

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

	Str.
1. Dr. Sławomir Rzyszczeński. O brometylowej narkozie . . .	575
2. Dr. Władysław Wroński. Epidemija cholery azyjatyckiej w Na- sielsku i okolicznych wioskach . . .	580
3. Fr. Gedroyé. Istota przymiotu (Kwestye sporne) (c. d.) . . .	601

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

265. J. Müller. O gamofagii, przyczynek do teoryi zapłodnienia i dziedziczenia . . .	608
266. A. Hermann. O nowym sposobie leczenia kamicy nerkowej gliceryną . . .	613
267. Beschorner. O przewlekłym, pierwotnym, włóknikowym nie- życie oskrzeli . . .	613
268. Dr. Volland. Droga, którą gruźlica dostaje się do wierzchoł- ków płucnych. Niezbędność zakładania szkół dla wychowawczyń dzieci w celu zapobiegania szerzeniu się zarazy . . .	616
269. Weintraub. Przypadek ropnego wysięku w opłucny pocho- dzenia durowego . . .	618
270. L. Gilliard. Sprawy ropne i zgorzelinowe w choleryze . . .	620

### II. Chirurgija.

271. Dr. Tietze. Osteoplastyczne zakrycie defektów czaszkowych . . .	621
272. Dr. Schmidt. Przewiercenie czaszki z następczem rozpoznaw- czem przekłóciem mózgowia . . .	622
273. Drobnik. Wycięcie trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego . . .	623
274. H. T. Pfersking. Epilepsyja Jacson'a, kurcze lewego or- bicularis palpebrarum, rozchodzące się na lewą dłoń i ramię. Tor- biel krwista. Wyzdrowienie . . .	624

### III. Wiadomości pomniejszych.

275. Acne rosacea . . . . .	625
276. Krzywica . . . . .	626
277. Działanie termogenne wyciągu mięsnego . . . . .	626
278. Ichtyol w przetokach odbytnicy . . . . .	626
279. Prąd przerywany w biegunce . . . . .	626
280. Waga nowonarodzonych . . . . .	626
281. Mocz po wstrzykiwaniu Brown Sequard'a . . . . .	626
282. Rozluźnienie więzów szerokich a rostrzeń żołądka . . . . .	626
283. Otyłość i kąpiele elektryczne . . . . .	627
284. Ciepło przewodzenia pokarmowego . . . . .	627
285. Łaknienie w raku żołądka i wątroby . . . . .	627
286. Sól kuchenna w raku żołądka . . . . .	627
287. Ptomaina gorączki połogowej . . . . .	627
288. Rozpoznanie złamań kości . . . . .	627
289. Antipiryna w zaniku nerwu wzrokowego . . . . .	627
Dr. Leon Kryński. Piąty zjazd chirurgów polskich w Krakowie 1893 r. (c. d.) . . . . .	628
List do redakcyi . . . . .	631
Kronika miesięczna . . . . .	632
Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach pol- skich w m. sierpniu . . . . .	634
Nekrologija . . . . .	641
Odpowiedzi redakcyi . . . . .	641
Sprostowanie . . . . .	641
Ogłoszenia . . . . .	642

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## O BROMETYLOWEJ NARKOZIE.

Podał

*Dr. Sławomir Rzyszczewski*

(z Wawrzyszewa).

---

W ciągu ubiegłych trzech lat daje się słyszeć o coraz szerszem stosowaniu brometylu w celach narkotyzacyjnych przy niedługotrwałych operacjach. Środek ten nie jest wcale nowym i datuje od 1849 r. Pewien czas miał on kredyt u akuszerów, następnie jednak, z powodu niepewności działania i nieprzyjemnych powikłań, został porzucony i zapomniany. Dziś znowu wyłonił się z pyłu zapomnienia, przeważnie dzięki dentystyce i dowiódł, iż zle jego przymioty zależały wyłącznie od niedostatecznej czystości preparatu. Czysty brometyl jest wyborynym środkiem znieczulającym, nie powodującym bynajmniej złych następstw. Dla tego też uwaga lekarza winna być przy użyciu danego środka zwróconą głównie na czystość preparatu.

Ażeby módz wnioskować o czystości brometylu należy mieć na uwadze następujące jego własności: brometyl jest płynem przezrystym, bezbarwnym, zapachem przypomina cokolwiek chloroform, zapach ten jednak jest ostry. Z tego powodu preparaty zabarwione, o zapachu zbyt ostrym, mamy uważać za nieprzydatne. Przetwór czysty winien mieć ciężar 1,39 gat. i punkt wrzenia przy  $t\ 39^{\circ}\text{C}$ . Wyższy ciężar i punkt wrzenia mogą być warunkowane przymieszką alkoholu (10/0), a to w celu nadania brometylowi większej trwałości. Jeśli kto jednak zechce w tym celu zastosować alkohol, lepiej gdy uprzednio wypróbuje sam brometyl. Brometyl w wodzie mało jest rozpuszczalny, ze spi-

rytusem zaś i chloroformem miesza się we wszelkich stosunkach. Dalej, czysty brometyl, zmieszany z równą ilością kwasu siarczanego stężonego przez ciąg 24 godzin, nie powinien dawać odczynu barwnego, nalany zaś na rękę, daje uczucie chłodu i w parę sekund ulatnia się. Należy również pamiętać i o tem, że czysty brometyl zapala się z łatwością i gore zielonym płomieniem, nie tak przecież łatwo jak eter, i z tego powodu można go używać przy operacjach, wymagających ognia.

Główną uwagę zwrócić należy na niełączenie brometylu ( $C_2 H_5 Br$ , *Aethylum bromatum*) z bromkiemetylenem ( $C_2 H_4 Br_2$ , *Aethylenum bromatum*), ten ostatni bowiem jest trującym. Trafiło się to nieraz, choć odróżnić oba te związki łatwo: c. g. brometyleny 2,163, a punkt wrzenia t 120° C, podczas gdy brometyl wre przy t 39° C, a wagę ma 1,39.

Pomimo prostoty prób nad brometylem dokonywanych, trudno przecież żądać od lekarza praktycznego, aby za każdym razem sprawdzał dobroć preparatu. Dla tego też najlepiej jest nabywać brometyl Merck'a (Darmstadt)—*Aether brom. puriss. Merck*. Firma ta wysyła brometyl w szklankach żółto-burych, zawartości 25,0 i szczelnie zakorkowanych zwykłym korkiem. Nadto do każdej szklanki przywiązany jest korek. Jeżeli bowiem nie zużyjemy całego słoiczka na raz, to można resztę zostawić do następnej narkotyzacji. Zresztą radziłbym zostawić resztki tylko na wypadek niedługo mającej nastąpić narkotyzacji, a to gwoili konserwacji preparatu, który pod działaniem światła i częstego odkorkowywania ulega rozkładowi.

Co do mnie, używam brometylu przy krótkotrwałych operacjach (resp. rwaniu zębów, przecięciach ropni i in.).

Narkotyzacji dokonywam przy pomocy zwykłej maski Essmarch'a, pilnie uważając, aby maska ściśle przylegała do twarzy i zakrywała nos i usta. Następnie polecam drugiej osobie oblać szybko całą powierzchnię maski brometylem z naczynia, używanego do chloroformu. Po upływie 10—15 sekund powtarzam oblanie, a niekiedy wypada znowu, po upływie takiegoż czasu, oblać po raz trzeci. Poczem przesuwam maskę w ten sposób, aby zakrywała tylko nos, i przystępuję do otwarcia ust. Gdy nastąpiło zwarcie szczęk, można sądzić, iż pacjent dostatecznie jest znarkotyzowany, a przeto po otwarciu takowych, możemy przystąpić do operacji. Zdarza się też, iż chory sam, bez

trudności, otwiera usta, wtedy znowu przesuujemy maskę napowrót na usta i oblewamy brometylem, aż do chwili zupełnego zwarcia szczęk. Rozumie się, że gdy operacja ma być dokonywaną na innem miejscu, wtedy ust otwierać nie ma potrzeby, czekać atoli należy chwili zwarcia. Niekiedy znowu zdarza się, iż skurcz mięśni następuje przy otwartych ustach. W tym razie moment rozpoczynania operacji poznajemy po chwili, w której pacjent usta ma otwarte, jak przy wywichnięciu szczęki dolnej; przy próbowaniu zaś zamknięcia ust, napotkalibyśmy opór.

Szczególną zwracam uwagę na pojawienie się zwarcia szczęk, jako na moment stosowny już do operacji, wielu bowiem zarzuca brometylowi, iż wobec niego trudnem jest rozpoznanie chwili znieczulenia. Posiłkować się zanikiem odczynu rogówki, jak przy chloroformie, niepodobna, nie doprowadzamy bowiem brometylowej narkotyzacji do chwili zaniku odruchów. W pracach, odnoszących się do brometylu nie znajdujemy żadnych pod tym względem wskazówek. Asch radzi postępować przy rwaniu zębów w następujący sposób: po oblaniu maski 2—3 razy brometylem, rozkazać choremu otworzyć usta, gdy zaś ten ostatni bez oporu rozkaz wypełnia, można przystąpić niezwłocznie do operacji. Fessler znowu radzi rozpoczynać operację po zniknięciu skurczu kończyn, który poczyna się ukazywać po pierwszych inhalacjach brometylu. Ja miałem sposobność niejednokrotnie przekonać się, iż rada Asch'a, chybia celu. Jakkolwiek w wielu przypadkach we wspomnianej chwili powstaje *analgesia*, t. j. chory, odczuwając dotknięcie szczypiec, wyjmowanie zęba, nie odczuwa przecież bólu, nie dzieje się to jednak zawsze, sami bowiem pacjenci twierdzą, iż w danej chwili czują szalony ból.

W każdym razie niewygodną jest rzeczą, iż chory zachowuje świadomość i czuje choćby mechaniczną stronę operacji. Są ludzie, którzy do tego stopnia obawiają się wyjęcia zęba, iż dokonanie operacji w chwili utraty świadomości, jest daleko ważniejszą sprawą, niż usunięcie bólu. Czekać znowu, zgodnie z Fessler'em, do chwili zaniku skurczów, szkoda czasu, tembardziej, iż w wielu razach skurcze zachowują się do chwili ustąpienia narkotyzacji. Na zasadzie wielokrotnych obserwacji doszedłem do przekonania, iż najstosowniej operację zaczynać w chwili zwarcia szczęk. W ten sposób zużytkowana chwila

narkotyzacji nietylko pozbawia chorego bólu, ale nawet i świadomości, iż u niego ząb lub zęby zostały usunięte.

Na wypadek, gdybyśmy nie posiadali pod ręką maski Essmarcha, można posiłkować się serwetką w rożek zwiniętą. W róg ten wlewamy od razu 14 grm. brometylu i szybko zakrywamy twarz ze szczególnem uwzględnieniem ust i nosa. Po upływie  $\frac{1}{2}$ —1 min. mamy już narkozę. Zjawiska, towarzyszące brometylowej narkozie są następujące: przy pierwszych wzięciach chorzy doznają nieprzyjemnych wrażeń: jedni mówią, że nieprzyjemnym jest dla nich zapach, inni, że doznają mocnego bicia serca, inni znów, iż duszą się. Częstokroć pomiędzy pierwszemi pociągnięciami a chwilą narkozy tak mało upływa czasu, iż chorzy następnie zdać sobie nie są w stanie sprawy z doznanych wrażeń. Pierwsze te wrażenia szybko ustępują uczuciu niemocy w kończynach, poczem zaraz chory traci świadomość otoczenia (w przeciągu  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ —1 min.). Zazwyczaj wtedy chory ma sen, którego jakość zależną jest od stanu narkozy. Jednocześnie z utratą świadomości konstatować możemy drgawki mięśni powiek, a przytem zwarcie szczęk i słaby skurcz w kończynach. Jeżeli w tej chwili przerwiemy dolewanie brometylu, to chory znajduje się w stanie nieświadomości 3—4—5 minut, następnie od razu otwiera oczy, nie zawsze zrazu przypomina sobie, gdzie się znajduje i nie od razu poznaje osoby. Stan taki przejściowy trwa kilka sekund, poczem świadomość straconą odzyskuje, jednak chwil kilka potrzeba, aby był w stanie podnieść się z krzesła. Tętno w początku narkozy w większości przypadków cokolwiek zwolnione, następnie wraca do normalnego stanu, a nawet przyspiesza się; oddech spokojny.

Nie zawsze atoli narkoza przechodzi tak pomyślnie. Niekiedy skurcze bywają bardzo silne i rozchodzą się na wszystkie mięśnie ciała, osobliwie u ludzi, nadużywających alkoholu, oraz u indywiduów obdarzonych nadczułością systemu nerwowego. U ludzi tej kategorii pod wpływem brometylu niekiedy pojawia się prawdziwy napad drgawkowy. Dobrze pamiętam przypadek, który mi się zdarzył z uczniem jednego ze średnich zakładów naukowych. Dano mu brometyl w celu wyjęcia zęba. Zaledwie skuteczniał on kilka wciągnięć, pojawił się *trismus*, a następnie skurcz mięśni szyi, skutkiem czego głowa odciągniętą została ku tyłowi, następnie drgawki objęły tułów i kończyny.

tulów podniósł się w formie pałkowatej z krzesła, słowem zobaczyłem typowy *opisthotonus*. Wtedy, po dość mozolnem poraniu się z otwarciem ust, zęb wyrwałem. Po upływie  $1\frac{1}{2}$  — 2 minut pacjent zupełnie spokojnie obudził się i przekonałem się, że nie miał najmniejszego wyobrażenia o stanach przez które przechodził, opowiedział mi tylko, że miał sen, jakoby uczestniczył w koleżeńskiej bibce. Nader silne drgawki mięśni całego ciała widziałem u pewnego alkoholisty; przypadki to jednak rzadkie, zwykle bowiem u pijaków napotykamy nieznaczne podniesienie skurczu, nieodłącznego od brometylowej narkozy. Względnie częściej zauważyć się daje, iż w chwili ustania narkozy, chory przechodzi w stan pobudzenia. Jeżeli w takiej chwili przeciągać operację, albo nawet tylko chorego przytrzymywać, to ten ostatni literalnie dostaje szałeństwa. W tych przypadkach radzę poczekać chwil kilka, a pacjent niezwłocznie uspokoi się i wtedy operację możemy dalej prowadzić.

Skutków nieprzyjemnych tego rodzaju narkoza prawie że nie sprowadza. Cztery razy jedynie w ciągu mojej praktyki, po użyciu brometylu zauważyłem skłonność do wymiotów, skończyło się przecież na mdłościach. Niektórzy komunikują, iż daje się odczuwać zapach czosnku z ust chorego, co zapewne zależy od nieczystości preparatu; co do mnie nigdy nic podobnego nie zauważył. Jeżeli może się trafić co nieprzyjemnego, to jedynie przed narkozą, niektórzy np. nie dla tego, iżby brometyl na nich nie działał, ale ponieważ nieznoszą wrażeń, nieodłącznych od pierwszych inspiracyj pod maską, zachowują się odpornie: wyrywają się z rąk asystentów i t. p. W każdym razie, przypadki podobne są bardzo rzadkie.

Brometyl w dawkach tych, których używamy przy krótkotrwałych operacjach, jest środkiem nieszkodliwym. Dla dopięcia celu potrzeba 10,0—15—25,0; dla dzieci 5,0. Przed kilku laty, w Berlinie (1889) zdarzyły się 2 przypadki śmierci po użyciu brometylowej narkotyzacji, ale w pierwszym przypadku chory był w takim stanie, który wyłączał wszelką narkotyzację, w drugim zaś, narkoza trwała  $1\frac{1}{2}$  godziny, do czego użyto najmniej 130 gram. brometylu, no, i preparat nie był zupełnie czystym. Inne przypadki z bromylem są wątpliwe, gdyż związek ich przyczynowy z wdechaniem brometylu nie jest dowiedziony.

Za przeciwwskazanie do stosowania brometylu, obecnie

można uważać: anemię w wysokim stopniu i objawy, dowodzące stłuszczenia serca.

Zaleca się zaś brometylowa narkoza przy wszelkich krótkotrwałych operacjach (5—6 min.), wyjąwszy atolite, przy których koniecznym jest rozluźnienie systemu mięśniowego.

---

## Epidemija cholery azyjatyckiej w Nasielsku i okolicznych wioskach.

Podał

**WŁADYSŁAW WROŃSKI**

lekarz praktykujący w Nasielsku.

---

Nasielsk, miasteczko gub. Łomżyńskiej, leży na rozległej równinie, opodal małej rzeczki, która płynąc przez niskie podmiejskie łąki, tworzy na terytorjum miasta dwa duże, łączące się ze sobą, stawy, otoczone trzęsawiskami, ciągnącemi się na przestrzeni blisko 20 morgów. Na gruntach miejskich na rzeczce tej stoją dwa młyny wodne, przez co woda w rzeczce w granicach miasta jest prawie stojąca. Nad stawami rozłożyła się najbiedniejsza i najbrudniejsza żydowska dzielnica: domki przeważnie drewniane, biedne, często na pół zapadłe w ziemię. W tej części miasteczka nad stawami ciągnęły się całe szeregi żydowskich wychodków, z których fekalja dostawały się wprost do wody. Nadto nad jednym ze stawów, wśród owych garniturów z wychodków, stała od lat wielu bydłobójnia miejska, z której wszelkie odpadki dostawały się bezpośrednio do wody, tworząc tam ciągle nowe nawarstwienia. To też nic dziwnego, że stale wydobywające się stąd smrodliwe wyziewy, dawały się mocno uczuwać każdemu, kto zbliżył się na kilkadziesiąt kroków do stawu. Pomimo to ludność żydowska i mieszczenie z przyległych uliczek nie tylko prali brudną swą bieliznę w wodzie owego stawu, ale nadto ztąd też czerpano wodę do wszelkiego użytku. W początkach epidemii wodę z 4-ch punktów tego stawu przesano do bakteriologicznego zbadania kol. Jakowskiemu, który znalazł w 1 cent. k. wody, wziętej w bliskości starej bydłobójni, 2 000 000 kolonij bakterij; w wodzie zaczerpniętej w miejscu względnie najczystszej 80 000 kolonij bak., a w dwóch pozostałych próbach w 1 cent. k. po 100 000 i 120 000 kolonij. Miasteczko posiada 32 studnie, w niewielu jednak z nich woda względnie niezła, większość studni, przeważnie w dzielnicy żydowskiej, po-

siada wodę zanieczyszczoną ściekami. Woda w rzece w granicach miasteczka brudna i zanieczyszczona. Półtora roku temu cały prawie środek miasteczka zgorzał: pożar dokonał znakomitej dezynfekcyi tej części miasteczka, zapełnionej przeważnie ścienionemi domkami i klitkami żydowskiemi; przyczynił się on jednak do wielkiego zubożenia mieszkańców, którzy dotychczas bardzo powoli odbudowują się, mieszcząc się tymczasowo w drewnianych budkach.

Mieszkania, w jakich się mieści większość tutejszej ludności żydowskiej, są poprostu rozpaczliwe: ciasnota, brudy, brak powietrza, wilgoć, często brak całego dachu nad głową—oto zwykłe warunki, w jakich się mieści  $\frac{4}{5}$  tutejszych żydów. Chrześcijańska ludność w ogóle trochę lepiej i czystiej żyje, ale i tu mieszkania wiele bardzo pozostawiają do życzenia. W przeważnej liczbie żydowskich posiadłości ustępów wcale nie ma; wszelkie nieczystości mieszczą się w podwórzu, dokoła domów, lub bywają wylewane na ulice; w innych są wprawdzie urządzone ustępy, ale bardzo pierwotne, z kądem nieczystości przedostają się do gruntu, zanieczyszczając wodę zaskórnią, która prawie wszędzie znajduje się na niewielkiej głębokości i zaopatruje większość studzien miejskich. Mieszkańców liczy nasielsk 6,500, w tej liczbie blisko 4,500 żydów i 2,000 chrześcian. Ludność chrześcijańska zajmuje się przeważnie szewctwem, mniejsza część rzemiosłami i gospodarstwem rolnem. Ludność żydowska trudni się drobnym handlem i rzemiosłami, nędzy tu bardzo wiele. W obec takich warunków sanitarnych Nasielsk przedstawia miejscowość bardzo podatną do szerzenia się różnych chorób zakaźnych. To też często (zwłaszcza na jesień i na wiosnę) zdarzają się tu liczne przypadki tyfusu brzuszego, z charakterem często bardzo złośliwym, cechującym się raptownym upadkiem działalności serca już w pierwszych dniach choroby i licznymi komplikacyjami. Ospa, szkarlatyna, dyfteryt, koklusz, krwawa dysenterya, biegunka letnia u dzieci często nawiedzają Nasielsk, a zawsze prawie występują postaci ciężkie. Influenza z ciężkimi powikłaniami nawiedzała w ostatnich kilku latach Nasielsk kilkakrotnie. Co się tyczy poprzednich epidemij cholery, to o ile mogłem się dowiedzieć, cholera zawsze tu silnie grasowała, zabierając liczne ofiary i rzucając popłoch na okolicę. W obec tego komitet sanitarny, zawiązany wkrótce po pojawieniu się cholery w Cesarstwie, miał trudne zadanie do spełnienia, tembardziej, że z powodu braku środków materyjalnych i ogólnego zubożenia mieszkańców, trudno było poprawić opłakane warunki sanitarne miasteczka. Pomimo to zdziałano wiele, przeniesiono starą bydłobójnię miejską w odpowiednie miejsce, dół z pod niej zasypano ziemią, zniesiono wszelkie wychodki z nad stawów, zniesiono studnie ze złą wodą, ocembrowano małe źródółko, leżące tuż za miastem, z któ-



rego wielu mieszkańców korzysta, peryjodycznie ogłaszano mieszkańcom, aby wodę używali tylko przegotowaną etc. etc.

Kiedy cholera pojawiła się już w Warszawie (odległej o 2 $\frac{1}{2}$  godzin drogi od Nasielska), Mławie, a w końcu i w Nowym Dworze, zawleczenie epidemii do Nowosielska przy ciągłej komunikacji mieszkańców z wyż wymienionego punktu było kwestyją czasu. Jakoż 3 listopada r. z. wieczorem byłem wezwany do S. F. żony melameda, 42 lat liczącej, zamieszkującej wraz z rodziną w jednym z najędźniejszych domków Nasielska przy tak zwanej Żabiej ulicy. Jestto właściwie zaułek nie brukowany, leżący w bliskości wyżej opisanego stawu, w niskiem położeniu, przedstawiający przez większą część roku szereg błotnistych kałuż. Stoi tu 6 nędżnych domków drewnianych, zamieszkałych przez liczne rodziny proletaryatu żydowskiego.

Zdarzenie mieć chciało, że właśnie parę dni temu odwiedzałem córkę F. chorą na zapalenie płuc, wtedy widywałem F., kobietę dobrze zbudowaną, mocno otyłą, pełną sił i zdrowia. Tegoż dnia jeszcze (3 listopada) rano F. chodziła do miasta po sprawunki i czuła się zupełnie zdrową. Około 3-jej godziny po południu—jak opowiada otoczenie—zaczęła niedomagać, poczuła szum w głowie i dziwne osłabienie, poczem wystąpiły z niej obfite wypróżnienia kałowe, wkrótce potem dwukrotnie wymiotowała resztkami pokarmu (kawa mleczna z bułką), poczuła się bardzo osłabioną, tak, że musiała położyć się zaraz do łóżka; po chwili wystąpiły znów dwókratne wypróżnienia nie obfite, tym razem już ryżowate, chora poczuła lekkie kureze w łydkach i rękach, nie mogła się już sama przewrócić na łóżku. Tylko dzięki namowom felczera rodzina zwróciła się do mnie. Przybywszy natychmiast do chorej, w 3 godziny nie więcej od początku choroby, zastałem stan następujący: chora leży na łóżku z nawpół przymkniętymi powiekami, oczy cokolwiek zapadłe, okrażone lekko siną obwódka, twarz mocno blada, koniec nosa i usta sine, palce rąk i stopy przedstawiają także sinawy odcień. Całe ciało—zwłaszcza zaś twarz i kończyny—zupełnie zimne, pokryte zimnym potem; język lekko obłożony, wilgotny, zimny; puls nie wyczuwa się wcale nie tylko w art. radial., ale i w większych tętnicach; tony serca bardzo słabe, chwilami słyhać tylko pierwszy ton serca. Oddech ciężki, nierówny, przerywany. Brzuch duży, miękki ciastowaty, bezbolesny, w kiszkiach przelewanie. Chora apatyczna, chwilami stęka słabym głosem; chwilami przechodzą chorą kureze, wtedy głośniej stęka i staje się niespokojną; na pytania nie odpowiada. Wypróżnień i wymiotów więcej już nie było wcale; mocz zatrzymany; chora od 3 dni ma regularność, nie zbyt obfita. Zastrzyknałem chorą natychmiast dwie szprycy ki kamfory z eterem 1:8), co nawet chwilowego wpływu na działalność serca nie wywołało; poczem zastosowano chorą enteroklizmę Cantani'ego z gorącego roztworu taniny, dano  $\frac{1}{2}$  szklanki ciepłego wina czerwonego, zagrzanego z korzeniami, rozcierano kawałkami lo-

du. Po pół godzinie odeszła enteroklizma z niewielką ilością ryżowatych wypróżnień. Stosowałem dalej iniekcje z Coffein. netro-benz (po 0,3 pro dosi) naprzemian z zastrzykiwaniami kamfory z eterem; zastosowano jeszcze raz enteroklizmę, która tym razem natychmiast odeszła. Na zastosowanie hypodermoklizy chora zgodzić się nie chciała, twierdząc, że to „przyrząd do zatruwania cholerycznych“. Chora popadała w coraz większą apatyję, oddech stawał się coraz powierzchowniejszym i słabszym i około godziny II w nocy, w 8 godzin od początku choroby, chora zmarła.

Nie wątpiłem ani na chwilę, że miałem tu do czynienia z cholera azyjatycką i natychmiast zawiadomiłem o tem władzę. Wprawdzie nie można się było dowiedzieć z kąd i przez kogo cholera mogła być zawleczoną, ale w obec ówczesnego nastroju ludności żydowskiej, nie dziwiłem się bynajmniej, żydzi bowiem z zasady na wszystkie pytania odpowiadali przecząco. Trupa kazałem natychmiast zawinąć w prześcieradło, zmoczone w rozczynnie sublimatu; współmieszkańców wysiedliłem, a dom cały oraz sprzęty poddałem gruntownej dezynfekcyi.

Nazajutrz, po przybyciu do Nasielska lekarza pow. Pultuskiego kol. Słomińskiego, przeciąwszy na niewielkiej przestrzeni ściankę brzuszną trupa, dobyliśmy z kiszki cienkiej pewną ilość zawartości, którą przesłaliśmy niezwłocznie dla analizy do pracowni kol. Jakowskiego. Rezultat badania, udzielony łaskawie przez niego, za co mu niniejszem składam podziękowanie, wykazał bakteryje, odpowiadające w preparatach mikroskopowych i hodowlach na żelatynie bact. coli communi, oraz lasecznikowi cholery. Tymczasem nowych przypadków nie było, a raczej były ukrywane przez ludność. Lecz już 5 listopada wieczorem o godzinie 9-iej zostałem zawiadomiony przez policyje, że w domu znajdującym się wprost domku, w którym miał miejsce pierwszy przypadek cholery, na tej samej Żabiej ulicy, zaszedł podejrzanym zachorowania. Jakoż udawszy się natychmiast na wskazane miejsce, musiałem się przedostawać przez tłumy żydów, którzy wzburzeni fałszywemi pogłoskami, byli gotowi stać w obronie chorego. Z trudem przedostawszy się wreszcie na strych nędznego domku, znalazłem się w długiej, a tak wąskiej izdebce, że trudno było precisnąć się obok stojącego przy ścianie łóżka. Cała ta izdebka przepelniona była żydami, którzy stali jeden obok drugiego, gdzie tylko była możliwość wciśnięcia się i głośnym gwarem przepelniali izbę. Dopiero skłoniwszy większą ich część, aby opuścili zajmowane pozycyje, ujrzałem wyciągniętego na łóżku chorego. Ch. Z. lat 52, w okresie zamartwiczym. Otoczenie chorego objaśniło mnie jak następuje:

Z. był wyrobnikiem i żył w nędzy. Rano, 5 listopada, czując się zdrowym zupełnie, kopał grób dla pierwszej ofiary cholery i nosił

wapno do zasypania grobu. Wróciwszy do domu, zmęczony zjadł chciwie miseczkę kartofli, które poprzednio ugotowane stały dość długo w izbie, a następnie *pił wodę ze stawu nieprzegotowaną*. Zachorował około 5 godziny po południu; wypróżnienia i wymioty—jak twierdzi rodzina—miał nie obfite i nie częste, ryżowate. Chorego znalazłem bez pulsu, ciało zimne, sinica daleko wylotniej wyrażona niż u poprzedniej chorej; na wąsach i brodzie ślady ryżowatych wymiocin; brzuch nie wzdęty, nie bolesny, w kiszkiach przelewanie; chory bardzo niespokojny, rzuca się i jęczy przyciszonym, ochryplym głosem; na pytania nie odpowiada, zdaje się być nieprzytomnym. Rodzina i otoczenie oświadczyli, że nie życzą sobie żadnej pomocy lekarskiej, pomimo to zastrzyknąłem mu parę szprycek kamfory z eterem, nie otrzymałem jednak najmniejszego skutku. Ponieważ rodzina nie pozwalała choremu nie przyjąć, dostał on tylko enteroklizmę kilka razy powtórzoną, za jedną z nich wyszedł kawałek niestrawionego kartofla, i kilkakrotne iniekcje kamfory z eterem. Więcej już na nie zgodzić się nie chciano. Chory zmarł w nocy w 8 godzin od początku choroby.

Nazajutrz przybył Inspektor Lekarski J. N. Jurkow, z kol. Chylińskim z Łomży i kol. Słomińskim z Pułtusa—postanowiono dokonać sekcji nad zwłokami.

Sekcja dokonana została przez kol. Słomińskiego w obecności p. Inspektora Lek. i mojej. Rezultat sekcji następujący: \*)

Trup mężczyzny średniego wzrostu, dobrze zbudowany, miernie odżywiany. Steżenie pośmiertne dość silne. Palce rąk i nóg zlekka pozginane w stawach szarawo-sinawej barwy, paznokcie sine; skóra na rękach i stopach sinawej barwy. Oczy zapadłe, napół otwarte, otoczone szeroką siną obwódka. Nos i wargi sinawe. Tkanki tłuszczowej mało; mięśnie dobrze rozwinięte, ciemno-czerwone, cokolwiek suche. Otrzewna ościenna i trzewowa gładka, pokryta lepka wydzielina, która jednak między palcami nie wyciąga się w nici. Błona surowicza żołądka i kiszki silnie przekrwiona. Żołądek znacznie rozszerzony, zawiera z  $\frac{1}{4}$  kwarty gotowanych kartofli, nie dobrze przetrzuty i niestrawionych, pływających w nieprzezroczystej gęstawej cieczy brudno-białawej barwy. Błona śluzowa żołądka, a zwłaszcza kiszki cienkich, na całej przestrzeni silnie przekrwiona, naczynia silnie nastrożone, miejscami niewielkie wybroczyny. Gruczoły odosobnione i kępi Peyera cokolwiek nabrzmiąle. W kiszki cienkich: gazy, duża ilość płynnej zawartości szarawej barwy, nieprzezroczystej, z różowym odcieniem, z pływającymi gdzieniegdzie białymi strzępkami w niewielkiej ilości; w głównej części jelita czczego 4 nieżywe oskarydy. Błona śluzowa kiszki grubej słabiej przekrwiona, niż błona śluzowa kiszki cienkiej. Zawartość: płyn szaro-biały, nieprzezroczysty

\*) Według notatki zrobionej przezemnie natychmiast i sprawdzonej przez kol. Słomińskiego.

z większą ilością strzępków, oraz kilka kawałków niestrawionych kar-  
tofli, tak samo wyglądających jak znalezione w żołądku.

Opłucna pokryta małą ilością lepkiego płynu, nie wyciągającego  
się w nici. Płuca zwykłej wielkości, trzeszczą, tkanka płucna blada;  
części przednie płuc suche na przekroju; w oskrzelach trochę śluzowo-  
ropnej wydzieliny.

Mięsień serca zwykłej grubości, blady, zmętniały. Ostium venos  
sinistr. i dextr. przepuszcza dwa palce. W prawej komórce ciemna  
krew.

Śledziona mniejsza, niż normalnie, powierzchnia przekroju ciemna.

Wątroba cokolwiek mniejsza, niż normalna; miąższ jej zanikły;  
w pęcherzyku żółciowym ciemno-zielonawa żółć.

Nerki normalnej wielkości, cyanotyczne; powłoka schodzi dość  
łatwo, powierzchnia gładka; powierzchnia przekroju zmętniała; część  
korowa ciemno-czerwona; piramidy cokolwiek jaśniejszej barwy. Pę-  
cherz ściśnięty, pusty.

Zatoki żyłne odurae matris zawierają ciemną krew. Substancja  
mózgu blada, sucha.

Pewna ilość zawartości kiszek cienkich i grubych była przesta-  
na dla bakteriologicznego zbadania kol. Jakowskiemu, który otrzy-  
mał rezultat identyczny z pierwszym przypadkiem.

Od tego czasu epidemia zaczęła się szerzyć: w pierwszym  
tygodniu jej trwania zapadali wyłącznie żydzi, mieszkający w 5  
domkach przy ulicy Żabiej; w następnym tygodniu stopniowo  
zaczęli zapadać na cholere żydzi w domkach, stojących nad brze-  
gami stawu; następnie zaś w dalszym rozwoju epidemii najwięk-  
sza ilość zachorowań przypadła na ulicę Kościelną, położoną naj-  
bliższej stawów i rzeczki, która opuściwszy stawy, płynie prawie  
równolegle do ulicy Kościelnej. Poczynając od 2-go tygodnia  
trwania epidemii—zdarzały się pojedyncze przypadki cholery i w in-  
nych częściach miasteczka, zawsze jednak w tych razach można  
było stwierdzić, że zapadający na cholere miał jakieś stosunki  
z pierwotnym ogniskiem zarazy.

Godnym zaznaczenia jest fakt, że w ciągu całej epidemii  
nie zaszedł ani jeden przypadek zapadnięcia na cholere przy ul.  
Browarnej. Jestto bowiem ulica nietylko nie brukowana, ale na-  
wet nie splantowana, przedstawiająca szereg jam i dołów, w któ-  
rych przez większą część roku stoi woda i błoto. Przy ulicy tej  
stoją nędzne domki drewniane, zajmowane w części przez żydów,  
mniej przez chrześcian, żyjących w ogóle w złych warunkach  
sanitarnych. Tyfus brzuszny, ospa i dysenterija często nawie-  
dzają tę ulicę. W wielu z domków tej ulicy (prawie co drugi  
dom) mieszczą się małe żydowskie garbarnie, tak, że w całej tej  
ulicy silnie czuć się daje specyficzny zapach z garbarni. W obec  
takich warunków od samego początku epidemii zwróciłem baczną  
uwagę na tę ulicę i kilkakrotnie odwiedzałem wszystkie mieszka-

nia tej dzielnicy; raz również odbył podobną rewizyję kol. Słomiński i parę razy felczerzy. Ani razu jednak nie znaleźliśmy tu ani jednego chorego na cholere. Trzeba jednak nadmienić, że ulica ta oddalona jest względnie dość znacznie od rzeczki i od stawów, tak, że przypisywać tu działanie zabezpieczające od cholery wyłącznie garbarniom nie zupełnie można.

9-go listopada został otworzony w Nasielsku czasowy szpital dla cholerycznych na 16 łózek, w domku znajdującym się we względnie niezłych warunkach higienicznych, prawie za miastem na t. zw. folwarku. W szpitalu były 4 pokoje dla chorych, każdy na 4 łózka, i pokoik dla lekarza, w którym też mieścił się szpitalny aparat dezynfekcyjny. W sąsiednim zaraz domku mieściła się kuchnia szpitalna i łazienka, gdzie wypisani ze szpitala przed wyjściem się obmywali. Szpital pozostawał pod zarządem i opieką kol. Słomińskiego.

Od tego też czasu prawie wszystkich chorych na cholere przenoszono na stosownych noszach do szpitala. W domu pozostawiano chorych na specjalne życzenie rodziny—tylko wtedy, jeżeli chory mógł zajmować zupełnie oddzielny pokój; w takim razie stawiano przy drzwiach stróża sanitarnego, który pilnował, aby nikt nie odwiedzał chorego. Chory, pozostawiony w domu, był stale pod moim nadzorem lekarskim, z rodziny pozostawiano przy nim tylko jedną osobę, a po przebyciu choroby, bezzwłocznie odbywała się gruntowna dezynfekcja całego mieszkania.

Wszystkich tych, którzy mieszkali razem z zapadłym na cholere, bezzwłocznie przeprowadzano do domu izolacyjnego na 8-dniową kwarantannę. Najbardziej zajęte przez cholere domy przy ul. Żabiej były wyludnione z mieszkańców na dni 10 i poddane dezynfekcyi.

Jednocześnie z otwarciem szpitala dla cholerycznych na rogatce Pułtuskiej był zajęty mały domek, gdzie w ciągu trwania epidemii odbywała się rewizyjia sanitarna wyjeżdżających z Nasielska, oraz dezynfekcyja za pomocą aparatu parowego brudnej bielizny, odzieży etc. Na stacyi dr. żel. Nadwiślańskiej był również aparat, w którym odbywała się dezynfekcyja brudnych przedmiotów, wyjmowanych z pakunków pasażerów, wyjeżdżających z Nasielska.

Co się tyczy rezultatów, otrzymanych z tych środków, to przedewszystkiem mogliśmy się dostatecznie przekonać jak wielkie ma znaczenie w walce z cholere izolacyja chorego, izolacyja pozostałej rodziny, a także wysiedlanie domów, które się stały rozsadanikami cholery. W początkach epidemii, gdy szpital jeszcze nie był otworzony, gdy niepodobna było izolować chorych, na cholere zapadali w tych samych domach całemi rodzinami; tak np. w domu K. zachorowało 8 ludzi, w domu G. 6-u i t. d. Od czasu zaś kiedy mogliśmy prawdziwie izolować chorego i po-

mieszczą rodzinę w domu obserwacyjnym, środki te powstrzymały natychmiast dalsze szerzenie się cholery w danym domu, lub w danej okolicy miasteczka. Jeszcze wybitniej wpływ tych środków można było ocenić przy pojawieniu się epidemii po wsiach, o czem poniżej.

Co się tyczy dezynfekcyj mieszkań, to jakkolwiek zdezynfekowanie brudnych i nędznych mieszkań żydowskich jest trudne, jednakże nie mieliśmy ani jednego wypadku, aby po wprowadzeniu się do zdezynfekowanych i przewietrzonych mieszkań poprzednich ich mieszkańców, zaszedł między nimi choć jeden przypadek cholery. Kiedy trzeba było wprowadzać ponownie mieszkańców do domków przy ul. Żabiej, znajdujących się w fatalnych warunkach sanitarnych, obawialiśmy się, że prawdopodobnie znów tam pojawią się nowe przypadki zachorowania, a jednak ani jeden przypadek cholery nie zaszedł już tam więcej, chociaż epidemia trwała jeszcze około 6-u tygodni.

Wreszcie ogólne wysiedlenie 5-u domów na ul. Żabiej od razu przerwało w tej części miasta cholere.

Rewizya sanitarna osób wyjeżdżających z miejscowości zajętych epidemią ma to znaczenie, że w danym razie można pozostawić w mieście osoby, które lekarz uzna za niezupełnie zdrowe i że w każdym razie—brudne i zanieczyszczone przedmioty (bieliznę, pościel, szmaty) można zdezynfekować w aparacie parowym. Po niedługim przeciągu czasu ludność tak przywyka do tego, że zabiera z sobą w drogę tylko czyste rzeczy.

Ogółem podczas trwania epidemii od 3 listopada 1892 do 4 stycznia r. b. w samym miasteczku (na 6,500 mieszk.) zachorowało 78 osób, zmarło 33. Śmiertelność 42<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

W tej liczbie mężczyzn zachorowało 42	umarło 21.
kobiet	36 " 12.

Pod względem wyznań w miasteczku: żydów zachorowało 60 umarło 31, chrześcian zachor. 9 zmarło 2. Śmiertelność żydów 43<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, chrześcian 22<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Z okolicznych wiosek cholera nawiedziła tylko 3: Nową-wieś, Pięcirogi i Gnaty. Nowa-wieś, oddalona zaledwie o pół wiorsty od Nasielska, leży nad tą samą rzeczką, która opuściwszy Nasielsk przepływa przez Nową-wieś, a mieszkańcy jej przeważnie używają wody z rzeczki do wszelkich użytków.

27 listopada zostałem zawezwany do włościanina tej wioski K. lat 39, którego zastałem w okresie zamartwiczym.

Z wywiadów okazało się, że w ostatnich dniach nikt z rodziny nie był w Nasielsku i w ogóle, że z częścią miasteczka zajętą podówczas przez cholere, żadnych stosunków nie mieli. Poprzednio podobno nieraz chorował na cierpienia żołądkowe; wieczorem 26 listopada zjadł obfitą wieszczę, złożoną z klusek i kartofli i pił wodę nieprzegotowaną z rzeczki; zachorował na biegunkę i wymioty o 3-ej rano.

Więcej chorych w wiosce nie znalazłem. Tegoż dnia po południu przybył do Nowej-wsi kol. Słomiński, zarządził przewiezienie chorego, który już zaczął przechodzić w okres odczynu, do szpitala w Nasielsku, i ustanowił stację sanitarną ze stałym felczerem na miejscu.

We dwa dni potem zachorowała na cholere w Nowej-wsi córka 4-letnia tegoż K. i była również przewieziona do szpitala. Więcej przypadków w tej wiosce już nie było.

W wiosce Gnaty, gm. Winnica, zachorowała tylko jedna żydówka, lat 24, którą konającą już przywiozła rodzina do Nasielska na kurację; okazało się, że na dzień przed zachorowaniem swoim bawiła ona 3 dni u swoich krewnych w Nasielsku, którzy pod ten czas ukrywali u siebie chorego na cholere 9-letniego chłopca. Po zarządzeniu dezynfekcyi i pomieszczeniu w oddzielnym domu rodziny chorej, nikt więcej w tej wiosce nie chorował już na cholere.

Najwięcej stosunkowo przypadków zaśląbnienia na cholere zaszło w 3-iej wiosce—Pieściorogach, odległej o  $2\frac{1}{2}$  wiorsty od Nasielska i leżącej nad tąż samą rzeczką, która z Nasielska dąży około Nowej-wsi i dalej przepływa przez Pieściorogi. Przejeżdżając 29 grudnia r. z. przez tę ostatnią wioskę, byłem zatrzymany przez włościanina tejże, który prosił, aby odwiedzić jego żonę, którą, jak mówił: „macica zaciska“. Wszedłszy, zastałem chorą lat 36 liczącą, bez pulsu, w okresie zmartwiczym. Była ona w 6-m miesiącu ciąży; podczas napadu cholery zaczęły się słabe bóle porodowe, krwotoku jednak nie było. Wziąwszy z sobą sołtysa, obszedłem całą wioskę; chorych na cholere zastałem w 4-ch domach, ogółem osób 9. Z wywiadów okazało się, że pierwsze przypadki cholery w Pieściorogach miały miejsce w nocy z 24 na 25 grudnia, po spożyciu obfitej wiecerzy wigilijnej. W jednym domu zachorowało wtedy 2 osoby z objawami napadu cholerycznego, w drugim odległym o kilkanaście kroków, zachorowała tejże nocy 17-letnia dziewczyna. Włościanie postanowili nikogo nie zawiadamiać o chorobie we wsi, to też choroba szybko przenosiła się z domu do domu, i tylko dzięki przemówieniu, wezwanego do chorego księdza, K. zawezwał mnie do żony. W wiosce tej nie ma ani jednej studni, mieszkańcy używają wody z rzeczki. Stosunków z miejscem zajętem przez cholere w Nasielsku nie mieli.

Podawszy pierwszą pomoc chorym i przysławszy felczera, zawiadomiłem o epidemii kol. Słomińskiego. Nazajutrz wszyscy chorzy byli przewiezieni do szpitala w Nasielsku, w Pieściorogach został urządzony dom izolacyjny, gdzie pomieszczono współmieszkańców zapadłych na cholere, zorganizowano posterunek sanitarny, mieszkania zdezynfekowano. Po zarządzeniu tych środków w Pieściorogach zaszedł już tylko jeden przypadek nowego

zastąpienia na cholere, d. 2 stycznia r. b., i na tem zakończyła się epidemija.

Ogółem w Pieścirogach zachorowało osób 11, zmarło 4. Śmiertelność 36<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. W tej liczbie mężczyzn zachorowało 2, kobiet 9; zmarło męz. 2, kob. 2.

Mieliśmy więc właściwie cholere tylko w dwóch wioskach, położonych najbliżej Nasielska, nad tą samą rzeczką, której woda prawdopodobnie zakażona zarazkiem cholery w Nasielsku, powodowała przypadki zachorowania najpierw w Nowej-wsi (o 1/2 wiorsty od Nasielska—27 listopada), następnie w Pieścirogach (2 1/2 wiorsty—24 grudnia). Jeżeli teraz zestawimy cyfry zachorowań na cholere w miasteczku i wioskach, to wynik będzie następujący:

Ogółem zachorowało	mężcz. 45,	kobiet 47.	Razem 92
zmarło	„ 24,	„ 15.	„ 39
śmiertelność	„ 53 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ,	„ 31,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .	„ 42 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .

W tej liczbie:

nijżej lat 14-tu zachorowało 53 (56,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), zmarło 19 (35,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>)  
 powyżej lat 14-tu „ 39 (42,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), „ 20 (51<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Przystępując teraz do przedstawienia klinicznego charakteru epidemii, w czem stosować się będę do kwestyjonyjuszka, pomieszczonego w Nr. 10 *Kroniki Lekarskiej* z r. z., winienem przede wszystkim zaznaczyć, że opierając się tu głównie na moich własnych obserwacjach, korzystałem jednocześnie tak z księgi, jako też i z kart szpitalnych, łaskawie udzielonych mi przez kol. Słomińskiego do rozporządzenia, za co składam mu serdeczne podziękowanie.

1) *Wiek*. Według wieku przypadki nasze przedstawiają się w ten sposób:

	od lat:				
	od 0—1,	od 1—2,	od 2—3,	od 3—5,	od 5—10
zachorow.	1,	8,	4,	12,	22
umarło	1,	6,	2,	6,	3.

	Od lat:					
	10—15,	15—20,	20—30,	30—40,	40—50,	50—70
zachorow.	7,	6,	9,	10,	7,	6,
umarło	1,	2,	4,	3,	5,	6.

Widzimy z niniejszej tabliczki, że największa ilość zachorowań przypada na pierwsze 10 lat wieku 47 przypadków ze śmiert. 18 (t. j. 38<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Największą śmiertelność dały nam przypadki do 1 roku i powyżej 50 lat, t. j. śmiertelność absolutną. Najmniejsza śmiertelność przypada u nas na wiek od 5—15 lat: na 29 zachorowań zmarło 4, t. j. śmiert. 13,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

U dzieci cokolwiek częściej spotykaliśmy postaci cholery, cechujące się obfitemi wypróżnieniami i wymiotami, niż u dorosłych, u których przeważyły postaci z małą ilością wydzielin i szybko następującymi objawami porażenia serca. Kurcze w ogóle



u dzieci zdarzały się niezbyt często i niezbyt silne. Bardzo często u dzieci spostrzegaliśmy w czasie napadu cholery, rzadziej w okresie odczynu odchodzenie glist pospolitych (*ascaris lumbric.*). Najczęściej glisty te odchodziły z wymiotami po 1—2 sztuki na raz; często też dzieci wprost z ust wydobywały sobie glisty bez krztuszenia się i wymiotów; nie obserwowałem ani jednego przypadku, aby odchodziły przez kiszki odchodową. Odchodzenie to glist podczas napadu cholery było przyczyną, że często rodzice nieoświeceni uważali, że dziecko choruje tylko na „robaki“, dawali mu cytwar lub pastylki santoninowe i w ten sposób doprowadzali dzieci do okresu zamartwiczego. Przypadek t. z. cholery piorunującej raz tylko obserwowałem u dziecka 8-letniego, rachityka-idyjoty, u którego w pół godziny już wystąpił okres zamartwiczny, a w 4 godziny od początku choroby nastąpiła śmierć; u dorosłych taki gwałtowny przebieg obserwowałem 5 razy. W okresie odczynu u dzieci znacznie częściej spotykaliśmy mocznicę, niż u dorosłych. Co do ludzi powyżej lat 50-ciu, to wszyscy prawie byli schorowani już poprzednio, albo zbiedzeni nędzą, nie mieli więc dostatecznej odporności.

2) *Zajęcie.* W miasteczku przez cały czas epidemii chorowała wyłącznie prawie tylko biedniejsza ludność, żyjąca w złych, a często w najgorszych warunkach higienicznych: wyrobnicy, biedniejsi rzemieślnicy, drobni handlarze i faktorzy, furmani lub ich rodziny. Zasługuje na wzmiankę, że w ciągu epidemii zachorowały dwie praczki (żydówki) i jedna kilkoletnia córka praczki katolicki. Praczki te prały bieliznę w stawach lub w wodzie ze stawu. Z personelu szpitalnego zachorowała na cholere jedną posługaczka, kilku posługaczy przechodziło lekkie biegunki z ogólnym niedomaganiem; oprócz tego w szpitalu zachorowało na cholere kilka kobiet, których dzieci małe zapadłe na cholere były wzięte do szpitala i przy których trzeba było zostawić matki. Nadto zachorował na cholere 9-letni syn miejskiego policyjanta, którego ojciec z obowiązku służby ciągle miał do czynienia z chorymi na cholere lub ich rzeczami.

3) *Okresy epidemii.* Ilość zachorowań i śmierci podczas trwania epidemii od 3 listopada 1892 r. do 4 stycznia 1893 r. rozpada się na tygodnie w ten sposób:

	I Tydzień	II t.	III t.	IV t.	V. t.	VI t.	VII t.	VIII t.	IX t.
zachor.	6	30	23	10	6	2	2	9	5
zmarło	5	10	11	7	3	0	1	1	1

Widzimy, że epidemia najsilniej rozwijała się w pierwszych 4-ch tygodniach, od 5-go zaczęła znacznie słabnąć, od 6-u tygodni w mieście były już tylko pojedyncze przypadki, natomiast w 2-ch ostatnich tygodniach przybyły przypadki z Pieścigorów. Pierwsze też 4-ry tygodnie dały największą śmiertelność. Co zaś do natężenia sprawy chorobowej to również w pierwszych 4-ch tygodniach zdarzały się najgroźniejsze przypadki, a pierwsze dwa

przypadki, które rozpoczęły epidemię, były prawie piorunujące. Jednakże do samego końca epidemii zdarzały się pojedyncze gwałtowne przypadki z zajęciem śmiertelnym; ogólna jednak śmiertelność była pod koniec mniejsza. Na wsi cholera odznaczała się w ogóle łagodniejszym przebiegiem i mniejszą dałą odsetkę śmiertelności: w mieście 42<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, w Pieścirogach 36<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

4) *Wywiady*. Zwążywszy, że chorzy nasi pochodzili z biednych i ciemnych rodzin i że ludność w ogóle starała się zatajać chorobę i bardzo niechętnie udzielała objaśnień, trudno było dojść czegoś pewnego w każdym przypadku z wywiadów. Większość zapadających na cholere byli to ludzie poprzednio zupełnie zdrowi; z drugiej znów strony wielu z moich pacjentów, biedniejszych ludzi z miasteczka, leczących się na różne cierpienia żołądka lub kiszek, nie zapadło na cholere. Nadużycia i nieodpowiednie pożywienie usposabiało do cholery, jak tego liczne przykłady mieliśmy w ciągu epidemii. Zauważyliśmy także, że bezpośrednio po szabasiu ilość zachorowań na cholere zwykle widocznie wzrastała.

Z ogólnej liczby 21 dorosłych kobiet zapadłych na cholere, były *dwie ciężarne* (obie po poronieniu wyzdrowiały), a *dwie* zachorowały *w czasie menstruacji*. Z dzieci zapadłych na cholere dosyć było rachityków lub zółzowatych, jedno miało koklusz, większość jednak była poprzednio zupełnie zdrowa.

5) *Obraz choroby*. Najczęściej obserwowaliśmy chorych w zupełnie już rozwiniętym napadzie cholery, a przeważnie zastawaliśmy ich już w okresie zamartwiczym, gdyż otoczenie chorego starało się jak najdłużej ukrywać pacjenta, tymczasem leząc go samodzielnie. Mieszczanie, przeważnie żydzi, dawali takim chorym napój z ciepłej mięty, wodę sodową; dzieciom zwykle cytwar lub pastylki santoninowe, rzadko olej kleszczowinowy, obstawiali synapizmami, robili okłady ciepłe. Obserwować więc chorego od samego początku rzadko tylko miałem sposobność. W tych kilku przypadkach, kiedy widziałem chorego w okresie wstępnej biegunki, za każdym razem obserwowałem już wtedy następujące objawy: oczy podkrążone z lekka delikatną sinawą obrączką, twarz i kończyny blade, chłodnawe, z trudnością tylko dające się rozgrzać, szczególnie chłodny czubek nosa; puls słaby, powolny, łatwo dający się ucisnąć; język bywał czysty, w brzuchu nie zawsze zauważyć się dawało przelewanie. Chorzy czuli się wtedy jeszcze prawie zupełnie dobrze, chodzili nie przeczuwając, co im grozi, dzieci bawiły się nieraz ochoczo. Wypróżnienia na wpół płynne, barwy i zapachu kałowego powtarzały się w nich 2—3 razy na dobę. Na mocy wyżej opisanych objawów, nie wątpię, że mam tu do czynienia z biegunką choleryczną, jakoż dalszy przebieg potwierdzał rozpoznanie. Nie mogę utrzymywać, aby zawsze te objawy dały się zauważyć w samym już początku biegunki cholerycznej, zamało bowiem mam na to obserwacji, tem bardziej

że we wszystkich tych przypadkach, które obserwowałem, zakażenie widocznie było dość silnego natężenia, gdyż pomimo rozpoczętego bezzwłocznie leczenia, choroba po jakimś czasie rozwinęła się dość silnie. We wszystkich tych jednak przypadkach zejście było zupełnie pomyślne.

Cholera, jak każda zresztą choroba zakaźna, przedstawia w swoim przebiegu wiele różnic, tak, że obraz choroby w poszczególnych przypadkach bywa często znacznie odmiennym. Dla tego też sędzę, że będzie najwłaściwiej zebrać nasze obserwacje w kilka grup, aby tem dokładniej przedstawić obserwowane przez nas różnice w klinicznych objawach cholery.

*I grupa obserwacji; przypadki t. z. cholery piorunującej.*  
 Obserwacyj 6. Choroba rozwijała się bardzo gwałtownie i szybko, najczęściej wśród zupełnego zdrowia. Najczęściej po jednym rzadko po dwóch wypróżnieniach kałowych, następowało szybko po sobie 2—3 wypróżnień wodnistych ryżowatych, nie obfitych; w innych razach w przebiegu całej choroby było wszystkiego 1—2 nieobfitych wypróżnień; chorzy czuli odrazu gwałtowne i coraz bardziej wzrastające osłabienie, aż do zupełnego upadku sił; czasem szum w głowie, po tem w niektórych przypadkach występowały jedno lub dwukrotne wymioty, zawsze nieobfite — to resztkami pokarmów, to płynem ryżowatym; po wymiotach osłabienie. Jednocześnie z wymiotami występowały kurcze w łydkach i rękach niezbyt silnego natężenia; moczu się zatrzymywał; tętno było bardzo słabe i przyspieszone. Początek ten napadu trwał od 1 do 4-ch godzin, poczem bardzo szybko następował okres zamartwicy: tętno raptem stawało się niewyczuwalnem, twarz i kończyny stawały się zimnemi, a potem i całe ciało, występował lepki zimny pot; oczy zapadały, występowała sinica, która jednak w tych przypadkach nie dochodziła do tego stopnia natężenia, jak w wielu innych, w których okres zamartwicy rozwijał się powolniej i trwał znacznie dłużej. Natomiast rzucała się tu w oczy silna bladeść twarzy, z lekkim sinawym odcieniem. Tętno stopniowo znikало w coraz większych tętnicach, tony serca były coraz głuchsze, nakoniec znikał drugi ton serca. Chorzy zazwyczaj bywali apatyczni, rzadziej niespokojni. Oczy napół otwarte, oddech ciężki, przerywany bardzo powierzchowny; w 4 do 9 godzin od początku choroby następuje śmierć. Od czasu wystąpienia okresu zamartwiczego w tej formie wypróżnienia i wymioty najczęściej wstrzymane zupełnie, albo też, co rzadziej, występują w bardzo małej ilości, bezwiednie.

Wszystkie możliwe środki nie okazują najmniejszego działania w tej formie cholery. Zejście zawsze śmiertelne.

*II grupa. Przypadki cholery z dominującymi objawami pierwotnego osłabienia serca i małą ilością wypróżnień i wymiotów.*  
 Obserwacyj 41.

W większości przypadków odnoszących się do tej grupy (36

obserwacyj), napad choleryczny poprzedzała lekka biegunka i 2—3 nieobfite wypróżnienia w ciągu doby, początkowo kałowe, następnie z wyglądem ryżowatym; jednocześnie z wystąpieniem biegunki chory czuł osłabienie, czasem ból lub zawrót głowy, ciśnienie w dołku, najczęściej jednak nie doznawał żadnych bólów. Biegunka taka trwała w 15-tu przypadkach 8—12 godzin, w 7-u 24 godz., w 10-u 48 godzin, poczem przyłączały się wymioty—nie obfite, najczęściej wodniste, które powtarzały się 1—3 razy, rzadko bardzo częściej, osłabienie bezpośrednio po wymiotach wzrastało znacznie; w niektórych przypadkach następowały niezbyt męczące i niedługotrwałe kurcze. Teraz już szybko następował okres zamartwiczny. W 5-u wypadkach napad cholery wystąpił odrazu bez poprzedniej biegunki; nagle występowało 2—3 nie obfite wypróżnienia, szybko po sobie, silne osłabienie, w parę godzin lekkie wymioty z występującym po nich znacznym upadkiem sił, kurcze i w 4—6 godzin następował silnie bardzo wyraźny okres zamartwiczny; z tych 5-u wypadków jeden tylko zakończył się wyzdrowieniem—inne śmiercią. We wszystkich prawie odnoszących się do tej grupy przypadkach okres zamartwiczny wyrażony był silnie. Sinica w tych razach zwykle była silnego natężenia, u dzieci niekiedy barwa skóry sprawiała wrażenie jakby nie należały one do białej rasy.

Zwykle w przypadkach tej formy z rozpoczęciem st. algidum wymioty ustawały, w rzadkich tylko przypadkach powtarzały się jeszcze w niewielkiej jednak ilości; wypróżnień wtedy też zwykle albo nie było, albo były w małych bardzo ilościach w odstępach kilkugodzinnych. Bezmocz zwykle trwał od początku okresu zamartwicznego. Chorzy byli najczęściej apatyczni, obojętni, większość stale była przytomna. Okres zamartwiczny trwał zwykle 12—24 godzin, rzadziej 36—48, a nawet 62 godzin. W kilku przypadkach tej grupy z łagodniejszym przebiegiem tylko 6—8 godzin.

Jeżeli śmierć nie nastąpiła w tym okresie, zaczynało się pokazywać słabe, nitkowate tętno i rozpoczynał się okres odczynu, albo też tętno pokazawszy się na kilka godzin, znów znikало i następowała śmierć.

Z odnoszących się do tej grupy 41 przypadków zmarło w okresie zamartwicznym 17, po przejściu w okres odczynu—jeszcze 9—razem 26 (63<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

*III grupa. Przypadki cholery, cechujące się obfitością wydzielinami, z wtórnym osłabieniem serca.* Obserwacyj 32. (Z tych 18 przypadków odnosi się do dzieci niżej lat 16).

W przypadkach tej grupy choroba zaczynała się zwykle obfitą biegunką, początkowo kałową, po paru godzinach zwykle występowały wypróżnienia serwatkowate, obfite, 6—20 razy na dobę; szybko przyłączały się także wymioty 5—12 razy na dobę, kurcze zdarzały się częściej i dokuczliwsze niż w przypadkach 2-jej grupy: osłabienie zaś

występowało stopniowo, nigdy nie zjawiało się tak wcześnie i tak raptownie, jak w poprzednio opisanych formach. Początkowo chorzy czuli się jeszcze względnie dość silni, sami wstawali z łóżka na kubeł. Wypróżnienia tryskały z nich raptownie, silnym strumieniem, bez bólu, wymiociny również w wielkiej ilości wylewały się z ust szybko i bez poprzednich mdłości. Czasami przyłączała się męcząca czkawka. Brzuch był albo miękki, nie wzdęty, w kiszkiach czuć było przelewanie, albo zapadły, z przytłumionym odgłosem wypukowym. Język wilgotny, lekko obłożony, lub względnie czysty. Tętno w tym okresie bywało przyspieszone, słabe, ale wyraźne i równe. Tak przechodziło 24 godzin do 2 dni, rzadziej 12 godzin lub dni 3—5; puls stopniowo stawał się coraz słabszym, mocz przestawał zupełnie się wydzielać, skóra traciła swoją elastyczność, głos stawał się ochrypłym lub cichymi chorzy stopniowo przechodzili w okres zamartwicy. Okres ten jednak prawie nigdy nie bywał tu tak silnie wyrażonym, jak w poprzednio wymienionych formach. Tętno nieraz było wyczuwalne podczas całego okresu zamartwiczego lub znikało na czas pewien, w rzadkich tylko przypadkach tej grupy tętna nie było 12—24 godzin. Sinica również zwykle nie była tak silnie wyrażoną, jak w przypadkach poprzedniej grupy, za to oczy głębiej zapadały, obrączka sina dokoła oczu wydawała się zupełnie ciemną, rysy twarzy wyciągały się i zostrzały, chorzy dokuczało silne pragnienie. Wypróżnienia zwykle trochę mniej obfite, niż w pierwszym okresie—trwały jednak dalej, powtarzając się 4—6—12 razy na dobę; wymioty, chociaż daleko rzadziej niż wypróżnienia, utrzymywały się czasem, lub przychodziły z dłuższymi przerwami. Okres zamartwicy trwał w tych przypadkach 12—24 godzin, rzadko dłużej.

Przejęcie do okresu odczynu było w tych przypadkach również stopniowe i nieznaczne, jak i przejście od okresu biegunki do okresu zamartwiczego: puls stawał się stopniowo wyraźniejszym, kończyny i twarz zwolna się ogrzewały, wygląd twarzy cokolwiek zmieniał na lepsze, chorzy z trudnością oddawali trochę moczu.

Przypadki tej grupy dawały daleko lepsze zejście: z 32-ch zmarło tylko 4, wszyscy już w okresie odczynu. Śmiertelność 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

*IV grupa. Przypadki cholery wyszczególniające się swoim przebiegiem i przypadki cholery z powikłaniami.* Obserwacyj 6.

Odnoszę tu 2 przypadki cholery u ciężarnych, jeden przypadek cholery skomplikowany jednoczesnym przebiegiem koklusu i 3 przypadki, obserwowane przezemnie w ostatnich dwóch tygodniach epidemii i różniące się znacznie od ogólnego typu.

*Z dwóch ciężarnych, pierwsza 30-letnia biedna żydówka (obs. kol. Słomińskiego), zaśląbła na cholere 14 grudnia 1892 r. będąc w 3-m miesiącu ciąży. Choroba rozwinęła się groźnie i szybko, wymioty i biegunka odrazu wystąpiły obfite i częste—w 12 godzin od początku wystąpił okres zamartwicy, tętno jednak choć bardzo słabe*

dawało się wyczuwać. Następnego dnia zaczęła się bardzo nieznacznie objawiać reakcyja: puls wyraźniejszy, nogi cieplejsze, wymioty jednak i biegunka trwały ciągle, męcząc i osłabiając chorą, stan zdawał się znów znacznie pogarszać, na czwarty dzień od początku choroby, chora poroniła, co nie sprawiło widocznej zmiany w stanie chorej, który ciągle pozostawał beznadziejnym. Następnych dwóch dni pokazały się krwotoki maciczne, język zaczął podsycać, wymioty i biegunka powtarzały się, na trzeci dzień po poronieniu wystąpił silny krwotok, który zatrzymany został po dokonaniu przez kol. Słomińskiego ręcznego wydobycia znacznej pozostałości łożyska z macicy. Od tego czasu chora względnie dość szybko zaczęła się poprawiać i w 9 dni po poronieniu, a w 14 dni od początku choroby została wypisana ze szpitala. Chorej tej doglądałem jeszcze przez parę tygodni w jej mieszkaniu, gdyż bardzo powoli odzyskiwała siły i ciągle zapadała na różne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (podrażnienie kiszek, żółtaczka). Chora wyzdrowiała. Druga ciężarna, wieśniaczka z Pieścirogów, lat 36 (obserw. wspólna kol. Słomińskiego i moja) zapadła na cholere 26-go grudnia 1892 r., będąc w 6-ym miesiącu ciąży. Choroba miała dość ciężki przebieg z niewielką ilością wypróżnień i wymiocin, z silnie wyrażonym okresem zamartwiczym. Bóle porodowe rozpoczęły się jednocześnie prawie z wystąpieniem napadu cholery—były jednak słabe i rzadko się powtarzające. Poroniła w początkach okresu odczynowego, poczem dostała męczącej czkawki i wystąpiło silne osłabienie, następnie okres odczynowy przybrał cechę tyfoidu z sennością w dzień i majaczeniem w nocy, z silnie obłożonym językiem, z zaparciem stolca, z ciągle wzrastającym osłabieniem; na ósmy dzień okresu odczynowego, przyłączył się katar oskrzeli, senność a osłabienie wzrosło; 9-go dnia nadspodziewanie wystąpiła widoczna poprawa—język zaczął się oczyszczać, 10-go dnia odczynu wystąpiła pokrzywkowa wysypka, stan szybko się poprawiał; na 15-ty dzień choroby, chora wyszła ze szpitala zdrowa.

*Chorego z kokluszem* obserwowałem prawie od początku napadu cholery: lat 5, od trzech tygodni chorował na koklusz z ciężkimi i częstymi paroksyzmami, na który weale nie był leczony. Napad cholery wystąpił u niego nagle 21 grudnia 1892 r. Choroba rozwijała się gwałtownie, po kilku nieobfitych wypróżnieniach w kilka już godzin rozwinął się silnie wyrażony okres zamartwiczny. Jednocześnie z wystąpieniem napadu cholery kaszel zmienił swój charakter, stał się suchym, przerywanym, krótkim i bezwzdzięcznym; w okresie zamartwicznym kaszel zupełnie prawie ustał, suche świsty można było wysłuchiwać w obu płucach. Na trzeci dzień zaczęły się objawiać słaby odczyn — kaszel suchy znów się zjawił, a jednocześnie nader męcząca i uporczywa czkawka, tylko większe dawki kokainy uspokajały ją na jakiś czas. Chory stopniowo słabł coraz bardziej, czkawka chwilami zmieniała się w dławienie, pobudzenie do wymiot, mocz się prawie zupełnie nie wydzielał, w takim stanie chory zmarł na piąty dzień choroby.

*Z wyróżniających się przypadków* wspomnieć muszę o przypadku dotyczącym chłopca 4-letniego, u którego przebieg wstępnej biegunki wyróżniał się nader powolnym przebiegiem. Po 4-dniowych lekkich zaburzeniach gastrycznych wystąpiły wymioty, które jednak wkrótce ustąpiły po kalomelu, wypróżnienia przez 3 dni następne półpłynne, na 7-my dzień napad choleryczny z szybkim względnie odzynnem i wyzdrowieniem. Chory w czasie okresu odczynowego kilkakrotnie gorączkował oraz miał nawroty wymiotów i rozwolnień skutkiem niezachowania diety, drugim razem wystąpiły nawet drgawki nieokreślonego typu.

*Okres odczynu.* W okresie odczynu obserwowaliśmy następujące postaci:

1) Szybki zupełny odczyn w ciągu 1—2 dni.

Wyrównanie zupełne następuje tu bardzo szybko: prawie co godzinę widać zmianę na lepsze. Najpierw zjawia się tętno względnie dość silne, jednocześnie zmienia się wyraz twarzy, sinica szybko ustępuje, ciało staje się coraz cieplejszem, skóra zaczyna się potrochu pokrywać ciepłym potem, chory poziewa, usypia na kilka godzin spokojnym snem, wśród którego pot obficie występuje, twarz zlekka różowieje, staje się zupełnie ciepłą; po przebudzeniu chory czuje się rześkim, oddaje zwykle trochę mętnego moczu, którego ilość wzrasta stopniowo, często w kilka już godzin domaga się jeść; wypróżnienia najczęściej zatrzymane; chory wstępuje w okres zdrowienia. Tak szybko i pomyślnie przechodził okres odczynu tylko w 6-u obserwowanych przez nas przypadkach.

2) *Odczyn łagodny z lekką gorączką* w ciągu 4—6 dni.

Objawy tej postaci odczynu są prawie takie same, jak poprzedniej, przebieg jednak jest znacznie powolniejszy, przeto i dłuższy zaburzenia w krążeniu wolniej się wyrównują i następują słabe gorączkowe wahania ciepłoty, nie przechodzące wyżej 38,5. Sensorium nigdy nie bywa w tych przypadkach zajęte. Wypróżnienia zatrzymane lub lekka biegunka. Po kilku dniach chory powraca do zupełnego zdrowia. Taki odczyn obserwowaliśmy 7 razy.

3) *Odczyn z wybitnymi zaburzeniami w organach trawienia*, najczęściej zdarzał się po przejściu napadu cholery z obfitymi wypróżnieniami i wymiotami (grupa III) i stanowił jakby dalszy ciąg poprzednich objawów.

Polepszenie występowało nieznacznie i powolnie. Często w tej postaci występowały wymioty, niekiedy czkawka. Gorączka zdarzała się rzadziej w tej formie odczynu. Potów albo nie było, albo występowały słabo; chorzy po większej części są wycieńczeni. W dwóch przypadkach wystąpiła na 5 — 6 dzień żółtaczka. Wszystko to trwało od 2-ch do 4-ch tygodni. Raz przy

tej postaci odczynu obserwowałem w końcu 2-go tygodnia obszerną phlegmonę na nodze, która po przecięciu zagoiła się dość szybko. Tego rodzaju odczyn obserwowaliśmy 14 razy. Prawie wszyscy chorzy tej kategorii przyszli do zdrowia, w 2-ch tylko przypadkach nastąpiło stopniowe osłabienie serca i śmierć. Spotykaliśmy i zaburzenia w narządzie trawienia, zwłaszcza po napadzie cholery z małą ilością wypróżnień: czasem zjawiało się mniejsze lub większe wzdęcie brzucha, wypróżnienia półpłynne, zielone, lub brunatne, mocno cuchnące, powtarzające się 1—2 razy na dobę; często bóle brzucha, język obłożony lub podsychający, silne osłabienie. Najczęściej po kalomelu lub ol. rycinowym, stan ten szybko się poprawiał i po 4—6 dniach następowało wyzdrowienie.

4) *Tyfoïd choleryczny* obserwowaliśmy 18 razy; wystąpił on 12 razy po napadzie cholery z małą ilością wypróżnień (II grupa) i 6 tylko razy po napadzie z obfitymi wydzielinami (III grupa). Niekiedy w tyfoïdzie widzieliśmy na 5—8 dzień wysypkę to pokrzywkową, to różycową. Na rogówce kilka razy zauważyliśmy zmętnienie dolnego odcinka; dwa razy owrzodzenie rogówki, oraz lekki decubitus. Na 18 przypadków tyfoïdu mieliśmy 5 zejść śmiertelnych.

5) *Mocznica*. W naszych przypadkach występowała prawie wyłącznie u dzieci: obserwowaliśmy ją 8 razy, z tego 7 przypadków przypada na dzieci niżej lat 14, raz tylko wystąpiła u 24-letniej kobiety.

Cechował się ten okres utratą przytomności, rozszerzeniem źrenic, drgawkami, bezmoczem, wymiotami. Niekiedy przytomność wracała na krótko, chory wracał do zdrowia wśród ustępowania powyższych objawów, lub umierał wśród drgawek i objawów obrzęku płuc. Śmierć z mocznicy nastąpiła w naszych obserwacjach 4 razy.

Obserwowaliśmy też 2 przypadki, w których objawy mocznicy przeplatały się z objawami tyfoïdu, obie te obserwacje dotyczyły dzieci, z tych jedno w 8 dni zmarło; drugie w 8 dni wyzdrowiało.

W ogóle objawy mocznicy trwały 1—2 dni, rzadziej 4—8, powtarzając się z chwilowemi przerwami.

#### 6) *Odczyn niedostateczny*.

Rozczyn widocznie zaczął występować, tętno stało się wyczuwalnym, ogólny stan zaczął się poprawiać, wszystko to jednak trwało kilka godzin, poczem tętno ginęło znowu; w innych razach puls to wyczuwał się, to nikł po kilka razy, skóra stawała się ciepłą, występował nieznaczny pot, czasami nawet tętno było już znacznie silniejsze i chory czuł się względnie dobrze, gdy nagle nikło raptownie i chory umierał wśród objawów porażenia serca.



Jeżeli teraz porównamy objawy okresu odczynowego z objawami poprzednich okresów, to otrzymamy następujące dane. W przypadkach cholery z małą ilością wydzielin (II grupa) i objawami pierwotnego porażenia serca z 46 chorych—29 dożyło okresu odczynu, który przebiegał u nich równie ciężko, jak i sam napad cholery. A mianowicie: tyfoid choleryczny wystąpił tu 12 razy (3 zejścia śmiertelne), mocznica rozwinęła się 7 razy (3 zejścia śmiertelne), oraz wystąpiły objawy mocznico-tyfoidalne, 3 razy odczyn nie rozwinął się dostatecznie i nastąpiło porażenie serca. Tylko 5 razy reakcja u tych chorych przebiegała łagodnie, a w 2-ch przypadkach nastąpił nawet szybki i zupełny odczyn. Za to daleko pomyślniej przebiegał okres odczynu u chorych, którzy przeszli napad cholery z obfitemi wydzielinami (III grupa). Wszyscy ci chorzy w liczbie 32-ch dożyli do okresu reakcji. Z tych u 6-u rozwinął się tyfoid (raz z zejściem śmiertelnem) raz mocznica z zejściem śmiertelnem; dwa razy śmierć nastąpiła w skutek niedostatecznej reakcji; w 14-tu przypadkach przebiegała tu reakcja z zaburzeniami w organach trawienia; w innych odczyn był łagodny, lekkogorączkowy.

*Okres zdrowienia* względnie dość szybko przechodził, chorzy zwykle zadziwiająco szybko powracali do poprzedniego zdrowia, chociaż w niektórych razach przeciągał się on bardzo w skutek ciągle ponawiających się zaburzeń w narządach trawienia.

*Rokowanie* w cholery jest często zwodnem, w każdym jednak razie, pomijawszy już gwałtowność i natężenie zakażenia, warunki indywidualne etc., które to czynniki przy stawianiu rokowania, naturalnie, każdy uwzględni, sądziłbym, że głównie można się tu kierować stanem tętna i serca, uwzględniając jednocześnie sensorium chorego. Jeżeli puls w okresie zamartwiczym pod działaniem silnych środków pobudzających choć chwilowo występuje i temiż środkami za każdym razem udaje nam się wzmocnić choć chwilowo działalność serca, jeżeli jednocześnie chory ma sensorium względnie niezbyt zajęte, możemy stawiać rokowanie dobre. Jeżeli wszystkie nasze zabiegi, a zwłaszcza środki pobudzające, stosowane podskórnie w odpowiednich dawkach w ciągu paru godzin nie wywierają najmniejszego działania na serce, rokowanie będzie najgorsze. Jednak i po otrzymaniu już poprawy, szczególnie w początkach odczynu trzeba być ostrożnym w rokowaniu, gdyż bywają przypadki, że chory, który czuje się już zupełnie dobrze, sam siedzi na łóżku i domaga się jeść, raptem traci tętno i umiera. Z drugiej strony właśnie w okresie reakcji przypadki, nieraz zda się zupełnie beznadziejne, przychodzą potem względnie szybko do zdrowia..

*Leczenie.* Najlepsze względnie wyniki otrzymywałem trzymając się następującego postępowania. W okresie wstępnej biegunki, aż do okresu zamartwiczego—podawałem przedewszystkiem kalomel dorosłym po 0,05—dzieciom po 0,025—0,01 co go-

dzinę w ciągu 8—10 godzin. Jeżeli w kiszkiach były zaległości stosowałem od razu większe dawki po 0,2 kalomelu, a potem w razie potrzeby łyżeczkę ol. ricini. Kalomel stosowałem tylko Simona (via humida parat.), gdyż ten preparat daleko lepiej się znosi. W ogóle moi pacjenci znosili kalomel bardzo dobrze; czasami tylko przy wielkiem usposobieniu do wymiotów trzeba było, zwłaszcza w początku podawać lód do łykania, stawiać gorczyczniki. Im wcześniej był podany, tem lepiej chorzy się czuli po wypróżnieniach. Jeżeli kalomel był podany w pierwszym okresie napadu cholery, to wtedy już nie zawsze wywoływał wypróżnienia zabarwione kałowo, czasem występowały tylko wypróżnienia ryżowate i wtedy skutek kalomelu był mniej wybitny. Jednocześnie z kalomelem, od samego już początku stosowałem środki pobudzające: Jeżeli puls był od razu słaby i spodziewałem się, że wkrótce mogą wystąpić objawy osłabienia serca, zalecałem od razu injekcyje z kamfory z eterem (1:10) naprzemian z zastrzykiwaniem Coffeini natro-benzoic (po 0,25 pro dosi.). Jeżeli puls i siły były jeszcze niezłe, poprzestawałem na podawaniu do wewnątrz kropli: Tr. valerian. aet. Trae Castorei an. Tr. Moschi pars 1, Ol. Ment. pip. par 00,3. Chory kładł się do łóżka, na brzuch otrzymywał okład prysznicowski lub ciepły, do picia ciepłą herbatę. Jeżeli chorzy z usposobieniem do wymiotów kropli nie znosili, podawałem takowe w wodzie lodowej, czasem z winem, lub zastępowałem je czystym eterem.

Po wypróżnieniach, wywołanych przez kalomel, przystępowałem do stosowania enteroklizmy Cantaniego, zalecając je w razie potrzeby po 2—4 razy na dobę; enteroklizmy zatrzymywali chorzy zwykle po pół godziny, czasem dłużej (w początkowych okresach). Do wewnątrz stosowałem ciepłą herbatę z czerwonym winem, czerwone wino z korzeniami na ciepło, oprócz kropli. Gdy chory łaknął chłodnego napoju, dawałem w małych na raz ilościach wodę lodową z koniakiem. Po wystąpieniu okresu zamartwiczego, środki pobudzające stosowałem dalej, tylko częściej je aplikując i głównie w postaci injekcyj. Entroklizmy gorące co 3 godziny, jeżeli zbyt szybko nie wracały. Czasami stosowałem zawijanie chorych w mokre prześcieradła i koce, rozcierania ciała lodem; parę razy próbowałem ciepłej kąpieli z gorczycą. Co do hypodermoklizm Cantaniego, to nie mam pod tym względem dostatecznego własnego doświadczenia, ponieważ wobec pogłosek rozpuszczonych o zatruciu jakoby chorych, otoczenie chorych nie chciało się zgodzić na tę operacyje.

W okresie reakcyi leczenie stosowaliśmy symptomatyczne: działanie serca trzeba było jeszcze często podtrzymywać środkami pobudzającymi; przy drażliwości żołądka z ciągłymi wymiotami dobre miałem wyniki od Sol. rezorcini resub. c. acid. muriatico; przy uporczywej bieguncie, enteroklizmy i Bismuth. sali-

cylicum lub sol. argenti nitrici. Często musiałem się uciekać do kofeiny, lub do kalomelu i ol. ricini. W mocznicy względnie najlepiej działał podany wcześniej kalomel, czasami kąpiel ciepła lub zawijanie w koce; czasem nie można się było obyć bez chloralu. Dyjetę chorzy przez dłuższy czas jeszcze zachowywali płynną.

Wreszcie pozwolę tu sobie wspomnieć o objawach *cholero-phobiae*. Przypadków takich w czasie epidemii widziałem dużo, przeważnie u osób nerwowych i histeryczek. Najczęściej w nocy byłem wzywany do chorego, który dotąd zdrow i ściśle przestrzegający wszelkich ostrożności, wśród nocy, często nie mogąc spać, nagle dostawał przelewania po brzuchu, po czym występowały wzdęcia kałowe, czasem obstrukcyjne, lub też wśród płynnych wypróżnień pływały kawałki twardego kału. Jednocześnie chory czuł silne osłabienie, czasami duszność, uczucie silnego strachu, wkrótce występowały wstrząsające dreszcze, które powtarzały się często, po czym chory pokrywał się ciepłym obfitym potem. Puls był przyśpieszony, ale równy i pełny; czasem chory miał nudności, ale rzadko dochodziło do wymiotów. Wypróżnienia czasem powtarzały się kilka razy, ale zawsze kałowe. Po uspokojeniu chorego, zaleceniu ciepłego okładu na brzuch, ciepłego napoju lub jakichś kropli—wszystko przechodziło. Nie zawsze jednak tak było. Często—przeważnie u histeryczek, objawy się przeciągały, występowały od czasu do czasu nowe paroksyzmy (szczególniej pod wpływem rozpuszczanych po miesiącu wieści), występowały objawy nerwowej niestrawności, osłabienia, język stawał się obłożony, zupełny brak apetytu, raz nawet widziałem lekką żółtaczkę. Oprócz tych objawów pochodzenia czysto nerwowego, spotykałem także objawy, którebym chętnie odniósł do *działania minimalnej ilości zarazka cholery*; zaliczam tu pewne rodzaje niedomagania, lekkich mdłości, występujących często u ludzi zdrowych zupełnie, bez widocznej przyczyny i powtarzających się często w ciągu epidemii u osób nie obawiających się cholery.

W końcu muszę zaznaczyć, iż w obec miejscowości tak podatnej dla rozwoju epidemii cholery jak Nasielsk, w obec nędzy, ciemnoty i przesądów biedniejszej ludności miasteczka, nie wątpię, że epidemia przybrałaby u nas szerokie rozmiary, gdyby nie energiczna działalność władz, która wysiedlaniem domów, zajętych przez cholere, szybkim zorganizowaniem szpitala i domów izolacyjnych i popieraniem nas w naszych usiłowaniach, szybko przerwała dalszy rozwój epidemii.

# ISTOTA PRZYMIOTU.

(KWESTYJE SPORNE)

podał *Fr. Giedroyć*

Ordynator Szpitala Ś-go Łazarza.

(*Ciąg dalszy*).

§ 5. Wykwity przymiotowe drugiego okresu uważamy za miejsca skupienia się istoty chorobotwórczej, za ogniska, których przedstawicielem w początkach choroby jest pierwotne owrzodzenie. Usprawiedliwienie takiego przypuszczenia znajdujemy w dodatnich wynikach, jakie nam daje szczepienie nie tylko wydzielin wrzodu pierwotnego, ale również wydzielin i kawałków tkanki wykwitów, w tym okresie spostrzeganych, kiedy twory późniejsze własności tych przenoszenia choroby już nie posiadają (5). O warunkach sprzyjających powstawaniu wykwitów w tem a nie w innym miejscu dokładnego pojęcia nie mamy, wiemy tylko, że mogą one w pewnych chwilach zajmować sobą bardzo nieraz ograniczone okolice, podlegające częstemu lub stałemu drażnieniu; również niewątpliwym jest współdziałanie systemu nerwowego, czego dowód mamy chociażby w symetrii umiejscowienia wykwitów. Co się tyczy wreszcie rozmaitych postaci, pod jakimi się one ukazują, to badania histologiczne dowodzą, że, mimo pozornego niepodobieństwa, zmiany w tkankach w każdym razie są identyczne, różnica zaś leży tylko w stopniu natężenia jednej i tej samej sprawy chorobowej. Zmiany te nie ustępują całkowicie nawet po zniknięciu wykwitów (Neumann), nie wiemy jednak, jak długo mogą trwać i czy nie zostają w pewnym chociażby oddalonym związku z późniwszem powstawaniem objawów późnego (III-go) okresu choroby (6).

5) Króweczyński przypuszcza, że wszelkie wykwity przymiotowe być może są tworamii siły leczniczej organizmu, jak np. w niektórych przynajmniej chorobach podwyższenie ciepłoty, czyli gorączka. Czem jest ta „siła lecznicza“ przypuszczenie sz. profesora wprawdzie nie tłumaczy, przemawia wszakże za niem poniekąd następujące spostrzeżenie, które niejednokrotnie mogliśmy zrobić w szpitalu; otóż jeżeli choremu, u którego spodziewamy się wkrótce wysypki, lub u którego wystąpiła ona w postaci bardzo nielicznych plamek, zastrzykniemy rtęć, wysypka ukazuje się już nazajutrz, albo liczba oddzielnych wykwitów znacznie się zwiększa. Podobny wpływ mają kąpiele

gorące. Jaka jest przyczyna tego zjawiska, wyjaśnić nie podejmujemy się.

6) Z najnowszych badań, które przytacza prof. J. Neumann wynika, że różne wykwity przymiotowe są właściwie tylko różnemi stopniami jednej i tej samej sprawy patologicznej: nasilenie tej sprawy najsłabszem bywa przy świeżej wysypce plamistej, następnie coraz silniejsze stopniowo przy papulae, tubercula, gummata. Tenże autor przeprowadził w r. 1887 następujące badanie: u sześciu syfilityków wycinał kawałki na pozór zupełnie zdrowej skóry lub błony śluzowej jamy ustnej w miejscach, gdzie przedtem były wykwity przymiotowe, a badając pod mikroskopem, znajdował tam naczynia limfatyczne rozszerzone, adventitiam nacieczoną, ilość okrągłych komórek w tkance zwiększoną. N. jest zdania, że zmiany te są natury przymiotowej, że roznośicielami zarazka są właśnie pomienione okrągłe komórki, że przymiot przeto jest chorobą stałą typu remittens t. j. że przebieg jej trwa i wtedy, kiedy niema żadnych widocznych objawów, a pozorne recydywy są tylko wybuchami nasilenia wciąż trwającej sprawy. Przypadki, w których syfilityk, będący przez wiele lat bez objawów, udziela choroby osobie drugiej, tłumaczy N. obecnością i przeniesieniem tych właśnie zaraźliwych komórek okrągłych.

Mówiąc o wykwitach, powinniśmy wspomnieć oddzielnie o jednej ich postaci, co do istoty której wypowiedziano wprost przeciwne sobie zdania: mamy tu na względzie t. z. leukodermia syphiliticum; otóż gdy jedni twierdzą, że jest ona formą chorobową samodzielną, inni—że następczą, mogącą powstać tylko na miejscach, w których ją poprzedziły inne wykwity. W pierwszym razie byłaby ona wywołaną bezpośrednio działaniem pierwiastków chorobotwórczych, a to zgodnie z naszym pojęciem o istocie każdego wykwitu, w drugim byłaby tylko sprawą następczą, wywołaną poprzednimi zmianami anatomo-patologicznymi w utkaniu. Badania Ehrmann'a (7), oraz fakt, że środki specyficzne (rtęć, jód) nie mają żadnego wpływu na przebieg i zniknięcie leukodermatos, przemawiają, zdaje mi się, za drugim, a na niekorzyść pierwszego przypuszczenia.

7) Zeissl (1882), Króweczyński i Mauriac (1883), Lang (1884) przypuszczali, że białe plamy odpowiadają skórze zdrowej, brunatne zaś smugi pomiędzy niemi są to właśnie miejsca chorobowo zmienione wskutek nieprawidłowego nagromadzenia się barwnika w komórkach warstwy Malpighijusza; szereg innych badaczy z Neisserem, Simmonem i Taylorem na czele przyszedł do przeciwnego, a słusznego, przekonania, że białe właśnie plamy są to chore miejsca pomiędzy zdrowymi zabarwionemi.—Ehrmann, badając specjalnie istotę i sposób

powstawania barwnika w skórze, zadał sobie pomiędzy innemi pytanie: czy może leukoderma powstać w miejscu, gdzie przedtem nie było wykwitów przymiotowych? i przyszedł do wniosku przeczącego. Autor ten powtarzał wielokrotnie następujące doświadczenie: wybrawszy chorych z wysypką plamistą poszukiwał starannie u nich na karku i szyi trudno dostrzegalnych nawet wykwitów i oznaczał je na rysunku, wymierzwszy dokładnie odległość ich od pewnych stałych punktów (vertebra prominens, processus mastoid. i t. p.). Po kilku miesiącach porównywał miejsce wykwitów leukodermy z rysunkiem i znajdował, że odpowiadały one ściśle byłym poprzednio plamom, co go upoważniło do twierdzenia, że leukoderma nie jest objawem samodzielnym, pierwotnym. Mikroskopowe badania przekonały Ehrman'a, że leukoderma może powstać na miejscu każdego rodzaju wykwitów drugiego okresu, a zależy od tego, że komórki przenoszące barwnik przestają być czynnymi i barwnik wskutek tego nie może przejść z cutis w górę do warstwy naskórka.—Neisser podziela powyższe zdanie z tą tylko różnicą, że plamom leukodermy przypisuje tendencję do rozszerzenia się ku obwodowi, czego nie mógł dostrzedz Ehrmann. Zgadza się również z tem, że barwnik bywa w tych razach wessanym, a nie odsuniętym ku obwodowi, i że leukoderma może powstać nie tylko na miejscach byłej roseolae, ale też i papulae.—Podług Neumann'a plamy leukodermatów powstają w ten sposób, że naskórek, pokrywający wykwit różyczki lub grudkę odpada, a na jego miejscu tworzy się nowy, który nie zawiera jeszcze barwnika.—Finger, Fournier, Haslund, Lesser, Szadek są zdania, że leukoderma może się rozwinąć samodzielnie, nie tylko na miejscach byłych wysypek. Podług Finger'a leukoderma powstaje nie wskutek zniszczenia barwnika, a przesunięcia się jego ze środka ku obwodowi. Tenże autor opisuje jeszcze przypadki, które go przekonały, że leukoderma może wystąpić nawet w późnym okresie przymiotu, a na miejscach pokrytych włosami wywołuje wypadanie ich.—Hasland jest zdania, że leukoderma, występująca nie samodzielnie może być tylko po plamistej wysypce, jeżeli zaś się znajdzie bezbarwna plama na miejscu byłej grudki, to w środku jej można zawsze zauważyć zlekka wklęsłą bliznę, a więc plamka ta nie jest właściwie tem, co oznaczamy mianem leukodermatos.

§ 6. **Syphilis tarda.** Dla zrozumienia istoty cierpienia w tym okresie rozpatrzmy następujące spostrzeżenia:

objawów, stanowiących niewątpliwą cechę trzeciego okresu przymiotu, inne choroby nie dają;

objawy trzeciego okresu widzimy tylko u tych, którzy ulegli kiedyś bezpośrednio wpływowi zarazka przymiotowego i prze-

byli pierwszy i drugi okres choroby, albo nabyli cierpienie to drogą dziedziczności;

wreszcie chorzy z objawami trzeciego okresu posiadają odporność na zarazek przymiotowy (nieliczne wyjątki mają swoje znaczenie). Zestawiwszy te trzy fakty, nieulegające obecnie najmniejszej wątpliwości, możemy wyprowadzić jeden tylko wniosek, mianowicie, że tak zwane objawy późne mogą zależeć tylko od infekcyi syfilitycznej, że stoją z nią w bezpośrednim związku i są przeto niczem innym, jak dalszym ciągiem tejże choroby, to jest są objawami przymiotu. (Dowodzenia antimerkuryalistów, że objawy późnego przymiotu są bezpośrednim skutkiem rtęci, a nie choroby, do usunięcia której lek ten był użyty, zostały stanowczo obalone, dziś—przeciwnie—wiemy, że największe odsetki chorych z objawami syphilidis tardaе dają ci właśnie, którzy poprzednio bardzo mało, albo wcale nie byli leczeni rtęcią).

Uznając to za fakt, nie łatwo jednak przejść milczeniem te rażące różnice, jakie spostrzegamy pomiędzy dwoma pierwszymi okresami przymiotu, a trzecim. Różnice te dawno już zwróciły na siebie uwagę światłych badaczy, pochodzenie ich wszakże dało się wytlómaczyć tylko w ostatnich czasach na zasadzie najnowszych wyników badań bakteryjologicznych, co też uczynił Finger. Autor ten na zasadzie faktów, że okres trzeci nie jest zjawiskiem koniecznym w następstwie zarażenia się przymiotem, a raczej wyjątkiem w przebiegu tego cierpienia, następnie, że chory w okresie tym traci zdolność udzielania choroby swej komubądź z otoczenia lub przelewania jej na potomstwo drogą dziedziczności, wreszcie, że objawy późne mogą być udziałem osobników, które nigdy przedtem nie przechodziły pierwszego ani drugiego okresu choroby, przyszedł do zupełnie słusznego wniosku; że w powstawaniu ich nie może przyjmować bezpośredniego udziału specyficzny zarazek resp. jakiś przypuszczalny zarazek przymiotowy, tylko produkty jego procesów życiowych—syphilotoksyny. Na potwierdzenie przypuszczeń swych autor przytacza zaraz jeszcze dwa spostrzeżenia, a mianowicie możliwość nowej infekcyi przy istniejących jeszcze objawach syphilidis tardaе, co dowodzi zupełnego zniknięcia zarazka z ustroju, oraz specyficzne działanie na te objawy jodu, który się okazuje zupełnie bezskutecznym tam, gdzie mamy do czynienia niewątpliwie z samą istotą chorobotwórczą, jak np. w owrzodzeniu pierwotnym.

Co się tyczy istoty cierpienia, to rzecz całą przedstawiamy sobie w sposób następujący: zarazek dostawszy się do ustroju, rozwija się tam i rozmnaża, przenikając cały ustrój nie jako rozdzielną wszakże jego cząstką, a raczej jako domieszka mechaniczna. Przy tem rozmnażaniu się zużywa stopniowo glebę, czyli pierwiastki niezbędne dla swego istnienia, co pociąga za sobą to, że sam wreszcie ginie. Przez cały ten czas produkty jego życia—toksyny, wchodzące w ścisły związek z komórkami ustro-

ju, wpływają na nie nie jako domieszka mechaniczna; ale jako czynnik, zmieniający samą istotę komórki, jej biochemiczne własności, słowem—czynią z niej komórkę patologiczną.

Stopień zmian zależy od jadowitości toksyn, długości okresu ich działania, oraz większej lub mniejszej podatności ustroju; od stopnia zaś zmian zależy przyszłość nie tylko macierzystej komórki, ale i następnych jej pokoleń: zmiany te raz mogą dosięgać takiego stopnia nasilenia, że stają się widocznymi dla naszego oka, lub nawet przyprawiają komórkę o śmierć, to znowu są tak nieznaczne, że w sprzyjających warunkach komórka pozbywa się ich, wraca do stanu poprzedniego, czego zewnętrznym objawem będzie utrata przez ustój odporności (8).

Mając takie pojęcie o istocie przymiotu, rozpatrzmy główniejsze zjawiska, towarzyszące mu w trzecim okresie, zrobiwszy zastrzeżenie — wobec tego pojęcia zupełnie zresztą zrozumiałe — że do okresu pomienionego zaliczamy w tym razie cały czas od chwili stałego zniknięcia objawów, zależnych od obecności specyficznego pasorzyta, aż do utraty przez ustrój odporności.

Objawy przymiotu późnego są zjawiskiem względnie rzadkiem (9) i w przeważnej większości bywają tam, gdzie choroba w pierwszych jej okresach mało lub wcale nie była leczoną. Wiemy, że wykwyty przymiotowe, znikając względnie prędko i łatwo pod wpływem rtęci, bez niej zostają bez zmiany przez całe nieraz tygodnie, a w takim razie liczne i długotrwałe ogniska czynnych pasorzytów produkują ogromne ilości specyficznych toksyn, które do takiego stopnia zmieniają biochemiczne własności komórek, że te pod wpływem jakichbądź ubocznych a niekorzystnych dla ustroju bodźców ulegają dalszym zmianom lub wreszcie śmierci. Dalsze te zmiany, nosząc na sobie specyficzne cechy, dosięgają takiego stopnia nasilenia, że stają się już widocznymi dla naszego oka. Że zaś wszelkie przejawy wczesnego przymiotu są obecnie o tyle wystudjowane, że rozpoznanie ich wyjątkowo tylko natrafia na trudności, a pojęcie o ważności samego cierpienia, szeroko wśród ogółu jest rozpowszechnione, rzadko się przeto zdarza, żeby chory zostawał bez leczenia, co pociąga za sobą i rzadkość objawów późnych. Rtęć, zabijając samą istotę chorobotwórczą, ogranicza okres jej czynnego życia, a więc i produkcji syfilotoksyn do najmniejszych rozmiarów, wskutek czego zmiany w komórkach są nieznaczne i trzeba wpływu głęboko sięgających bodźców (alcoholismus chr., tuberculosis, intermittens, diabetes, scorbutus, morbus Brightii i in.), żeby zmiany te stały się widocznymi, a dla komórki zgubnymi.

Co się tyczy poglądu, że każdy oddzielny objaw późnego okresu zawdzięcza powstanie swe wznowionej czynności istoty chorobotwórczej, która przez czas jakiś była jakby w uspieniu, to można zarzucić, że w takim razie moglibyśmy spotykać objawy trzeciego okresu tylko w tych miejscach, w których mieliśmy



je w drugim, a temu zaprzecza rzeczywistość. Być może, że takie następstwo zdarza się dosyć często, co zresztą jest zupełnie zrozumiałem, gdyż komórki, leżące bliżej ogniska produkującego toksyny, mogą uleść większym zmianom, a co zatem idzie mogą przedstawiać *locus minoris resistentiae*, to wszakże nie wyklucza możliwości, żeby u tego samego chorego w drugim okresie przeważały objawy ze strony skóry, a w trzecim ze strony nerwów lub tętnic. Umiejscowienie przejawów późnego okresu przymiotu zależy nie tylko od stopnia zmian, jakie w pewnym miejscu zaszły, ale i od rodzaju później działającego bodźca. Jeżeli bodźcem tym będzie czynnik, działający jednakowo na wszystkie tkanki w ustroju, wtedy możemy się spodziewać, że objawy dwóch okresów łatwiej się spotkają w jednym miejscu, jeżeli zaś wpływom tego bodźca ulega przeważnie jeden system tkanek, lub jeden organ, wtedy prędzej się tam znajdą i objawy przymiotu; dla przykładu wspomniemy tu o przewlekłym zatruciu wysokiem, lub dziedzicznym usposobieniu do cierpień systemu nerwowego.

Mówiliśmy już nieco wyżej, że przymiot w trzecim okresie swego przebiegu przestaje być zaraźliwym i traci własność przechodzenia na potomstwo drogą dziedziczności. Fakty te, oparte przeważnie na spostrzeżeniach klinicznych, a w mniejszym stopniu na eksperymencie, znajdują zaprzeczenie ze strony niektórych badaczy, musimy więc tej sprawie słów kilka poświęcić. Produkty wydzielnicze objawów drugiego okresu są zawsze zaszczepialne, zawsze zaraźliwe; zaraźliwość więc leży w ich istocie, jest nierozdzielną ich własnością, jeżeli przeto objawy trzeciego okresu mogą być zaraźliwymi tylko czasem i rzadko nawet (z czem się zgadzają przeciwnicy wygłoszonych powyżej zasad) w takim razie zaraźliwość ich możemy uważać tylko za przypadkową, a więc niezależną od istoty samego objawu. Klinika nas poucza, że objawy drugiego i trzeciego okresu mogą istnieć współcześnie, następnie, że pomimo niewątpliwej obecności istoty chorobotwórczej w ustroju, odpowiednich objawów nieraz wcale nie widzimy (okres wylegania), a czyż w obec tego nie będzie słusznem przypuszczenie, że wydzielina z jakiegobądź tworów późnego okresu może być zaraźliwą tylko w takim razie i dla tego, że mieliśmy w niej domieszkę samego zarazka; zdarzyć się to może, ale prawdopodobnie tylko w początkach trzeciego okresu i to tylko w takim razie, jeżeli objawy jego zewnętrzne wystąpiły bezpośrednio lub wkrótce po drugim, kiedy w ustroju mogły się jeszcze znaleźć resztki pasorzyta.

Ten sam sposób rozumowania możemy zastosować i w kwestyi dziedziczności przymiotu od rodziców, dotkniętych syfilide tarda z identycznym wnioskiem t. j. przyjąć do przekonania, że okres trzeci, w ścisłym tego słowa znaczeniu, własności, o których mowa, nie posiada.

Identyczność zmian anatomo-patologicznych przy objawach wszystkich okresów przymiotu dowodzi, że dla wywołania ich nie jest niezbędną obecność specyficznego pasorzyta, czyli innymi słowy, że dostrzegalne pod mikroskopem zmiany na miejscach wykwitów we wczesnych okresach również zawdzięczają swe powstanie w znacznej przynajmniej mierze syfilotoksynom, gdy pasorzyt gra rolę tylko podrzędną. Jeżeli przypuszczenie to jest słusznem, w takim razie specyficzne drobnoustroje w przymiocie możemy zaliczyć (podług klasyfikacji Briger'a) do grupy mikroorganizmów trujących (toxische), a nie zakaźnych (infectiöse).

Ażeby nie być źle zrozumianym, jeszcze raz powtarzam w streszczeniu, jakie mam wyobrażenie o istocie późnego przymiotu: Syphilis tarda, jako oddzielna postać chorobowa właściwie nie istnieje, jest to tylko pewien stan chorobowy komórek, zaszły pod wpływem specyficznych toksyn. Komórki zmienione w ten sposób w mniejszym lub większym stopniu w swych biochemicznych własnościach przedstawiają locus minoris resistentiae, skutkiem czego pod wpływem jakichbądź niekorzystnych bodźców ulegają dalszym zmianom, lub nawet giną, dając nam pojedyncze objawy t. z. trzeciego okresu. Jednym z bodźców takich może być wielką ilość samych toksyn specyficznych.

(8) Czem właściwie jest s. tarda i od czego zależą objawy, spostrzegane w tym okresie choroby. Ricord przypuszczał, że S. tarda zależy od zmienionego już virus. Diday powiada, że s. tarda może być uważana za okres choroby chyba tylko w sensie chronologicznym, nigdy zaś patologicznym. Jullien jest zdania, że objawy trzeciego okresu nie są bezpośredniem następstwem działania specyficznego virus; Bäumlér, Hutchinson i inni widzą w nich cierpienie miejscowe, powstające wskutek zmian, wywołanych w tkankach jadem syfilitycznym. Mauriac powiada o przymiocie późnym: „*elle a fini par une diathèse apres avoir commencé par une intoxication*“, dodaje wszakże później: „*et cependant c'est bien toujours la syphilis*“. Co się tyczy objawów, to powstanie ich przypisuje Neumann dalszym zmianom pozostałych patologicznych komórek, a przypuszczenie swe opiera na badaniach mikroskopowych, które przekonały go, że np. w miejscu, gdzie przedtem była sclerosis, jeszcze po miesiącach i latach można znaleźć wysięk dokoła naczyń. Na istnienie pewnego związku pomiędzy umiejscowieniem pierwotnego owrzodzenia, a następnem powstaniem gummatu wskazuje również Humbert. W odpowiedzi na to mówi Neisser, że obecność patologicznie zmienionych komórek może wywołać w tych miejscach tylko mniejszą odporność, dla wywołania jednak objawów niezbędnem jest nowe podrażnienie, którem może być tylko

virus organisat. Co się tyczy poglądu Finger'a, przypisującego główną w tym względzie rolę produktem chemicznym, Neisser uważa to za rzecz niedowiedzianą, a Lang powiada, że byłoby bardzo *wdzięczną* rzeczą przypisywać działaniu toksyn pewne objawy, jak np. tabes, dementia, ale przy owrzodzeniach pełzających trzeba przyjąć, że powstały one pod wpływem pozostałych, chociaż co do swej natury i zmienionych, resztek contagium. Godną zaznaczenia jest jeszcze uwaga Klotz'a, że wszystkie owrzodzenia późnego okresu przymiotu z ostro ściętymi brzegami, prawidłowo niemal okrągłe, które bywają zwykle przyjmowane za rozpadnięte guzy (gummata), powstają wskutek ograniczonej zgorzeli skóry, wywołanej przez arteriitis obliterans.

(9) Podług obliczeń Profeta z przypadków przymiotu leczonych s. tarda bywa w 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Rollet podaje 5 — 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Haslund 9—10—12.4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Diday 10—12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Mauriac 10—15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Sigmund powiada, że jeżeli przymiot we wczesnych okresach nie bywa leczony, to w 30—40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przypadków przychodzi do wybuchu objawów trzeciego okresu. Vajda podaje statystykę dla Wiednia z siedmiu lat (1870—1877): na 9,737 dotkniętych przymiotem, a leczonych w szpitalu, 632 było z s. tarda; 62<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wypadków zostawało przedtem bez leczenia.

(D. c. n.)

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

---

#### 265. J. MÜLLER. O gamofagii, przyczynek do teoryi zapłodnienia i dziedziczenia.

Teoryja zapłodnienia i dziedziczenia zyskała w ostatnim dziesiątku lat mnóstwo nowych faktów, a choć na tem polu nie wszystkie jeszcze zagadki zostały wyjaśnione, to przecie postęp, głównie dzięki pracom Weismann'a, jest olbrzymi. Jego ostatnie i największe dzieło *Amphimixis*, czyli „zmieszanie osobników“, może być uważane za tymczasowe zakończenie nowej nauki. Sam Weismann określa tę naukę jako „równoznaczność komórek zapłodniających męskich i żeńskich“. Teoryja jego daje się pokrótce zawrzeć w słowach następujących: Podstawa zapłodnienia nie polega na przyjmowanem dawniej „działaniu ożywczem“ ciała nasiennego na jajko lub na połączeniu sił przeciwnych, lecz właśnie na zjednoczeniu dwóch dążeń rozrodczych,

na zmieszaniu cech dwóch indywidualności. Obie komórki zarodkowe, łączące się podczas zapłodnienia, są co do swej istoty *równoznaczne*. Najlepszym potwierdzeniem tej teorii, zwanej *amphimixis*, jest doświadczenie Boveri'ego, mianowicie osiągnięte zjednoczenie dwóch zarodków męskich, t. j. dwóch jąder nasien-nych. Drugi, z tamtego wynikający wniosek naukowy nowej teorii zapłodnienia, może być również poczytywany za nową zdobycz naszych wiadomości. Jest on następujący: ze względu na to, iż istota zapłodnienia nie polega na tem, że przez nie powstaje nowe, jeszcze nie istniejące poprzednio życie, lecz na tem, że dwa już istniejące zarodki żywe jednoczą wspólne swe własności; ponieważ dalej, początek nowego życia nie przypada dopiero na chwilę zapłodnienia, lecz (jak to było zrozumiałem przy dziewicoródstwie) musi być odniesionym do chwili o wiele wcześniejszej, mianowicie do czasu wytwarzania się obudwu zarodków w ustroju ojcowskim i matczynym; ponieważ tedy, krótko mówiąc, istotą generacyi i jej pierwszym początkiem nie bywa *mieszanie* się zarodków, lecz *wytwarzanie* ich; przeto wynika, iż każdy z obudwu zarodków jest sam przez się w stanie dać początek z siebie nowemu organizmowi. Tym sposobem, przez zapłodnienie, czyli przez połączenie obu substancyj zarodkowych, musi nastąpić *zdwojenie* nowej właściwości nowej istoty żywej, z tego zaś wynika, iż w jakiś sposób musi nastąpić redukcya summy obu substancyj zarodkowych na połowę i wydalanie połowy wszystkich właściwości dziedzicznych. Pogląd ten, osiągnięty dedukcyjnie, o zdwojeniu wrodzonych własności przez zapłodnienie i o konieczności redukcji kompensacyjnej, w obec tego, że każdy z zarodków usiłuje wyrosnąć do pełnego rozwoju swego gatunku, pogląd ten znajduje najzupełniejsze potwierdzenie w faktach codziennego doświadczenia. Widzimy dzieci z narządami i własnościami, przypominającemi wyłącznie ojca lub wyłącznie tylko matkę. Przyjąć tedy należy, iż w każdym z obudwu zarodków spoczywają zaczątki wszystkich narządów, czyli podwójna ich ilość, z czego wypływa konieczność ich redukcji do połowy. To konieczne wydalanie czyli redukcya nie wynosi naturalnie w każdym pojedynczym przypadku bezwzględnie połowy każdej ze stron. Ponieważ dziedziczenie po jednej z zapładniających bywa często o wiele większem, niż po drugiej, więc tem samem zostają wydalane nierówne części obu zarodków. Wszelako obie te pozostałości, choć nierówne, muszą dopełnić się wzajemnie w jedną całość. Nie summa obu połów zarodkowych zostaje wydalana, lecz połowa obu summ, co nie zawsze bywa identycznym.

Gdzie, kiedy i w jaki sposób odbywa się owa redukcya na połowę? Wedle teorii Weismann'a, każda z obu komórek zarodkowych wydała połowę swej substancji czynnej, a tem samem połowę swych dążności dziedzicznych, jeszcze przed ich

wzajemnem połączeniem się podczas aktu zapłodnienia, czyli przygotowawczo.

Obie, zredukowane do połowy substancyje zarodkowe, znajdują znow następnie, w samym akcie zapłodnienia, konieczne dopełnienie w jedną całość.

Przeciw temu pogładowi jednak Müller stawia pewne zarzuty. Wszakże często nie widzujemy u potomków wcale zjednoczenia obu połów odziedziczonych właściwości. Również brakuje stałego stosunku obu zjednoczonych części. Znajdujemy mieszaniny 7 i 3, 8 i 2 i t. d., aż do wyłącznej prawie obecności jednego tylko dążenia. Ażeby jednak nowe tak nierówne, po redukcji pozostałe części mogły przez zapłodnienie znow w jedną całość się złączyć, musiałyby one podczas redukcji tak harmonijnie być rozdzielone, ażeby jednemu zarodkowi, zredukowanemu np. do  $\frac{1}{3}$ , odpowiedział drugi zarodek z  $\frac{2}{3}$ , co byłoby zgoła niemożliwem. Wynika stąd, iż *przed* zapłodnieniem redukcja owa *nie* następuje, czyli że odbywa się ona *po* tym akcie. Z drugiej strony wiadomo, iż po nastąpieniu zapłodnienia nie zostaje już więcej wydaloną z jajka żadna substacja. Tym sposobem zbyt duża połowa substancji zarodkowej musi pozostać w jaj zapłodnionem, Jak rozstrzygnąć tę sprzeczność? Otóż to stanowi właśnie myśl Müller'a.

Każde dwa homologiczne zaczątki narządów wchodzą z sobą wzajemnie w bezpośrednie zetknięcie i w stosunki przemiany materji; po dokonaniem zapłodnienia czyli złączeniu się jądra nasiennego z jajkiem odbywa się współzawodnictwo o pożywienie, które mieści się przecie dla obu w przypadającej na nich biernej, plazmatycznej części substancji komórki zarodkowej. Następuje tedy *walka o byt*. W walce tej zwycięża pierwiastek silniejszy, jego rozwój postępuje naprzód, narzuca on nowej istocie piętno swej dążności dziedzicznej. Słabszy zaś pierwiastek pozostaje w tyle, będąc pokonanym w walce o byt, we współzawodnictwie o pożywienie; jego dalszy rozwój zostaje powstrzymany, jego siła życiowa musi zaniknąć. Wtedy schodzi on do biernej roli pierwiastków plazmatycznych jaja, staje się prosto materją do rozrostu i odżywiania się drugiego pierwiastku homologicznego. Tą drogą budowa jego i dążność wytwórcza musi zagać, zostaje on wchłonięty przez swego przeciwnika jako zwykły materją odżywczy. Tę to właśnie sprawę nazywa Müller *gamofagią*, albo też *gamomachią*. Myśl zasadnicza nie jest zupełnie nową, gdyż i łączenie się pierwotniaków (*protozoa*) uważa się od dawna za pewien rodzaj kanibalizmu. Jednakże Müller ma co innego na myśli. Przypuszczana przezeń gamofagia, pochłanianie jednego elementu zarodkowego przez homologiczny pierwiastek strony drugiej, nie przypomina walk zwierząt wyższych, nawet nie przypomina walk ameb lub fagocytów, chwytających swą zdobycz zapomocą pseudopodi (wyrostków) i wciągających ją

do swego wnętrza. Raczej wystarczy tu przypuszczenie, iż jeden z pierwiastków zostaje w tyle w walce o pożywienie, życiowość swą traci, składniki jego ulegają rozpadowi, jak to bywa przy każdym ustaniu życia samodzielnego; że tym sposobem zostaje on wcielony do masy biernych, plazmatycznych substancyj jajka, wraz z którymi bywa spożytkowany przez pierwiastek zwycięzki. Gamofagia nie jest przeto identyczną z gamomachią, lecz następuje dopiero wtedy, skoro ostatnia zakończoną została.

Dla prawidłowej funkcji niektórych narządów jest ważnem, a nawet koniecznem, ażeby one nie rozpoczynały życia w mieszanych formach owych dążeń dziedzicznych, ojczystych i matczynych, lecz ażeby budowa ich odbywała się wedle jednolitego planu. Istnieją np. ściśle stosunki czynnościowe pomiędzy refrakcją soczewki a budową muskulatury akomodacyjnej, pomiędzy wielkością zastawek przedsionkowo-komórkowych a mięśniami brodawkowemi serca, pomiędzy sprawnością komórki prawej a objętością małego krążenia i t. p. Otóż stosunki te wymagają, aby współdziałające narządy zbudowane zostały wedle jednostajnego planu. Przyjęcie gamofagii zatem pozwala wyprowadzić drugi jeszcze wniosek, który brzmi: Istnieje pewne odrębne urządzenie, nabyta i celowa modyfikacja sprawy rozwoju i dziedziczenia, która powoduje, iż niektóre zaczątki narządów powstają z walki pierwiastków homologicznych czyli z gamofagii, *jedynie jako całość*, a nie jako postać mieszana. Los wszystkich pierwotnych elementów owych narządów jest zawsze ten sam: zwyciężają one razem lub też giną razem. Narządy takie Müller nazywa zjednoczonymi lub połączonymi (*ligierte* albo *vinkeilierte*). Może się wprawdzie wydawać, jakoby przytoczone przykłady dla przyjęcia takiego szczególnego urządzenia nie były dość przekonujące; że to ostatnie byłoby pożytecznem, lecz nieodzownem. Albowiem przez przystosowanie się jednej części do drugiej dąby się ten sam cel osiągnąć na drodze daleko prostszej. Istnieje wszelako jeden narząd, wobec którego przyjęcie zjednoczenia (*Ligierung*) staje się koniecznem, a tym jest narząd płciowy wszelkich rozdzielonych płciowo osobników. Nie występuje on nigdy (za wyjątkiem potworności) jako forma mieszana. Że mimo współdziałania obu płci w akcie płodzenia, tylko jedno z nich przenosi płeć swą na potomka, jest to zjawisko niezmiernie dziwne, które jednak popiera wygłoszoną tu teorię.

Do postawionej tezy o narządach zjednoczonych przyłącza się jeszcze pewne bliższe określenie, mianowicie: że pierwiastek pochodzący od jednej ze stron nie koniecznie musi pokonywać pierwiastek pochodzący od drugiej, lecz że przez dołączanie się *dziedziczenia przeskakującego*, t. j. od bardziej oddalonych przodków, może mieć miejsce zmieszanie się obu pochodzeń (nie obu części rodzicielskich). Każdy atoli ustrój przejąć może od obu swych rodziców takie pierwiastki przeskakujące lub ukrytego

dziedziczenia i przenieść obadwa te rodzaje pierwiastków nieuszczuplone na swoich potomków. Przyjęcie takiego utajonego dziedziczenia prowadzi z konieczności do postawienia drugiego wniosku: Te części substancji zarodkowej, które są przenośnikami utajonych dążeń dziedzicznych, nie wpływają na sprawę gamofagii i tym sposobem unikają losu ogólnego, wszystkich pierwiastków substancji zarodkowej—być zwycięzcą lub zwyciężonym.

Rozebrane dotychczas dane o gamofagii posiadają znaczny stopień prawdopodobieństwa. Ale z teorii tej wypływa jeszcze szereg dalszych wniosków, nie dających się wprawdzie uzasadnić napewno, niemniej wszakże pozwalających wyświetlić niejedną stronę omawianego tematu i pobudzających do dalszych rozumowań. Jeśli przyjąć, iż celem gamofagii jest wskazanie walce o byt pomyślnego pola walki, użyć płodzenia dwupłciowego jako środka doboru (selekcyi), to da się wyjaśnić także, dla czego kojarzenie się pomiędzy bliskimi krewnymi prowadzi do zwyrodnienia potomstwa. Jasnym jest bowiem, że gamofagia między substancjami zarodkowymi zbyt bliskich krewnych, a zatem wzajemnie zbyt jednolitemi, nie może posiadać tego wpływu selektywnego, który bywa jej właściwym. Gamofagia objaśnia, być może dalej, dla czego akt kopulacyjny między osobnikami należącymi do oddalonych typów, różnorodnych gatunków, pozostać musi bezpłodnym. Być może, iż wielka odmiennosc obustronnych substancji zarodkowych utrudnia asymilowanie jednej przez drugą, czyni tu gamofagię sprawą zbyt trudną. Gamofagia wyjaśnia wreszcie małą płodność osobników i ras, żyjących w pomyślnych warunkach odżywiania. Jestto fakt często i napewno stwierdzony, że płodność zmniejsza się wobec obfitości pożywienia, gdy tymczasem niepomyślne warunki życia, przyczyniające się do śmierci licznych niedojrzałych osobników, sprowadzają większą płodność, która kompensuje owe straty. Należy uważać to jako rozumne urządzenie przyrody, skutkiem którego, mimo zmiennych warunków, zostaje utrzymana przy życiu mniej więcej stała liczba osobników danego gatunku. Dytychczas atoli nie udało się objaśnić tego uderzającego zjawiska. Być może, iż przyjęcie gamofagii i tu rzuci niejakie światło. Wszystkie komórki obficie odżywianego, nasyconego, będącego w równowadze azotowej organizmu posiadają zapewne mniejszą energię asymilacyjną, niż komórki niedostatecznie nasyconego ustroju.

Ta zmniejszona energia przenosi się również na komórki zarodkowe, *resp.* ich pierwiastki czynne. Z tego powodu będą one z mniejszą siłą dążyły do łączenia się, które to ostatnie stanowi przecie tylko prolog gamofagii, t. j. walki pierwiastków zarodkowych.

Być może, iż hipoteza gamofagii nie jest pod każdym względem bez zarzutu, iż niektóre wnioski mają jeszcze strony

ciemne; wszelako przyznać trzeba, iż jest ona nietylko wysoce zajmująca, ale dotychczas objaśnia w najprostszy sposób zawiłane sprawy w sferze zapłodnienia i dziedziczenia. *R.*

266. A. HERMANN. **O nowym sposobie leczenia kamicy nerkowej gliceryną.** (*Prager med. Wochenschrift* 1892. Nr. 47 i 48).

Oddawna już panuje przekonanie, że kwas moczowy rozpuszcza się w glicerynie, jak również i to, że wprowadzona do żołądka gliceryna bez zmiany przechodzi do moczu. Na tej zasadzie leczył H. gliceryną 14 chorych, którzy poprzednio mieli kolki nerkowe lub okazywali nadmiar kwasu moczowego. Dawał H. glicerynę w ilości 50—100 c. na raz. Po 2—3 godzinach występował zwykle ból w okolicy nerek (na podejrzanej stronie), po kilku zaś godzinach następnych (do 12) wychodził z moczem piasek i różnej wielkości konkrementy (od otręb do fasoli). Jednocześnie wydzielala się z moczem bardzo wielka ilość śluzu, znacznie przewyższającą ilość, jaka wydzielac się zwykła po zażyciu gliceryny u osób nie dotkniętych niezłym dróg moczowych. W celu wyjaśnienia tego zjawiska przedsięwziął H. różne doświadczenia, których wyniki są następujące: większa część przyjętej per os gliceryny wydziela się z moczem w ciągu następujących 20 godzin bez zmiany, przyczem i mocz nie ulega żadnym zmianom, ani co do jakości składników, ani co do ich ilości, staje się tylko wyraźnie lepkiem. Piasek i małe złogi rozpuszczają się w glicerynie nawet przy ciepłocie wrzenia zaledwie w minimalnych ilościach; gliceryna zastosowana bezpośrednio na moczowody skurczów ich muskulatury nie sprowadza. Przy otruciu zwierząt gliceryną per os dają się spostrzegać objawy zupełnie podobne do tych, jakie występują po wlaniu do żył nasyconego roztworu soli kuchennej. Z tych to powodów sądzi H., że wyżej wspomniane działanie gliceryny powstaje prawdopodobnie na drodze czysto fizycznej, mianowicie, że gliceryna, dostawszy się do krwi, odciąga od tkanek wielkie ilości wody, wypływającej nerki. Złogi śluzowe, jakie zalegają drogi moczowe, w skutek utraty wody ulegają skurczeniu, przez to i rozluźnieniu. Lepki zaś w skutek zawartości gliceryny mocz ułatwia im, jak również piaskowi i złogom moczanów, wyjście na zewnątrz.

*B. Dzierżawski.*

267. OSKAR BESCHORNER. **O przewlekłym, pierwotnym, włóknikowym niezycie oskrzeli.** (*Bronchialcroup, odczyt wygłoszony w Tow. Przyrodniczo - Lekarskim w Dreźnie*). *Samlung klin. Vortr.* Nr. 73, stron. 32.

Przypadki włóknikowngo niezyltu oskrzeli zdarzają się tak rzadko, że, zdaniem autora, każdy lekarz, który natrafia na podobny przypadek, powinien go dać poznać szerszemu ogółowi lekarzy, tembardziej, że przyczyny pochodzenia tego cierpienia są



jeszcze dość ciemne. Pod nazwą pierwotnego, włóknikowego nieżyty oskrzeli rozumiemy dziś stan zapalny błony śluzowej oskrzeli, w którym ścięte produkty zapalne osiadają na błonie śluzowej, a następnie zostają wydalone na zewnątrz w postaci charakterystycznych ich rozgałęzień. Mówiąc o pierwotnym nieżycie oskrzeli, odróżnia go się od tych postaci, które występują w błonicy jamy noso-gardzielowej i zstępują dalej do krtani, tchawicy i oskrzeli, lub z drugiej strony, w zapaleniu krupowym płuc przechodzą na ostatnie rozgałęzienia oskrzeli z pęcherzyków płucnych. Pod postać pierwotną powinniśmy podciągać tylko takie przypadki, które spotykamy u osób poprzednio zupełnie zdrowych.

Cierpienie to znał już Galen, który wykrztuszone masy przyjmował za naczynia płucne. Autorzy późniejszych wieków opisywali również przypadki włóknikowego nieżyty oskrzeli. Nie wiadomo jednak, czy rozumieli pod tą nazwą właściwe cierpienie, gdyż wykrztuszane masy nazywali polipami mięsnymi, krwią skrzepniętą, polipami sercowymi, błoną śluzową oskrzeli z ich rozgałęzień. Dopiero w r. 1808 Cheyne uznał wykrztuszane błonki za wytwór zapalny błony śluzowej oskrzeli.

Najcharaktyczniejszym objawem tej choroby zarówno w postaci ostrej, jakoteż podostrawej i przewlekłej jest plwocina, w której znajdują się skrzepy w postaci gałązek. *W braku ich rozpoznanie jest niemożliwem przy najstaranniejszem nawet badaniu fizykalnem.* Skrzepy owe są wydalone w pierwszym tygodniu choroby i znikają po pewnym czasie, stosownie do postaci (ostrej lub przewlekłej).

Ostra postać występuje napadami, rozpoczynającymi się dreszczem, wysoką ciepłotą, dochodzącą do 40<sup>0</sup>, z silnie męczącym kaszlem, bólem, uczuciem ściskania w piersiach, potami i plwociną, zabarwioną krwią. Po kilku dniach duszność i sinica wzmagają się, siły chorego opuszczają; po nieznacznym krwotoku, najczęściej w nocy, następuje obfite wykrztuszenie plwociny, która zmieszana z wodą, przedstawia właśnie owe odlewy rozgałęzień oskrzeli. Po wydaleniu tych skrzepów następuje znaczna poprawa subiektywna, która jednak trwa czasami zaledwie kilka godzin, a czasami i parę dni, poczem napad się powtarza. Obfita ilość wydanych w czasie napadów skrzepów, może zatkać krtani i wywołać śmierć chorego przez uduszenie, co też ma miejsce w połowie przypadków. Dość często napady przybierają stopniowo coraz łżejszy charakter i kończą się wyzdrowieniem, albo też występują w większych odstępach czasu i mają przebieg coraz więcej łagodny. W ostatnim razie postać ostra przechodzi w przewlekłą.

Postać przewlekła rozpoczyna się jednak najczęściej jako taka; po lekkim zwyczajnym nieżycie oskrzeli bez dreszczy, gorączki i występuje w postaci napadu astmy, bólu w piersiach,

kaszlu z obfitą plwociną, zawierającą strzępki włókniaka. W tej postaci cierpienie to może trwać lata całe i prowadzić do rozedmy płuc i astmy.

W etyologii włóknikowego nieżytu oskrzeli, zebranej starannie przez rozmaitych autorów, nie mamy żadnego punktu, który możnaby było przyjąć za ogólne prawidło. Wiadomo tylko, że mężczyźni podlegają częściej temu cierpieniu, niż kobiety; dzieci do 15-go roku życia zapadają najczęściej i to na postać ostrą. Zaznaczano często przypadki tej choroby u kilku członków tej samej rodziny. Najwięcej sprzyjającą jej porą jest wiosna. Zaziębienie ma podobno pewien wpływ. Zdaniem wielu autorów, gruźlica odgrywa niepoślednią rolę w etyologii włóknikowego nieżytu oskrzeli. Autor niezupełnie się z tym poglądem zgadza i przypuszcza, że gruźlica, w skutek swego niezmiernego rozprzestrzenienia, może i tutaj być częstym powikłaniem. Inne konstytucyjne cierpienia, jak przymiot, zołzy, krzywica, alkoholizm i t. p. wpływają tu tylko o tyle, że, osłabiając nastrój, zmniejszają jego odporność.

W wielu przypadkach ostrych zwracano uwagę na zarazek błonicowy i całą chorobę przyjmowano za niezwykle umiejscowienie błonicy; badania jednak doświadczalne tego nie dowiodły; być może że przyczyny natury chemicznej i termicznej grają w tej sprawie pewną rolę.

Niema też zgody co do pochodzenia samych skrzepów w oskrzelach. Jedni twierdzą, że powstają one dzięki przesiąkaniu składników krwi, inni uważają je za niezwykle zmieniony nabłonek błony śluzowej oskrzeli. W każdym razie autor nie uważa bynajmniej za rzecz pewną, że wykrztuszane przez chorych skrzepy są włóknikiem. Przynajmniej dokładne badanie mas, wykrztuszonych przez pacjenta autora, dokonane przez prof. Neelsen'a, nie wykazało w nich włókniaka zupełnie. Składały się one po prostu z mocno zgęszczonego śluzu. Zachodzi więc tu, do pewnego stopnia analogija z tem, co widzimy w kiszkach; i tam nalot na kiszkach nie jest błoną wrzekomą, tylko zgęszczonym śluzem.

Zmiany anatomiczne w samych oskrzelach są wspólne z ogólnie dla spraw zapalnych właściwemi.

Leczenie winno mieć na względzie wypełnienie kilku zadań. Należy wpłynąć na obluźnienie skrzepu, zapobiedz dalszemu tworzeniu się, usunąć nieżyt oskrzeli i rozmaite powikłania oraz poprawić ogólny stan chorego. Pierwszemu czynią zadość wzwiewania, choć ze względu na trudność przedostania się płynu do zatkniętych oskrzeli, zdania o ich wartości są sprzeczne. Pomimo to, ten sposób leczenia utrzymuje się do dziś dnia. Stosowano w tam celu wodę wapienną, kwas mleczny, papayotyne, wdechanie pary rozrzedzonego powietrza; emetyk, jodek potasu

i t. p. Sam niezyt oskrzeli leczymy według ogólnych prawideł. To samo odnosi się do poprawienia stanu ogólnego chorego,  
*Justyna Salberg.*

268. Dr. VOLLAND. Droga, którą gruźlica dostaje się do wierzchołków płucnych. Niezbędność zakładania szkół dla wychowawczyń dzieci w celu zapobiegania szerzeniu się zarazy. (*Ueber den Weg d. Tuberculose zu d. Lungenspitzen u. über d. Nothwendigkeit der Errichtung von Kinder-Pfegerinnenschulen zur Verhütung der Infektion. Zeitschrift. Kl. Med. 237—II.*)

Obecny stan leczenia gruźlicy płuc i brak w tym kierunku jakichkolwiek lepszych widoków tembardziej zwraca uwagę ku zapobieganiu gruźlicy. Nasuwa się tedy przedewszystkiem pytanie, jakim sposobem jad gruźlicy przenika do ustroju ludzkiego i jaką drogą dochodzi do wierzchołków płucnych. Autor krytykuje tu poszukiwania Cornet'a nad obecnością laseczników gruźliczych w pyłe sal szpitalnych i wyciągane ztąd wnioski, o zarażaniu się gruźlicą przez przewód oddechowy. Jest on przeciwnikiem tej możliwości zarażenia, która zdarza się chyba wyjątkowo. Jak wiadomo, wierzchołki płuc w akcji oddechu resp. wdechu, przyjmują najslabszy udział. Prąd powietrza kierujący się ku nim jest mniej silnym, niż ku częściom średnim i dolnym płuc. Te ostatnie powinnyby, w razie gdyby rzeczywiście gruźlica szerzyła się przez wdechanie, przedstawiać częściej pierwotne ogniska gruźlicze, niż wierzchołki, czego nie ma w rzeczywistości. Laseczniki gruźlicze nie są lotne i nie unoszą się łatwo z kurzem w górę. Przeciwnie pozostają one na ziemi, podłódze i szkodzą też więcej zwierzętom. Te ostatnie (zwłaszcza krowy, konie) wskutek swej budowy są więcej narażone na tak zwaną wdechową-inhalacyjną-gruźlicę, z powodu, iż pokarm swój podnoszą z ziemi, i przytem przez ciągle parskanie i rozrzucanie wprowadzają go w stan rozdrobnienia, w którym łatwiej się unosi w powietrzu. Znalezione np., że w okolicach, gdzie jest dużo bydła chorego na perlicę i ludzka gruźlica zdarza się częściej. Autor przypuszcza, że przyczyną tego jest właśnie większa częstość gruźlicy u ludzi, a nie odwrotnie, jak ogólnie przypuszczają. Zwierzęta niewątpliwie zarażają się od ludzi, wyrzucających wszędzie (w oborach, na siano) swą plwocinę. Autor sądzi, że podawanie zwierzętom siana, słomy etc. zlekką zwilżonego, chroniłoby je on gruźlicy i innych chorób płucnych. W oborach, gdzie bydło ginie na perlicę, należy dobrze baczyć na stan płuc obsługi.

Przypuszczenie, że u ludzi gruźlica szerzy się przez wzięwanie nie znajduje dosyć podstaw, głównie zaś nie może się ostać wobec niemożności wykazania laseczników gruźliczych w powietrzu. Z ziemi, głównego siedliska zarazków gruźliczych, dostają się one do ustroju ludzkiego w okresie bardzo wczesnym

życia, -mianowicie w porze pełzania, i wywołują wtedy obraz chorobowy noszący nazwę zołzów (scrophulosis). Zołzy u ssawców zdarzają się wyjątkowo, głównie zaś spotykamy je w drugim roku życia, kiedy dziecię pełza na czworakach i ma sposobność stykania się z plwociną suchotników. Tożsamość zołzów i gruźlicy została dowiedziona przez szkołę Koch'a. Laseczniki znajdując się w gruczołach dzieci skrofalicznych w stanie utajenia, bier nym — w chwili jednak danej (dispositione acquisita)—przechodzą w stan czynny.

Autor badał 108 suchotników i u 101 znalazł gruczoły na szyi powiększone, twarde, jako ślady przebytych zołzów. Z drugiej strony badanie młodzieży szkolnej w niektórych kantonach Szwajcaryi (2,500 osób) wykazało nadzwyczajną częstość zołzów. W wieku od 7—9 lat u 96,6 na 100, w wieku od 13—15 lat 84,0, wreszcie w latach od 19—24 68,3 na sto.

Cyfrы te wykazują, że zakażenie zołzowe nabywane zostaje przed epoką szkoły i że szkoła mu nie sprzyja.

Zapewne, że nie wszystkie powiększone gruczoły u zołzowatych zależą od zakażenia gruźlicą. Grają tu rolę przebyte zapalenia migdałów, dyfteryja, sprawy skórne etc. Tego pochodzenia obrzmienia gruczołów przechodzą jednak szybko, pozostające zaś bardzo można podejrzewać o gruźliczą naturę.

Samo zakażenie odbywa się, według autora, najpewniej w czasie żąbkowania, kiedy dziecię wydziela masy śliny z ust i nosa; śluz u kątów ust, u otworów nosowych wywołuje zaczerwienia, złuszczenia, słowem otwiera wrota dla wnikania drobnoustrojów, przenoszonych tu z ziemi przez brudne rączki. Tę samą rolę grają choroby skórne, wyprzenia, liszaje i t. p.

Możnaby, według autora, nazywać nie bez zasady zołzy i suchoty chorobami z niechlujstwa. Po krótszym lub dłuższym czasie wzmiankowane uszkodzenia powierzchni skóry goją się, przychodzą do zwykłego wyglądu—ale jad gruźliczy, zdolny do życia, pozostał w głębi. Możliwość dalszego rozwoju gruźlicy z tych źródeł zależy już od usposobienia.

W celu zabezpieczenia ludzkości od gruźlicy autor sądzi, że należałoby zwrócić w wychowywaniu młodego pokolenia uwagę na niebezpieczeństwo grożące ze strony wskazywanej przez niego. Dałoby się to osiągnąć przez instytucję odpowiednio wykształconych wychowawczyń, które mogłyby się uczyć w domach podrzutków, żłobkach i t. d., szkołę taką powinnyby ostatecznie przechodzić każda przyszła matka.

Wnioski autora: Obficie wydzielany z ust i nosa śluz dzieci żąbkujących należy nieustannie usuwać, aby zapobiedz obrażaniu skóry i błon śluzowych; każdy liszaj, wyprysk etc. należy pokrywać nieprzepuszczalnymi plastrami.

Baczyć, aby dziecię nigdy nie dotykało rączkami podłogi, ziemi, aby nie podnosiło nic z ziemi i nie kładło do ust. Przy

uczeniu się chodzić nie powinno dziecko pełzać po ziemi, ale należy je prowadzić lub dawać odpowiednie podpórki. Ręce dziecka powinny być często myte i należy wzbudzać w dziecku jak najwcześniej poczucie potrzeby czystości.

(Pogląd autora niezawodnie posiada pewną dozę racji. Droga wskazaną przezeń zapewne gruźlica może dostawać się i do wierzchołków płucnych, sądzimy jednak, że szersze znaczenie posiada ona niewątpliwie w tak zwanej chirurgicznej gruźlicy, gruźlicy kości i stawów. Porównaj też ref. z pracy Holsti w z. VII Kroniki r. b. Przyp. referenta). *O. Hewelke.*

269. WEINTRAUB. **Przypadek ropnego wysięku w opłucny pochodzenia durowego** (z kliniki strasburskiej prof. Naunyma. Berliner Klinische Wochenschrift 1893, 15).

Przez swój samodzielny pomyślny przebieg i wynik badania bakteryjologicznego następujący przypadek zasługuje na szczególną uwagę:

19-letni silnie zbudowany mężczyzna przybył do kliniki 4 lipca 1892 r. z objawami duru brzuszego. W 4-ym tygodniu choroby ustąpiła gorączka, lecz pomimo to chory wcale się nie poprawiał i od czasu do czasu gorączkował. Znalezione po lewej stronie klatki piersiowej z tyłu objawy wysięku opłucny, a próbne przekłucie wykryło obecność ropy. Badanie drobnowidzowe wykryło obok ciałek ropnych laseczniki durowe, które okazały się dla myszy silnie zabijającymi. Z przyczyny ogromnego upadku sił o interwencji chirurgicznej nie mogło być mowy. Po dwóch dniach wystąpiły objawy zapalenia otrzewny tak, że przypuszczano przerwanie się ropnia do jamy brzusznej. Pod wpływem 8-dniowego leczenia za pomocą makuwca stan chorego się poprawił. Ponieważ chory ciągle jeszcze gorączkował, 19 sierpnia zrobiono próbne przekłucie, które i tym razem dostarczyło ropy, a w niej badanie drobnowidzowe wykryło też same laseczniki durowe, tem się jednak różniące od pierwszy raz znalezionych, że ich siła zakaźna znacznie była mniejsza i otrzymane hodowle nie zabijały ani świnki morskiej, ani myszy. Oba więc razy przy próbnym przekłuciu znaleziono różne generacje tego samego lasecznika posiadające różną siłę trującą dla zwierząt. W dalszym przebiegu choroby szybko następowała poprawa w stanie ogólnym; chory przestał gorączkować, a stępienie w lewej stronie klatki piersiowej stopniowo się zmniejszało choć nie znikło. Próbne przekłucie wykonane 10 października nie wykazało nigdzie obecności ropy. Chory 17 października opuścił klinikę zdrów.

Przypadek opisany pod niejednym względem zasługuje na bliższą uwagę.

Przedewszystkiem wykrycie laseczników durowych w wysięku ropnym opłucny, który w przebiegu duru powstał, służy za nowy dowód faktu coraz mniej w ostatnich czasach zaprzeczanego, że lasecznik durowy należy do ropotwórczych bakterij

Dalej bakteryjologiczne badanie w powyższym przypadku pouczyło o zachowaniu się siły zakaźnej lasecznika durowego podczas jego przebywania w ustroju ludzkim. Przekonało ono, że bez udziału innego gatunku bakteryj, któreby przeszkodziło rozwojowi lasecznika durowego, tenże w ciągu  $2\frac{1}{2}$  tygodnia stracił chorobotwórczą siłę względem myszy i świnki morskiej.

Nakoniec przypadek powyższy zyskuje praktyczną doniosłość przez to, że wskazuje na trudności, jakie się nastęrczają przy ocenie wyników bakteryjologicznego badania wysięków opłucny pod względem rokowania. Pomimo obecności w wysięku ropnym opłucny laseczników durowych, posiadających znaczną chorobotwórczą siłę przynajmniej dla zwierząt, nastąpiło samowolne wessanie ropy. Czy przypisać to należy zmniejszeniu siły zakaźnej bakteryj, jakie po  $2\frac{1}{2}$  tygodniach nastąpiło, czy też uzyskaniu przez ustrój po przejściu duru pewnej odporności—pozostać musi niewyjaśnionem. W każdym razie powyżej przytoczone doświadczenia na zwierzętach pokazują, że pod wpływem pewnych dodatków nieokreślonych czynników może w ustroju ludzkim nastąpić zmiana własności chorobotwórczych bakteryj. Fakt ten należy uwzględnić, jeżeli się chce na mocy badania bakteryjologicznego wyrzec o rokowaniu i od tego badania czynić zależnem postępowanie lecznicze.

Z drugiej strony tak samo jak i przy wysięku ropnym, wywołanym przez pneumokoki, który często pomyślnie przebiega, zwyczajne przekłucie klatki piersiowej przez Netter'a zalecane nie zawsze wystarcza do wyleczenia, również wykrycie laseczników durowych nie pozwala na stanowcze wyrzeczenie o rokowaniu i oznaczeniu z góry w danym przypadku właściwego sposobu postępowania. Tylko kliniczny przebieg, natężenie i rozmiary cierpienia miejscowego i współudział ogólnego stanu są pod tym względem, jak to niedawno tak wyraźnie Levy<sup>1)</sup> zaznaczył, decydujące. Odnosi się to tak samo do wysięków ropnych jak i surowicznych, przy których również wystrzegać się należy przecenienia wyników badania bakteryjologicznego pod względem rokowania i leczenia. Od czasu spostrzeżeń Levego, który znajdował ropotwórcze bakteryje w wysiękach opłucny, które pomimo to uległy wessaniu i inni autorzy stwierdzili to samo. Autor też spostrzegał przypadek ostrego zapalenia opłucny, przy którym w wysięku znaleziono staphylococcus pyogenes albus, posiadający dla zwierząt znaczną siłę zakaźną, a pomimo to po pewnym czasie nastąpiło wessanie bez przejścia w ropienie.

Ani więc w orzeczeniu rokowania, ani też w wyborze metody leczniczej badanie bakteryjologiczne nie może być decydującem.

<sup>1)</sup> Bakteriologisches und klinisches über experimentale Path. tom 27, str. 369.

Że wysięki ropne, wywołane przez pneumokoki niekiedy i bez przekłucia klatki piersiowej przebiegają pomyślnie, jest faktem stwierdzonym, co może usprawiedliwia, że w niektórych przypadkach nie należy spieszyć z interwencją chirurgiczną. Spostrzeżenie autora, że i wysięk ropny, wywołany przez laseczniki durowe może samodzielnie uleść wessaniu przemawia za słusznością tego twierdzenia.

Nie mniej jednak tak przy wysięku ropnym po zapaleniu płuc jakoteż po durze kliniczny przebieg danego przypadku musi być bardziej uwzględniony dla rokowania aniżeli badanie bakteriologiczne, a operacja radykalna, której wysokie znaczenie lecznicze przy ropnych wysiękach opłucny powszechnie zostało uznanem i przy wysięku ropnym opłucny durowym jest wskazaną, gdy ciężkość stanu ogólnego tego wymaga.

Arnstein (Kutno).

270. L. GILLIARD. **Sprawy ropne i zgorzelinowe w cholercze.** (*Archives générales de Médecine, 1893 Nr. 5*).

Powikłania w cholercze najczęściej towarzyszą okresowi zdrowienia; w okresie zamartwiczym wskutek szybkiego rozwoju choroby nie mogą się rozwinąć. Ponieważ lasecznik przecinkowaty nie powoduje ropienia niezbędnym jest przeto udział innych drobnoustrojów swoistych. Podczas epidemii cholery w roku 1892 Roger opisał przypadek ropnicy wtórnej, którą postawił w związku z bacillus septicus putridus. Mills odnajdywał w płwocinie cholerycznego z następnem zapaleniem płuc włóknikowem obok laseczników Finckler-Prior'a i drobnoustrojów Fränckel'a laseczniki przecinkowate (pierwsza obserwacja).

W okresie odczynu szybkie powstawanie ognisk zapalnych w płucach z zejściem w ropienie, bynajmniej nie stanowi rzadkości. Biquet i Mignot obserwowali zapalenie ropne pęcherzyka żółciowego w okresie zamartwiczym. Autor opisuje zapalenie ropne narządu słuchowego podczas zdrowienia jako też i w acme cholery. Na *pośladkach* niejednokrotnie widziano ropnie, najczęściej spowodowane podskórnymi wstrzykiwaniami eteru i kofeiny, a także wlewaniem do żył z niedość ścisłą antysepsyką; ropnie, niewywołane powyższymi czynnikami, trafiały się zaledwie wyjątkowo. Odleżyny, jako następstwo dłuższego pozostawania chorego w jego wydzielinach, jakkolwiek dość często towarzyszą postaciom przewlekłym, nie dochodzą wszakże tak daleko, jak się to trafia np. w durze. Zgorzel kiszki i płuc (1 : 540) w cholercze trafia się rzadziej, niż zgorzel kończyn. Wszelkie uszkodzenie skóry może spowodować jej zgorzel. Tak np. Nouchet widział sprawę zgorzelinową po pijawkach za uszami a nawet po wcieraniu maści chloroformowej, wezykatoryjach i gorczyznikach.

Autor opisuje trzy śmiertelne przypadki zgorzeli skóry (z ro-

zedną), wywołanej iniekcją podskórną eteru i kofeiny, a także wlewaniem do wielkiej żyły biodrowej.

Opisywane powikłania w cholercie autor dzieli na: 1) zakażenia wtórne nie przewidziane i niczem nie dające się pokonać, i 2) zakażenia wtórne, wywołane zaniedbaniem przepisów higieny lub stosowaniem środków leczniczych nieodpowiednich; przytem należy szczerzyć całość skóry cierpiących na cholercę oraz starannie odkażać narzędzia. *M. Waskiewicz.*

## II. Chirurgija.

271. Dr. ALEKSANDER TIETZE. **Osteoplastyczne zakrycie defektów czaszkowych.** (*Archiv für Klinische Chirurgie. Tom 45, zeszyt II. 1893*).

O ile ogłoszona 1889 r. metoda Wagner'a czasowej rezekcyi czaszki szybko w chirurgii znalazła zastosowanie, o tyle jej pokrewna inna metoda König'a, mająca na celu pokrycie defektów w kości czaszkowej powstałych, małem u chirurgów cieszy się uznaniem. Przyczyną tego, że tak nieliczne ogłoszono rezultaty operacyj tą metodą dokonanych (oprócz jednego przypadku König'a, jednego Schönborn'a i jedn. Wolf'a) szukać w tem należy, że w ogóle wskazania do tej operacyi są stosunkowo znacznie rzadsze, niż do operacyi Wagner'a—służy ona bowiem wyłącznie do zakrycia większych defektów przez wyżarcie kości czaszkowych powstałych. Tietze opisuje dwa przypadki takich defektów, w których Mikulicz z najzupełniej pomysłnym rezultatem metodę König'a zastosował.

W pierwszym przypadku po skomplikowanem złamaniu kości czołowej powstał w lewej kości czołowej defekt owalny 5 ctm. długi, 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ctm. szeroki. Nad defektem obcięto płat skórny z podstawą w dół i odpreparowano; obok obcięto drugi taki sam z podstawą ku górze, tylko u podstawy składał się on ze skóry i okostny, a w pozostałej części w skład jego wchodziła i odlutowana corticalis i część diploë. Następnie oba płyty usunięto—kości połączone szczelnemi szwami. Zagojenie—bez drenowania.

W drugim przypadku chodziło o zakrycie defektu powstałego po operacyi raka w okolicy czołowej. Defekt w kości wielkości pięciomarkówki — na dnie jego pia mater — gdyż duram wskutek zajęcia rakowatego usunięto także. Zakryto go płatem kostnym wyciętym i wydłutowanym z sąsiedniej okolicy czołowej i ciemieniowej, w ten sposób corticalis ułożono wprost na pia, tak samo połączone kości kilku srebrnemi szwami u dołu i u góry kostnego szwu, tu zasunięto gazę jodoformową; zagojenie bez drenowania. Wysoka praktyczna wartość metody Köni-



g'a widoczną jest szczególnie w ostatnim przypadku: wygojenie per granulationem rany tak wielkiej, dno której tworzy pia mater, bez przykrycia kostnym płatem, musiałoby wywołać następczo cały szereg zjawisk nerwowych, wywołanych przez wciągnięcie do rany skórnej mózgowia. Osteoplastyka zupełnie usuwa możliwość podobnych komplikacyj.

Do artykułu dodano opis trzech przypadków, w których również z pomyślnym skutkiem tą metodą zasytyto defekty i w innych kościach, jeden w talus i dwa w tibia.

*R. Radziwiłłowicz.*

272. Dr. MIENHARD SCHMIDT (Cuxhaven). **Przewiercenie czaszki z następczym rozpoznawczym przekłóciem mózgowia.** (*Archiv für Klinische Chirurgie. Tom 45, zeszyt II. 1893*).

Wysoka wartość rozpoznawcza próbnego przekłócia przy ropniach w zamkniętych jamach, np. antrum Higmori\*), lub empyema pleurae—naprowadziła autora na myśl zastosowania analogicznego zabiegu i przy rozpoznaniu ropni w jamie czaszkowej, specjalnie w mózgowiu.

Do przewiercenia czaszki używa autor płaskiego świdera 1—3 mm. grubości, poruszanego korbą stalową. Ten rodzaj motoru ma działać najrówniej; działanie jego może być najlepiej kontrolowane; przy zachowaniu ostrożności nie ma niebezpieczeństwa przekroczenia tych granic, jakie są dla świdra przeznaczone, t. j. wśróbowania się w miąższ mózgu. Przez wywiercony w czaszce otwór wprowadza się igłę Pravaz'a długą, dokonywa punkcyi i, jeżeli okaże się obecność ropy w mózgowiu, usuwamy jej ognisko przez następczą trepanacyję. Zabieg ten leczniczy, zaproponowany pierwotnie przez Middeldorpf'a w 1856 r., do ropni mózgowia przez Maas'a w 1869 zalecony, obecnie postanowił wskrzesić Schmidt.

Zapewne posiada on pewną wartość praktyczną, opisany jednak przez autora przypadek, w którym punkcyję zastosowano, bynajmniej za nią nie przemawia. W przypadku tym—fractura convexitatis cranii z wylewem krwawym, który autor przyjął za ropień w mózgu, dokonał punkcyi powyższą metodą i ropy naturalnie nie znalazł.

Przy wierceniu dziury w czaszce wśrubował świder głębiej, niż pragnął w miąższ mózgowia, jak sam twierdzi, nie głębiej wprawdzie niż 2 mm. Po przeczytaniu wywodów autora czytelnik bardziej jest skłonny przyjąć myśl Bergmann'a, że „an der Zeit dürfte es sein die Explorationsnadel mit den Messer zu vertauschen“.

*R. Radziwiłłowicz.*

---

\*) Porównaj Z. 6 „Kroniki“ z r. b, str. 353—363 i str. 397 oraz 402.

273. Dr. DROBNIK. z Poznania. **Wycięcie trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego.** (*Archiv für klinische Chirurgie. Tom 45, zeszyt 2*).

Wycięcia trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego dokonano ogółem 24, a metod operacyjnych w tym zabiegu podano 6. Wszyscy chirurdzy starają się dążyć do foramen ovale najprostszą drogą, w ten sposób, że oznaczają na skórze projekcję foraminis ovalis i, rozdzielając kolejno warstwy tkanki, dochodzą do miejsca, w którym nerw czaszkę opuszcza. Metoda ta dokładnie opracowaną została przez Krönlein'a. Na innej zasadzie oparł swoją metodę Salcer. Ten od początku operacji bierze podstawę czaszki jako drogowskaz, wycina os zygomaticum, oddziela przy czep m. temporalis od crista temporal., na końcu w ten sposób uformowanego stożka ma foramen ovale—operacja bardzo niedogodna, gdyż otwór stożka w stosunku do jego długości jest bardzo mały.

Zupełnie inną drogę wybiera sobie Mikulicz. Ten odszukuje sobie odrazu na początku operacji gałęzie nerwu i po nich zdąża ku foramen ovale.

Metoda jego jest następująca: Cięcie skórne idzie w kierunku mięśnia sterno-cleido-mastoideus, aż do cornu major ossis hyoidei otacza półkołem kąt szczęki aż do wewnętrznego brzegu m. masseter i kończy się na  $1-1\frac{1}{2}$  ctm. nad brzegiem kości. Następnie zostają oddzielone części miękkie od kości szczękowej, szyjowa część parotis usunięta, wiąz idący od kąta szczęki do musc. sterno-cleido-mastoideus przecięty. Następuje częściowa rezekcja szczęki: okostna oddziela się od przedniego brzegu m. masseteris (razem z włóknami mięśnia) aż do ostatniego trzonowego zęba na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni szczęki. Pomiędzy ostatni ząb trzonowy i wstępującą gałąź kości szczękowej zakłada się piła łańcuskowa i przepiłowuje się kość szczękowa aż do połowy. Na jeden centymetr przed powyższem cięciem przepiłowuje się dolną połowę szczęki—obie linije łączy się ze sobą, przepiłowuje oddzielającą je przestrzeń w kierunku równoległym do brzegu szczęki a prostopadłym w stosunku do kierunku obu cięć poprzednich. Otrzymuje się w ten sposób łamaną linię przecięcia—przepiłowania, w ten sposób następcze zestawienie szczęki staje się łatwiejszem i rozejście się brzegów późniejsze ogromnie utrudnionem. Hakami kostnymi rozszerza się rozpiłowane części, odkrywa się w ten sposób nervus mandibularis. Tuż leży n. lingualis, który przebiega pod błoną śluzową u zębów trzonowych. Od tego miejsca, kierując się obu nerwami do foramen ovale dochodzi się na tępo. Na krótko przed połączeniem obu nerwów spotykamy chordam tympani. Musc. pterygoideus externus, który w tem miejscu ogromnie zmniejsza pole operacyjne, usuwa się na zewnątrz hakiem pomysłu Mikulicza. U samej podstawy czaszki spotykamy nerw auriculo-temporalis. Arteria maxillaris interna, która jedynie może być przy tej ope-

racyi raniona zostaje odciągnięta na zewnątrz pod osłonę pterygoideus exter. Metoda ta uwidocznia cały przebieg trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego—daje możność wycięcia jednej gałęzi bez przecinania innych. Oprócz tego blizna pozostała po operacyi mało szpeci, operacyja nie wywołuje żadnych poważniejszych przeszkód w życiu, nerw twarzowy pozostaje prawie nienaruszony.

Ponieważ przy tej metodzie możliwem jest utworzenie się resp., otworzenie komunikacyi pomiędzy raną a jamą ustną—należy ranę drenować resp. tamponować, a jamę ustną w wielkiej utrzymywać czystości.

Opisane dwa przypadki nerwobólu nerwu trójdzielnego (gałęź III) operowane na klinice w Krakowie i Królewcu, ilustrują metodę.  
R. Radziwiłłowicz.

274- HOWEL T. PERSKING. Epilepsyja Jacksona, kurcze lewego orbicularis palpebrarum rozchodzące się na lewą dłoń i ramię. Torbiel krwista poniżej ośrodka górnej części twarzy, przedrenowanie, wyzdrowienie. (*The Journal of Nervous and Mental Diseases edited by Ch. H. Brown. New-York August 1892.*)

W Kwietniu 1891 r., silny i zdrowy mężczyzna lat 27, otrzymał uderzenie kijem bilardowym w prawą stronę głowy; przytomności nie stracił, poczuł tylko osłabienie i zdrętwienie lewej połowy ciała. Nad ranem, po nocy spędzonej na stosunkach płciowych, (uderzenie otrzymał około 1-jej w nocy) nagły bezwład zupełny lewej kończyny górnej i nie zupełny dolnej, przytomności nie stracił, dzień cały był trochę oglupiały, mowę miał niewyraźną i utrudnioną. Po sześciu tygodniach ustąpił zupełnie bezwład nogi, a po 3-ch miesiącach i ręki. W końcu Lipca, tegoż roku, wystąpił nagle kurcz lewego orbicularis palpebrarum, znikł po kilku minutach. W tydzień później podobny napad, ale do skurczu orbicularis palpebrarum przyłączyło się i zdrętwienie lewej dłoni; w dziesięć dni potem napad powtórzył się. W drugiej połowie Sierpnia nowy napad, czwarty, ale już bardziej powikłany: do skurczu lewego orbicularis palpebrarum, który zawsze napad rozpoczynał, przyłączyły się inne zjawiska w porządku następującym: zdrętwienie lewej ręki, skurcze palców lewej dłoni (zgięcie w pięści),—skurcz całego ramienia (zgięcie w łokciu i addukcyja), skrzywienie głowy w lewo. W czasie napadu—uczucie jakby mu krew wytryskała z całego ciała, jakby go coś silnie chciało wykręcać w jedną stronę. Wrażenie to było ogromnie niepokojące i bardzo ciężkie. Napady zupełnie podobne do opisanego powtarzały się w przestankach 1—3-ch tygodni. Po każdym napadzie chory był oszołomiony, oglupiały i do wszelkiej pracy niezdolny. Przy badaniu oprócz niedowładu orbicularis palpebrarum i zygomatici z lewej strony, osłabienia pamięci i pewnego stopienia władz umysłowych, żadnych innych zmian nie znaleziono. Rozpoznano porażenie ośrodka górnej części twarzy (wylew krwawy) i operacyję uznano za wskazaną. Wzmian-

kowany ośrodek leży pomiędzy fissura Rolandi i sulcus praecentralis inferior. W tem też miejscu znaleziono torbiel krwistą, wypełnioną żółto brunatną cieczą, o kształcie cylindrycznym głębokości około 4-ch ctm., dążącą w kierunku meatus auditorius strony przeciwnej. Wobec niemożności usunięcia całej torbieli, w jej jamę wprowadzono sączek i nałożono opatrunek. Przebieg pooperacyjny niezły—niedowład m. m. zygomatici, nieznaczna pareza lewej ręki, ptosis lewej powieki, bóle głowy, ogólne zmęczenie, trochę gorączki. Wszystkie te zjawiska znikły dosyć szybko; po 22 dniach chory wyleczony szpital opuścił. Operacja była 18 Lutego; do 15 Lipca—data napisania artykułu—kurecze się nie powtórzyły.

Uderzenie kijem wywołało podrażnienie mózgu, zdrętwienie lewej połowy ciała; podczas spółkowania musiało nastąpić pęknięcie silnie nastrożonego naczynia, co spowodowało wylew krwawy.

Opisany przypadek jest klasycznym obrazem epilepsji Jackson'a. Porażone jest tylko centrum dla orbic, palpebratum i zygomatici; od kureczu tych mięśni rozpoczyna się napad—inne okolice ciała, wciągnięte zostają do napadu w tym następczym porządku, w jakim ich ośrodki ze sobą sąsiadują w korze mózgowej. Posiada on przytem wielką wartość rozpoznawczą, potwierdza w zupełności przypuszczenie Gowers'a, oparte na jednym przypadku, podanym przez Berkley'a z Baltimory. (Gowers. Diseases of the Nervous system Philadelphia 1888 pp. 460—461), że ośrodek dla mięśni orbicularis palpebrarum i zygomatici znajduje się w zwoju precentralnym naprzeciw sulcus frontalis inferior.

*R. Radziwiłłowicz.*

---

## WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

---

275. *Acne rosacea.* Cierpienie to, acz nie mające wielkiego znaczenia, przykre jednak dla chorych, nie daje się zbyt łatwo usunąć. Pr. Petrini, stosując bez powodzenia przeróżne sposoby leczenia poleca następujący, jako względnie najlepszy: miejsca czerwone należy przez trzy dni z rzędu smarować mieszaniną:

Resorcini 1.0

Ichthyoli 2.0

Collodii ricinat. 30.0.

Powstaje skorupka, która po 6—8 dniach zaczyna pękać i stopniowo odpada. Zabieg należy powtórzyć jeszcze kilkakrotnie, przyczem za każdym razem smarować przez trzy dni bez przerwy. Już po pierwszym zastosowaniu pomienionego środka daje się zauważyć poprawa, a po 2—3 tygodniach zupełne nieraz wyleczenie. Autor zwraca uwagę na to, żeby bezwarunkowo używać collodium ricina-

tum, te same bowiem leki w połączeniu np. z waseliną nie prowadzą bynajmniej do celu.

*Fr. G—yc.*

276. Comby obcuje przy zdaniu że krzywica nie jest chorobą dziedziczną, że ilekroć zdarzy się w jednej i tej samej rodzinie kilka przypadków tej choroby, ściśle przeprowadzone wywiady wykazują, że powtarzały się jedne i te same zboczenia w odżywianiu dzieci. *W. J.*

277. Ciekawe dane o podwyższającym ciepłotę ciała działaniu wyciągu z mięśni i moczu komunikuje Roger. Wyciąg z mięśni zarówno wodny, jak i alkoholowy, wprowadzony pod skórę zwierzęcia, podnosi jego temperaturę. Wyciąg z 10 gramów mięśni podnosi ciepłotę królika o 1—1,5 stopnia. Działanie to mięśni zwiększa się po śmierci zwierzęcia. Dzięki temu, wyciąg, przygotowany z mięśni zaraz po śmierci królika, działa słabiej, niż wyciąg z mięśni, wziętych w godzinę po jego śmierci. Ażeby jednak różnicę tę otrzymać, należy po śmierci królika, zostawić mięśnie w stanie spokoju. Przeciwnie, faradyzując je, własność ich wytwarzania większej ilości związków termogennych znosimy. Mocz ma również własność podnoszenia ciepłoty u zwierząt, podniesienie jednak ciepłoty zostaje przytem poprzedzone chwilowym jej spadkiem. Mocz, oddany w nocy, posiada własności termogenne największe. (Sem. méd. 1893).

*W. J.*

278. Van der Villingen zaleca ichtyol w przetokach odbytnicy. Zmoczony w tym leku pędzelek wprowadza do odbytnicy. W skutek skurczu zwieracza cała ilość leku rozprzestrzenia się po błonie śluzowej i wnika do najgłębszych załamów kiszki. Dla zupełnego wyzdrowienia 8—21 dniowe wprowadzania leku wystarcza.

*J. Z.*

279. Dr. Arslam w kilku przypadkach rozwolnień stosował prąd przerwany na ścianki brzuszne, aż do wyraźnego skurczu mięśni brzucha. W choleryze dziecięcej 3—4 seanse wystarczały do zupełnego usunięcia rozwolnień. Prócz tego autor stosował prąd w 2-ch przypadkach cholery azyjatyckiej. Rozwolnienia natychmiast ustały, w jednym przypadku dalej trwające wymioty ustąpiły pod wpływem elektryzacji n. błędnego. (la Cronica Médica Nr. 364).

*J. Z.*

280. G. Read podaje przypadek wysokiej wagi u nowonarodzonego. Dziewczynka donoszona ważyła w jego przypadku 16 $\frac{1}{2}$ , a młodszy jej brat 14 f. Z powodu tego *Lion méd.* (Nr. 33) przypomina, iż na 4,000 porodów, obserwowanych w Maternité, M-me Chlapelle znalazła tylko jedno dziecko wagi 13 $\frac{1}{2}$  f., Richard zaś Cropt widział 15 f. ważące dziecko.

*J. Z.*

281. M. Chabrie badał mocznik na ilość fosforanów po wstrzykiwaniach soku jądrowego u różnych chorych. Z doświadczeń jego wynika, że ilość mocznika stale się zwiększa, ilość zaś fosforanów zmniejsza, w miarę zmniejszania się ilości mocznika wzrasta ilość fosforanów. Ilość moczu nie zmniejsza się wcale. Wstrzykiwania roztworu solnego, branego dla kontroli, nie wywoływały tych zmian (*le Progr. méd.* 32). *J. Z.*

282. Dr. Charon obserwował w St. Lazare 56 przypadków rozluźnienia więzów szerokich w związku z rostrzeniem żołądka. Autor zaznacza, że w danym razie nie jest to proste zbiegnięcie się faktów. W 42 przy-

padkach obok tych zmian istniała neurastenia nieraz dziedziczna. W jednym z przypadków występowało wprawie rozluźnienie więzów, w innych rostrzeń. (Progr. méd. 32).

J. Z.

283. Dr. Fayard radzi **leczyć otyłość za pomocą kąpeli elektrycznych**; w tych przypadkach gdzie współcześnie istnieje niedokrewność i neurastenia wyleczenie jest szybkie i trwałe (le Progr. méd. 32).

J. Z.

284. Dr. Taubin z Besançon u chorego, który połknął ciepłomierz maksymalny, stwierdził po wyjęciu, że **ciepłota w kanale pokarmowym** wynosi 38,7<sup>0</sup> C. Termometr był sprawdzony co do swej wartości (le Pr. méd. 32).

J. Z.

285. Wiadomo, iż **łaknienie w raku żołądka i wątroby** zazwyczaj bywa zmniejszone, przynajmniej co do niektórych pokarmów; Dr. Hanst podaje jednak cały szereg faktów, gdzie istniała przeciwnie żarłoczność, oraz inny, gdzie łaknienie zupełnie nie było zmienione. (Progr. méd. 32).

J. Z.

286. Dr. Brissaud z Paryża na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. Assotiation francaise pour Avancement des sciences, zdawał sprawę z **leczenia raka żołądka solą kuchenną**. W ciągu 4-eh lat autor obserwował 5 przypadków, w których stosował 12—16 gramów soli kuchennej na dobę. We wszystkich przypadkach w ciągu 6 tygodni krwotoki ustawały, ciężar ciała się podnosił, łaknienie wracało, a w 3-eh przypadkach według autora zniknął guz wyczuwalny in epigastrio. W przypadkach, gdzie rak zajął już całą ścianę żołądka, oraz w przetutowych postaciach, poprawy nie było.

J. Z.

287. Na posiedzeniu Akademii umiejętności w Paryżu Dr. Griffites zakomunikował, że odkrył **specyficzną ptomainę w moczu chorych na gorączkę połogową**; opisuje ją w ten sposób: ptomaina gorączki połogowej jest krystaliczna, w wodzie rozpuszczalna, odczynu zasadowego, daje krystaliczne połączenia: chlorhydrat i chloraurat. Jest bardzo jadowita, zadana psu zabija go w ciągu 12 godzin; nigdy nie znajduje się w prawidłowym moczu, powstaje zaś zawsze w przebiegu gorączki połogowej. (La semaine médicale)

W. J.

288. Vajana twierdzi, że w przypadkach **złamania kości**, w których nie można stwierdzić ani dyslokacji odłamków jej, ani krepitacyji, jest bardzo pomocna następująca manipulacyja. Przykłada się stetoskop do miejsca mniej lub więcej oddalonego od przypuszczalnego miejsca złamania i opukuje się młotkiem po plesymetrze z początku w pobliżu stetoskopu, a potem zaraz dalej. Dopóki nie przejdzie się miejsca złamania, otrzymuje się ton bardzo głośny, dość nieprzyjemny. Po przejściu miejsca złamania odgłos ten nagle bardzo znacznie słabnie. (Sem. méd.).

W. J.

289. Valude powiada, że w przypadkach poczynającego się a nawet niezbyt daleko posuniętego **zaniku nerwu wzrokowego**, zależnego nie od zmian w ośrodkach, lecz tylko od spraw zapalnych w samym nerwie, otrzymał dość znaczną **poprawę** przy dłuższym stosowaniu **iniekcyj podskórnych z antipiryny**, w dawkach 1—2 grama co drugi dzień. (Sem. méd.).

W. J.

# Piąty zjazd chirurgów polskich

w Krakowie r. 1893.

*Sprawozdanie Dr. Leona Kryńskiego.*

(Ciąg dalszy)

II. Prof. Obaliński (Kraków), *Uwagi nad laparotomią z powodu niedrożności jelit na podstawie 110 własnych przypadków.*

Od czasu, kiedy przed laty sześciu przedstawił O. na zjeździe wyniki leczenia operacyjnego w 38-iu przypadkach niedrożności jelit, materyjał odnośny powiększył się w trójnasób. Wynik ostateczny do jakiego doszedł dziś i wówczas jest, mówiąc ogólnie, taki sam, a mianowicie: operować należy wcześniej w przypadkach, gdzie istnieje przeszkoda mechaniczna (anatomiczna), wyczekiwać zaś w przypadkach niedrożności funkcyjnalnej. W ciągu trzech lat ostatnich poglądy chirurgów na sprawę niedrożności postąpiły znacznie, dając możność dość pewnego rozróżniania obydwóch tych postaci klinicznych. We wszystkich przypadkach do ostatnich prawie czasów mówca wykonywał laparotomie, pomimo to odsetka wyzdrowień wynosi 34,5. Stosownie do przyczyn i umiejscowienia cierpienia, wszystkie 110 przypadków przedstawiają się w sposób następujący:

Torsio flexurae sigmoideae	19	(9	wynik. pomyśl.,	10	śmierci)
Torsio ilei	19	(5	"	"	14 "
Strangulatio	11	(5	"	"	6 "
Stricturea carcinomatosa	11	(2	"	"	9 "
Peritonitis perforativa	9	(1	"	"	8 "
Invaginatio	7	(0	"	"	7 "
Repositio spuria	5	(2	"	"	3 "
Hernia occulta	6	(3	"	"	3 "
Infractio	4	(3	"	"	1 "
Stenosis cicatricosa	4	(3	"	"	1 "
Tuberculosis peritonei	4	(1	"	"	3 "
Compressio	3	(2	"	"	1 "
Peritonitis sine perforat.	3	(2	"	"	1 "

Mówca zestawia wyniki przypadków swoich z przypadkami, ogłoszonymi przez Goldammera, nie chirurga, którego leczenie było rzecz prosta wyjątknie konserwatywne z wynikiem 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności; statystyka jednak tego ostatniego jest mało pouczająca, gdyż tylko przypadki zakończone śmiercią mogły być stwierdzone, podczas, gdy w przypadkach z zejściem pomyślnem rozpoznanie kliniczne nie mogło być skontrolowane. Jedną rzecz podnosi Goldammer z naciskiem, na co mówca zgadza się w zupełności, a mianowicie zupełne porzucenie

w niedrożności jelit środków przeczyszczających, a stosowanie w wielkich dawkach *opium*. Ażeby więc zdecydować się na ten, czy ów rodzaj terapii — operowanie, czy wyczekiwanie, należy ściśle określić, z jakim rodzajem niedrożności ma się w danym przypadku do czynienia. W niedrożności jelit *czynnościowej* (funkcjonalnej), występującej w zapaleniu lub podrażnieniu otrzewny w różnych rozmiarach mamy objawy — jednostajne wzdęcie brzucha, brak rysunku jelit i ich nieruchomość. Niedrożność zaś *mechaniczna* (anatomiczna) cechuje się dwoma najbardziej charakterystycznymi objawami: pierwszym z nich jest wzmocnienie ruchu robaczkowego, powyżej miejsca przeszkody, co wykazali Schlange i Obaliński, drugim bębniaca miejscowa zaciśniętej pętli (*meteorismus localis W a h l'a*). *Meteorismus localis* charakteryzuje się wystąpieniem w pewnym miejscu brzucha wyraźnie zaznaczającej się pętli jelit, mocno rozdętej i zupełnie nieruchomej. Nie we wszystkich przypadkach znaleźć można obiedwie te cechy, jednakże przynajmniej jedna z nich jest zawsze,

Obadwa objawy, wzmocnienie ruchu powyżej przeszkody i *meteorismus localis*, spostrzegać się dają w tych przypadkach, gdzie uwięźnięta jest cała pętla jelita, gdzie jest ona o tyle duża, że jest dostępna dla zbadania zewnętrznego, lecz znów z drugiej strony wielkością swą nie zakrywa ruchu jelita, leżącego powyżej nad pętlą uwięźniętą. Samo więc tylko wzmocnienie ruchu robaczkowego ma miejsce w tych razach, gdzie niema uwięźnięcia całej pętli, lecz tylko zaciśnięcie jelita w jednym miejscu (*strangulatio, strictura, infractio*), lub też uwięźnięta pętla jest tak mała, że ginie wśród innych. Tylko zaś sam *meteorismus localis* znajdziemy tam, gdzie uwięźnięcie pętli nastąpiło bardzo wysoko, albo też jak wspomniano powyżej, pętla ta jest tak duża, iż zakrywa sobą jelito, powyżej leżące, co widzimy częstokroć w *torsio flexurae sigmoideae*, lub też w *torsio ilei* wraz z kiszka ślepą. Jeżeli stan chorobowy trwa dłużej, objawy te stopniowo tracą na wyrazistości, aż mogą zniknąć zupełnie, kiedy występuje ogólne zapalenie otrzewnej z towarzyszącą mu bębniacą ogólną. W przypadkach skręcenia zagięcia esowatego (*S. romanum*), które występuje najczęściej u osób mających bardzo długą kreskę i przez to ma wielką skłonność do rezydów, jak to obserwował mówca w 4-ch przypadkach, proponuje O. wycięcie znacznej części *flexurae*, co potwierdza i Samson.

Streszczając swe wnioski podnosi mówca raz jeszcze ważność jaknajwcześniejszego rozpoznania rodzaju niedrożności jelit, mechanicznej czy też czynnościowej, co na podstawie przytoczonych objawów zawsze daje się skutecznie, rozpoznawszy przeszkodę mechaniczną należy jaknajrychlej wykonać operację, w ciągu pierwszych 24—48 godzin, gdyż później najczęściej bywa już zapóźno. W przypadkach zaś niedrożności funkcjonalnej leczenie winno być wyczekujące z zastosowaniem głównie dużych dawek *opium*.

Dyskusja nad tym odczytem była bardzo ożywiona; niedokończona pierwszego dnia, odłożona została na następny, wreszcie wznowiona ostatniego dnia zjazdu. Rozpoczął ją przemówieniem swem prof. Glu-



ziński (Kraków). Rozpoznanie rodzaju niedrożności w ciągu pierwszych 24 godzin w większości przypadków jest niemożliwe, gdyż w początku cierpienia na plan pierwszy występują bóle, wymioty mniej lub więcej gwałtownie, po za którymi znikają objawy patognomiczne. To też w pierwszych okresach wezwany lekarz myśleć może o całym szeregu innych cierpień, podobnie się zaczynających (cholelithiasis, colica renalis etc.); dopiero po 2—3 dniach, kiedy uspokoją się pierwsze przypadki, stają się widoczne właściwe cechy niedrożności, meteorismus localis i ruch robaczkowy powyżej przeszkody, dające możliwość zadecydowania operacyi. W zapaleniach kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego operować należy wtedy, kiedy już wytworzy się ropień; przeciwnie zaś tam, gdzie rozpoznać możemy wczesne przedziurawienie wyrostka zanim utworzyć się mogły zrosty, laparatomia konieczną jest jaknajwcześniejszą.

Kryński (Kraków) jest zdania, że stosowanie ryczałtowe opium we wszystkich przypadkach niedrożności nie jest właściwe. W ileus prawdziwym, mechanicznym, przynosi niewątpliwie korzyść, uspokajając wzmózony a bezużyteczny wobec przeszkody organicznej ruch robaczkowy. Przeciwnie zaś w niedrożności funkcjonalnej, pseudoileus, nakoniec może wprost zaszkodzić: porażona wskutek podrażnienia zapalnego, pętla jelitowa zostaje ostatecznie unieruchomiona, co w wysokim stopniu sprzyja utworzeniu się zrostów z otaczającymi pętlami kiszki, zarówno ograniczonymi w ruchach makowcem; zrosty te przy przewlekającej się nieruchomości wzmacniają się coraz bardziej tak, iż wreszcie pseudoileus przejść może w prawdziwą niedrożność mechaniczną, spowodowaną zaciśnięciem czy załamaniem jelita. Podobne zdanie wypowiada Reichel w swej pracy doświadczalnej.

Prof. Rydygier zgadza się z większością wywodów Obalińskiego, kwestyonuje tylko postępowanie w peritonitis perforativa; przypadki te kończą się zawsze śmiertelnie z tymi nielicznymi wyjątkami, w których uprzednio nastąpiło otorbienie; tu też należy przystąpić do laparatomii jaknajspieszniej, co jedynie może uratować życie chorego. Wreszcie w każdym przypadku uwięźnięcia wewnętrznego przedewszystkiem należy ściśle rozpoznać rodzaj cierpienia, przeto pożądane byłoby przeprowadzenie ściślej różnicy pomiędzy objawami ileus i pseudoileus zarówno jak i innych cierpień podobnie się zaczynających i mogących łatwo być źródłem omyłek.

Prof. Gluziński zaznacza, że stwierdzono klinicznie, iż mako-wiec jest najlepszym środkiem i w ileus paralyticus, podawany w dużych dawkach. Co się tyczy rozpoznania to początkowo, jak to już mówił uprzednio, bywa ono wyjątkowo tylko możliwe, gdyż naprzykład w *colica renalis* mamy z początku objawy zupełnie podobne: wymioty, wzdęcie, zaparcie stolca, bóle w okolicy lędźwiowej, które występują także naprzykład w skręceniu flexurae sigmoideae; dopiero po 1—2 dobach, a często i później, objawy te uspakajają się i wtedy dopiero w razie niedrożności mechanicznej uwidocznia się objawy, cechujące: meteorismus localis i wzmózenie peristaltyki.

Schramm (Lwów) zgadza się, że rozpoznanie niedrożności w ciągu pierwszej doby jest zwykle niemożliwe; zapytuje Obalińskiego, czy na tak wielką ilość przypadków (110), które operował *larga manu*, próbnie, bez ściślejszego rozpoznania: nie było takich, w których laparotomia okazała się zbyteczną.

Wehr (Lwów) spostrzegł niedawno przypadek niedrożności, w którym oprócz bólów brzucha i wymiotów, innych objawów nie było; wymioty ustępowały pod wpływem przepłukiwań żołądka. Gdy w ciągu ośmiu dni niedrożność nie ustępowała, wykonał mówca laparotomię, przyczem znalazł kamień kałowy, zatykający światło jelita, który wywołał odleżynę ściany; chory zmarł. W tym więc przypadku, pomimo niedrożności mechanicznej, ani *meteorismus localis*, ani wzmocnienia ruchu robaczkowego nie było.

Prof. Mars (Kraków) spotyka u kobiet bardzo często zaparcie stolca, trwające niekiedy bardzo długo; naprzykład ma obecnie w praktyce swej dwie kobiety, oddające stolec dwa razy na miesiąc; takich, które miewają wypróżnienie raz na tydzień, jest dość dużo. Dla tego więc powinien zwrócić lekarz uwagę i na zwykle usposobienie chorego. W razie jednak podejrzenia na istnienia niedrożności należy porzucić natychmiast środki czyszczące, a podawać makowiec w dużych dawkach.

Prof. Jaworski (Kraków) nie zgadza się wcale na usunięcie środków przeczyszczających i stosowanie opium we wszystkich przypadkach niedrożności; przeciwnie, w wielu przypadkach niedrożności czynnościowych daje mówca sole czyszczące z bardzo dobrym skutkiem. Oprócz wymienionych przez Gluzińskiego cierpień, występują objawy symulujące niedrożność i w różnych chorobach rdzenia pacierzowego, naprzykład w t. zw. *crise gastrique* tabetyków.

Prof. Obaliński. Jeżeli wykazać można u chorego obecność obydwóch wymienionych objawów, a nawet choćby jednego tylko z nich należy natychmiast przystąpić do operacji. Już poczynając od trzeciego dnia choroby, szanse operacji są coraz gorsze. Mówca nie twierdził, iż objawy te występują w ciągu pierwszych 24-ch godzin, choć bywa i to, lecz obecność choć jednego z nich świadczy za niedrożnością mechaniczną. Dopóki niema objawów pewnych, lepiej czekać i nie operować. Z całej liczby 110-u przypadków, w jednym tylko operacja może być uważana za zbyteczną, gdyż okazało się, iż ma się do czynienia z tyfusem, brzuch więc zaszyto i chory wyzdrowiał.— We wszystkich innych przypadkach laparotomia była zupełnie uzasadnioną i pomocną, nawet w gruźlicy otrzewny. (d. c. n.)

## LIST DO REDAKCYI.\*)

*Szanowny Panie Redaktorze.*

W N-rze lipcowym „Kroniki Lekarskiej“ r. b. kol. Zawadzki łaskawie ocenił skromną pracę moją: „Przewodnik dla służby zdro-

\*) Z powodu nawalu materiału spóźniony. Przyp. Red.

wia (t. z. sanitarzy), przyczem zwrócił uwagę, że wprowadzone przymownie neologizmy, jak: „Sanitarz“ następnie „mydlak“ — „siarczak“ są źle pomyślane i szkodzą czystości języka. Uważam przeto za konieczne dać pewne wyjaśnienia pod tym względem.

Otóż „Przewodnik“ jest rezultatem pracy mojej nad ludźmi, którzy z początkiem r. b. kształcili się w szpitalu, w celu nauczania się pielęgnowania chorych cholerycznych oraz dokonywania dezynfekcyi. Dla tego rodzaju osobników nie mieliśmy dotychczas właściwej nazwy swojskiej, — to też zmuszony byłem zastosować jakieś wyrażenie choćby z innego narzecza zapożyczone, a które pochodzeniem swoim lub podobizną brzmienia odpowiadałoby temu zadaniu. Jakoż użyłem wyrazu „Sanitarz“, mając na względzie: 1-o znaczenie pokrewne z wyrażeniem łacińskim „Sanitas“. 2-o W cyrkularzu minist. spraw wewn. mamy już wyraz Sanitar dla służby tego rodzaju; — wreszcie 3-o wyraz pod względem brzmienia równający się takim, jak: malarz, piekarz, lekarz, komisarz, sekretarz i t. p. Dla czegożby zatem i mowie naszej nie dało się przyswoić wyrazu sanitarz?

Odnośnie zaś wyrażeń, jak mydlak, siarczak, których użyłem mówiąc o dezynfekcyi, to ponieważ są to mieszaniny w rozmaitym stosunku: karbolu, mydła, kwasu siarczanego i t. d. utrudniające ludziom zapamiętanie tych nazw złożonych, miałem na celu skrócić je czyli uprościć i z tych względów mieszaniny te przezwalem mydlakiem, siarczakiem i t. d., zależnie od środka przeważającego, co też w praktyce okazało się bardzo dogodnym.

Przynaję, że nie zadość stało się filologii, lecz osiągnięty został cel praktyczny, do którego „Przewodnik“ dążyć powinien.

W zakończeniu — uczyniony mi zarzut odnośnie „robaczka cholerycznego“ pomijam już milczeniem; każdy bowiem z kolegów zgodzi się, iż tylko tego terminu użyć można było do uzmysłowienia zarazka cholerycznego dla tej klasy ludzi, z jaką miałem do czynienia.

Przyjm Szanowny Redaktorze wyrazy poważania etc.

*J. Tchórsnicki.*

## KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Nagroda imienia ś. p. D-ra Chałubińskiego za ubiegłe czterolecie przyznana została przez Warsz. Tow. Lekarskie pracy p. Dr. fil. Hołowińskiego pod tytułem: Badanie fal fizyologicznych.

— Koledzy Dinte, Reichstein i Wawelberg założyli przy ulicy Próżnej (Nr. 3) dom zdrowia dla chorych chirurgicznych i ginekologicznych.

— Dr. J. Mocztkowskiemu opuszczającemu Odesę, z powodu zaszczytnego powołania go na konsultanta Petersburskiego Klinicznego Instytutu, koledzy szpitalni urządzili in corpore pożegnalną owację, wręczając ozdobny adres; administracya miasta stara się o pozwolenie na ozdobienie oddziału chorób nerwowych, założonego przez Dr. M., jego portretem. (Južno R. M. G. 25)

— Na prezesa IX zjazdu ruskich lekarzy i przyrodników, który zbierze się w Styczniu (15 — 23 n. s.) w Moskwie powołano prof. Tinierazjewa, na sekretarza prof. Tichomirowa.

— Na kliniki uniwersyteckie w Tomsku, będące w bardzo opłakanym stanie, przeznaczono dochód z apteki uniwersyteckiej.

— Docent Dubelir ma zamiar wydawać w Moskwie nowe pismo lekarskie p. n. „Biblioteka wracza“.

— Na katedrę oftalmiczną w akad. lek. petersburskiej po prof. Dobrowolskim powołano docenta Bellamirowa.

— Miejsce prof. J. Mierzejewskiego zajmie prof. Bechterew z Kazania,

— Prof. Klüstner z Dorpatu został powołany do Bonn na miejsce prof. Fritsche.

— Prof. anat. patol. w Wiedniu na miejsce zmarłego prof. Cundrata wybrano prof. Weichselbauma.

— Dr. S. Kraus mianowany profesorem chorób wewnętrznych w Wiedniu.

— Na rektora uniwersytetu Berlińskiego na rok przyszły wybrany został K. Weinhold, na dziekana wydziału lekarskiego Bergmann.

— Prof. Tappeiner mianowany prof. farmakologii w Monachijum.

— Dr. Nicolas mianow. prof. anatomii w Nancy.

— Dr. Bayer mian. prof. ginekologii w Strasburgu.

— Prof. Dr. Dittrich z Insbrucku mianowany prof. medycyny sądowej na niemieckim uniwersyt. w Pradze.

— Dr. Joffroy, mianowany prof. w klinice psychiatrycznej w Paryżu.

— Prof. Podwysocki mianowany profesorem patologii ogólnej w Kijowie.

— Dr. O. Kaufmann mianowany prof. Queens College w Birmingham.

— Dr. L. Webster Fox mianowany prof. oftalmologii w Filadelfii.

— Dr. P. Ernst mianowany prof. anatomii patologicznej w Heidelbergu.

— Dr. R. Neumeister mianowany profesorem chemii lekarskiej w Jena.

— Dr. Mitropolski mianowany profesorem patologii szczegółowej i terapii w Moskwie.

Dr. W. Moldenhauer mianowany prof. laryngologii i rynologii w Lipsku.

— Dr. J. Potgans mianowany prof. chirurgii w Amsterdamie.

- Dr. Fenger mianowany prof. chirurgii w Chicago.
- Pierwszy zjazd samarytański międzynarodowy odłożono do kwietnia 1894 r. z powodu pandemii cholery.
- 20 z. m. prof. Senator w Berlinie obchodził 25-lecie działalności profesorskiej.
- W Stanach Zjednoczonych, jak donosi „The Med. News.„, sprzedają zupełnie otwarcie przyrząd, wywołujący naprężenie członka, podobny do zwykłej bańki; dotąd policja sanitarna nie wniosła protestu. — (Wrac. Nr. 32).
- Nową fabrykę dyplomów doktorskich otworzył niejaki dr (?) Rew w New-Jorku. Za sprzedanie dyplomu za 20 dolarów został aresztowany.
- Ofiarowane kiedyś przez Bleichrödera 1,000,000 marek na instytut leczenia suchot tuberculiną cofnięto, przeznaczając tę sumę na wybudowanie sanatorium dla suchotników.
- Prof. Schiff, jak donoszą pisma francuskie, na wieczorze pożegnalnym Tow. popierania nauk, za pomocą skurczów mięśnia peroneus minor wydawał dźwięki muzyczne, między innymi w ten sposób odtworzył całą marsyljanę.
- Pani Perret ofiarowała 2,000,000 franków na założenie sanatorium dla dzieci słabych i zdrowiejących pod Lyonem.
- Najcięższa kobieta, bo ważąca 546 f. zmarła w Warwicksire. Była to lady Wheler, która w chwili śmierci liczyła 60 lat.
- Napoleon I wynagradzał służbę lekarską hojnie bo 201,000 fr. na nią rocznie przeznacział, z tych 34,500 fr. otrzymywał Corvisart, Halle 15,000 i t. d. Dubois, nadworny akuszer, za ciężki poród Maryi Ludwiki otrzymał 100,000 fr. i tytuł barona.

## PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Sierpniu 1893 r.

- 1) *A. Przyborowski*. O ranach postrzałowych drażących brucha z podaniem 2-ch własnych przypadków operowanych. (Med. 28, 29, 30, 31 w przyszł. N-rze).
- 2) *Bujwid*. Uwagi nad działaniem filtrów. (Med. 31, 32, 33).
- 3) *Wroczyński C.* Kilka słów w kwestyi zaburzeń chorobowych w oddzielnych narządach u osób, dotkniętych zakażeniem zimniczem. (Med. 31)
- 4) *Warman M.* Kilka słów o etyologii bąblicy noworodków. (Med. 32, 33.)
- 5) *I. Sz wajcer*. Przypadek cholery azyatyckiej, zawleczonej do Warszawy z g. Podolskiej. (Med. 32).

- 6) *Funk.* Leczenie rzeżączki przewlekłej u mężczyzn. (Med. 33, 34).
- 7) *Wł. Papiewski.* O tężcu noworodków. (Gaz. Lek. 30, 31, 32, 33) w przyszł. N-rze.
- 8) *Wł. Gajkiewicz.* Drugi przypadek akromegalii. (Gazeta Lek. 31).
- 9) *Browicz.* W sprawie budowy istoty kitowej beleczków mięsnych serca. (Gaz. Lek. 31).
- 10) *E. Biernacki.* Badania nad składem chemicznym krwi w stanach chorobowych, w ogólności w stanach niedokrwistości. (Gaz. Lek. 32, 33, 34 nieskończ.).
- 11) *Neugebauer F.* Kilka słów o sematologicznem i dyjagnostycznym znaczeniu badania śladów chodzenia czyli ichnogramów ludzkich. (Gaz. Lek. 33, 34) niesk.
- 12) *Karpow.* Działanie dezynfekcyjne 3.ch izomeryjnych chlorfenolów. (Gaz. Lek. 34).
- 13) *Bukowski R.* Z dziedziny chirurgii dróg moczowych. (Gaz. Lek. 25—29).
- 14) *Ziemiński.* Niepokój żrenic, czyli drganie tężcówki (Prz. Lek. 29).
- 15) *Piętkowski.* Wartość ilościowego oznaczania małych ilości cukru w moczu za pomocą płynu Fehlinga w porównaniu z metodami innymi. (Pr. Lek. 31) w przyszł. N-rze.
- 16) *Schaitter.* Czy Fr. W. zmarł z otrucia. (Prz. Lek. 30, 31).
- 17) *Wachholtz.* O dyfuzji trucizn i barwników w ludzkich zwłokach. (Prz. Lek. 32).
- 18) *Szadek.* Osutki jodowe. (Pr. Lek. 30, 32, 33).
- 19) *Ziemiński.* Dwa przypadki wydobycia ciała obcego z wnętrza oka, za pomocą elektromagnesu Hirschberga. (Pr. Lek. 33).
- 20) *Gąsiorowski.* Przypadek róży zgorzelinowej moszen. (Prz. Lek. 19, 25, 27).
- 21) *Prof. Kosiński.* 31 rezekcij kiszek. (Med. 34,—niesk.).

---

2. O. Bujwid. **Uwagi nad działaniem filtrów.** Autor omawia sposoby mechaniczne oczyszczania wody z punktu widzenia bakteriologicznego i przede wszystkim rozpatruje działanie filtrów piaskowych, budowanych na wielką skalę w wielu miastach. Wielokrotne próby przekonały go, że woda, po przejściu przez warstwę piasku, zostaje pozbawioną znacznej ilości bakterij. Z filtrów domowego użytku jedynie filtry Chamberland'a z wypalanej glinki, dawały autorowi dobre wyniki, wtedy tylko jednak gdy co kilka dni, po mechanicznem ich oczyszczeniu, wyjaławiano je zapomocą wygotowania w wodzie w ciągu pół do jednej godziny. Zasługuje również na uwzględnienie filtr Berkefeld'a, wyrabiany z mąki górniczej lub ziemi okrzemkowej w tej samej, co i filtry Chamberland'a postaci. W pierwszej chwili działania filtr Berkefeld'a daje więcej wody, niżli Chamberland'a,

w stosunku mniej więcej 10 do 1; później atoli, ponieważ szybciej się zanieczyszcza, stosunek ten przechyla się znacznie na korzyść filtru Chamberland'a. Im więcej woda zawiera drobnych, mechanicznych części, tem szybciej zanieczyszczają się obydwa filtry. Przy zwykłym stanie wody Wisły filtr Chamberland'a zanieczyszcza się po upływie 7—10 dni, filtr Berkefeld'a 4—5 dni. Podczas przyboru wody w Wiśle lub Dniestrze filtr pierwszy daje wodę wyjałowioną w ciągu 3—5 dni, zaś filtr Berkefeld'a zanieczyszcza się już po upływie 24 godzin. A zatem filtr Chamb. należy oczyszczać mechanicznie, a następnie wyjaławiać za pomocą wygotowania w wodzie w ciągu godziny, co 5—7 dni, filtr zaś Berkef. co 1—2 dni. Filtr Berkefeld'a, jako z mniej trwałego materiału przygotowany, ulega zużyciu prędzej, niż filtr Chamberland'a. Z powyższych względów autor uważa filtr Chamb. za więcej do użytku domowego polecenia godnym. Oba filtry są zbyteczne tam, gdzie istnieją filtry piaskowe lub studnie abisyńskie. Te ostatnie, polegające na zastosowaniu pompy Norton'a do zużytkowania wody gruntowej, dają, według spostrzeżeń autora, w Celestynowie, Pradze, Otwocku poczynionych, wodę wyjałowioną, lub też nieznaczne ilości bakterij zawierającą. Te ostatnie przeto pompy, lub w miejscowościach, gdzie woda gruntowa zbyt głęboko się znajduje, nieco kosztowniejsze, winny być gorąco polecane.

K. Z.

3. Dr. Wroczyński. Kilka słów w kwestyi zaburzeń chorobowych w oddzielnych narządach osób, dotkniętych zakażeniem zimniczem. Mieszkając przez czas dłuższy w miejscowości malarycznej, W. miał możność spostrzegania wielu przypadków, w których zimnica przebiegała nie w zwykłej formie, lecz pod postacią zaburzeń w rozmaitych organach, a mianowicie: *W przewodzie pokarmowym* zakażenie zimnicze wywołuje często zmiany właściwe ostremu nieżyłowi, jako to: bóle w brzuchu, odbijania, wymioty i rozwolnienie, przy czem wahań w ciepłocie, albo wcale nie bywa, albo też są bardzo nieznaczne, a śledziony w wielu razach wyczuć nie podobna z powodu wzdęcia brzucha. Gdy taki stan trwa długo, natenczas występują zmiany właściwe przewlekłemu nieżyłowi przewodu pokarmowego, obok których często stwierdzić można powiększenie i stwardnienie śledziony, niekiedy powiększoną wątrobę i żółtaczkę. *W płucach* zakażenie zimnicze wywołuje albo objawy przepuszczającego zapalenia płuc (pneumonia intermittens), albo też nieżyty. *W narządach moczowych* zarazek zimniczy wywołuje mięąższone zapalenie nerek (nephritis parenchymatosa), cechujące się obrzękiem obecnością, białka i wałeczków w moczu. *W układzie krwionośnym* zakażenie zimnicze wywołuje przedewszystkiem zmiany w składzie krwi, których następstwem są zmiany w odżywianiu mięśni serca, przejawiające się zwolnieniem tętna, niemiarowością i t. d. Z powodu złego odżywiania i działania toksyn, wydzielanych przez plasmodyje *układ nerwowy* podlega często zaburzeniom, polegającym na pogniębieniu umysłowem, uporczywych bólach głowy, nerwobólach i drgawkach u dzieci. *Na skórze* jednocześnie z zakażeniem zimniczem zjawiają się wysypki

(herpes labialis, urticaria, herpes zoster). Wszystkie powyżej wymienione kategorie zmian, zachodzących w oddzielnych organach pod wpływem zarazka zimniczego autor ilustruje przykładami z własnej praktyki.

*W. Dąbrowski.*

6. Dr. J. Funk. **Leczenie rzeżączki przewlekłej u mężczyzn.** Autor przyszedł do przekonania, że najlepsze wyniki daje następujące leczenie: 1) w rzeżączce świeżej ostrawej, po złagodzeniu sprawy zapalnej olejek santalowy, zewnętrznie zaś mieszanka Ricord'a (Sulf. Zinci 1,0, Acetat. plumbi 2,0, Laudani liq., Tinct. catechu ana 3,0, Aq. destil. 200.0) naprzemian z lapisem (1 : 4000). Przy zajęciu części przedniej i tylnej oprócz powyższych środków, zastrzykiwania głębokie 1—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu lapisu injektorem Ultzmann'a dwa gramy co 5 dni; 2) w tryprze przewlekłym cewki przedniej powierzchownym, obok leczenia poprzedniego, pendzlowania (2—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> lapis.), aparatem Ultzmann'a; 3) w tryprze przewlekłym części przedniej ze zmianami głębokimi tkanek, zgłębniki metalowe (Char. Nr. 18—30) i zgłębniki powleczone maścią Unn'y (Argent. nitric. part. 1—5, Bals. peruv. 2, Cerae 2—5, Butyri cacao 100. Maść trzeba często odnawiać); 4) w tryprze powierzchownym części tylnej, głębokie zastrzykiwania 2—3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworów lapisu; 5) w tryprze przewlekłym części tylnej, głębokim, wstrzykiwania 2—3, rzadko 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworów lapisu, zgłębniki metalowe, psychrofor, czopki z jodkiem potasu lub z ichtyolem i jodkiem potasu, wreszcie leczenie ogólne, wzmacniające ustrój. — Rozpoczyna swoją pracę autor bardzo słuszną uwagą, że w praktyce wypada zaliczyć do spraw tryprowych każdy niezbyt przewlekły cewki, którego punktem wyjścia był typowy tryper, chociażby swoistych gonokoków nie można było znaleźć.

*Fr. G-yc.*

9. Prof. Browicz. **W sprawie budowy istoty kitowej beleczków mięsnych serca.** Zwraca uwagę, że prążkowatość substancji międykomórkowej mięśnia sercowego widział i opisał w r. 1889 w częściach jego badanych na świeżo, bez żadnego barwienia. Ujawnianie się tej prążkowatości uważa za bardzo wczesną zmianę w mięśniu sercowym, prowadzącą do rozluźnienia związku między jego komórkami.

*W. J.*

10. Wł. Gajkiewicz. **Drugi przypadek akromegalii.** Chorym jest 31 letni izraelita. Brak dziedziczności. Choroba zaczęła się przed 4-ma latami zwiększaniem palców rąk i stóp, zgrubieniem szyi, bólami głowy, łatwością męczenia się i przygnębieniem. Przy badaniu znaleziono wygląd starszy, duży nos, zgrubiałe wargi, wystającą żuchwę i zęby dolne, powiększony język, większy rozwój chrząstki tarczowej prawej, gruby głos, gruczoł tarczowy prawidłowy, 2 garby: jeden w okolicy grzbietowej górnej, drugi w dolnej mostkowej, zgrubienie wszystkich kości tułowia, zgrubienie palców, płaskie, szerokie paznokcie, obfity pot, osłabienie płciowe, mocz obfitujący w kw. moczowy, szczawian wapna, indykan, ze ślad. białka i acetonu. Czucie i ruchy, oddziaływanie elektr. prawidłowe, hemianopsia temporalis zmienna przy każdym badaniu. Następują uwagi ogólne o akromegalii.

*Rz.*



13. Dr. Bukowski Ryszard. **Z dziedziny chirurgii drog żółciowych.** Opisuje tu B. jeden przypadek ropotoku pęcherzyka żółciowego z kamieniami u 23 letniej kobiety, z licznymi zrostami z organami sąsiednimi i kompletnem zarośnięciem przewodu pęcherzykowego, wyleczony przez siebie za pomocą zupełnego wycięcia pęcherzyka. Po operacyi chora przeżyła zawał płucny (infarctus haemorrhagd), jak to często się zdarza po operacyjach podobnego rodzaju, komplikacyja ta jednak złego wpływu na przebieg gojenia nie miała. *Dzierżawski.*

14. Dr. Med. Br. Ziemiński. **Niepokój źrenic czyli drgawki tęczówki.** Z. mówi o t. zwanym hippus s. oscillatio s. chorea iridis—niepokoju źrenic (należy objaw ten ściśle odróżniać od falowania tęczówki zależnego od nieobecności w oku soczewki, zwykłej podpory tęczówki). Hippus—polega na samoistnem zwięzaniu i rozszerzaniu się źrenicy, drgawki takie są raptowne nieprzewidziane i rozległe.—Hippus spostrzega się w początkowym okresie sympatycznego zapalenia oka, przy drgawkach powiek, przy cierpieniach zewnętrznych mięśni oczów, przy spazmatycznym stanie mięśnia akkomodacyjnego, przy zmianach patologicznych w okolicy skrzyżowania się nerwów wzrokowych i przy guzach mózdzku. Dalej ciągle obserwujemy niepokój źrenic w przebiegu bezwładu postępowego, w początkowych okresach ostrego zapalenia opon mózgowych, przy sprawach krwotocznych w mózgu, pod twardą oponą mózgową i przy krwotocznem zapaleniu tejże błony, w przypadkach wielogniskowego mózgardzeniowego stwardnienia, w początkowych objawach władu rdzenia, w napadach padaczki macicznej, w macinictwie, w ogólnej niemocy nerwowej (neurasthenia) wreszcie w przebiegu wielu chorób umysłowych; nie spostrzegano dotąd objawów niepokoju źrenic w przebiegu płasawicy (chorea). Stwierdzając fakt, iż drobne wahanie w wymiarze źrenicy, dostrzegalne za pomocą odpowiednich narzędzi optycznych, istnieją w warunkach fizyologicznych, autor przypuszcza, iż w pewnych przypadkach patologicznych mamy do czynienia z wzmożeniem zwykłej fizyologicznej czynności, w innych znowu należy objaw ten uważać za pewną szczególną postać drżączki pochodzenia korowego. *S. C.*

16. Dr. Ign. Schaitter. **Czy Franciszek W. zmarł z otrucia?** Autor ogłasza swój przypadek jedynie dla zwrócenia uwagi na zamieszanie, jakie powstało z braku należytej przezorności i oględności ze strony obducentów, którzy przywiązując całą swoją uwagę do pewnych niezwykłych zmian, dostrzeżonych przez nich w różnych tkankach, ominęli drogę zwykłą, wyznaczoną przez prawo i omal że się nie przyczynili mimowolnie do ukrycia istotnej prawdy. *Fr. G-yć.*

18. Dr. Karol Szadek. **Osutki jodowe.** W czterech zeszytach (Nr. 30, 32, 33. 34) przeglądu Lekarskiego autor rozpatruje symptomatologię (osutka rumieniowo-plamista, grudkowo-krostkowa, pęcherzyca jodowa, osutka z guzów i nacieków usadowionych w skórze złożona, krwotoczna), dyagnozę różniczkową (acne vulg., furunculus, eczema, erythema multiforme et nodosum, sycosis fungoides), anatomiję patologiczną, patogenezę (teoryja podrażnienia skóry przez wydzielający

się jod, ogólnego zatrucia jodem. angioneuroseos) i kazuistykę (rzadszych postaci) zmian, powstających w skórze przy zażywaniu przetworów jodowych.

*Fr. G-yć.*

19. Dr. Med. Bronisław Ziemiński. **Dwa przypadki wydobycia ciała obcego z wnętrza oka za pomocą elektromagnesu Hirschberga.** Autor podaje dwa przypadki wydobycia przez siebie za pomocą elektromagnesu ciał obcych—kawałków żelaza, z zejściem zupełnie pomyślnem, t. j. z otrzymaniem prawie całkowitej ostrości wzroku. W pierwszym przypadku ciało obce wagi 1 gr. przebiło tęczówkę i twardówkę w odległości 6 mm. od zewnętrznej strony rogówki i utkwilo w dolno-zewnętrznej części dna oka, w drugim zraniło rogówkę i usadowiło się na dnie przedniej komory; wielkość drugiego kawałka żelaza — dwa ziarnka maku.

*S. C.*

20. I. Dr. L. Gąsiorowski. **Przypadek róży zgorzelinowej moszen (Erysip. gangr. scriti) zakończony wytroebieniem.** Przegl. Lek. 1893 Nr. 19.

II. L. Rutkowski. **Przypadek róży zgorzelinowej moszen bez wytrzebienia.** Ibid. Nr. 25.

III. Dr. L. Gąsiorowski. **Jeszcze w sprawie trzebienia w róży zgorzel. moszen.** Ibid. Nr. 27. Przypadek pierwszy dotyczy więźnia, 48 lat liczącego, żonatego, *ojca dwojga dzieci żyjących*, u którego w dn. 23 Marca wśród zwykłych w tych razach objawów wystąpiła róża na mosznie i prąciu, następnie przeszła na oba pośladki i lewe udo, trwając dni 9. W przebiegu cierpienia wystąpiła zgorzel, skutkiem której cała niemal skóra moszny uległa zniszczeniu, a oba jądra pozbawione zupełnie swych powłok, ze zniszczoną przegrodą, wisiały nagie na sznurkach nasiennych. Autor za zgodą chorego wykonał kastrację. (II) Identyczny niemal przypadek opisuje Dr. Rutkowski. Przypadek ten dotyczy mężczyzny, 35 lat liczącego, u którego cała sprawa skończyła się bez kastracji, przy zwykłym opatrunku sznurki nasienne skurczyły się, jądra zostały pokryte tkanką bliznowatą i przyciągnięte ku międzykroczu. Cała sprawa trwała tygodni pięć. (III) W Nr. 27 „Przegl. Lek.“ Dr. Gąsiorowski powraca do swego przypadku i powtarza pobudki, które go skłoniły do wykonania operacji: 1) chory musiał pozostać w więzieniu jeszcze lat 2, a *więc wyszedłszy z niego miałby lat 50*, 2) chory sam się domagał operacji, a więc widocznie niewiele sobie ważył kalectwo, 3) w więzieniu były niekorzystne warunki, które pozwalały obawiać się długiego ropienia. Przypadek D-ra R. był obserwowany zbyt krótko i nie dowodzi bynajmniej, żeby pozostawienie w takich razach chorego swemu losowi było uwieńczone pomyślnym skutkiem. Zabliźnienie nie usuwa możliwości zaniku jąder, utraty fizyologicznych funkcji, a być może wystąpienia u nich w późniejszych okresach nerwobólów wskutek ucisku ściągającej się bliznowatej tkanki. Każdy przeto przypadek należy indywidualizować, uwzględniając wiek, stosunki rodzinne, stanowisko społeczne, a wreszcie życzenie chorego, który powinien być dokładnie pouczony o możliwych następstwach.

*Fr. G-yć.*

21. Leon Wachholz. O dyfuzji trucizn i barwików w ludzkich zwłokach. (Przegląd Lekarski Nr. 32 r. 93). Autor wspólnie z Dr. A. Haberda wykonał na zwłokach dzieci szereg doświadczeń nad zjawiskami dyfuzji pośmiertnej. W tym celu wypełnia żołądek odpowiednimi roztworami (siarczanu miedzi, chloranu potasowego, roztworem sublimatu, zacierem z główek zapalek fosforowych, wreszcie zęszczonym roztworem kwaśnego lakmusu i błękitu metylowego). Wyniki do jakich doszli są następujące:

1) Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że rozczyń soli trujących i barwików przenikają ściany żołądka zwłok i wnikają w sąsiednie narządy,

2) Przenikanie to odbywa się zwolna i stopniowo w miarę czasu.

3) Przenikanie zależy od czasu, a szybkość jego jest różną i zawiśłą od rodzaju rozczyńu i stopnia wypełnienia żołądka.

Rozczyń soli przenikają prędzej, niż rozczyń barwików, mianowicie: czerwonego lakmusu i błękitu metylenowego. Najtrudniej i najpowolniej przenikają przetwory trudno lub wcale nie rozpuszczalne jak np. fosfor. Im mocniej żołądek jest wypełniony, tem łatwiej i prędzej odbywa się przenikanie.

4) W miarę przenikania opróżnia się żołądek i zawiera z czasem tylko nieznaczne ilości wprowadzonego przetworu.

5) Rozczyń do doświadczenia użyty przenika coraz dalsze narządy tak, że po upływie pewnego czasu napaja wszystkie narządy jamy brzusznej i klatki piersiowej.

6) Gnicie, zdaje się, nie przyspiesza przenikania rozczyń soli trujących i barwików w pierwszych dniach dziesięciu.

7) Kierunek najwyższego przenikania i imbibicyi zależy od ułożenia zwłok po wprowadzeniu rozczyńu do żołądka i zgadza się z kierunkiem siły ciężkości.

K. W. S.

22. Dr. Mikołaj Warman (Kielce). Kilka słów z etyologii bąblicy noworodków. (Pemphigus neonatorum). Opisawszy szczegóły dotyczące epidemii bąblicy u 13 noworodków, która się zdarzyła w praktyce jednej i tej samej akuszerki, rozbiera autor poglądy różnych klinicystów i badaczy na tę chorobę. Według zdania jednych choroba jest natury nie specyficznej, według zaś drugich zakaźną, inni znów uważają ją za pasorzytniczą. Badania bakteryjologiczne nie doprowadziły jeszcze do ostatecznych wyników. Autor na podstawie przebiegu klinicznego tej choroby i tendencji do epidemicznego jej szerzenia się skłonny jest przypisać tej chorobie charakter infekcyjny i sądzi, że zarazek najłatwiej przenosi się przez ubranie.

J. Bączkiewicz.

## NEKROLOGIJA.

---

— W b. m. zmarł w Warszawie ś. p. Dr. **Downar Zapolski**, stale praktykujący w Lublinie jako ordynator miejscowego szpitala wojskowego. Zmarły zajmował się specjalnie chorobami ocznymi. Ogłosił drukiem: Kilka spostrzeżeń zastosowania prądu stałego w zmętnieniach ciała szklistego. Przypadek krwotoku w siatkówce z zejściem w wyzdrowienie i inne. Lubelskie Tow. Lekarskie traci w zmarłym bardzo czynnego i cenionego członka.

W Pradze zmarł bakterjolog Dr. **Fischel**.

W Strassburgu zmarł prof. zoologii **Justus Carniere**.

W Paryżu zmarł psychiatra Dr. **Delasiance** (wydawca dawn. „Journal de méd. mentale“).

W Gandawie zmarł najślawniejszy okulista w Belgii Dr. **Libbrecht**.

W Meksyku zmarł prof. histologii Dr. med. **Cordero**.

W Belfeste zmarł prof. położnictwa Dr. **R. Forster Dill**.

We Wrocławiu zmarł prof. medycyny wewnętrznej Dr. **Sommerbrodt**, znany z rozpowszechnienia kreozotu w leczeniu suchot płucnych.

W Paryżu zmarł psychiatra Dr. **A. E. Blanche**.

---

## ODPOWIEDZI REDAKCYI.

---

— *Kol. R.—w S.* Ad. 1) Należy oglądać plasmodyje malaryczne przy systemie olejnym (wszystko jedno Leitza, Hartnack'a, Seibert'a czy Zeiss'a) i okularze 3-im. Większy okular przydać się może przy rozpatrywaniu pewnych detali, ale jeżeli go brakuje, różnicy to wielkiej nie czyni.

Ad. 2) Najlepiej barwić krew, wysuszoną przez  $\frac{1}{2}$ —1 godz. przy  $100^{\circ}$  C, w eozynie (roztwór  $\frac{1}{2}^0/0$ -wy w  $30^0/0$ -wym spirytusie) przez 5 minut i podbarwić wodnym roztworem błękitu metylowego (nasycony aa z wodą) przez  $\frac{1}{2}$ —1 min.

---

## SPROSTOWANIE.

---

W numerze 8-ym na str. 557 w wierszu 4-ym i 5-ym zamiast „— (Malumeau)“ powinno być „(chalumeau).—“. Na str. 569 w wierszu 28-ym zamiast „opłucny w sciennej“ powinno być „w sciennej opłucny“.

---

## Nadesłano do Redakeyi.

Protokoły zasiedanij Imperatorskawo Kawkazkawo medic. obszcz. Nr. 4 i 16.

Dopełnienie k protokołu 94 zasiedanja ruskawo chirurgiczesk. obszczestwa.

*K. A. Sigalina.* O polzie kefira pri cholernoj epidemii.

Sprawozdanie jedenaste z czynności komitetu, zarządzającego kassą pomocy im. Mianowskiego, Warszawa 1893.

*Leon Nencki i W. Trzeciński.* Kilka słów w sprawie pochodzenia i higienicznego badania wód studziennych (odb. z Gaz. lek.).

*Dr. Lutze.* Salophen, ein gutes antineuralgicum und antirheumaticum (odb. z Th. Mon.).

*Dr. Meyerson.* Ueber Knochenblasenbildung in der Nase, nebst einem Falle vom Empyemati cheser Knochenblase (odbitka z Monatshr Ohr. 1893).

*Schütz.* Anatomische Untersuchungen über der Faserlauf im centralen Höhlengrau und der Nervenfaserschwund in demselben bei der progressiven Paralyse der Irren. Arch. p. Psych. Bd. XXII H. 3.

*Muchin.* K uczenju o gistológiczeskomo strojeni prodołgowatawo mozga (Archiw XIX Nr. 2 i 3).

*P. Masoin.* De la Langue noire (Odb. z Bull. de l'Academie royale de Med. de Belgique 1893).

*Prof. L. Rydygier.* Podręcznik chirurgii szczegółowej Tom 2, zeszyt I, Poznań 1893.

*Dr. Beyer.* Ueber Trional (Odb. z Arch. f. Psychiatr. tom 25, zeszyt II).

*R. Bukowski.* Z dziedziny chirurgii dróg żółciowych (Odbitka z Gaz. Lek.).

## Ogłoszenia.

*Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych.*

*Ulica Wspólna Nr. 42.*

BUSKO

D-r DYMNICKI,

Lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkały, ordynuje w domu własnym.

WINA WYBOROWE  
DELIKATESY,  
ŚNIADANIA, KOLACJE,  
Gabinety rodzinne  
róg Widok i Marszałkow.  
Telefonu Nr. 100

*Ermitage*

w Warszawie.

WINIARNIA

OSTRYGI

OSTRYGI



OSTRYGI

„**POD BACHUSEM**”

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

WINA ZAGRANICZNE,  
KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Towary Kolonialne i Delikatesy.



GŁÓWNY SKŁAD  
WIN GRUZIŃSKICH

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą  
profesora Struve.

ina z winnic Cesarskich Aparazy.

# 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—4

WYSZEDŁ Z DRUKU

## Podręcznik Chirurgii Szczegółowej

Prof. L. Rydygiera

Dyrektora kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego

Tomu II-go zeszyt I-szy

(Choroby kregostupa i klatki piersiowej)

Składy główne w księgarni I. Leigebra w Poznaniu, Gebethnera i Wolffa w Warszawie i u Autora. — Cena 5 Mk., czyli rs. 2 óp. 50, a flor. 3 ct. 25.

Sprzedaż dozwolona na ogólnych zasadach handlu.

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

„**LEWIA**”

w Warszawie, ulica Zgoda 5.

Strzedz się podrabianych i naśladowanych.

Zwracać uwagę na firmę na opakowaniach

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.

# APTEKA i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

# M. BARCZA

w **Warszawie**

94. ulica 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.

## Chloroformum purissimum

Oczyszczony według sposobu profesora N. Mentiena

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 lecznicznych.
3 uncje (90,00)	80 "	
6 uncyj (180,00)	1.50 "	
12 uncyj (360,00)	2.80 "	



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



## 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—12

WARSZAWSKA  
SZKOŁA DENTYSTYCZNA

Rok szkolny rozpoczyna z d. 17 Września r. b.

---





Zatwierdzony przez Ministra Spraw  
Wewnętrznych i nagrodzony  
Najwyższą nagrodą na wystawie  
hygienicznej 1887 r.



PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY  
**INSTYTUT SZCZEPIENIA 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 ekspedjuje się detryt we flakonach pipetowych  
po 25 i 50 szczepień zawierających.

**Skład Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego**

Nr. 4. MIODOWA Nr. 4.