreszcie sam pacjent, który przedstawiał typowy obraz włosów paciorkowatych, miał ośmioro dzieci, z których czworo było dotkniętych tą samą chorobą. Do tych 5-ciu przypadków w jego rodzinie dodać należy dwa w linii pobocznej, u ciotecznych braci pacjenta, a wnuków tegoż samego dziadka.

Z tych 17 chorych, autor badał bezpośrednio trzech, u wszystkich objawy były jednakowe. Cierpienie polegało na wysychaniu włosa we wszystkich jego częściach, w równych odstępach, na całej długości, od początku do końca powtarzały się obrzmienia równe, poprzedzielane jednakowemi przeżeniami.

Zmiany oprócz tego polegały na suchości gruczołów łojowych, pokrywających skórę głowy i t. z. keratosis pilaris.

Badanie włosów na mikrokokki i hodowle dały wynik ujemny. Od czasu ukazania się włosów paciorkowatych w rodzinie, nie zauważono żadnego przypadku zarażenia się, ani

pomiędzy mężem i żoną, ani też pomiędzy rodzeństwem; choroba zaś ustalała się w pierwszych tygodniach życia.

Nakoniec, cały rozwój choroby pozwala przypisać ją cierpieniu nerwów, a nie żadnej przyczynie zewnętrznej.

J. Wojciechowski.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

179. W jednym przypadku wrodzonego braku pochwy i macicy prof. Sniegirew w Moskwie dorobił plastycznie pochwę z dolnego odcinka kiszki prostej. Operację wykonał w 2-eh momentach. W pierwszym momencie przez cięcie wzdłuż lewego brzegu kości krzyżowej i ogonowej wyłuszczył kość ogonową, przeciął poprzecznie kiszkę prostą na wysokość 3 ct. od otworu stolcowego, zaszył górny otwór dolnego odcinka, a odcinek górny ściągnął od rany i przyszył na miejscu kości ogonowej pomiędzy włóknami m-li levatoris ani. W drugim momencie, w 2 tygodnie po pierwszej operacji, rozciął przednią ściankę ślepego worka, utworzonego z dolnego odcinka kiszki prostej, jak również i międzykrocze w kierunku ku przodowi, i błonę śluzową worka przyszył do skóry w okolicy warg małych. Podobieństwo do pochwy normalnej otrzymano uderzające; chora wyzdrowiała i ku zadowoleniu męża mogła się poddawać powinnościom małżeńskim, tembardziej, że dzięki nieuszkodzonemu sphincter ani tertius i wszyciu kiszki pomiędzy włóknami m-li levatoris ani, mogła dobrze zatrzymywać nie tylko stolce twarde i płynne, ale nawet i wiatry. **Operacja ta naraziła prof. Sniegirewa na zarzuty, iż propaguje pederastyję.** Bronią się od tych zarzutów, cytując prof. Sniegirew zdania różnych autorów w kwestyi tworzenia sztucznej pochwy, a między innymi przytacza ciekawy **proces kościelny**, jaki przy analogicznych okolicznościach miał miejsce w wieku ubiegłym. Oto prof. Louis, znakomity chirurg paryski, zakomunikował około 150 lat temu Paryskiej Akademii Chirurgicznej o jednym przypadku wrodzonego braku pochwy, gdzie menstruatio i coitus odbywały się per anum. Chora nie tylko zaszła w ciążę, ale nawet i drogą tą we właściwym czasie urodziła. Z racyi tej postawił prof. Louis pytanie „Licet ne coire per rectum viis naturalibus clausis”, a na pytanie to odpowiedział twierdząco. Za śmiałe to zdanie rzucono na prof. Louisa kłątwe. Dopiero dzięki wstawiennictwu kilku znakomitości teologicznych i po wstąpieniu na tron nowego papieża, w osobie Benedykta XII, przywrócono prof. Louisa do łask i przywilejów kościelnych, przy czem papież zdecydował raz na zawsze, że w okolicznościach podobnych „coitus ad instar bestiarum” za grzech uważany być nie może. (B. Th. Sniegirew. Nowyj sposob obrazowania iskustwennawo wiagaliszczsa so statiej A. P. Fubarewa o sphincter ani tertius. Moskwa. 1892. Odbitka z gazety „Medicina”, nr. 10, 1892).

Dzierżawski.

180. **Ogólna narkoza i znieczulanie miejscowe.** Z ankiety, przeprowadzonej przez Niemieckie Towarzystwo Chirurgiczne okazuje się z zebranych wiadomości, że na **109,230 narkozy było 39 przypadków śmiertelnych.** Z tych 36 przypada na 94,123 usypiań chloroformem (czyni 1:2,614); na 2,891 usypiań mieszanych (eter z chloroformem) przyp. śmierci. 1, również po jednym przypada na 1,221 narkoz brometylowych i na 219 pentaloowych. Na 8,431 usypiań eterem, zdarzył się jeden przypadek śmierci, a na 1,280 mieszanię eteru z wysokiem—ani jeden. Wynika stąd, że eter jest najbezpieczniejszy i na częstsze jak dotychczas zasługuje zastosowanie, co się już praktykuje w Anglii i Ameryce. W 25 przypadkach śmierci przy chloroformowaniu robiono antopsyję, przyczem znajdowano zawsze mniej lub więcej znaczne zmiany patologiczne w sercu lub w płucach. (Bericht üb. die Verhandl. der deut. Gesells. f. Chir. XXI Congr. C. f. Chir. nr. 32). Schleich propaguje ciągle swoje znieczulanie miejscowe przez infiltrację, t. j. przez wywołanie sztucznego obrzęku w operowanych tkankach (Infiltrationsanästhesie). Poprzednio już referowaliśmy o jego znieczulaniu za pomocą wody dystylowanej (patrz „Kron. Lest.” r. 1891, str. 557). Obecnie Schleich doszedł do wniosku, że najlepsze wyniki daje wstrzykiwanie **kokainy w stosunku 1 na 1,000, 5,000, a nawet 10,000 w 0,2% roztworze soli kuchennej.** Wstrzykiwania te należy robić **larga manu**, aby wywołać rzeczywisty obrzęk sztuczny. Zatrucia kokainą obawiać się nie należy ze względu na małą jej zawartość w płynie: np. 50 spryżek roztw. $\frac{1}{1000}$ daje maksymalną dawkę kokainy (0,05), jakiej bezkarnie użyć można. Do tego trzeba mieć na uwadze, że po przecięciu połowa co najmniej płynu się wylewa i zbiera tamponami. Schleich robił przy takim znieczulaniu 521 operacji, a pomiędzy temi były odjęcia piersi, laparotomije, hernjotomije, doszczętne operacje wodnej puchliny worka jądrowego i inne. Narkozy ogólne, zdaniem Schleicha, robią więcej jak potrzeba, są zawsze otruciem, a w wielu razach są zupełnie zbyteczne; znieczulenie wyłącznie miejscowe powinno być zawsze naszym ideałem. Ponieważ pierwsze „infiltracyjne” wstrzykiwania są zawsze bolesne, radzi Schleich robić je po przedwstępnem znieczulaniu rozpyleniem eteru; następne wstrzykiwania już nie bołą, ponieważ dokonywają się na terenie już po części obrzękniętym. (Bericht üb. die Verhandl. der Deut. Gesells. f. Chir. XXI Congr. C. f. Chir. nr. 32).

Dzierżawski.

181. Payne miał możność spostrzegania na samym sobie **faktu widocznej zaraźliwości zwykłych brodawek.** Mając w kuracji 11-letnie dziecko przy wykrobywaniu narostów, zdejmował kilkakrotnie paznokciem wielkiego palca strupki krwawiących brodawek. W kilka dni potem wystąpiło pod paznokciem zaczerwienie i obrzęk, a następnie uformowała się brodawka. Później wyrosły dwie jeszcze inne brodawki na powierzchni wyprostnej tegoż palca. Nowotwory te po kilku tygodniach znikły bez żadnego leczenia. Autor jest przekonany o pasorzytniczey naturze brodawek; krew zdaje się być przenośnikiem zarazy. Prawdopodobnie, bro-

dawki mogły by trwać stale tylko u osobników skłonnych do tego. (An. de dermat. et de syph. nr. 4, 1892 r.) J. W.

182. Zwykła **gastroenterostomija** jest operacją dość trudną i długotrwałą, a po operacji przez dni kilka choremu jeść nie dać nie można; chorzy odnośni są zwykle bardzo wyniszczeni, względna długość operacji, jako też następcza dyjeta bardzo smutnie się na bezpośrednich rezultatach operacji odbija. Zamiast gastroenterostomii proponuje prof. Maydl przy nienadających się do operacji radykalnej zwężeniach odźwiernika **jejunostomiję**, którą wykonywać radzi w sposób następujący: przeciąć poprzecznie kışkę cienką w odległości 15—20 c. od plica duodeno-jejunalis, oba końce na zewnątrz jamy brzusznej wyciągnąć, poczem otrzewnę tymczasowo szwami zamknąć. Następnie odcinek obwodowy odcina się w odległości 10 ct. od przecięcia na stronie przeciwległej krezce, na przestrzeni 3 ct. i w ten otwór odcinek wszywa się kışki żołądkowy. W ten sposób sok trzustkowy i wątrobowy dla ustroju nie przepada. Koniec obwodowego odcinka wszywa się ostatecznie w ten sposób, aby kışka wystawała na 2 ct. po nad skórę. Przez otwór ten łatwo chorego karmić, zaczynać można zaraz po operacji, a zamykać otworu nie potrzeba żadnemi skomplikowanemi obturatorami, gdyż płyny przezeń nie wypływają. Jeżeli powróci drożność per vias naturales, co może mieć miejsce w niektórych przypadkach, gdzie zwężenie nie tyle zależało od samego nowotworu lub blizny, ile od zapalnego naokoło zwężenia nacieczenia, to można każdej chwili rozpocząć karmienie per os, jejunostoma zaś taka łatwo daje się zamknąć, przez proste odświeżenie brzegów. Maydl sądzi, że jego jejunostomija może być wskazaną nie tylko jako paljatywna operacja, przy nieuleczalnych zwężeniach odźwiernika. Może ona być stosowaną wprost jako radykalny zabieg leczniczy **w uporczywych przypadkach wrzodu żołądka**, w niektórych przypadkach **roztrzeni i innych**, gdzie absolutny spokój żołądka może ułatwić wyleczenie. Sam stosował ją dotychczas w 2 przypadkach, przy zwężeniu odźwiernika. Odżywianie w obu odbywało się bardzo dobrze, chore po operacji znakomicie zyskały na wadze. W podobny sposób można robić także i **gastroenterostomiję**; w takim razie odcinek kışki obwodowy, wszyć należy nie w ranę brzuszną, a w żołądek. (Wien. Med. Woch. nr. 18, 19 i 20, 1892). *Dzierżawski.*

183. **Sztuczną stopę** z pokrytej częściami miękkimi piszczeli robił w 2 przypadkach Bier w Kielu po niskiej amputacji goleni. Postępować radzi w sposób następujący: po obcięciu stopy wycina się w skórze na przedniej powierzchni piszczeli, na wysokość dłoni, powyżej rany amputacyjnej, kwadratowe, z zaokrąglonemi kątami okno. Przez okno to oddzielić należy od piszczeli okostną, następnie piłą łańcuszkową lub dłutem wycina się z piszczeli odpowiedniej wielkości klin, podstawą zwrócony do przodu. Z małego nacięcia na stronie zewnętrznej goleni, przepiłowuje się piłą łańcuszkową strzałkę, a następnie dolny odcinek tejsze ze strony rany amputacyjnej doszczętnie wytuszcza. Dolny odcinek piszczeli „stopa” daje się teraz łatwo do kąta prostego nagiąć, a pozostałe po wypilowaniu klina powierzchnie łatwo jedna do drugiej dopasować. Jeżeli

części miękie z tyłu goleni ulegają przytem zbyt silnemu napięciu, to należy jeszcze spiłować z górnego odcinka piszczeli odpowiedni kawałek. Teraz zaszywa się rany w częściach miękich, zarówno na zamkniętym już teraz oknie, jak i ranie amputacyjnej. Do utrzymania nowej „stopy” na miejscu, wystarczają odpowiednie szyny. Bier robił tę operację w 2 przypadkach przy gruźlicy stopy, i, pomimo najgorszych warunków ze strony ogólnego stanu chorych, otrzymał zupełną konsolidację. Operacja ta, prosta i łatwa, znajduje zapewne obszerne zastosowanie ze względu na wielkie korzyści, jakie daje amputowanemu. Proteza do tej sztucznej stopy jest bardzo prosta: rodzaj zwyczajnego, sznurowanego trzewika, na zwyczajnym obcasie, otwartego z przodu, aby uniknąć ucisku na bliźnią amputacyjną. Opiera się proteza na zdrowych, a nie bliznowatych tkankach, do tego ruchu w stawie kolanowym są zupełnie swobodne; w tem leży wyższość amputacji Biera od amputacji cruris in loco electionis, gdyż w tym przypadku, przy zwyczajnem szcudle, ruchomości w stawie kolanowym niema. Lepszy jest również ten trzewik przy nowej stopie, niż cała sztuczna noga, przy której punkty oparcia muszą być na kłykciach piszczeli lub na miednicy, skutkiem czego bywają w owych miejscach owrzodzenia uciskowe. Ze względu na to, że skomplikowane sztuczne nogi często się psują, amputacja Biera jest dobra, gdyż daje choremu więcej niezależności od fabrykanta instrumentów. Wskazania do tej operacji schodzą się ze wskazaniami do niskiej amputacji goleni. Bier radzi nawet nisko amputowanych chorych operować w podany przez siebie sposób powtórnie. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 34*).

Dzierżawski.

184. Idąc za przykładem Biera prof. Albert z Wiednia radzi robić podobny **członkowy kikut i po niskich amputacjach przedramienia**. Ściągną zginaczy i wyprostnych dłoni przecina się na poziomie niższym jak odpiłowanie kości; po dokonaniu amputacji, wierci się w dolnych końcach kości szprychowej i łokciowej dziurki, w które nawleka się poobcinane ścięgna, aby tam przyrosły. Po wygojeniu się rany amputacyjnej, wypiłowuje się powyżej z obu kości przed. odpowiednie kawałki, aby zrobić się tu staw rzekomy. Otrzymujemy tedy dobrowolnie ruchomy kikut. Na chorych prof. Albert operacji tej jeszcze nie miał okazji wykonywać. (*W. M. Ps. 29, 1892*).

Dzierżawski.

185. Zestawiwszy znane w literaturze odnośnie dane kliniczne i eksperymentalne, dochodzi dr. Nieberyall do wniosku, że **najlepszym zabiegiem operacyjnym przy ranach wielkich żył**, o ile chodzi o utrzymanie ich światła, jest nałożenie na brzegi rany szczypczyków Péana, z pozostawieniem ich à demeure. Sposób ten już przez swą łatwość i prostotę ma niezaprzeczoną wyższość nad zeszcyciem lub ściennem podwiązaniem; przy ostatniem podwiązka bardzo łatwo może się ześlizgnąć i dać powód do krwotoku następczego. Szczypczyki zdjąć można już po 24 godzinach, gdyż po tym czasie następuje już na pewno dostatecznie silne sklejenie śródbłonna (t. zw. endophlebitis plastica). Po zdjęciu szczypczyków z żyły, ranę można zaszyć i zagoić per primam. Dłuższe nad 24 go-

dziny pozostawienie szczypczyków na żyłę potrzebne jest chyba w razie kaszlu, wymiotów lub innych objawów, utrudniających chwilowo odpływ krwi żyłnej i—co za tem idzie—wzmagających ciśnienie w żyłach. (D. Z. f. Chir. T. 33).

Dzierżawski.

186. **Przecięcie nerwu sympatycznego** na szyi wykonał 2 razy R. Jaksch z pomyślnym skutkiem przy padaczkce. Myśl nie jest nowa, bo Barącz już w r. 1889 wyraził przypuszczenie, że działanie pomyślnie, występujące w niektórych przypadkach padaczki po podwiązaniu tętnicy kręgowej, zależy prawdopodobnie od obrażenia przy tym rękoczynnie nerwu sympatycznego. Jaksch przecinał nie tylko główny pień nerwu powyżej dolnego zwoju szyjowego, ale także, aby przeciąć gałązkę, łączącą nerw sympatyczny ze rdzeniem, podwazywał en masse i przecinał między dwoma podwiazkami tętnicę i żyłę kręgową, którym ta gałązka towarzyszy i odpreparować się od nich nie daje. Cięcie robił 8 ct. długie na zewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, tuberculum caroticum wypadło w środku cięcia. Po przecięciu powięzi szedł głębiej na tępo i, odciągnąwszy na wewnątrz mięsień st. cl. mast. wraz z wielkimi naczyniami, znajdował bez trudu nerw sympatyczny, leżący na głębokich mięśniach szyi. W obu przypadkach operował tylko na prawej stronie. Tętnica i żyła kręgową leży nieco na wewnątrz i poniżej od guzika Chassaignaca (pomiędzy scalenus anticus i longus colli). Obaj chorzy byli młodzi, 22-letni 2 na miesiąc. Aura w obu przypadkach wychodziła z narządów brzusznych. Po operacji ataki się nie powtórzyły ani w jednym, ani w drugim przypadku. W jednym przypadku minął już rok od operacji, w drugim 8 miesięcy. W obu przypadkach wystąpiło stałe zwężenie źrenicy i zapadnięcie oka na stronie operowanej. Jaksch sądzi, że można by tej operacji próbować we wszystkich przypadkach epilepsy odruchowej, w których aura wychodzi z narządów peryferycznych. (Wiener. Med. Woch. nr. 16 i 17, 1892).

Dzierżawski.

187. **Alumnol**, gorąco zalecany przez Chotzen'a jako „zadziwiająco skuteczny” środek przy rzerzączkach, nie wykazał dotąd swych zalet w rękach innych specjalistów. Dr. L. Casper (Ueber die Wirkung des Alumnols auf die Gonorrhöe. Berl. Klin. Woch. 1893, nr. 13) przyszedł na zasadzie swych doświadczeń do wniosku, że środek ten w ostrych okresach choroby nie jest wprawdzie gorszym od innych, dotąd w użyciu będących, nie jest jednak lepszym, w przewlekłych natomiast rzerzączkach nie może w żadnym razie dorównać saletranowi srebra. Na pytanie „Ist das Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhöe?” (ibid.) dr. Samter stanowczo daje odpowiedź przeczącą.

Fr. Gy—ć.

188. Dr. J. Powess podaje następujący sposób leczenia **mo-krzenia nocnego** (incontinentia urinae nocturna) u małych chłopców. Kiedy dziecię udaje się na spoczynek należy mu skleić otwór napletka za pomocą kollodyjonu. Jeżeli nie zaszła potrzeba oddania moczu w nocy, znajdujemy rano napletek nieco rozciągnięty małą

ilością uryny. Jeżeli dziecko budzi się w celu oddania moczu, może samo usunąć błonkę z kollydjonu, Dr. P. twierdzi, że niekiedy w ciągu 2-ch tygodni udało mu się usunąć nieprzyjemny nałóg. (S. M. 21). H.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dr. med. Adolf Rothe, naczelny lekarz szpitala Jana Bożego w Warszawie. **Rys dziejów psychiatrii w Polsce.** Warszawa, 1893. (Obitka z Pam. Tow. Lek.).

Rzadko, zapewne, zdarza się nam czytać oryginalną pracę, obejmującą szerszy zakres zagadnień, a prawie że nigdy nie spotykamy się z polską pracą, traktującą o historii rozwoju jakiejś nauki w naszym kraju. Z niemałym przeto zaciekawieniem zaczęliśmy czytać pracę dra Rothe'go pod powyższym nagłówkiem i chociaż z góry mogliśmy być uprzedzeni, że w pracy autora znajdziemy sumiennosc, znajomosc i bieglosc w podejmowanym przez niego temacie, nie przypuszczaliśmy jednak, by oprócz zagadnień, obchodzących specjalnie lekarzy, było w stosunkowo niewielkiej pracy tyle ciekawego materiału, którym się może i powinien zaciekawic każdy czytelnik jakiegokolwiek pracy oddany.

Zaczawszy od najdawniejszych, bo sięgających przedhistorycznej Polski, aż do najnowszych czasów, autor szczegółowo i krok za krokiem śledzi za myślą przewodnią—jak patrzono na obłąkanych, jak się z nimi obchodzono i jakie prace zjawiały się w tym kierunku. Zestawia autor wszystko, co przed nim było powiedziane, wyszukuje nieużytkowany jeszcze materiał, szpera po bibliotekach, przegląda kruki bibliograficzne, komentuje według swoich poglądów znane już prace i odtwarza pełny obraz panujących u nas w różnych epokach zapatrywań i wierzeń. Za takie sumienne zestawienie i wyświetlenie należy się autorowi szczerze podziękowanie od każdego, kogo obchodzi kultura własnego narodu. A dziwnie sympatycznym echem, jak widać z pracy autora, odzywa się tu względna tolerancja, jaką odznaczali się w porównaniu z innymi, nasi prapra-ojcowie względem obłąkanych, czarownic i t. p. osobników, którzy u światłych niby naszych sąsiadów bez sądów nieraz bezlitośnie skazywani byli na stos i tortury. I rośnie serce czytelnika, gdy przegląda dosyć szczegółowo przytoczoną pracę z 1637 r. niewiadomego z nazwiska autora pod tytułem: „Czarownica powołana albo krótka nauka y przestroga i t. d.“, z której, jak słusznie zaznacza autor, widać, że „w owym czasie powszechnej ciemnoty i panowania przesądów mieliśmy mężów, walczących przeciwko nim i usiłujących w około siebie szerzyć światło i prawdę”...

Zółwim krokiem posuwająca się u nas kwestya opieki nad obłąkanymi, również treściwie i zwięzle opowiedziana jest w pracy dra Rothe'go, któremu, jak widać, dobrze jest znane szpitalnictwo nasze. Autor treściwie opowiada jakie wogóle, a u nas szczególnie, miał znaczenie zakon Bonifratrów w kwestyi opieki nad obłąka-

nymi, szczegółowo przytacza czas, kiedy powstawały u nas szpitale i na mocy jakich danych doskonalily się. Z pedantyczną niemal drobiazgowością przytacza wszystkie dane, tyżące się szpitala Jana Bożego, w murach którego od r. 1867 pracuje sam autor. Nie mniejszą znajomość swojskiego piśmiennictwa posiada autor z dziedziny chorób umysłowych, gdyż wykaz autorów i prac przez nich ogłoszonych do 1892 r., zebrany jest niemal z zupełną ścisłością i ugrupowany w pewnym porządku. Z wykazu tego widać, że najmłodsza bodaj gałąź medycyny, za jaką słusznie uważaną być może psychiatria, posiada zgórą 100 oryginalnych prac, z których niejedną trzeba mierzyć nietuzinkową miarą. Krótki i treściwy przegląd zapatrywań wybitniejszych psychiatrów polskich ułatwi niejednemu z przyszłych pracowników na tem polu zmuđne nieraz poszukiwanie i wyjaśni mu ten stosunek, jaki zachodził między autorem i wpływami nań działającymi.

Forma wykładu dogodna, styl wogóle jasny i przystępny (w niektórych tylko miejscach cokolwiek zawikłany), treść bogata i pouczająca, nie wątpimy, zachęci niejednego do przeczytania tej pracy, w której autor użycza wiele wiedzy swym czytelnikom.

K. Rychliński.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Dr. Jan Sędziak, członek naszej redakcyi, na konkursie Towarzystwa lekarskiego w Tuluzie otrzymał 1000 fr. nagrody i medal za rozprawę p. n. „O nowotworach złośliwych krtani i ich leceniu.“

Konkurs ten jest międzynarodowy i pochodzi z zapisu Quinard'a wynoszącego 2,000. Pierwszej nagrody nikt nie otrzymał.

— Kol. Feilchenfeld, Kleinadel i Zweigbaum zostali mianowani lekarzami ambulatoryjum w szpitalu żydowskim w Warszawie. Pierwszy dla chorób wewnętrznych, drugi skórnych i wenerycznych, trzeci chorób kobiecych.

— Kol. O. Bujwid, został mianowany nadzwyczajnym profesorem higieny w Krakowie.

— Komitet zarządzający Osad Rolnych ogłasza posadę dla lekarza zakładowego w Studzieńcu i Puszczy. Wymaganą jest znajomość chirurgii i okulistyki, oraz higieny. Pensya 500—600 rs., oraz mieszkanie, opał i światło. Zgłaszać się należy do prof. Miklaszewskiego (Królewska 33).

— Kwestyjonaryjusz, ułożony celem zbiorowego badania gruźlicy miejscowej stawów, na mocy uchwały IV Zjazdu Chirurgów Polskich.

1. Imię i nazwisko postrzegającego lekarza (uprasza się o dodanie, czy autor jest zasadniczo zwolennikiem leczenia konserwatywnego, czy resekcyi, w czasie, kiedy niniejszy przypadek obserwował). 2. Imię i nazwisko, wiek i zatrudnienie chorego. 3. Gdzie

i w jakim czasie obserwowano chorego? 4. Który staw był dotkniętym? (Nb. uwzględniać należy tylko duże stawy, jak: barkowy, łokciowy, nadgarstkowy, biodrowy, kolanowy, skokowy i stępu). 5. Wywiady co do gruźlicy u wstępującego i zstępującego rodzeństwa 6. Wywiady co do przebytych chorób. 7. Wywiady co do przypuszczalnej lub stwierdzonej bezpośredniej przyczyny obecnej choroby? 8. Jak dawno trwała choroba przed objęciem w leczenie? 9. Czy było jakie leczenie już przez kogo innego stosowane? 10. Czy nie było jakich szkodliwych wpływów przed rozpoczęciem leczenia? 11. Stan płuc chorego w czasie obserwacji. 12. Stan nerek (mocz) chorego. 13. Wynik badania wydzielin na prątki. 14. Siły chorego przy objęciu w leczenie 15. Stan chorej odnogi przy objęciu w leczenie: a) czy i jaki obrzęk? b) stan powłok zewnętrznych? c) czy i wiele przetok? d) czy i jakie bóle? e) funkcja chorej odnogi? f) szczególniejsze destrukcje? g) wynik badania tkanki chorej odnogi na prątki gruźlicze? 16. Jakie leczenie stosowano w ostatnim czasie? 17. Rezultat leczenia bezpośredni. 18. Rezultat leczenia przynajmniej po roku. 19. Nastęrczające się zresztą uwagi. Nb. Kwestyjonyjusz ten służyć ma do śledzenia przypadków przyszlých, uprasza się jednak o podanie wszystkich obserwowanych przypadków, bez względu na wynik leczenia, na czas obserwacji i na wynik dochodzenia późniejszego.

— W czasie kongresu tegorocznego w Rzymie otwarta będzie wystawa lekarsko-hygieniczna od 15 Września do 15 Października.

Na wystawie znajdą pomieszczenie wszelkie przedmioty i plany, mające związek z higieną i medycyną.

Dyplomy i medale przyznane zostaną przez ministerjum spraw wewnętrznych i komitet wystawy.

Programy rozsyła na żądanie prezes wystawy prof. L. Pagliani. Rzym. Ministerjum spraw wewnętrznych.

— W skład komitetu niemieckiego, powstałego wskutek zjazdu lekarskiego międzynarodowego w Rzymie weszli: B. Virchow, v. Bardeleben, M. Bartels, v. Bergmann, v. Coler, C. A. Ewald, B. Fränkel, Graf, E. Leyden, A. Martin, Pistor, W. Waldeyer i C. Posner jako sekretarz.

— Król i królowa włoscy przeznaczyli 10,000 franków nagrody za najlepsze nosze do przenoszenia rannych.

— W Angicourt, we Francyi, ma być założony szpital dla suchotników. Szpital ten będzie położony na wzniesieniu i otoczony lasami, mieścić będzie do 200 chorych.

— Zakład dla epileptyków powstać ma wkrótce w Anglii. Będzie to, o ile wiemy, pierwszy tego rodzaju zakład w Europie.

— W Anglii ma powstać oddzielne ministerjum higieny publicznej

— Dzienniki angielskie donoszą, że Lawson-Tait nie przyjął ofiarowanego mu przez rząd tytułu baroneta.

— W roku 1891 było w Anglii 876 otruc. Z tej liczby 544 przypadkowych, 327 samobójstw i 15 zabójstw. Pomiedzy zatruciami przypadkowemi w 114 przypadkach użyto narkotyków (opium, morfina, i t. p.). Chloroform spowodował 67 przypad-

ków śmierci, fenol 31 przypadków; alkaloidy (akonityna, kokaina, strychnina) 19 przypadków; kwasy mineralne 17, arsenik 8 przypadków; chloral 7; kwas szczawiowy 2. W 128 przypadkach znaleziono rozmaite trucizny, w 24 zaś rodzaj trucizny nie został zeterminowany. Otrucia przypadkowe ołowiem wynosiły 132. Po między samobójstwami znajdowało się 17 proc. przypadków użycia narkotyków, 19 proc. fenolu; kwasów mineralnych, cyjanku potasu i różnych alkaloidów używano mniej.

— W Lille wybuchła epidemija tyfusu w więzieniu. Gmach ten przeznaczony co najwyżej na 300 więźniów, mieścił ich obecnie 500.

— Dr. Ziegler habilitował się jako prywat-docent chirurgii w uniwersytecie monachijskim.

— Dr. W. Obrzeczow mianowany został profesorem patologii i terapii szczegółowej w Kijowie.

— Prof. dr. Curschmann wystąpił z redakcyi czasopisma „Fortschritte der Medicin” — miejsce jego zajął prof. dr. Vierordt z Jena.

— Powszechnie znany atlas anatomiczny Heitzmanna wyszedł w nowem, poprawnem i uzupełnionem, siódmem wydaniu.

— Dr. Garnier zdawał sprawozdanie w towarzystwie medycyny sądowej w Paryżu o pewnym młodym człowieku, który zatrzymany został na ulicy, ponieważ chwycił palcami suknie przechodzących kobiet. Na razie wzięto go za złodzieja; po bliższem jednak zbadaniu okazało się że jest to degenerant, który na widok i pod wpływem dotyku jedwabiu doznawał całego szeregu przyjemnych pobudzeń płciowych. (Le Prog. Méd.)

— Dr. Landerer, prof. chirurgii w Lipsku, powołany został na dyrektora szpitala imienia Karola i Olgi do Stuttgartu.

— W Loriant, we Francyi, dr. Duliscorut, widząc, że dziecko, któremu zrobił tracheotomię z powodu dyfterytu krtani, przestaje oddychać, przyłożył usta do rurki i wysał zawartość, poczem wdmuchał powietrze do płuc małego chorego. Dziecię ocalało, dr. zaś D. zaraził się straszną chorobą, z której jednak udało się go wyratować. Przykłady takiego poświęcenia ze strony lekarzy zdarzają się dość często, nie bywają jednak odznaczane medalami zasługi.

— Uchwalone na konferencyi drezdeńskiej środki ochronne przeciw cholerze, akceptowane przez wszystkie państwa z wyjątkiem Anglii i Turcyi, ułatwiają znacznie międzynarodową komunikacyę i stosunki handlowe. Wszelkie kwarantanny zostały zniesione, a rewizyje lekarskie i dezynfekcyja znacznie ograniczone.

— Syndykat lekarski depart. Sekwany rozpatrywał następującą kwestyę: Czy lekarz, wezwany do chorego, kiedy kolega uprzednio leczący zaniechał swych wizyt, a pacjent upewnia, że nie żąda więcej jego rad, ma prawo zająć się leczeniem? Odpowiedź brzmiała potwierdzająco przy zachowaniu następujących warunków: 1) jeżeli drugi lekarz poznał chorego bez udziału pierwszego, 2) jeżeli pierwszy lekarz został zapłacony.

Na tem samem posiedzeniu syndykat orzekł, że lekarze

praktykujący w miejscach kąpielowych, wodach etc. powinni wyzrec się w zupełności praktyki po za temi miejscowościami

— Austryjackie ministerjum sprawiedliwości wydało rozporządzenie do prokuratury, aby zwracano uwagę na ogłoszenia o tajnych środkach i lekach i w razie potrzeby występowano w drodze prawa. Podobny sposób postępowania przyjęto i w Niemczech w myśl, że państwo powinno rozciągać opiekę nad ludźmi słabo rozwiniętymi i pozwalającymi się oszukiwać i wyzyskiwać.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Kwietniu 1893 r.

1) *Prof. A. Mars.* Przypadek endometritis tuberoso-polyposa. (Przeł. Lek. 13, 14).

2) *Prof. Pieniążek.* Badanie i leczenie zwiężeń tchawicy i oskrzeli głównych. (Przeł. Lek. 12, 13, 14, 17).—będzie w przyszłym n-rze.

3) *Dr med. Watraszewski.* Mydło kalomelowe w leczeniu przymiotu (wzmianka tymczasowa). (Przeł. Lek. 14).

4) *A. Szulistański.* Trzy przypadki jednostronnego porażenia zdziergacza żrenicy i mięśnia rzęskowego. (Prz. Lek. 15).

5) *J. Opieński.* Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych—moczem. (Przeł. Lek. 17) (niedok.).

6) *W. Biegański.* Niedomoga mięśni wskutek stwardnienia tętnic. (Med. 13).

7) *J. Szwajcer.* Przyczynek do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery. (Med. 14)—nieskończone.

8) *M. Sadowski.* O odporności. (Med. 14).

9) *S. Meyerson.* O pęcherzykach kostnych w nosie (Med. 15).

10) *Goldflam.* O nieuleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem rdzenia. (Med. 16).

11) *Uhma.* Doświadczenia nad szczepieniem ropy z wrzodów miękkich, zmieszanej z wodą utlenioną. (Med. 11).

12) *Świątkiewicz.* Doświadczenia nad zapobiegawczem działaniem wody utlenionej, przy szczepieniu wydzieliny wrzodów miękkich. (Med. 12).

13) *Dr. M. Borsuk.* Przyczynek do techniki operacyjnej zranień przepony. (Med. 17).

14) *T. Boryssowicz.* Stałe rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy, za pomocą przewiązania bocznych ścian dolnego odcinka części pochwowej. (Med. 9).

15) *Fr. Kijewski i Wł. Wróblewski.* W kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej. (Gaz. Lek. 13, 14 i 15).

15) *Dr. med. H. Higier.* Przyczynek do klinicznej oceny t. zw. nerwicy urazowej. (Gaz. Lek. 12, 13, 14).

17) *J. Winiarski.* Rozległe znamię rodzime i przerost ciała jamistego cewki moczowej. (Gaz. Lek. 12).

18) *K. Chetchowski*. Zwyródnienie torbielowe nerek. (Gaz. Lek. 13).

19) *Dr. T. Dunin*. O wynikach gastroenterostomii dokonywanej z powodu bliznowego zwięzienia odźwiernika. (Gaz. Lek. 15 i 16).

20) *A. Ciechomski*. Przypadek raka pierwotnego poprzeczniczy. (Gaz. Lek. 16).

21) *T. Drecki*. Rzadki przypadek zbyt niskiej ciepłoty ciała przy tyfusie brzuszny. (Gaz. Lek. 16).

22) *Dzierzgowski*. O nowych filtrach domowych Berkefelda. (Gaz. Lek. 17).

23) *Dr. med. Elsenberg*. W kwestyi współczesnego leczenia syfilisu wcieraniami szaruchy i kąpielami siarczanemi. (Gaz. Lek.). (niesk).

24) *F. Arnstein*. Otrucie śmiertelne wskutek małej dawki antipiryny u dziecka półtorarocznego. (Gaz. Lek. 17).

25) *M. Misiewicz*. Ukleje cewki. (Now. Lek. 4).

26) *P. Wicherkiewicz*. Przyczynę do przerzutów gonokoków. (Now. Lek. 4).

27) *Fr. Chłapowski*. O różnolitem znaczeniu znaku Romberga. (Now. Lek. 3, 4).

1) Prof. Dr. A. Mars. **Przypadek endometritis tuberoso-polyposa**. Opisuje tu M. przypadek endometritidis tuberoso-polyposae, rozpoznany podczas ciąży, na zasadzie badania mikroskopowego, wydzielonego zmartwiałego polipa. Pomimo ciągle powtarzających się krwotoków i rozpaczliwego ogólnego stanu chorej ciąża dobiegła 8-go miesiąca, w którym nastąpił poród. Płód urodził się żywy i dobrze nadal się rozwija, a połóg przebiegał względnie pomyślnie, co rzadko w takich przypadkach się zdarza. Profesor M. zaznacza, że rozpoznanie wzmiankowanego cierpienia nie jest absolutnie jeszcze podczas ciąży niemożliwem, należy tylko bacznie zwracać uwagę na wychodzące z wydzieliny strzępki i poddawać je badaniu mikroskopowemu. D.

3) *W. a. traszewski*. **Mydło kalomelowe w leczeniu przymiotu**. Mydło kalomelowe przyrządza się przez zmieszanie kalomelu (*Calomelanos vapore paratum*) z czystym mydłem potasowem, odpowiednio przygotowanem w stosunku 1:2 lub 1:3 (*Sapo calom. fort. et mitior.*) i przedstawia się w postaci miękiej masy, koloru białawego z szarem odcieniem. Do jednorazowego wcierania bierze się 2 gram. mydła. Po obmyciu ciepłą wodą z mydłem okolicy ciała, która ma być natartą, lub po wzięciu kąpeli, mydło nałożone na daną okolice, rozprowadza się dłonią zmaczaną w wodzie i rozmydlone do piany wciera się aż do chwili, gdy ta zniknie; wcieranie trwa 10 do 15 minut.

Korzyści z użycia mydła kalomelowego mają być następujące:

1) Mydło kalomelowe potrzebuje do wtrarcia bardzo mało czasu i trudu.

2) Mydło pozbawione jest zapachu i prawie bezbarwne, nie brudzi zatem skóry i bielizny.

3) Wcierania nie wywierają drażniącego działania na skórę.

Działanie mydła kalomelowego na przymiot, w okresie objawów świeżych i późnych, zdaje się być równoznacznem z działaniem szaruchy, a ma nad nią wyższość, że działaniem jego kierować możemy, zmieniając stosunek kalomelu do mydła. *J. W.*

4) D. A. Szulistański. **Trzy przypadki jednostronnego porażenia zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego** (paralysis m. sphincteris pupillae et m. ciliaris). W pierwszym przypadku autora porażenie zwieracza prawej źrenicy i akkomodacji prawego, wystąpiło nagle u 35-letniego zdrowego zegarmistrza, i z powodu jednoczesnego niedowładu dźwigacza górnej powieki, rozpoznane zostało jako obwodowe porażenie, które w ciągu 4-ch tygodni przy leczeniu natr. salicyl., wkraplaniu pilokarpiny i zastosowaniu strumienia faradycznego—ustąpiło.

W drugim przypadku, u 25-letniego mężczyzny nagle również wystąpiło porażenie zwieracza źrenicy lewej i akkomodacji. Autor skłaniał się do rozpoznania przyczyny ośrodkowej, lecz nie miał sposobności dłuższej obserwacji.

W trzecim od 3½ lat istniało porażenie źrenicy i akkomodacji lewego oka, z zezem rozbieżnym, język i języczek zbaczały w prawo, było wzmoczenie odruchów ściągiste; pilokarpina i jodek potasu—bez skutku. Przypuszczenie przyczyny ośrodkowej.

Autor wyraża życzenie zestawienia większej ilości podobnych przypadków z uwzględnieniem przebiegu i zejścia. *Rz.*

6) W. Biegański. **Niedomoga mięśni wskutek stwardnienia tętnic.**

Autor zajmuje się kwestyją niedomogi czynnościowej mięśni dowolnego ruchu, rozwijającej się na tle stwardnienia tętnic, wogóle mało znanej i po raz pierwszy opisaną przez Charcot pod nazwą Claudication intermittente — przestankowe chromanie. Objawy, spostrzegane przez autora różnią się jednak od opisywanych przez Ch. (jak się zdaje — wskutek wyższego nasilenia sprawy) swą stałością i szybszem występowaniem wyczerpania i znużenia mięśniowego. Objawy te, spostrzegane zwykle ze strony kończyn dolnych mogą występować i na innych mięśniach dowolnego ruchu, na co dotąd prawie nie zwracano uwagi. B. opisuje przypadek, gdzie i kończyny górne ulegały w mowie będącym zaburzeniom. Jako przyczynę sprawy uważa autor zwężenie zwyrodnionych tętniczek, które w czasie czynności mięśnia nie mogą dostarczać mu potrzebnej zwiększonej (nad normę zwykłego zapotrzebowania) ilości krwi. Niezgadza się też autor z Ch., aby sprawa ta miała być zwiastunem zgazeli starczej. *O. H.*

7) Szvajcer. **Przyczynek do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery.** Chory z wybitnymi objawami ciężkiego tyfusu wysypkowego zmarł po 6 dniach pobytu w szpitalu. Przy badaniu pośmiertnym, obok zmian tyfusowych, znaleziono wybitną lepkość błon surowicznych i suchość tkanek, co obok braku gnicia, wzbudziło podejrzenie cholery; badanie bakteriologiczne przecinkowców nie wykryło. Na tej podstawie S. uważa ten przypadek za tyfus wysypkowy, a lepkość błon surowicznych czyni zależną od zęszczenia krwi, wskutek nieprzyjmowania przez chorego płynów.

Racyjonalność takiego tłumaczenia potwierdzoną została doświadczeniem na dwóch królikach, które trzymano wyłącznie na suchej paszy i u których przy sekcji znaleziono lepkość błon surowicznych i zgęszczenie krwi.

Z powyższego autor wykazuje, że: 1-mo lepkość błon surowicznych nie jest specyficzną dla cholery, 2-to że może ona wystąpić zawsze tam, gdzie ma miejsce zgęszczenie krwi skutkiem utraty lub braku dowozu płynów. Współczynnikiem zgęszczenia krwi i jego następstw mogą być toksyny nie tylko lasecznika cholerycznego, lecz i innych mikroobów chorobotwórczych. *W. Sz.*

9) Meyerson. O pęcherzach kostnych w nosie.

Cierpienie powyższe należy do rzadkich — w literaturze opisanych jest zaledwie kilkanaście takich przypadków. Autor przestrzegają ich 5, z których jeden szczegółowo podaje. Zwykle punktem wyjścia powyższych pęcherzy resp. guzów kostnych, bywa muszla średnia — rzadziej górna. Wielkość od orzecha łaskowego, do jaja gołębiego. Zazwyczaj zawartości nie ma — czasami ropna lub surowicza. Powstają one w okresie rozwoju.

Objawy warunkowane są mechaniczną przeszkodą — bywają i nerwice zwrotne. Częściej się zdarzają u kobiet. *J. Sęd.*

11) Uhma. Doświadczenia nad szczepieniem ropy z wrzodów miękkich, zmieszanej z wodą utlenioną 3 lub 6^o/_o. Woda utleniona wyróżnia się tem, że rozpuszcza biało, gdy tymczasem inne przetwory ochronne ścinają je. Krokiewicz wykazał pod mikroskopem, że protoplazma komórek wysiękowych, po dodaniu wody utlenionej rozpyływa się, kontury komórek zacierają się zupełnie, widać tylko jądra, a i te są bardzo zmienione.

Autor w swych doświadczeniach z wodą utlenioną 6^o/_o, nie kłócił jej z ropą, jak to czynił Boeck w swych badaniach, ale przeczekawszy 1/2 minuty, gdy się mieszanina spieniła, nakładał ją na miejsca skaryfikowane i wcierał silnie precikiem szklanym.

Mieszanina była szczepiona na przedramieniu w jego części górnej, nieco niżej przegubu łokciowego; w dolnej zaś części przedramienia, powyżej napiętka, szczepił ropę szankrową czystą.

Z załączonego opisu szczepień, dokonanych powyższym sposobem na 15 chorych, przekonać się można, że gdy ropa spieniona z wodą utlenioną i zaszczipiona poniżej przegubu łokciowego, nie wywoływała najmniejszego podrażnienia, to taż sama ropa szczepiona dla kontroli nad napiętkiem w stanie czystym, wywoływała zawsze charakterystyczne owrzodzenia szankrowate. *J. W.*

12) Świątkiewicz. Doświadczenia nad zapobiegawczem działaniem wody utlenionej przy szczepieniu wydzieliny wrzodów miękkich. Zebrana ropa z szankrów była szczepioną za pomocą skaryfikacji na górnej części przedramienia lewego. Po 3-ch minutach puszczono kroplę wody utlenionej 5 do 8^o/_o na miejsce nacięcia. Pianę, która szybko powstawała w znacznej ilości, pozostawiano przez pół minuty, poczem usuwano ją i miejsce to silnie ścierano trzykrotnie namoczoną watą w wodzie utlenionej.

Na miejscu działania wody, skóra bieląta, a powierzchnia jej stawała się jakby napęczniałą, rozpulchnioną.

Poniżej zaś wspomnianej okolicy, autor szczepił ropę bez użycia wody utlenionej i miejsce to osłaniał szkiełkiem zegarkowem, a pokrywwszy wszystko suchą watą, na przedramię nakładał opatrunkę.

Opisanym sposobem autor wykonał szczepienia na 15 osobach, wyniki zaś ich były następujące:

W przypadku 2 i 4 pomimo zastosowania wody utlenionej, uformowały się owrzodzenia szankrowate, we wszystkich zaś innych obrażenia po skaryfikacjach wkrótce się pogoili. Na wszystkich zaś miejscach próbnych szczepień, bez następnego napuszczania i zmywania wodą utlenioną, potworzyły się typowe szankry.

Wynik ujemny wspomnianych dwóch doświadczeń autor objaśnia możliwym brakiem wprawy.

Woda utleniona 5^o/_o zdaje się być najodpowiedniejszą, gdyż 6^o/_o i 8^o/_o niekiedy wywołuje strupy. J. W.

13) Borsuk Maryjan. **Przyczynę do techniki operacyjnej zranień przepony.** Opisuje tu B. przypadek kłuto-ciętej rany przepony, powikłany raną żołądka i wypadnięciem na zewnątrz sieci—drogą przez ranę przepony, lewą jamę opłucny i ranę zewnętrzną. Opisując przebieg operacji, podnosi Borsuk wielkie zalety *sposobu Sawickiego* przy zaszyciu rany w przeponie, ze względu na wielką łatwość zbliżenia brzegów rany, po dokonaniu wycięcia odpowiednich kawałków odnośnych żeber. Przypadek Borsuka zakończył się niepomyślnie z powodu niedokrwiistości chorego, jako też wyżej wymienionych powikłań. B. D.

14) T. Boryssowicz. **Dilatatio ostii externi uteri operae ligaturae.** Autor przedstawia historję danej kwestyi, zaznacza, że nie zgadza się ze zdaniem Schroedera, zalecającem stomatoplastykę Simona jako jedyny odpowiedni sposób postępowania. B. uważa, iż stomatoplastyka wskazana jest wyłącznie przy zgrubiałej części pochwowej (hypertrophia colli), przy normalnej zaś, a tem bardziej przy cienkiej i krótkiej części pochwowej zdarzającej się często u kobiet nieplodnych operacji tej nie należy stosować, gdyż następuje niepożądane zmniejszenie części pochwowej w obu jej wymiarach. Dalej podaje B. swój sposób, polegający na przeprowadzeniu przez boczne ściany dolnego odcinka części pochwowej, w wymiarze jej podłużnym, grubych i mocnych nitek jedwabnych, które nawiązuje na węzeł chirurgiczny i zaciska tak silnie, żeby tkanki ujęte w węzeł, straciły możność odwiązania się. Po szczegółowym opisie techniki operacji, autor przychodzi do następujących wniosków: a) operacja potrzebuje tylko jednego asystenta; b) wymaga mało czasu; c) nie wymaga wielkiej wprawy; d) chora nie doznaje wielkiego bólu (przy wrażliwości psychicznej trzeba uciekać się do znieczulenia miejscowego 10^o/_o roztw. kokainy); e) nie ma utraty krwi; f) leczenie pooperacyjne polega na przepłukiwaniu pochwy; g) nie trzeba nigdy ponawiać operacji. Wskazaniem jedynem do wykonania tej operacji jest wąskie ujście zewnętrzne macicy, przy normalnej lub zmniejszonej części pochwowej. St. Kurtz.

15) Kijewski i Wróblewski. **Kilka uwag w kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej.** Obszerna praca, w któ-

rej autorzy, podając różnorodne metody operowania guzów nosogardzielowych, słusznie przychodzą do przekonania, że w większości przypadków wystarczają zabiegi „łagodniejsze, mniej chorego narażające i mniej go oszpecające”. Jako takie, uważają operacje bądź to przez jamy nosowe, bądź przez jamy ustną i gardzielową za pomocą kleszczy, pętli zimnej lub gorącej etc. W powyższy sposób, z mniejszym lub większym powodzeniem, operowali autorzy 13 przypadków, z tych 9 polipów nosogardzielowych, 3 mięsaki, wreszcie 1 adenoma destruens. Operacje cięższe, jako to rezekcja górnej szczęki etc. znacznie rzadziej są wskazane—w ostatecznych tylko razach—zwłaszcza przy guzach złośliwych. *J. S.*

16) *Higier*. Przyczynek do klinicznej oceny t. zw. nerwicy urazowej (*neuritis traumatica*) oraz jej symulacji. (*Gaz. lek.* Nr. 11—15). Autor przytacza 2 przypadki t. zw. nerwicy urazowej. W pierwszym po uderzeniu w krzyż wystąpił zbiór objawów przeważnie w dolnych kończynach, osłabienie siły mięśniowej, uczucia, popędu płciowego, skłonność do wstrzymania stolca, niekiedy i moczu, lecz jednocześnie koncentryczne zwięźnienie pola widzenia obustronne i objawy psychiczne i hallucynacje wzroku, pogńębienie z drażliwością, osłabienie pamięci. W drugim przypadku w tydzień po rzekomem zwichnieniu w stawie stopowym wystąpiło porażenie ruchów prawej stopy, w miesiąc zacisk mięśni lecz bez odczynu zwyrodnienia, tylko z odczynem traumatycznym Rumpfa, przytem znieczulenia w formie pończochy i koncentr. zwięźnienia pola widzenia w prawem oku.

Autor rozbiera następnie szereg objawów, wynajdywanych przeważnie przez Niemców w nerwicy urazowej w stosunku do symulacji. Zwraca uwagę, że nerwicę rozpoznawać można dopiero po wykluczeniu organicznych uszkodzeń ośrodków nerwowych i innych narządów, oraz, że szczególną uwagę zwracać należy na wywiady, które wykazują najczęściej grunt przygotowany, jakoteż na stan psychiczny. Co do symulacji, skłania się do zdania, że im dokładniejszą znajomość hysterii posiada badający, tem rzadziej spotyka on wątpliwości co do symulacji. Częściej, niż z symulacją, ma się do czynienia z przesadą, która stanem psychicznym tego rodzaju chorych, niepewnością ich losu, długimi badaniami, wpływem otoczenia lub podejrzeniami ze strony lekarza niejednokrotnie bywa wywołana i podtrzymywana. Ostateczne wnioski autora są następujące:

1) Że nerwica urazowa jest kombinacją objawów hysterii i neurastenii.

2) Że nie ma nerwicy miejscowej tylko ogólna.

3) Że do objawów, nie dających się symulować, należy zwięźnienie pola widzenia w stosunku do uczucia skórniego, odczyn Rumpfa, obniżenie gałw. pobudliwości, objaw Mannkopfa i inne.

4) Prawa ubezpieczeniowe i badania przez wielu lekarzy usposabiają do powstawania symulacji i przesady.

5) Tylko badanie dokonane przez specjalistę może mieć znaczenie decydujące.

Rz.

17) Winiarski. **Rozległe znamię rodzime i przerost ciała jamistego cewki moczowej.** Krzyż, moszna, prącie, wewnętrzna powierzchnia uda, stopa i pośwaga goleni, zajęte przez znamię rodzime sino czerwonawej barwy. Skóra na zmienionych miejscach zgrubiała, ostro odgranicza się od normalnej. Tenże chory (66 lat wieku) przedstawia zmiany w budowie prącia — mocno zgrubiałego na wolnym końcu (obwód korony żołądki 15 ctm., długość żołądki $5\frac{1}{2}$ — całego prącia 12 ctm.), zależne od przerostu ciała jamistego cewki mocz. Autor obydwie anomalije stawia w zależności wspólnej od nieprawidłowości w rozwoju układu naczyniowego. O. H.

18) H. Chełchowski. **Zwyródnienie torbielowe nerek.**

Przy sekcji 50-letniego chorego znaleziono nerki niezmiernie powiększone, składające się z pęcherzy, napełnionych przezroczystym płynem. Mięszu trudno się było dopatrzeć. Za życia rozpoznano przewlekłe zapalenie nerek i mocznicę (przybył na 2 tygodnie przed śmiercią, chorował od roku), puchliny nie było nigdy. O. H.

19) T. Dunin. **O wynikach gastroenterostomi etc.** Autor opisuje 4 przypadki gastroenterostomii, dokonanej na jego chorych, których przez czas dłuższy obserwował. Z tych 1 zakończył się śmiercią skutkiem enteritis purulenta, pozostałe zakończyły się pomyślnie: stan subiektywny i obiektywne badanie, wykazały po operacji prawidłowe stosunki. W konkluzji autor podaje dane z literatury danego przedmiotu. Jest wielkim zwolennikiem tego zabiegu, nietylko wobec bliźnowatego zwężenia oddźwiernika, ale nader gorąco przemawia za stosowaniem gastroenterostomii w uporczywych krwotokach ze wrzodzie żołądka. Szczegółowo zebrana statystyka, stanowi doskonałe uzupełnienie spostrzeżeń autora. J. Zaw.

20) Ciechomski Andrzej. **Przypadek raka pierwotnego poprzeczniczy.** Opisuje tu C. przypadek raka poprzeczniczy, u 29-let. kobiety, operowanego przezeń w r. 1888. Przed operacją guz rozpoznano jako nowotwór sieci, a to ze względu na położenie w okolicy pępka, kształt, przypominający sześciąt o powierzchni nierównej, dość znaczną ruchomość, jakoteż i brak objawów ze strony żołądka i kiszek. Podczas operacji okazało się, że guz zrosnięty był tylko z siecią, rozsiań w jamie brzusznej, jakoteż zajęcia gruczołów krezkowych nie było. Sieć razem z zajętą przez guz częścią poprzeczniczy i krezki wyrezekowano (18 ctm. кишки), odcinki кишки dały się połączyć nie bez pewnego napięcia, zaszyto je szwem 3 piętrowym. Chora bez powikłań żadnych wyzdrowiała, przez rok cała cieszyła się później najlepszym zdrowiem. Po roku m. w. wstąpiła znowu do szpitala z regenerowanym guzem; po otwarciu jamy brzusznej ponowna operacja okazała się niemożliwą ze względu na silne zrosty z częściami otaczającymi. Po kilku miesiącach chora zmarła wśród objawów postępującego charłactwa.

W literaturze znalazł Ciechomski trzy tylko przypadki operowanego raka poprzeczniczy. Przypadki te C. cytuje, jak również czwarty, zakomunikowany mu przez Bukowskiego, a nigdzie jeszcze nie ogłoszony. Operacja we wszystkich przypadkach skutek miała pomyślny. W zakończających artykuł uwagach ogólnych co do guzów poprzeczniczy, zwraca C. uwagę na trudności rozpoznawcze

względnie do raka odźwiernika, pęcherzyka żółciowego lub guzów śledziony, następnie rozważa szczegółowo wszystkie trudności operacyjne, jakie mogą się przy operowaniu guzów poprzeczniczy narzęczyć, podając sposoby, jakie przy różnych ewentualnościach zastosować się dają.

Dzierżawski.

21) Feliks Drecki. **Rzadki przypadek zbyt niskiej ciepłoty ciała (33,5° C.) przy tyfusie brzuszny, zakończony wyzdrowieniem.** Autor opisuje w krótkości przypadek tyfusu brzuszno u młodego 13-letniego chłopca, gdzie ciepłota 24 dnia choroby spada do 33,5° C. Chory podtrzymywany środkami podniecającymi, wyzdrowiał.

H. K.

22) Dr. Szymon Dzierżowski. **Kilka słów o nowych filtrach domowych Berkefelda.** W artykule swym wychwala autor nowe filtry inżyniera Berkefelda i stawia ich znacznie wyżej od powszechnie znanych Chamberland-Pasteur'owskich. Autor dokonał kilku prób, chcąc się przekonać o ile nowe filtry zatrzymują bakteryje. We wszystkich przypadkach otrzymał w przesączu wodę wyjałowioną. Filtry Berkefelda dostarczają przeszło trzy razy większą ilość wody, aniżeli filtry Chamberland'a przy tychże warunkach, i znacznie wolniej się zanieczyszczają, aniżeli te ostatnie.

Jednogodzinne gotowanie w 2% roztworze sody w największym stopniu przywraca filtrom Berkefelda ich właściwe działanie.

H. K.

24) Feliks Arnstein. **Otrucie śmiertelne wskutek małej dawki antipiryny u dziecka półtorarocznego.** Autor opisuje wypadek śmiertelnego otrucia dziecka chorego na grype 0,2 dawką antipiryny. Śmierć nastąpiła przy objawach zapadu. Autor nie zniechęca lekarzy do tego środka, radzi go jednak stosować ostrożnie i pod kontrolą. Trujące działanie antipiryny w umiarkowanych dawkach tłómaczy sobie autor idiosynkrazyją do tego preparatu.

H. K.

25) Dr. M. Misiewicz **Ukleje cewki.**

Przyczyną krwotoków z cewki moczowej bywają oprócz wielu innych stanów chorobowych cewki i aparatu moczopłciowego — polipy błony śluzowej cewki, które autor z galicyjska nazywa uklejami. Dwa przypadki krwawienia z cewki u mężczyzn, spostrzegane przez autora, były wywołane obecnością polipów, z których jeden usadowiony był głębiej (10 ctm.), drugi bliżej (6,5 ctm.) od orifici externi. Obecność ich stwierdzona została badaniem endoskopowem. Usunięcie owych polipów zostało uskutecznione na drodze operacyjnej. W pierwszym przypadku za pomocą pętli zimnej, w drugim — nożyczek odpowiednich. W pierwszym przypadku polip był 27 mm. długi a 16 mm. szeroki, w drugim znacznie mniejszy.

Następujące wnioski ze spostrzeżeń powyższych wyprowadza autor:

1) Obecność i wielkość wszelkich guzów cewki najlepiej stwierdza się za pomocą wziernika Nitze-Leiter'a.

2) Przy wysuwaniu wziernika przy obecności guza — guz zapada we wziernik.

3) Duży guz stawia się we wziernik przy wprowadzaniu.

4) Objawy, jak krwawienie, ropienie etc., są niedostateczne do rozpoznania.

5) Polipy bez nóżki oddzielić należy kleszczami, ze szyjką — nożycami, większych rozmiarów — pętlą galwanokaustyczną.

W. Step.

26) B. Wicherkiewicz. **Przyczynek do przerzutów gonokoków.** U dwutygodniowego dziecka, dotkniętego zapaleniem rzeżączkowym obu oczów rozwinęło się zapalenie stawu nadgarstkowego, które przy odpowiednim leczeniu w ciągu dwóch tygodni ustąpiło. W kilka tygodni później dziecko zmarło z niewiadomej przyczyny. Autor przytacza w krótkim, lecz wyczerpującym rysie literackim, wyniki badań całego szeregu autorów, na zasadzie których wypowiada zdanie, że nie jest jeszcze rzeczą zupełnie zdecydowaną, czy wtórne cierpienia stawów po rzeżączce, zależą od przerzutów samych tylko gonokoków. W niektórych razach jest to możliwe. Drogi ich szerzenia się nie zostały jeszcze dostatecznie zbadane.

W. J.

27) Dr. Fr. Chłapowski. **O różnolitem znaczeniu znaku Romberga.** Znak Romberga, używany zwykle z celu rozpoznania bezładu, nie jest bynajmniej właściwym tylko temu cierpieniu. Autor wskazuje pewne cierpienia, którym objaw ten stale towarzyszy. Mianowicie pewne cierpienia ucha, szczególnie labiryntu, dalej zaburzenia w trawieniu, choroby żołądka i kiszek; szczególne jednak znaczenie przypisuje autor objawowi Romberga w rozpoczynającej się arterio-sclerozie oraz w zależnej od tego cierpienia chorobie Brighta; znak Romberga bywa często jedynym objawem rozpoczynającego się cierpienia, umożliwia nam wczesne rozpoznanie choroby, a tem samem udzielenie skutecznej pomocy.

H. K.

NEKROLOGIJA.

Dr. Edmund Modrzejewski zmarł w Warszawie d. 14 Kwietnia. Urodził się w Kaliszu 29 Października 1849 r.; studya lekarskie ukończył w Warszawie w r. 1873. Po dwuletnim pobycie w celach naukowych zagranicą powrócił do kraju i od r. 1875 stale praktykował w Warszawie; początkowo zajął się specjalnie chirurgią i był asystentem oddziału chirurgicznego w szpitalu Dz. Jezus; brak zdrowia jednak zmusił wkrótce Modrzejewskiego do porzucenia specjalności, którą z całym zamiłowaniem uprawiał. Wówczas poświęcił się chorobom usznym i w niedługim czasie zyskał opinię wytrawnego i sumiennego specjalisty. Rozporządzając licznym materiałem klinicznym, zarówno z praktyki prywatnej jak i z ambulatoryjum, które przez 10 ostatnich lat życia prowadził w szpitalu Dz. Jezus, Modrzejewski potrafił z niego korzystać, a owocem umiejętnej obserwacji są Jego prace ogłaszane w „Gazecie Lekarskiej.“ Jako pracowity i biegły w swym zawodzie lekarz, zacny człowiek i dobry kolega potrafił zjednywać sobie sympatyję i szacunek tych,

którzy mieli sposobność bliżej Go poznać i którzy z serdecznym żalem przyjęli wiadomość o przedwczesnym Jego zgonie.

Oprócz kilkunastu prac z dziedziny chemii lekarskiej i chirurgii, Modrzejewski ogłosił od r. 1884 następujące artykuły otyatryczne: „O sztucznej błonie bębenkowej i jej zastosowaniu“, „Wyniki badań narządów słuchowych u 234 głuchoniemych“, „O zapaleniu ucha wewnętrznego“, „Sprawozdanie o chorych usznych, leczonych w ambulatoryjum szpitala Dz. Jezus w r. 1884“, „O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego“, „Zupełne zarośnięcie przewodów nosowych; utworzenie sztucznego przewodu na drodze operacyjnej“, „O ostrych ropnych zapaleniach ucha średniego, powikłanych ziarninowym rozrostem błony bębenkowej“. W ostatnim wreszcie zeszyście Pamiętnika Tow. Lekarskiego mieści się początek pracy p. t. „O głuchoniemocie“. Rys statystyczno-lekarski głuchoniemoty w Królestwie Polskiem, oraz wyniki badań narządów słuchowych u 400 głuchoniemych.

Czynny bardzo udział przyjmował Modrzejewski w zebraniach laryngologiczno-otyatrycznych Tow. Lek.; niejednokrotnie przedstawiał ciekawsze spostrzeżenia z praktyki, których drukiem nie ogłaszał, i głos zabierał w dyskusyi, a w przemówieniach Jego znać było zawsze gruntowną znajomość przedmiotu. *W. Sz.*

Dr. **Alfred Rosé**, wychowaniec tutejszego uniwersytetu, zmarł w Zamościu. Zmarły założył i prowadził zakład kumysowy początkowo w Krasnobrodzie, potem w Otwocku.

Dr. **F. A. Salzer**, profesor chirurgii z Utrechtu.

Dr. **E. H. Jones**, profesor na katedrze higieny w Woman's Medical College of the New-York Infirmary, zmarł w Nowym-Yorku.

SPROSTOWANIE.

W zeszyście III — na str. 154, wiersz 11 od góry, zamiast: Heiner, powinno być: Fleiner.

Nadesłano do Redakcyi.

A. Grünbaum. Zwei Fälle von Abscessus subphrenicus. Odb. z „Wien. Med. Woch.“

A. Grünbaum. Zwei Fälle von Wunden grosser Gefässe. Odb. z „Centr. f. Chirurg.“

A. Grünbaum. Drei chirurgische Fälle aus d. Alex. Hospital d. Warschauer Citadelle. Odb. „Centr. f. Chirurg.“

W. Świątecki. Praktische Färbungsmethode de mikroskopischen Präparate. Odb. z „Central. f. Bakterol.“

Dniwnik Pierwago Sjezda Kawkazskich Wraczej.

Badanie położnicze, przez prof. C. Credé i prof. S. Leopolda. Tłóm. H. Rundo. Warszawa, 1893.

Dr. med. H. Higier. Przegląd krytyczny kwestyi zaniku mięśni. Odb. z „Gaz. Lek.“

J. Sendziak. Croup oder Diphteritis der Nase. Odb. z „Monatsh. für. Ohrenhalk., 1893.

J. Sendziak. Quelques rémarques dur l'emploi de l'ance galvanocaustique dans l'hypertrophie des amygdales. Odb. z „Rev. de laryngologie etc.“

J. H. Kellogg. Methods of precision in the investigation of disorders of digestion. Battle Creek, 1893.

M. Wołkowicz. O wartości leczniczej salolu w bieguncie cholerycznej. Odb. z „Gaz. Lek.“

M. Zieleniewski. Skorowidz ważniejszych zakładów zdrojowo-kapielowych, wodoleczniczych, etc., etc. Kraków, 1893.

J. Goldschmidt. Behandlung und Heilung d. Lepra tuberosa mit Europen. Odb. z „Therap. Monatsh.“

M. Misiewicz. Ukleje cewki. Odb. z „Now. Lek.“

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/94 zawiąkuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojcecy, synowie po Adolfie Strojckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendyja, winni wnieść próby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7, najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr. Brodowski*.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/94 wakować będzie stypendyjum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego Gołębiowskiego, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyjum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendyjum winni wnieść próśby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr. Brodowski*.

❖ Ogłoszenia. ❖

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych.
Ulica Wspólna Nr. 42.

Dr. med. CZESŁAW STICHE ordynuje
W KARLSBADZIE
Kreuzgasse Insel Rügen.

3-1

WYDAWCA: Numer wyszedł d. 17 Maja. REDAKTOR:
Dr. K. Sierpiński. *Dr. med. O. Hewelke.*

D^r DYMNICKI,

Lekarz Zdrojowy, [stale w Busku zamieszkały, ordynuje w domu własnym.

5-1

PATENTOWANY INSTYTUT
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH
Aptekarzy Warszawskich
przy Ogrodzie Krasińskich.

*Pierwsza w kraju fabryka wszelkich
wyrobów na wodzie destylowanej.
W dniu 3 (15) Maja otwiera sezon
leczenia wodami mineralnymi, przygo-
towanymi w maszynach systemu D-ra Struve,
z zastosowaniem do nasycenia, gwarantowanej
przez powagi naukowe czystości, płynnego
kwasu węglanego.*

3-1

Instytut wód mineralnych

W OGRODZIE SASKIM
W WARSZAWIE.

(Graniczna 14. Telefon 422).

Otrzymał pierwsze wiosenne transporty **wód mineralnych naturalnych**. Poleca również **wyrabiane staie na wodzie dystalowanej, wody mineralne sztuczne.**

Powiększywszy znacznym nakładem urządzenia do dystylacji, Instytut sprzedaje po umiarkowanej cenie **wodę dystalowaną** dla szpitali, pracowni naukowych, zakładów technicznych i t. d.

Zamówienia na prowincyję skutecznie niezwłocznie, za zaliczeniem (Nachnahme).

2-1

Dr. STEFAN SKRZYŃSKI

lekarz praktykujący w klinice Prof. Korczyńskiego, ordynuje jak dawniej w bieżącym sezonie letnim w **Cieplicach Czeskich** (Schoenau-Teplitz), w domu **Villa Polonia.** 5—1

Apteka, Poczta,
Telegraf na miejscu,
Omnibusy i
Powozy na pociągi pocztowe.

ZAKŁAD LECZNICZY

„NAŁĘCZÓW”

5 godzin od Warszawy, 1 godzina od Lublina, 20 minut od stacji Nałęczów drogi Nadwiślańskiej.

W miejscowości malowniczej i zdrowej, w której zeszłego lata mimo epidemii cholery w gub. Lubelskiej ani jednego wypadku tej choroby nie było.

Zakład hydropatyczny cały rok otwarty. Kąpiele żelaziste, borowinowe, kumys, gimnastyka lecznicza od 1-go Czerwca do połowy Października.

W Nałęczowie leczą się skutecznie choroby nerwowe, katary żołądka i kiszek, choroby kobiece, osłabienia płciowe, otyłość, niedokrwistość, katary dróg oddechowych i t. p.

Stale cały rok ordynują: dyrektor zakładu **Dr. Cmielewski** i jego pomocnik **Dr. Rembieliński**. Od Czerwca do końca Września oprócz stałych lekarzy ordynować będą **DDr. Chęchowski, Doliński, Puławski i Sacewicz.**

Wszelkich objaśnień udziela administracja Zakładu.

2—1

ROK XXVIII.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzi w roku 1893, a 28-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie rocznie *rs. 7*, półrocznie *rs. 3 kop, 50*; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie *rs. 8*, półrocznie *rs. 4*.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. Wł. Gajkiewicz**
(Marszałkowska 115).

Wydawca: **Dr. St. Kondratowicz**
(Marszałkowska 119).

APTEKA
i Skład Wód Mineralnych
NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

Dr. T. Heinrich

W WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Okulary, Binokle najcelniejszych fabryk w najnowszym fasonach, Lornetki, Termometry wszelkiego rodzaju, Irygatory, Inhalatory, Suspensoryja, Bandaże rupturowe, Woreczki higieniczne, Gąbki ochronne oraz wszelkie narzędzia optyczno-hirurgiczne, poleca najtaniej optyk

Juljan Dreher

SZPITALNA Nr. 6.

Biednym według uznania WW. pp. doktorów po cenie kosztu. Przyjmuje wszelkie reperacje.

12-12

NOWO OTWORZONY
Skład Naczyń Aptecznych, Chemicznych i Doktorskich

Józefa Chwastkiewicza

Warszawa, Bielańska 3.

Poleca swój towar po cenach możliwie umiarkowanych.

12-8

APTEKA

i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

M. BARGZA

W WARSZAWIE

94. ul. Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Uznane przez Radę Lekarską w Warszawie i Departament Medyczny w Petersburgu, potwierdzone przez p. Ministra S. W.

Dla kaszlących i osłabionych

SŁODOWY EKSTRAKT I KARMELKI

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych.



Nagrodzone na wystawach higieniczno-lekarskich w Warszawie, Krakowie, Lwowie i Środkowo-Azyjatyckiej w Moskwie.

— **FABRYKI** —

„LELIWA“

w Warszawie, ulica Zgoda 6.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.



Strzedz się podrabianych i naśladowanych.



Zwracać uwagę na firmę na opakowaniach.



PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa

pod redakcją

Maryjana Jakowskiego,

wychodzi w końcu każdego kwartału w zeszytach zawierających 10—15 arkuszy druku z tablicami i zawiera:

1. Prace oryginalne doświadczalne i kliniczne.
2. Przegląd doroczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego.
3. Protokoły z posiedzeń Towarzystwa i sprawy urzędowe tegoż.

Cena prenumeracyjna dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów zarówno w Warszawie jak i na prowincyi i zagranicą wynosi rocznie *rs. 3*. Prenumerować można w *redakcyi (ulica Wspólna 42)*, oraz w redakcyjach wszystkich pism lekarskich warszawskich i w księgarniach.

Chloroformum purissimum

OCZYSZCZONY WEDŁUG SPOSOBU PROF. N. MENTHIANA

w laboratorjum apteki

H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Śto-Krzyskiej w Warszawie.

2 uncje (60,00)	55 kop.	Ceny niniejsze są dla aptek, szpitali i zakładów leczniczych.
3 uncje (90,00)	80 "	
6 uncyj (180,00)	1.50 "	
12 uncyj (360,00)	2.80 "	

Fenacetyna Beyer'a

Proszek krystaliczny, błyszczący, koloru białego bez smaku i zapachu, rozpuszczający się dość trudno w zimnej wodzie i ciepłej, a najłatwiej w alkoholu; **jest środkiem zupełnie nieszkodliwym** (Kast, Hinsberg, Kobler), niewywołującym ani potów, ani sinicy, ani sił upadku (Hoppe, Lepine, Dujardin-Beaumetz, Rumpf), silnie obniżającym ciepłotę ciała. Fenacetyna posiada **znakomite ból kojące własności** (*antineuralgicum*) i dla tego w tym ostatnim przypadku znalazła już, z powodu swej nieszkodliwości, olbrzymie zastosowanie **przy bólach tabetycznych i gośćcowych** (Guttman, Rumpf), **bólach głowy, bólach newralgicznych** i t. p. (Hoppe, Heusner, Dujardin-Beaumetz).

Jako środek przeciwgorączkowy używa się: dla dorosłych w dawce od 0,5—0,7; dla dzieci w dawce od 0,15—0,3. Jako środek ból kojący; dla dorosłych 1,0—1,5.

(2)—0 2



Fabryki „IMPERIAL“

W WARSZAWIE

Odnaczony medalami na Wystawie w Warszawie i Brukselli 1891 roku,
+☞ za czystość produktu. ☞+

Analiza prof. Milicera, Dr. Nenckiego i Dr. Zawadzkiego utwierdza, że Koniak „Imperial“ jest wyrobem z czystego wina i niczem się nie różni od dobrych francuzkich Koniaków, a zatem zalecany być może chorym, rekonwalescentom i konserwom, jako zdrowy i wyborny napój.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych handlach win i towarów kolonialnych w Warszawie i Królestwie.

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.

12—7

Apteka

E. Gessnera

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w Warszawie

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 k. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1.50.

„ „ na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny, butelka rs. 2

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino manganowo-żelazne z peptonem (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera 1% ferro-mangani peptonati rs. 2.

Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu rs. 2.

Wino piołunowe (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie rs. 1 kop. 50.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

WINA WYBOROWE,
DELIKATESY,
ŚNIADANIA, KOLACYE,
Gabinety familijne
róg Widok i Marszałkowsk.
Telefonn Nr. 100

Ermitage

w Warszawie.

Winiarnia

Ostrygi!

Ostrygi.



Ostrygi.

„POD BACHUSEM“

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

Wina Zagraniczne,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Towary Kolonialne i Delikatesy.



GLÓWNY SKŁAD

Win Gruzińskich

z winnic Księcia Z. A. DZORDZADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą profesora Struve.

Stacja kolei
Muszyńa-Krynica
z Krakowa 8 godzin
ze Lwowa 12 "
z Pesztu 12 "

C.-K.

Zakład

ZDROJOWY

W miejscu
Poczta 3 razy dziennie
Telegraf
Apteka

KRYNICA

(w Galicyi)

Najobfitsza szczawa żelazista.

W Karpatach 590 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej, znakomicie utrzymane.

Środki lecznicze: klimat podalpejski, kąpiele żelaziste, nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwartza (w r. 1892 wydano ich 32,000).

Kąpiele borowinowe: parą ogrzewane (w r. 1892 wydano ich 12,000).

Kąpiele gazowe: z czystego kwasu węglowego.

C.-k. zakład hydropatyczny: pod kierunkiem specjalisty D-ra H. Ebersa (w r. 1892 wydano procedur hydropatycznych 27,000).

Picie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych, Żentycya, Kefir, Gimnastyka lecznicza.

Lekarz zdrojowy Dr. L. Kopff cały sezon stale ordynujący. Nadto 12 lekarzy wolnopracujących.

Spacery: Bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki w uroczu Karpaty.

Mieszkania: przeszło 1,500 pokoi z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą, dzwonekami elektrycznymi, piecami i t. d.

Kościół katolicki i cerkiew. Wspaniały **Dom zdrojowy**, kilka restauracyj, kilka pensjonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie.

Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21-go maja. Stały **Teatr**, koncerty.

Frekwencyja w r. 1892 4,600 osób.

Sezon od 15-go Maja do 30-go Września.

W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny kąpielei, pomieszczeń i potraw w głównej restauracyi niższe.

Rozsetka wody mineralnej od Kwietnia do Listopada, składy we wszystkich większych miastach w kraju i za granicą.

W miesiącu Lipcu i Sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i t. p. udzielone nie zostaną.

Na żądanie udziela wyjaśnień



Zatwierdzony przez Ministra Spraw We-
wnętrznych i nagrodzony Najwyższą na-
grodą na wystawie higienicznej



w r. 1887

**PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY
INSTYTUT SZCZEPHENIA OSPY OCHRONNEJ**

D-rów W. Mączewskiego i K. Sierpińskiego

WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 99.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania.

Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 kop.
za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym
w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

UWAGA. Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspeduje się detryt we flakonach
pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

SKŁAD GŁÓWNY W APTECE MAGISTRA FARMACYI H. KUCHARZEWSKIEGO

MIODOWA Nr. 4.