

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU DRA M. JAKOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

DOŚWIADCZENIA NAD DEZYNFEKCYĄ GLYKOFORMALEM.

Redak.

Tadeusz Korzon.

asystent oddziału.

W ostatniem dziesięcioleciu zaczęła pretendować do palmy pierwszeństwa metoda dezynfekowania mieszkań i rzeczy zapomocą formaliny, t. j. roztworu formaldehydu w wodzie. Obecnie istnieje już pokaźna liczba prac, poświęconych temu przedmiotowi.

Wypracowano dużo metod w samej technice dezynfekcyi, wynaleziono dużo przyrządów do niej i porównywano działanie ich pod względem skuteczności.

Wynikiem pomienionych prac było stwierdzenie faktu, że z pomiędzy istniejących przyrządów najlepsze rezultaty dają te, które rozpylają 40%-owy roztwór formaldehydu zapomocą pary wodnej—są to t. zw. rozpylacze (*Ver-sprayungs-Apparate*). Rywalizują poniekąd ze sobą dwa takie przyrządy, a mianowicie: autocław TRILLAT'a i przyrząd LINGNER'a. Metodę dezynfekcyi glikoformalem wypracowali WALTHER i SCHLOSSMANN, a według ich wskazówek dreźnieńska firma LINGNER'a zbudowała odpowiedni przyrząd—wskutek czego nazywają go także przyrządem SCHLOSSMANN'a-LINGNER'a lub WALTHER'a-SCHLOSSMANN'a.

Różnica w działaniu obu tych przyrządów [TRILLAT'a i LINGNER'a] polega nie tylko na budowie ich, lecz i na składzie chemicznym płynu, który ulega rozpyleniu.

Płyn, rozpylany przyrządem TRILLAT'a, jest to roztwór formaldehydu z dodatkiem chlorku wapnia—czyli, że substancją działającą jest formochloral. Choć już sama para wodna po części zapobiega tworzeniu się polymerów formaldehydu, to jednak lepiej jeszcze spełnia to zadanie dodatek chlorku wapnia.

Wiadomo, że polimery formaldehydu, a zwłaszcza paraformaldehyd lub trioksymetylen nie mają żadnego wpływu dezynfekującego.

Rozpylanie dokonywa się zapomocą pary wodnej pod ciśnieniem 3—4 atmosfer, czyli, że cząsteczki formaldehydu są wyrzucane z dość znaczną siłą, przez co osiąga się lepsze i równomierniejsze wypełnienie danej przestrzeni środkiem dezynfekującym.

Przyrząd LINGNER'a rozpyla mieszaninę roztworu formaldehydu w wodzie z dodatkiem gliceryny. Przetwór ten nazwany został przez wynalazców glykoformalem. Dodatek gliceryny spełnia to samo zadanie, co chlorek wapnia w przyrządzie TRILLAT'a, a mianowicie zapobiega polimeryzacji formaldehydu. Metoda glykoformalowej dezynfekcji jest własnością jej twórców WALTHER'a i SCHLOSSMANN'a. Przyrząd do tego specjalnie zbudowany, wyrób glykoformalu, a nawet sama nazwa „glykoformal” są we wszystkich państwach opatentowane, jak zresztą wszystkie inne przyrządy do dezynfekcji formaliną służące.

Obydwa przyrządy posiadają wspólną zaletę tę, że rozpylają zapomocą pary wodnej. Przekonano się, że nasycenie do pewnego stopnia danej przestrzeni parą wodną znacznie wzmacnia bakteryobójcze działanie formaldehydu. Wyższość przyrządu TRILLAT'a nad LINGNER'a polega na tym ważnym szczególe, że przyrząd TRILLAT'a znajduje się na zewnątrz pomieszczenia, ulegającego dezynfekcji. Para z formaldehydem wprowadza się zapomocą rury choćby przez dziurkę od klucza. Przyrząd LINGNER'a musi stać w pokoju, który się odkaża. Szczegół [ten ma ważne znaczenie, gdyż przyrząd TRILLAT'a przez cały czas trwania dezynfekcji może być pod kontrolą, tymczasem przyrząd LINGNER'a najzupełniej musi być pozostawiony swemu losowi.

Ponieważ para formaldehydu odznacza się nadzwyczaj przenikliwym, gryzącym i długo trzymającym się odorem, przeto po dokonaniu dezynfekcji należy wprowadzić do pokoju amoniak. Amoniak daje chemiczne połączenie z formaldehydem i w krótkim czasie ma usuwać nieznośny odór. Przyrząd TRILLAT'a pod tym względem jest także dogodny, gdyż może doskonale służyć do rozpylenia roztworu amoniaku w dezynfekowanym pomieszczeniu bez otwierania tegoż.

Wielu autorów zaznacza jednakże, że pomimo wprowadzenia amoniaku nieznośny odór formaldehydu trzymał się długo. Szczególniej zauważono to przy dezynfekcji glykoformalem. LEICK twierdzi, że potrzebna jest maska ochronna na twarz, aby wejść i przebywać w pokoju po świeżo dokonanej dezynfekcji glykoformalem. Wadą wspólną obu przyrządów jest to, że przyrząd TRILLAT'a osadza na ścianach i przedmiotach chlorek wapnia w postaci drobniutkich grudek, a po dezynfekcji przyrządem LINGNER'a wszystkie przedmioty pokryte są śliskim, lepkiem nalotem gliceryny.

Z przeglądu literatury, dotyczącej dezynfekcji zapomocą formaliny, a zwłaszcza najnowszych prac, wynika, że pod względem skuteczności dezynfekcji przyrząd LINGNER'a daje najlepsze wyniki. Doświadczenia nasze robiliśmy właśnie z przyrządem LINGNER'a.

Zanim przejdziemy do opisu naszych doświadczeń, musimy omówić pokrótce samą technikę dezynfekcji formalinowej, aby wyjaśnić, że każdy szczegół w naszych doświadczeniach był zastosowany do warunków tych, jakie liczni autorowie podają za najbardziej sprzyjające bakteryobójczemu działaniu formaldehydu.

Na pierwszym miejscu musimy postawić obszar pomieszczenia, w którym dezynfekcja ma się odbywać. Przyrząd LINGNER'a powinien dobrze dezynfekować pokój o 70—80 metrów sześciennych objętości. Jeżeli obszar przestrzeni dezynfekowanej jest większy, to trzeba wstawić dwa, ewentualnie trzy i t. d. przyrządy. Na wynik dezynfekcji ma zasadniczy wpływ ta ilość formaldehydu, jaka na jednostkę objętości przypada, a to znów jest zależnem, jeżeli można się tak wyrazić, od wydajności przyrządu. Skala porównawcza różnych przyrządów pod względem wydajności formaldehydu przedstawia się w sposób następujący: przyrządy ROUX, TRILLAT'a wytwarzają na 1 metr sz. przestrzeni 3,02 grm. formaldehydu. Przyrząd ROZENBERG'a—1,75 grm., przyrząd SCHEERING'a wytwarza 2—3 grm, a przyrząd LINGNER'a—7,5 grm. Tem poniekąd można tłumaczyć jego najlepsze działanie dezynfekujące.

Drugim ważnym warunkiem skutecznego działania formaldehydu jest ciepłota pomieszczenia dezynfekowanego. Jako najlepszą ciepłotę podaje SPENGLER 25° C. Inni autorowie wyrażają się tylko o potrzebie ogrzania pomieszczenia. W przepisie o sposobie dokonywania dezynfekcji przyrządem LINGNER'a powiedziano, że pokój trzeba ogrzać mniej więcej do 20° R.

Trzecim warunkiem jest nasycenie przestrzeni dezynfekowanej parą wodną. Temu warunkowi czynią właśnie zadość przyrządy rozpylające. Wielu bardzo autorów kładzie szczególny nacisk na ten warunek. CZAPLEWSKI zgadza się z PEERENBOOM'em, że formaldehyd działa skutecznie wtedy tylko, jeżeli osiada w postaci wilgotnej pary, gdyż wtedy następuje odpowiednia koncentracja formaldehydu, jaka jest potrzebna do zabicia bakterji. Zdanie to wypowiadają także HAMMERL i KERMANNER. BURCKHARD w doświadczeniach swoich stwierdził, że suche zarodniki bakterji opierały się działaniu formaliny 3 razy dłużej, aniżeli wilgotne.

Co do stopnia nasycenia parą wodną przestrzeni dezynfekowanej, zdania są podzielone. Gdy HAMMERL i KERMANNER robili swe doświadczenia, w ten sposób, że ilość pary wodnej była 4 razy większą, niż ta ilość, jaka jest potrzebna do nasycenia powietrza przy danej ciepłocie, SPENGLER powstaje przeciwko zbyt niemu nasyceniu powietrza wilgocią ze względu na potrzebny pewien ruch powietrza dla tem lepszego przenikania formaldehydu.

Czwartym warunkiem jest uszczelnienie należyte przestrzeni dezynfekowanej. Robi się to przedewszystkiem dlatego, aby gryząca para formaliny nie wypełniała sąsiednich izb, a po drugie dlatego, aby nie tracić na ilości pary formalinowej, zawartej w dezynfekowanym pokoju i nie dopuszczać napływu świeżego powietrza. Wielu autorów złe wyniki dezynfekcji formalinowej przypisywało pomiędzy innymi czynnikami także i niedostatecznemu uszczelnieniu pokoju dezynfekowanego. Są jednakże i tacy, którzy, jak np. SPENGLER powstają przeciw zbyt niemu obtykaniu wszystkich szpar i uważają pewien ruch

powietrza za rzecz pożądaną, gdyż w ten sposób para formaldehydu lepiej rochoodzi się po pokoju i lepiej przenika przedmioty, podlegające dezynfekcyi. Przepis, dołączony do przyrządu LINGNER'a opiewa, że wszelkie grubsze szcze. liny w drzwiach i oknach powinny być zatkane mokremi pakułami.

Ważną rzeczą jest wiedzieć, czy para formalinowa na różnych wysokościach pokoju równomiernie się gromadzi, czy też może np. podłoga gorzej pod tym względem jest uposażona, niż np. powierzchnia stołu, stojącego w dezynfekowanym pokoju. Doświadczenia, w tym kierunku prowadzone, wykazały, że zarówno aparaty rozpylające, jak i wytwarzające suchą parę formaldehydu nie różnią się znacznie pod względem rozdziału środka dezynfekującego w danej przestrzeni i że zarówno podłoga, jak i części wyżej położone mogą być jednako dobrze zdezynfekowane. Podłoga nawet przez niektórych badaczy uważaną jest za miejsce, gdzie osiada prędzej większa ilość pary formalinowej, niż mniejsza. Dotyczy to zwłaszcza przyrządów rozpylających, a w szczególności przyrządu LINGNER'a [DZIERZGOWSKI].

Czas trwania dezynfekcyi określony jest dla przyrządu LINGNER'a na 3 godziny, jako wystarczający do zupełnego zdezynfekowania danego pomieszczenia i rzeczy w niem znajdujących się.

Doświadczenia, które robiliśmy z kol. TURSKIM, nad dezynfekcyą glikoformalem przy pomocy jednego przyrządu LINGNER'a, wykonane były w warunkach następujących:

Pokój, w którym odbywało się doświadczenie, ma 14,5 metra sz. objętości [1,5×2,5×3,5]; posiada jedne małe drzwi, prowadzące do sąsiedniego pokoju i drugie małe, prowadzące wprost na dwór. Nad drzwiami, prowadzącymi na dwór, znajduje się małe okienko. Pokoik ten jest bardzo mały, jest jedną z części składowych całego pomieszczenia, przeznaczonego na kamerę dezynfekcyjną.

Dzięki właśnie sąsiedztwu bliżkiemu z parową kamerą dezynfekcyjną, panuje w nim dość wysoka ciepłota. Na ścianie pokoiku zawiesiliśmy termometr, który w chwili rozpoczynania doświadczenia wskazywał ciepłotę + 26° C. = 20,8° R., a więc właśnie uważaną za najlepszą. Szpary we drzwiach i okienku zatkane były watą i ścierkami.

Do doświadczenia użyto: *bacillus anthracis*, *bacil. typhi abdominalis*, *bac. diphtheriae Löffleri* i *staphylococcus aureus*. Czyste hodowle agarowe pomienionych bakteryi otrzymaliśmy z pracowni kol. PALMIRSKIEGO. Hodowle te na preparatach mikroskopowych sprawdziliśmy co do ich czystości. Jądowitość *bac. anthracis* sprawdzoną została przez zaszczepienie go śwince morskiej. Zwierzę w niespełna 50 godzin po zaszczepieniu padło. Zrobiliśmy sekcję i na preparatach mikroskopowych ze śledziony padłego zwierzęcia widzieliśmy czystą hodowlę *bac. anthracis*. Szczepienie zwierzęciu robiono, rozumie się, z zachowaniem wszelkich przepisów aseptyki.

Mając już sprawdzone 4 pomienione hodowle, przygotowaliśmy następujący szereg przedmiotów do dezynfekcyi:

1) rozleliśmy na 8 szalkach PERRÉ'ego agar glicerynowy i każdy rodzaj bakteryi posieliśmy na dwóch szalkach;

2) przygotowaliśmy hodowle tychże bakterii w próbkach: 4 bulionowe i 4 agarowe;

3) przygotowaliśmy sporą liczbę małych kawałków płótna, mniej więcej o powierzchni 1 cm. kwadratowego; umieściliśmy je w zamkniętej płytce PERRI'ego i wyjałowiliśmy w suchym sterylizatorze przy 110°—120° C.;

4) nakoniec przygotowaliśmy 6 płytek PERRI'ego próżnych, wyjałowionych.

Wyjałowione kawałki płótna braliśmy po kilka sztuk od razu zapomocą wyjałowionej pincety i maczaliśmy w sprawdzonych bulionowych hodowlach *anthracis*, tyfusu, dyfterytu i gronkowca złocistego. Zamaczane kawałki płótna przenosiliśmy natychmiast do wyjałowionych płytek PERRI'ego. Każdy rodzaj zakażonego płótna umieszczony był, rozumie się, w oddzielnej płytce. Wszystkie zakażone kawałki płótna w zamkniętych szalkach PERRI'ego wstawiliśmy na 12 godzin do termostatu, aby wyschły, gdyż w zwykłych warunkach dezynfekowania mieszkań mamy do czynienia najczęściej z wysuszonymi zarazkami.

Wszystkie hodowle agarowe na płytkach i w próbkach, a przeznaczone do dezynfekcyi były sprawdzone. Wszędzie mieliśmy zupełnie czyste hodowle tych bakterii, jakie były zaszczerpione. Hodowle rozrosły się wogóle bujnie, zwłaszcza *bac. Löffleri*, *typhus* i *staphylococcus*. *Anthrax* tylko na obydwóch płytkach dość słabo się rozwinął, lecz nie mogliśmy oczekiwać na bujniejszy rozrost. Słabszy rozwój tak złośliwego zarazka, jakim jest *anthrax*, mógł tylko przechylić szalę wyników doświadczenia na korzyść metody dezynfekcyjnej.

Dla kontroli, o ile zachowała się żywotność bakterii, w których hodowlach maczaliśmy kawałki płótna, po jednym kawałku z każdego rodzaju przełożyliśmy do bulionu. Na drugi dzień zaraz otrzymaliśmy mocną hodowlę z kawałka płótna, zarażonego gronkowcem złocistym. Z innych kawałków wziętych do kontroli, nie rozwinęło się nic. Na ten fakt kładę nacisk, gdyż do niego jeszcze powrócę

Mając już gotowym cały materiał przeznaczony do dezynfekcyi, umieściliśmy go na podłodze w pokoiku wyżej opisanym w następujący sposób.

Przy drzwiach, prowadzących na dwór, w odległości mniej więcej 1½ metra od przyrządu rozesłaliśmy na podłodze grubą derową kołdrę, na niej postawiliśmy 4 otwarte płytki PERRI'ego z agarowemi hodowlami *bac. anthracis*, *bac. Löffleri*, *bac. typhi abdominalis* i *staphylococcus aureus*. Płytki zostały przykryte wyjałowioną siatką metalową, na siatkę położono wyjałowioną fanelę, na to wyjałowioną watę i wszystko to dopiero zostało nakryte kołdrą, odwiniętą na wierzch i z boków. Obok kołdry ustawiliśmy na podłodze 4 płytki PERRI'ego otwarte z agarowemi hodowlami wszystkich 4ch gatunków bakterii. Płytki przykryto pojedynczym kawałkiem wyjałowionej bibuły do filtrowania. W szklance postawiliśmy pionowo 4 otwarte hodowle bulionowe w próbkach. Cztery agarowe hodowle w próbkach położyliśmy otwarte pochyło tak, że otwarty koniec każdej próbówki opierał się tylko na szalce PERRI'ego i wylotem skierowany był do przyrządu. Kawałki płótna, zakażone każdym rodzajem bakterii, leżały w otwartej płytce PERRI'ego — płytek tych więc było 4. Oprócz

tego po parę kawałków płótna, umaczanych bezpośrednio przed rozpoczęciem doświadczenia w bulionowych hodowlach *anthracis* i *bac. Löffleri*, owinięto w wyjąłowioną watę i umieszczono w otwartych płytkach PETRI'ego.

[D. n.]

II. Przyezzynek do leczenia nosa zapadniętego sposobem Israel'a.

Podał

B. W. Sawicki.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 45].

Przypadek I. P. S., lat 23, mamka, zapisana na mój oddział 7 kwietnia 1900 roku. Przed dwoma dniami otrzymała postrzał śrutem w prawą połowę twarzy. Ogromna rana szarpana z utratą części lewego policzka, lewego skrzydła nosa i przegrody. Górna warga od nosa oderwana zupełnie, trzyma się po stronie lewej li tylko na błonie śluzowej. Rana, idąc ponad wargą, przechodzi na prawy policzek. Tkanki w okolicy rany nabrzękle, skóra zaczerwieniona; powierzchnia rany pokryta cuchnącą mieszaniną krwi i ropy. Po zdjęciu szwów, którymi lekarz zaraz po wypadku starał się brzezi rany połączyć, zastosowano opatrunki z płynu BUROWA. Chora początkowo dość silnie gorączkowała [wieczorami ciepota sięgała powyżej 39°], po upływie jednakże dni kilku rany poczęły się oczyszczać, i stan chorej polepszył się. Dopiero jednakże po upływie przeszło dwóch miesięcy od czasu zapisania się chorej do szpitala, można było pomyśleć o doprowadzeniu poszarpanych części do jakiegoś porządku. 16-go czerwca powycinano blizny i okrwawiono brzezi ziarninującej powierzchni na lewym policzku, poczem nałożono szwy, przszyto wargę górną do śluzówki nosa, usunięto blizny i nałożono szwy na prawym policzku. Pozostało zupełnie zakłębienie nosa, który, pozbawiony chrzęstnej, a w części i kostnej przegrody, zupełnie zapadł się do jamy nosowej. Sprawę wikłała jeszcze utrata części lewego wyrostka nosowego, którego znaczna część zmartwiała i wydzielila się podczas gojenia, a także utrata lewego skrzydła nosa. Należało wyrównać zakłębienie nosa i podnieść tenże nos do góry. W tym celu 17-go lipca wykonałem cięcie podłużne, około 1,5 cm. długie, w okolicy kości nosowych. Stąd na tępo zapomocą zamkniętych szczypczyków hemostatycznych wytworzyłem kanał pod skórą w kierunku do końca nosa. Teraz z przedniej powierzchni lewej kości goleniowej wydłótowałem drzazgę kostną około 3,5 ctm. długą i 0,5 ctm. szeroką. Oddzielony kawałek kości wraz z okostną wsunąłem w kanał podskórny, wytworzony na grzbiecie nosa. Ranę skórną zamknąłem paroma ściągami. Po operacji wytworzył się dość znaczny obrzęk nosa, przechodzący na

czoło i powieki, który jednakże po paru dniach ustąpił. Grzbiet nosa teraz nie pozostawiał nic prawie do życzenia. Pomimo to jednakże nos, pozbawiony podpory, leżał bezpośrednio na wardze, jak to wykazuje rysunek I [fotograficznego obrazu chorej z okresu, poprzedzającego operację, nie posiadamy]. Dla podniesienia nosa do góry postanowiłem stworzyć mu podpórkę z wargi górnej. W tym celu 3-go października z przedniej powierzchni prawej kości goleniowej



Rys. 1.

wyciąłem kawałek kości około 4 ctm. długi i 0,5 ctm. szeroki, który wprowadziłem w środek wargi górnej, równoległe do brzozy nosowargowej; kanał w wardze utworzyłem uprzednio zapomocą ostrego noża. Otwór rany na błonie śluzowej zaszyto. Ponieważ górny brzeg wargi górnej był bliznowato zmieniony, a zatem pod względem odżywiania niepewny, czekało z wycięciem płata z wargi kilka tygodni. Dopiero 16-go listopada ze

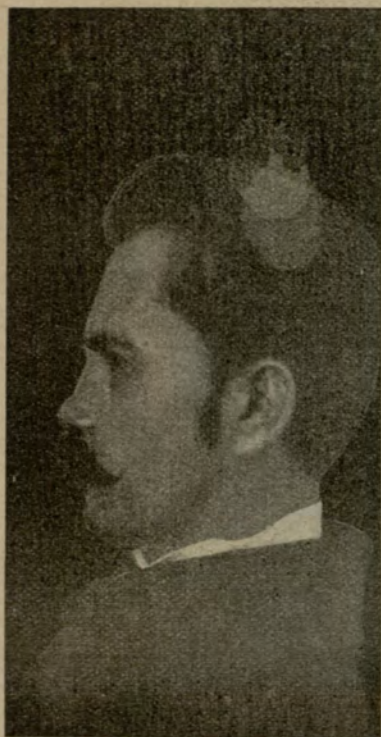
środkowej części wargi wycięto płat szerokości przeszło 1 ctm. wraz z wgojoną weń kością. Płat ten sięgał początkowo tylko do połowy wysokości wargi i końcem swym unosił koniec nosa ku górze. Na miejscu ich zetknięcia płat z końcem nosa zeszyto. Ranę na wardze poniżej wyciętego płata połączono szwami. 12-go grudnia, gdy się przekonano, że koniec nosa zrósł się dość dokładnie z podpierającym go płatem, tenże płat powiększono, prowadząc cięcia



Rys. 2.

ku górze do nasady wargi. Tym sposobem całą podporę udało się wyżej przesunąć pod koniec nosa. Pomimo, że odżywianie podpory od strony wargi było dość słabe z powodu blizn otaczających, podpora jednak nie uległa zgorzeli i dość dobrze nos podtrzymywała. Chora pozostawała jeszcze w szpitalu do połowy lutego 1901 roku. W ciągu tego czasu starano się pokryć brak lewego skrzydła, a w tym celu zużytkowano płat skórny, wzięty z sąsiednich części na

lewym policzku. Operacja ta wymagała parokrotnych poprawek i pomimo to dała wynik nie zupełnie zadowalający, ponieważ wskutek znacznego zniszczenia, spowodowanego wystrzałem, nie można było zużytkować dostatecznej ilości skóry policzka dla pokrycia braku w lewym skrzydle. Gdy chora opuszczała szpital, kość, wszczepiona na grzbiecie nosa, była tejże wielkości, jak zaraz po operacji. Kość w podpórce, o ile się zdawało, uległa niewielkiemu wessaniu. Rysunek II-gi przedstawia nam chorą w chwili opuszczenia szpitala. Na nie-



Rys. 3.



Rys. 4.

szczęście przez pomyłkę odfotografowano stronę inną, aniżeli przed operacją podniesienia nosa. Nie mniej przeto różnica w podniesieniu nosa jest widoczna. Muszę tu jeszcze zaznaczyć szczegół, na który i **DIAKONOW** zwraca uwagę. Wytworzona z wargi górnej podpora zwraca się po uniesieniu skórą ku jamie nosowej, błoną zaś śluzową na zewnątrz. Otóż ta błona śluzowa rzuca się od razu w oczy i szpeci chorą. Dla uniknięcia tego, lepiej ją usunąć i pozwolić ranie goić się zapomocą blizny.

Przypadek II. S. J., lat 37, wojskowy, wstąpił na oddział 25 października 1901 roku. Przed laty 25-ciu uległ urazowi, poczem wytworzyło się zniekształcenie nosa. Chory budowy prawidłowej, wzrostu małego, odżywiania miernego. Nos na miejscu połączenia części kostnej z chrzęstną przedstawia zakłębnięcie, mające kształt rowka poprzecznego; poza tem nos przedstawia się jakby rozszerzony i spłaszczony. 28-go października z przedniej powierzchni lewej goleni wycięto wraz z okostną kawałek kości 3,5 ctm. długi, a 0,5 ctm. szeroki. Zrobiwszy teraz podłużne przecięcie skóry w kostnej okolicy nosa za-



Rys. 5.

pomocą zgłębnika żłobkowanego, wytworzono kanał kostny ku dołowi, dokąd wprowadzono drzazgę kostną. Ranę skórną zaszyto. Zagojenie zupełne. Chory opuścił szpital 9 listopada. Zakłębnięcie się wyrównało, a nadto grzbiet nosa stał się bardziej zarysowanym, wskutek czego nos wydawał się mniej szerokim. Rysunki III i IV przedstawiają chorego przed i po operacji. Niedawno miałem wiadomość, że kształt nosa, przez operację wytworzony, w kilka miesięcy później nie zmienił się.

Przypadek III. G. J. lat 31, służąca, zapisała się na oddział 25-go maja r. b. Opowiada, że przed 14-tu laty przechodziła jakoby różę twarzy, po

czem miało powstać zakłębienie nosa. Chora zbudowana dość dobrze, odżywiona miernie. Nos na miejscu połączenia części kostnej z chrzęstną przedstawia znaczne zakłębienie; na skórze w tem miejscu wyraźne blizny. Skrzydła nosa i koniec tegoż zgrubiały; błona śluzowa nosa blada, sucha, bez owrzodzeń, miejscami pokryta zaschlą wydzieliną. 5-go czerwca wydłótowano z przedniej powierzchni lewej goleni drzazgę 4 ctm. długą ze znacznym kawałkiem okostnej. Na grzbiecie nosa cięcie podłużne 1 ctm. długie, przez które podskórnie wprowadzonym nożem poprzecinano blizny. Następnie wąską podwążką wykonano



Rys. 6.

kanał podskórny do końca nosa. Po wszczepieniu drzazgi kostnej ranę zaszyto. Zagojenie zupełne ze znacznym poprawieniem kształtu nosa. Chora opuściła szpital 20-go czerwca. Rysunek V i VI przedstawiają chorą przed i po operacji. Wszczepiona kość dotąd nie uległa zmianie. Chora ze swego stanu jest zupełnie zadowolona.

Opierając się na powyższych, chociaż nielicznych własnych przypadkach, jako też na spostrzeżeniach innych autorów, dałbym stanowczo pierwszeństwo przy leczeniu zapadniętego nosa wszczepianiu kości przed wstrzykiwaniem pod-

skórnem parafiny. Metoda ISRAEL'a nadaje się nie tylko do wyrównywania grzbie-
tu nosa, lecz także i do podnoszenia tegoż nosa w razie zniszczenia przegrody.
W tym ostatnim razie, operując w przyszłości, starałbym się wycinać drzazgę
kostną z możliwie dużą ilością okostnej tak, by całą drzazgę można było naokoło
w okostną zawinąć. Kość w mostku, podpierającym nos, jest gorzej odżywiana
niż na grzbiecie nosa, a nadto podlega ciśnieniu. W tych warunkach pożąda-
nem jest mieć duży zapas tkanki, łatwo przyrastającej do otoczenia i mogącej
wytworzyć dostateczną ilość nowej kości, która zastąpi wysysającą się nową
drzazgę.

L I T E R A T U R A .

- 1) LEISRINK. Centr. f. Chir. 1877 str. 257.
- 2) MIKULICZ. Gaz. Lek. 1883 str. 429, 453.
- 3) T e n z e. Arch. f. klin. Chir. 1884. T. 30. str. 106.
- 4) OBALIŃSKI. Przegl. Lek. 1886 str. 140.
- 5) ISRAEL. Arch. f. klin. Chir. 1887. T. 36. str. 372.
- 6) KOENIG. Arch. f. klin. Chir. 1887. T. 34 str. 165.
- 7) HELFERICH. Arch. f. klin. Chir. 1888. T. 37. str. 617.
- 8) KORNIG. Lehrb. d. spec. Chirurgie. 1889. T. I. str. 248.
- 9) CZERNY. Arch. f. klin. Chir. 1895. T. 50. str. 547.
- 10) SCHIMMELBUSCH. Arch. f. klin. Chir. 1895. T. 50. str. 739.
- 11) ISRAEL. Arch. f. klin. Chir. 1896. T. 53. str. 257.
- 12) MARTIN. Revue de Chir. 1899. Nr. 8.
- 13) HUELTL. Jahresber. f. Chir. za r. 1898. str. 341.
- 14) HEARN. Jahresber. f. Chir. za r. 1898. str. 340.
- 15) VILLAR. Mercredi médicale. 1895. № 27.
- 16) MANGOLDT. Centr. f. Chir. 1900 (Verhandl. d. Deut. Gesell. str. 48)
- 17) KUZNECOW. Wręcz. 1900. str. 196.
- 18) BELGMANN, BRÜN, MIKULICZ. Handb. d. Prakt. Chirurgie. 1 00. T. I str. 592.
- 19) WASSERMANN. Beitr. z. klin. Chir. 1902. T. 36 str. 613.
- 20) LEISER. Deut. Med. Woch. 1902. № 14. str. 110.
- 21) HEIN. Berl. klin. Woch. 1902. str. 840.
- 22) DJAKONOW. Russkaja Chirurgia. 1902. Z. 4.
- 23) NAPAŁKOW. Roboty gosp. chir. klin. prof. DJAKONOWA. Chirurgia. 1903. Luty. str. 69.
- 24) SZLEIFSTEIN. Gaz. Lek. 1903 str. 47, 76. Ta ostatnia praca zawiera wykaz artyku-
łów, dotyczących parafiny.

Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

Podali

Wl. Starkiewicz i T. Gryglewicz.

— † — † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 44].

W praktyce prywatnej pomyślniejsze warunki życiowe zmieniają z gruntu postać rzeczy; tu statystyka, przeprowadzona w tym samym, co nasza, kierunku, dałaby prawdopodobnie wyniki bez porównania lepsze. Zdziwiająco zgodne wyniki, otrzymane i z oddziałów ZIELIŃSKICH i z oddziału SOKOŁOWSKIEGO i z naszego, dają już bardzo poważną skalę porównawczą, bo opartą na przeszło 1200 chorych, dla wszelkich dalszych badań czyto nad skutecznością jakiejś terapii, czy nad przebiegiem gruźlicy w różnych grupach ludności.

Aby skończyć z kwestyą wyników leczenia szpitalnego suchotników, rozpatrzmy, po jakim czasie następuje u nich przeciętnie spadek, *resp.* podniesienie ciepłoty.

Kol. BORZECKI zaznacza ogólnikowo, że spadek ciepłoty u jego chorych występował przeciętnie po miesiącu. U nas, jak widać z przytoczonej tabliczki, u chorych podgorączkowych gorączka ustąpiła zaraz po kilku dniach pobytu w szpitalu, również u chorych z niewielką gorączką; u chorych zaś z gorączką wysoką raczej po dłuższym pobycie. [Patrz str. nast.]

Suchoty bezgorączkowe.

Pomiędzy suchotami bezgorączkowymi a gorączkowymi zachodzi olbrzymia różnica i pod względem przebiegu choroby i czasu jej trwania i rokowania i leczenia. Szukając przyczyny tej różnicy w przebiegu różnych przypadków suchot, zatrzymałem się dłużej na wieku chorych i doszedłem do pewnych ciekawych, jak mi się zdaje, wniosków.

Śród publiczności, zarówno jak pośród lekarzy, od dawna panuje zdanie, że suchoty u osób w podeszłym wieku przebiegają łagodniej i dłużej trwają, niż u młodych. W ostatnim czasie CORNET (15) w wielu miejscach swego dzieła, poświęconego gruźlicy, zwraca na to uwagę, i usiłuje tłómaczyć tę różnicę w przebiegu suchot w różnym wieku swoją hipotezą o wysalności ciał proteiновых gruźliczych. Wsasywanie tych ciał w młodym wieku, kiedy krążenie soków jest żywsze, a drogi chłonne szersze, ma się odbywać daleko energicz-

	Przestali gorączkować				Zaczeli gorączkować		
	Chorzy z ciepłotą 39°	Chorzy z ciepłotą niższą niż 39°	Podgorączkowi		Chorzy z wysoką gorączką	Chorzy z gorączką niższą	Chorzy podgor.
1 dnia	1	3	11	po 1 dniu	2	1	—
2 "	2	3	6	2 d.	2	—	1
3 "	2	4	2	3 "	2	1	—
4 "	1	3	1	4 "	—	3	—
5 "	3	3	1	5 "	1	—	—
6 "	2	1	—	6 "	—	—	1
7 "	—	3	—	9 "	—	—	1
8 "	—	1	—	11—17	—	—	2
9 "	2	—	—	1 $\frac{1}{2}$ —2 m.	—	1	—
10 "	1	—	—	3—4 m.	—	1	—
11—15	3	—	1				
16—20	3	1	—				
21—30	2	1	—				
1—2 m.	5	2	—				
2—3 m.	2	1	—				
3—4 m.	1	—	—				

niej, niż w wieku późniejszym. Fakt więc łagodniejszego przebiegu gruźlicy u osób starszych zaznaczany był z wielu stron i od dawna. O ile wiem jednak nigdzie nie próbowano nawet ująć go w cyfry. Nasze zestawienia porównawcze przebiegu z wiekiem suchotników fakt wspomniany stwierdzają w zupełności. Okazuje się mianowicie, że postać bezgorączkową spotyka się przeważnie po 40-ym roku życia, podczas gdy gorączkowej najczęściej dostarcza wiek do lat 40. Jaskrawo uwydatnia ten fakt następująca tabliczka: [Patrz str. nast.].

Widzimy stąd, że do lat 40-tu olbrzymia większość chorych ma postać suchot gorączkową, jedynie nieznaną odsetka przybywa bez gorączki lub w stanie podgorączkowym. Stosunek ten zmienia się stopniowo i między 50-ym a 60-ym rokiem uzyskuje przewagę liczba chorych bezgorączkowych. Tabliczki takiej, jak podana przeze mnie, nie spotykałem nigdzie w podręcznikach. Przy-

Tablica porównawcza przebiegu suchot z wiekiem chorych.

Wiek chorych	Ogólna liczba suchotników	Liczba bezgorączkowych	Liczba podgorączkowych	% bezgorączkowych	% bezgorączkowych i podgorączkowych	
Dawny szpital:						
Od lat 10 do 20	34	3	1	8,82	11,76	
21—30	109	23	17	21,10	35,78	
31—40	96	15	11	15,62	27,08	
41—50	104	41	11	39,52	50,0	
51—60	59	35	5	59,15	64,41	
61—70	31	17	5	54,84	70,97	
71—80	19	9	5	47,37	73,68	
81—90	3	2	—	66,(6)	66,(6)	
Nowy szpital:						
10—20	13	1	1	7,69	15,38	
21—30	26	3	3	11,53	23,07	
31—40	15	4	1	26,(6)	33,(3)	
41—50	15	3	2	20,0	33,(3)	
51—60	12	5	3	41,(6)	66,(6)	
61—70	11	2	2	18,(18)	36,54	
71—80	3	2	—	66,(6)	66,(6)	
81—90	1	—	—	—	—	
Razem:						
10—20	47	4	2	8,51	12,76	14,89 (7)
21—30	135	26	20	19,25	34,07	8,89 (12)
31—40	111	19	12	17,11	27,92	5,40 (6)
41—50	119	44	13	36,97	47,89	4,20 (5)
51—60	71	40	8	56,33	67,6	7,04 (5)
61—70	42	19	7	45,23	61,9	7,14 (3)
71—80	22	11	5	50,0	72,(72)	9,09 (2)
81—90	4	2	—	50,0	50,0	

pisywać jej wartości bezwzględnej oczywiście nie można: nie każdy przecież chory, zaliczony w mojej tabliczce do bezgorączkowych, był wolny od gorączki przez cały czas swej choroby. Uważam ją tylko za pierwszą a konieczną próbę wyrażenia w cyfrach różnic w przebiegu suchot u ludzi różnego wieku.

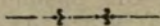
Suchoty płuc bezgorączkowe stanowią odmianę tej choroby daleko łagodniejszą, dłużej trwającą, pozwalającą na lepsze rokowanie, a nawet i daleko częstsze wyzdrowienie. Rzecz dziwna, że w naszej medycynie ta postać suchot płucnych zwracała na siebie chyba daleko więcej uwagi, aniżeli jej poświęcają podręczniki. Ze zdziwieniem w całym szeregu podręczników napróżno szukałem danych o częstości suchot bezgorączkowych. Wszędzie uważano tę postać za coś wyjątkowego.

U nas, przeciwnie, już szkoła CHALUBIŃSKIEGO i BARANOWSKIEGO liczyła się na każdym kroku z tą odmianą suchot i traktowała ją, jak gdyby jakąś niemal inną chorobę. Chorym, dotkniętym tą postacią suchot, nie wahano się zalecać miejscowych upustów krwi, kąpieeli, hydroterapii, solanek, wód maryenbadzkich, karlsbadzkich; rokowanie stawiano u nich względnie dobre. Później, SOKOŁOWSKI o włóknistej postaci suchot płucnych pisał wielokrotnie i poświęcił jej obszerniejszą pracę. Teraz wreszcie, przy próbach statystyki suchot szpitalnej, odsetka suchotników bezgorączkowych w naszych szpitalach okazuje się wcale wysoką, a w różnych wykazach statystycznych dość zgodną. SĘDZIAK podaje 27,66%, BORZĘCKI 28,7%, nasza wreszcie statystyka wykazuje 29,89%.

Jak już wspominałem, cyfr takich w podręcznikach nie udało mi się znaleźć; zdawałoby mi się, że chyba odsetka ta u nas jest wyższa, niż gdzieindziej. O czemby to jednak świadczyło? Jeżeli sumę zachorowań na gruźlicę w danym miejscu i czasie będziemy rozpatrywali, jako epidemię gruźlicy miejscową, to co mamy sądzić o natężeniu tej epidemii z dużej liczby przypadków choroby złagodzonych, za jakie niewątpliwie uznać musimy przypadki bezgorączkowe? Czy znaczna liczba takich przypadków złagodzonych ma świadczyć i o łagodniejszym przebiegu epidemii? Zdaje mi się, że niezłościwość epidemii każdej choroby zakaźnej, a więc i gruźlicy, mierzymy odsetką zachorowań na wszystkich żyjących, oraz odsetką przypadków śmiertelnych, złośliwych, piorunujących. Przypadki zaś złagodzone o tyle tylko mogłyby świadczyć o łagodności epidemii, gdyby się powtarzały przeważnie lub wyłącznie: w przeciwnym razie świadczyć o tem nie mogą. Przeciwnie, bodaj że częściej spotkamy je w epidemiach złośliwych. Tak np. na szczycie epidemii cholery obok zachorowań ciężkich widzimy bardzo liczne przypadki lżejszych biegunek bez groźnych następstw. Tak samo przypadki poronne odry, szkarlatyny (*morbilli*, *scarlatina sine exanthemate*, *sine febrī* i t. p.). Najczęściej spostrzegamy je przy silnych epidemiach, gdy zapadają na te choroby osoby skądinąd mniej do nich usposobione, poniekąd odporne. To samo da się powiedzieć i o najłagodniejszych przypadkach ospy, które świadczą przecież nie o tem, że epidemia ospy jest łagodna, ale raczej, że w danej epidemii uległy tej chorobie nawet osobniki mało do niej usposobione.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



70. Noorden i Dapper. Kolka śluzowa (*colica mucosa*) i jej leczenie.

Sprawa patogenezy kolki śluzowej dotąd jeszcze stanowi przedmiot ciągłych sporów wśród klinicystów. Gdy jedni (NOTHNAGEL, MARCHAND, LEUBE) radzi w niej widzieć ruchową i wydzielniczą nerwicę kiszek, inni (EINHORN, BOAS, ERSTEIN, SCHUETZ) są zdania, że zachodzą tu zawsze, lub przynajmniej w znakomitej większości przypadków sprawy zapalne błony śluzowej kiszek. Do zgody między dwoma tymi obozami dopóty chyba nie dojdzie, dopóki przy określeniu cierpienia tego brane będą pod uwagę jedynie dwa, w samej nazwie uwidacznione objawy, jak wydzielanie się śluzu wśród kurczowych bólów brzucha; zjawiska te bowiem towarzyszą najrozmaitszym cierpieniom kiszek.

Statystyki sekcyjne wielu klinik niezbiecie dowodzą, że obraz kliniczny kolki śluzowej rzeczywiście nieraz spostrzegany bywał przy zapalnych sprawach w kiszkach, fakt ten jednakże nie może jeszcze usprawiedliwić zdania BOAS'a, że wykrycie zmian zapalnych na błonie śluzowej więcej znaczyć musi, niż wyniki ujemne poszukiwań. Jak w danej sprawie, rzecz się ma chyba odwrotnie: cenniejszymi będą spostrzeżenia typowej kolki śluzowej, gdzie badanie pośmiertne żadnych zmian na błonie śluzowej kiszek nie wykryło, a takich spostrzeżeń w literaturze naliczyć można nie mało.

Dotychczasowe, wprawdzie nie bardzo liczne prace, ustaliły jedynie ten fakt, że obraz kolki śluzowej występować może z jednej strony, jako jeden z objawów kataru kiszek, z drugiej zaś przy zupełnym braku jakiegokolwiek bądź zmian na błonie śluzowej tych ostatnich. Stąd powstał podział NOTHNAGEL'a na *enteritis membranacea* i *colica mucosa*, w którym tylko te ostatnią za cierpienie nerwowe uznano. Ma tu miejsce naturalnie nie tylko wyłącznie nerwica wydzielnicza z którą związane jest nadmierne wydzielanie się śluzu, lecz nerwica złożona wydzielniczo-ruchowo-czuciowa. Ten dualistyczny pogląd NOTHNAGEL'a przy sporej liczbie zwolenników znalazł jednakże i gorącą opozycję, na której czele stanął WESTPHALEN w swej wyczerpującej pracy: „*Ueber die sogenannte Enteritis membranacea*“ (*Berl. klin. Woch.* 1901 Nr. 14, 15 i 16-ty). Tworzenie się t. zw. błon kiszkowych zależy, zdaniem jego, wyłącznie od nadmiernego wydzielania się śluzu pod wpływem czynników nerwowych. O ile ma miejsce jedynie nerwica wydzielnicza, tworzą się duże ilości bezpostaciowego śluzu, jeżeli zaś do obrazu tego dołącza się stan skurczowy kiszek, śluz w ich fałdach ulega ściśnięciu i wydziela się w postaci mniej lub więcej długich tasiemek lub sznurów; gdy wreszcie wydzielaniu temu towarzyszą dotkliwe bóle brzucha, ma się do czynienia z nerwicą czuciową. Rzecz naturalna, że ze stanem tym może iść w parze i rzeczywisty katar kiszek, jednakże i w tych przypadkach nie katar, lecz nerwica jest powodem nadmiernej produkcji śluzu i całego typowego obrazu choroby.

O b r a z k l i n i c z n y. Choroba najczęściej występuje między 20-tym a 45-tym rokiem życia; poza granicami tego okresu spostrzegana bywa rzadziej. Kobiety ulegają jej częściej, niż mężczyźni. Większość chorych na długo przed wybuchem ataku kolki śluzowej cierpi na różnorodne zaburzenia przewodu pokarmowego, jak nerwowa dyspepsja z nadkwaśnością, „kurcze żołądka“, skłonność do rozwolnień o dziwacznych, właściwych „nerwowym biegankom“ cechach. O wiele częściej ma miejsce zaparcie stolca, które szczególnie uporczywem bywa w okresie, bezpośrednio poprzedzającym wybuch kolki. Wielu chorych podaje, że na długo przed zachorowaniem często oddawało twarde stolce z dużą domieszką śluzu; inni przechodzili przedtem organiczne

cierpienia w jamie brzusznej, jak zapalenie wyrostka robaczkowego, opuszczenie się trzew, zwioteczenie ścian brzusznych, *endometritis*, *metritis* i t. p. Dopiero po mniej lub więcej długim okresie podobnych zwiastunów choroby nagle dostaje ataku typowej kolki śluzowej, która też różnie przebiegać może. W postaciach lżejszych ma miejsce jedynie obfite wydzielanie się z kiszki stolcowej śluzu konsystencji miękkiej, a wyglądu szklistego, przezroczystego, zwykle bez domieszki kału. W przypadkach cięższych wydzielaniu się śluzu towarzyszą mniej lub więcej ostre bóle w żołądku lub kiszkach, a śluz jest wtedy zawsze gęsty, mętny, nieprzezroczysty i w postaci nici, sznura, taśmy, czy też całkowitych błon. W wielu razach po jednorazowym odejściu mas śluzowych od razu następuje poprawa i chorzy dość długo nieraz wolni są od podobnych ataków i cieszą się nawet zupełnym zdrowiem. Przerwy takie trwają po kilka tygodni, lub nawet miesięcy. Podczas i po ataku chorzy czują się zwykle bardzo wyczerpanymi, a wielu w kilka dni traci tyle na wadze, ile później całymi tygodniami trudno im odzyskać. Są chorzy, którzy i podczas tych pozornych *intervalu lucida* od czasu do czasu trapieni są różnorodnymi zaburzeniami przewodu pokarmowego. Uczucie gniecienia i dławienia w dołku, wzdęcie brzucha po jedzeniu, brak apetytu — są to najczęstsze skargi pacjentów. Skłonność do biegunki, która czasami występuje bezpośrednio po ataku, zwykle wkrótce ustępuje miejsca uporczywemu zaparciu.

Jak już zaznaczono wyżej, śluz, wydzielany podczas ataku kolki, posiada różne własności: jest miękki, ciągliwy, szklisty i wodnisty, to znów twardy, suchy, w postaci taśmy lub błony. Są to typy krańcowe, w granicach których znów występują jeszcze najróżnorodniejsze formy przejściowe poronne. Nierzadkie są przypadki, gdzie podczas jednego i tego samego ataku spotrzegano obie formy krańcowe i ich stadya pośrednie. Miękki, szklisty, ciągliwy śluz należy uważać za świeży produkt błony śluzowej, śluz zaś zbity, twardy i suchy za starszy, który już dawniej został wydzielonym przez błonę, lecz przez pewien czas (nie wiadomo, jak długo) pozostawał w fałdach błony śluzowej. Tutaj, tracąc wodę swoją, ulega on wysychaniu, twardnieje, a pod wpływem ucisku od przesuwających się po nim twardych mas kałowych, ugniata się w formę taśmy, sznura lub błon. Mocno przystający do ściany kiszki śluz drażni je mechanicznie, a prawdopodobnie i chemicznie; na podrażnienie to odpowiadają one gwałtownymi ruchami, więcej o charakterze tonicznego skurczu, niż ruchu robaczkowego. Stan ten znów jest bodźcem do świeżego wydzielania wodnistego śluzu, który stare masy śluzowe nieco rozmięcza i od błony śluzowej odkleja.

Gdy śluz jest jeszcze wodnisty i ciągliwy, kiszki są w stanie wydalić go bez zbytnich skurczów swych ścian. Takie formy poronne są cechą przypadków lekkich, lub mają miejsce w początkowych stadyach choroby, czy też w okresie zdrowienia. Tam, gdzie śluz silnie przystaje do kiszki, wywołuje się kolka kiszkowa, która zresztą często nie jest w stanie od razu wydalić nagromadzonych mas śluzowych; trzeba nieraz kilka ataków skurczowych, w różnych, mniej lub więcej długich odstępach czasu po sobie następujących, zanim zawartość kiszki wydaloną zostanie. Pamiętać trzeba, że nieraz obraz kliniczny dużo odstępować może od szkicu, powyżej skreślonego, w zależności od stopnia wrażliwości pacjenta. Są chorzy bardzo nerwowi, u których już miękki, wodnisty śluz sprowadza skurcz kiszki i dotkliwy ból; i tu właśnie mamy do czynienia z prawdziwą nerwicą czuciową. U innych znów rzecz się ma inaczej; nawet duże ilości zbitego, twardego śluzu nie są w stanie wywołać gwałtownych skurczów kiszki i wydalane bywają na zewnątrz bez żadnej kolki lub bólów.

Śluz przy kolce śluzowej nie różni się prawie wcale od śluzu przy zapalnych cierpieniach kiszki; jest on jedynie tylko uboższy w pierwiastki komórkowe, niż śluz, na drodze kataralnej powstały.

Leczenie typowej kolki śluzowej, odpowiednio do powyżej nakreślonego jej obrazu, powinno zdążać do dwóch celów: objawowego leczenia samego napadu i przyczynowego samej choroby.

Zadaniem leczenia symptomatycznego jest przede wszystkim możliwie szybkie pokonanie samego ataku, następnie dopiero mieć ono powinno na uwadze złagodzenie tych złych wpływów, jakie podobny atak zwykły wywiera na układ nerwowy chorego i stan jego odżywiania. Leżenie w łóżku, gorące okłady na brzuch i narkotyki — są to pierwsze wskazania przy wybuchu ataku kolki śluzowej. Podawanie naprzód do wewnątrz środków czyszczących, jak to radzą niektórzy autorzy, zawsze prawie bywa połączone ze szkodą chorego, nadezułe bowiem kiszki odpowiadają na nowy bodziec drażniący jeszcze większymi skurczami, jeszcze większymi bólami. Po narkotyzacji, głębokie lewatywy początkowo z czystej wody letniej, a następnie (po 2—3-ch godzinach) z oliwy są bardzo na miejscu. Chory znarkotyzowany zapada w głęboki sen; po przebudzeniu się oddaje oliwę, śluz i kał zupełnie bez bólów i napad kolki jest pokonany.

Leczenie przyczynowe, odpowiednio do współczesnych zapatrywań na patogenę kolki śluzowej, dotyczy przewodu pokarmowego i ogólnego stanu układu nerwowego; w obydwóch tych kierunkach posiada ono jednakową wagę.

Wszelkie leczenie przewodu pokarmowego opierać się winno przede wszystkim na zastosowaniu diety. Uważając za konieczne przy kolce śluzowej jak największe oszczędzanie przewodu pokarmowego, przepisywano zwykle dotąd dietę lekkostrawną, przeważnie płynną, wolną od dużej ilości drzewnika, podobnie jak się to zaleca przy wrzodzie żołądka lub przewlekłym katarze kiszek. Postępowaniu temu zwykle towarzyszy poprawa czynności kiszek, jednakże nawroty spotyka się nie rzadko.

Na podstawie długoletnich własnych obserwacji NOORDEN już przed kilkoma laty począł w kolce śluzowej stosować dietę t. zw. ciężką, bogatą w małostrawny drzewnik; wchodziły tutaj: chleb razowy, jarzyny, owoce surowe, winogrona, a prócz tego duże ilości tłuszczu, szczególnie masła. Przy dyecie tej kał, jakkolwiek obfity, bywa zato zawsze miękki, pulchny; własności tej nabyla on przez dużą zawartość pęcherzyków gazu, jaki powstaje w kiszce z fermentacji drzewnika pod wpływem bakterji. Kał zwykle miękki jak pomada, rzecz naturalna, łatwiej przesuwają się po kiszce, a zniesienie zaparcia stolca, jak wiadomo, dużą rolę odgrywa w leczeniu ataku kolki.

W dyetetycznem tem leczeniu wielce pomocną jest i kuracja wodami mineralnymi; najodpowiedniejsze są tu solanki Kissingen i Homburg; wód alkalicznych [Karlsbad, Vichy, Neuenahr] chorzy tego rodzaju zwykle nie znoszą.

Do dalszych środków należą: masaż kiszki grubej, lekka hydroterapia i elektryzacja. Najlepsze wyniki wydaje kuracja w zamkniętych zakładach, trzeba tylko pamiętać, że chorzy z cierpieniami przewodu pokarmowego nie dobrze się czują na zbyt wysokich górach i po kąpielach morskich. J. L.

71. E. Marinesco [Bukarest]. O obecności ciał obcych w komórkach nerwowych w związku z teorią ruchów pełzakowych tychże komórek.

Czy komórki nerwowe są obdarzone ruchami pełzakowymi?

Na pytanie powyższe odpowiedział twierdząco MIECZNIKÓW, opierając się na fakcie—wykazanym po raz pierwszy przez SUDAŁKIEWICZA—obecności laseczników trądu we wnętrzu komórek nerwowych. Analogiczny fakt obecności laseczników grucicznych w komórkach nerwowych—po zaszczepieniu hodowli grucicznej do mózgu—wykazał BARBACCI. Obaj ci autorowie—SUDAŁKIEWICZ i BARBACCI—powyższe spostrzeżenia przyjmowali za objaw fagocytozy.

Poprzednio jeszcze pogląd o zdolności do ruchów pełzakowych komórek nerwowych wypowiediany był i broniony przez WIEDERSHEIM'a, RABL-RUCK-

HARD'a, DURAL'a i LIÉPINE'a, a zwalczany przez KÖLLIKER'a, VON LHENOSSEK'a i CAJAL'a.

MARINESCO, przystępując do rozstrzygnięcia pytania, postawionego na samym początku, oparł się na dwóch faktach:

1) obecności we wnętrzu komórek kory mózgowej kryształów hemotoidyny, stwierdzonej przez niego w przypadku przerostowego zapalenia opony twardej (*pachymeningitis hypertrophica*),

2) oraz na wyżej wspomnianej już obecności laseczników trądu we wnętrzu komórek zwojowych i rdzeniowych.

Co do 1). Opierając się na spostrzeżeniu, że nigdzie nie udało mu się wykazać kryształów hemotoidyny wolnych—ani w tkance śródmięzszowej, ani też w wyrostkach komórek nerwowych—dochodzi MARINESCO do wniosku, że kryształy te wytwarzają się dopiero w samym wnętrzu komórki nerwowej dzięki pewnym—bliżej niezupełnie jeszcze dokładnie zbadanym—przyczynom.

Przeciw zdolności fagocytozy komórek nerwowych pochłaniania drobnych ciał stałych przemawiają doświadczenia QUINQUER'a, który, zastrzykując zawiesinę cynobru do kanału kręgowego, nigdy nie był w stanie wykazać ziarenek w komórkach nerwowych, a stale jednak znajdował je w innych tworach komórkowych.

Co do 2). Ponieważ ani laseczniki gruźlicy, ani trądu ruchów samoistnych nie posiadają—wykazywanie obecności ich w komórkach nerwowych, stale bywa przytaczane, jako dowód, przemawiający za zdolnością komórek nerwowych do fagocytozy, *resp.* do ruchów pęczakowych. Ścisłejsze jednak dochodzenia MARINESCO'a wykazują, że laseczniki trądu przedostawać się mogą do wnętrza komórek zwojowych lub też rdzenia drogą naczyń chłonnych.

Dawno już RANVIER wykazał, że drogi chłonne nerwów biorą początek z oczek tkanki łącznej, początek nerwowy otaczającej, że zatem niema oddzielnych naczyń chłonnych w pęczku samym i w otocze jego.

Badania doświadczalne HOMEN'a, MARINESCO'a, GUILLAIN'a wykazały ciągłość krążenia chłonnego w nerwach i w rdzeniu. Otóż wszyscy autorowie, którzy wykazywali obecność laseczników trądu w nerwach, znajdowali je zawarte w komórkach, albo leżące swobodnie w przestrzeniach chłonnych. Drogą tych przestrzeni chłonnych laseczniki trądu—a zapewne gruźlicze—przedostają się do komórki nerwowej-rdzeniowej.

By wytlómaczyć sposób przedostawania się laseczników do komórek zwojowych, należy uprzytomnić sobie niektóre nowsze spostrzeżenia, dotyczące się budowy zwojów rdzeniowych.

Badacz szwedzki HOLMGREN opisał [1899 - 1900] w prątoplazmie komórek nerwowych obecność cienkich kanalików niejednakowego wymiaru, łączących się niekiedy ze sobą w siatkę. Prócz tego autor ten wykazał, że kanaliki te posiadają swe własne ściany, które uwydatnić można podwójnym barwieniem toluidyną i erytrozyną.

Wyniki powyższe, stwierdzone przez STUDNICKA, BETHE'go i FRAGNITO'a, rzucają nowe światło na sprawę odżywiania komórek.

W ostatnich czasach PUGNAT przeszedł bieg kanalików tych poza komórki i wykazał, że kanaliki te, opuściwszy ciała komórek, łączą się z takimiż kanalikami, wychodzącymi z komórek sąsiednich i wytwarzają wspólne pnie. Niekiedy można wykazać, że te ostatnie otwierają się do przestrzeni jaśniejszych—zaokrąglonych, które przyjąć należy za przestrzenie chłonne.

Cała więc sprawa przenikania laseczników do wnętrza komórek zwojowych przedstawiałaby się podług MARINESCO'a w następujący sposób:

Laseczniki trądu, dostawszy się do naczyń chłonnych powierzchniowych danego nerwu, zostają uniesione prądem limfy do naczyń jego głębszych. Dzięki istniejącemu kierunkowi krążenia limfy—laseczniki te zostają skierowane częścią ku komórkom zwojowym, częścią zaś ku komórkom rogów przednich.

Ponieważ laseczniki trądu okazują pewną predylekcyę do nerwów czuciowych, większość ich zostaje skierowana do zwojów rdzeniowych.

Dotarliśmy do otoczki komórek zwojowych, laseczniki przedostają się do ich wnętrza przez system wyżej opisanych kanalików chłonnych.

(*La Presse médicale* 1903. T. 11. Nr. 68).

Adam Ciagliński.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 10-ym b. m. odbyło się w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem nadzwyczajne posiedzenie dla uczczenia zmarłego prof. WŁODZIMIERZA BRODOWSKIEGO. W sali posiedzeń wystawiony był wśród zieleni portret nieboszczyka, zrobiony ongi kosztem członków Towarzystwa i należący do jego zbiorów. Posiedzenie to wypełniły przemówienia prof. HOYERA i prof. PRZEWOSKIEGO, które czytelnicy znajdą wydrukowane w przyszłym numerze „Gazety“, przemówienia żywo oklaskiwane przez liczne zebranych członków. Na temże posiedzeniu prezes Towarzystwa zawiadomił, iż wdowa po ś. p. W. BRODOWSKIM bogatą bibliotekę zmarłego ofiarowała Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu. Rzucono wreszcie myśl zebrania specjalnego funduszu imienia WŁ. BRODOWSKIEGO, od którego odsetki byłyby wyznaczane jako nagrody za prace treści anatomiczno-patologicznej.

— Z pism politycznych dowiadujemy się, iż wysadzoną została specjalna komisya do obmyślenia sposobu najlepszego zużytkowania zaciągniętej przez miasto Warszawę pożyczki w sumie 33 milionów rubli. Z tego powodu przypominamy, iż jedną z najbardziej naglących potrzeb jest wybudowanie przez miasto nowego szpitala, a przedewszystkiem szpitala—schroniska dla ubogich chorych, dotkniętych cierpieniami płuc [suchoty, rozedma płuc i t. p.]. Chorych takich jest liczba ogromna. Stanowią oni balast szpitali, którego pozbyć się niema sposobu, bo nie tyle leczenia, ile łóżka, spokoju, odżywiania i nadzoru chorym tym potrzeba. Leżą oni całe miesiące w szpitalach, zarażając całe otoczenie. Zbudowanie poza miastem [na gruncie miejskim] szpitala—schroniska dla kilkuset takich chorych, oswobodziłoby szpitale od tego balastu [bardzo drogiego], prawdziwie nieszczęśliwym a biednym dałoby schronienie aż do śmierci a innym chorym możność dostania się i leczenia się w szpitalach, do których obecnie czasem całymi tygodniami napróżno pukają.

— Koledzy E. BIERNACKI i W. JANOWSKI mianowani zostali prywatdocentami: pierwszy we Lwowie, drugi w Petersburgu.

— Dnia 8-go b. m. ks. kanonik NIEWIAROWSKI dopełnił poświęcenia nowego lokalu Pogotowia Ratunkowego przy ulicy Leszno № 52 w obecności członków Zarządu, przedstawicieli prasy i osób zaproszonych. Po przemówieniu ks. NIEWIAROWSKIEGO zabrał głos sekretarz pogotowia, dr JÓZEF ZAWADZKI i przedstawił w liczbach dotychczasową działalność tej instytucji, która w ciągu krótkiego swego istnienia udzieliła pomocy blisko w 50 tysiącach wypadków nieszczęśliwych.

— W Berlinie, na wzór instytutu PASTEUR'a w Paryżu ma być zbudowany instytut BEHRING'a dla badań nad surowicami ochronnymi i wyrobu surowic, które dotychczas weszły w użycie.

— W New-Yorku pod przewodnictwem dra GUERNSEY zawiązało się „Society for the culture of musical therapeutics“.

— Amerykański Kongres gruźliczy odbędzie się w Waszyngtonie od 4—6-go kwietnia 1905 r.

— **Zmarł** w październiku r. b. w 87-ym r. życia T. ROUSSEL, znany z prac higienicznych [przyczyna pellagry, pijaństwo i t. p.], a głównie jako autor, noszącego nazwę ROUSSEL'a „loi de protection des enfants en bas âge“, prawa, zawotowanego przez francuską izbę deputowanych w 1874 r.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 30 Окт. 1903 Друк K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.

Magistra A. Bukowskiego

APTEKA I PRACOWNIA CHEMICZNA

Marszałkowska 54. Telefon 1319.

POLECA:

Sirupus Thymii cps. Stosowany zamiast Pertussiny niemieckiej.
Flakon 60 kop.

Sirupus jodo-tannicus phosphoricus (Jecorol),

Stosowany w pediatrii zamiast szybko jęczącego tranu i we wszystkich wypadkach gdzie wskazane są jod, wapień i fosfor.

Zawiera 0,2% jodu, chemicznie związanego z garbnikami, 0,4% tlenku wapnia, 0,04% fosforu. Dawka od kilkunastu kropel do łyżeczki. Sprzedaż tylko w oryginalnych flakonach z marką ochronną, zatw. przez Min. Finan. za № 16230.

Ferratol (Sir. ferratini cps.)—bez smaku żelaza; zawiera w łyżeczce 0,02 żelaza.

Sol. Adrenalini hydrochl. glicerinata

1‰ w ampułkach po 4 i 6 sztuk w pudełku.

50—13



WINO VIAL

przygotowane na Korze chinowej, Ekstrakcie Mięsnym i Mlecznym Fosforanie Wapnia jest Środkiem odżywczym ze względu na jego fizyologiczne własności. Wino VIAL zawiera w sobie pierwiastki fosforanu wapnia, chininy i surowego mięsa. Połączenie tych trzech substancyj daje środek najracjonalniejszy i najdoskonalszy z tonicznych. Przyjmowane w ilości kieliszka od likieru po każdym jedzeniu stanowi znakomite uzupełnienie pokarmu chorych i rekonwalesc.

Vial Frères pharmaciens, 36 place Bellecour, Lyon, France. 26—19

W SZPITALACH PARYŻKICH I SZPITALACH MINISTERJUM MARYNARKI FRANCYJ

Referat Akademii Naukowej, Medycyny i Biologicznego Towarzystwa w Paryżu.

OYO-LÉCITHINE BILLON

JAJECZNY LECYTIN BILLON

zażywa się przy
NEURASTENII,
ZNUŻENIU, BŁADACZCE,
ANEMII, REKONWALESCENCYI I STAROŚCI.

WZMOCNIENIE ORGANIZMU

Przy gruźlicy, krzywicy, wycieńczeniu, neurastenii, opóźnionym wzroście i t. p.

Syrop z hypofosfatów wapnia, sody i t. p.

Hypophosphate de chaux D-ra Churchill w aptecce SWANN.

12, rue Castiglione, Paryż

Do nabycia w wszystkich aptekach.

12—3