


KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O LECZNICZYM DZIAŁANIU FENOKOLU

(PHENOCOLLUM HYDROCHLORICUM). 

NAPISAL

Dr. H. Kucharzewski.

Phenocollum hydrochloricum jest to sól chlorowa amidoacet-para-phenetidyny, otrzymana z kwasu amidooctowego i phenetidyny przez utratę wody. Środek ten przedstawia się pod postacią proszku białego, mikrokryształicznego, zapachu lekko aromatycznego, smaku gorzko-słonego; w wodzie i wysokoju (90^o/_o) rozpuszcza się mniej więcej w 15 częściach przy ciepłocie pokojowej; w eterze i chloroformie nie rozpuszcza się; w glicerynie przy ogrzaniu do 60' rozpuszcza się w stosunku 1:2, roztwór ten jednak zastyga nadzwyczaj szybko w białą, podobną z wyglądu do sadła masę.

Preparat ten, choć niedawno wprowadzony do farmakologii był już przedmiotem kilku prac i rozpraw.

Badaniem fizjologicznego działania fenokolu na ustrój zwierzęcy zajęli się prof. *Kobert* z Dorpatu, prof. *v. Mering* z Halle i dr. *Rutkowski* z Berlina. Krótkie sprawozdania dwóch pierwszych badaczy głoszą, że fenokol nie działa trująco i szkodliwie na zwierzęta; podług *Kobert*'a preparat ten nie wywiera szkodliwego wpływu nawet na krew zwierząt, jak to ma miejsce z innymi środkami przeciwgorączkowymi. Doświadczenia dra *Rutkowskiego* ¹⁾ na żabach i królikach wskazują, że małe dawki fenokolu, stosowane podskórnie, nie wywierają szkodliwego wpływu na serce i krew, większe dawki (0,5—1,0 na kilo wagi zwierzęcia) wywołują objawy bezwładu, obniżenie ciśnienia krwi, wreszcie po dawkach śmiertelnych (3,0 na kilo) występuje duszność i osłabienie czynności serca. Co do działania przeciwgorączkowego fenokolu z doświadczeń autora wypły-

¹⁾ Inaugural-Dissertation—Berlin.

wa, że jedynie duże dawki podskórne wywołują niezawodny skutek.

Kliniczne badania nad działaniem chlorku fenokolu przeprowadzili dr. *Hertel* (Berlin) ¹⁾, dr. *Benno Herzog* ²⁾ (Giessen), dr. *Cohnheim* (Wrocław) ³⁾ i dr. *R. Bum* (Wiedeń) ⁴⁾. Pierwszy z nich wypróbował działanie fenokolu w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy płuc i ostrego gośćca stawowego (razem 8 przypadków). Żadnych zaburzeń ze strony serca, płuc i przewodu pokarmowego, nawet przy dłuższem podawaniu po 5,0 dziennie, nie zauważył. Małe dawki nieznacznie i nie na długo obniżały podwyższoną ciepłotę; natomiast dawki 5,0 dziennie zupełnie gorączkę zwalczały. W przypadkach ostrego gośćca stawowego z gorączkowym przebiegiem 5,0 dziennie usuwało bóle stawowe, pozostając bez wpływu na podwyższoną ciepłotę. W przypadku gośćca stawowego pochodzenia reumatycznego fenokol pozostał bez skutku.

Podług *Hertla* mocz po fenokolu ciemnieje, przyjmuje barwę wiśniową; po dodaniu do takiego moczu Fc_2Cl_6 otrzymuje się zabarwienie jeszcze ciemniejsze, które od stężonego kwasu siarczanego nieco jaśnieje i przyjmuje swoisty odcień zielonkawy.

Dr. *Herzog*, rozporządzając liczniejszym i więcej urozmaiconym materyjałem, aniżeli jego poprzednik, przyszedł mniej więcej do podobnych wyników. Preparat stosował nie tylko w proszku, lecz i w roztworze glicerynowym podskórnie. U chorych gorączkujących po dawkach 1,0 prawie zawsze następowało obniżenie ciepłoty, w przypadkach rwy kulszowej, przewlekłego gośćca stawowego fenokol zmniejszał lub też zupełnie bóle usuwał.

W jednym przypadku z 17 spostrzeganych przez tego autora, wystąpiły po względnie niewielkiej dawce duszności, sinica, osłabienie czynności serca. Reakcy *Hertla* niejednokrotnie nawet po dużych dawkach nie udawało się *Herzogowi* otrzymać.

Dr. *Cohnheim* stwierdza w swej pracy przeciwgorączkowe działanie fenokolu, który mu również w kilku przypadkach grypy i ostrego gościa stawowego dał dobre wy-

1) Deut. Med. Woch., nr. 15, 1891.

2) Deut. Med. Woch., nr. 31, 1891.

3) Terap. Monatsh., nr. 1, 1892.

4) Wien. Med. Presse, nr. 20, 21, 22, 1892.

niki, natomiast przy przewlekłym gościcu stawowym i astmie środek ten okazał się bezskutecznym.

Podług d-ra *Bum'a* fenokoll u suchotników nawet w małych dawkach doskonale zniża ciepotę, gdy tymczasem w przypadkach róży przeciwgorączkowe działanie jego jest mniej pewne.

O antirheumatycznym i antineuralgicznym działaniu fenokolu *Bum* wyraża się dosyć powściągliwie.

Zachęcony dobrymi wynikami, jakie dr. *Hertel* i *Herzog* przy stosowaniu fenokolu otrzymali (prace bowiem *Cohnheima* i *Bum'a* wyszły później), rozpocząłem w Październiku r. z. w szpitalu Ewangelickim na oddziale wewnętrznym d-ra *Wolffa* badania moje nad leczniczym działaniem chloruku fenokolu.

Preparat otrzymałem w tym celu bezpośrednio z fabryki berlińskiej pod firmą: Chemische Fabrik auf Actien. vorm. E. Schering.

Ogółem w szpitalu obserwowałem działanie fenokolu w następujących 15 przypadkach:

Suchoty płucne	3 przypadki
Dur brzuszny	1 „
Róża twarzy	1 „
Rwa kulszowa	2 „
Kamica żółciowa	1 „
Przewlekłe zapalenie rdzenia	1 „
Nerwoból twarzy	1 „
Gościec stawowy	5 przypadków.

Przechodzę obecnie do krótkiego opisu powyższych spostrzeżeń.

I. Maryja S., lat 27. *Phthisis pulmonum* przyjęta 22 Października 1891 r. Gorączka hektyczna, ciepłota dochodzi do 40°, spadki ranne.

28 Paźdz.	2 g. po poł.	39,0	Phen. h. 0,5.
4 „	„ „ „	38,2	Phen. h. 0,5.
6 „	„ „ „	36,0	poty.
7 „	„ „ „	37,8	—
10 „	„ „ „	37,6.	
29 Paźdz.	8 g. rano	37,7.	
	2 g. po poł.	38,8.	Ph. h. 0,4.
	4 „ „ „	38,2.	Ph. h. 0,4.
	6 „ wiecz.	37,0.	
	8 „ „	37,0.	
30 Paźdz.	8 g. rano	37,2.	

	2	"	po poł.	38,6.	Ph. h. 0,4.
	4	"	"	37,6.	Ph. h. 0,4.
	6	"	wiecz.	36,8.	
	8	"	"	37,1.	
31 Paźdz.	8	g.	rano	37,4.	
	2	"	po poł.	38,0.	Ph. h. 0,4.
	4	"	"	37,4.	Ph. h. 0,4.
	6	"	wiecz.	37,1.	poty, później lekie [dreszcze.
	8	"	"	37,0.	
1 Listopada	8	g.	rano	38,0.	
	2	"	po poł.	38,3 ^o .	Phenocoll. h. 0,4
	4	"	"	37,0.	Phen. h. 0,4.
	6	"	wiecz.	36,6.	poty, później lekkie [dreszcze.
	8	"	"	37,1.	

W przypadku tym bardzo nieznaczna dawka ($2 \times 0,4$) obniżyła nam ciepotę na cały szereg godzin. Zaburzeń ze strony serca, płuc przewodu pokarmowego nie było.

II. Franciszek Z., lat 24, wstąpił na oddział 19 Października 1891 r. *Phthisis pulmonum*, gorączka hektyczna do 40^o, spadki ranne.

28 Paźdz.	8	godz.	rano	37,7.	
	2	"	po pół	38,7.	Ph. h. 0,5.
	4	"	"	37,7.	Ph. h. 0,5.
	7	"	wiecz.	37,0.	silne poty.
29 Paźdz.	8	godz.	rano	37,4.	
	2	"	po poł.	38,6.	Ph. h. 0,5.
	4	"	"	37,8.	Ph. h. 0,5.+0,0005 [atr. sulf. ¹⁾ .
	7	"	wiecz.	38,2.	
30 Paźdz.	8	godz.	rano	38,1.	
	2	"	po poł.	38,2.	Phen. h. 0,6.
	4	"	"	38,0.	Ph. h. 0,6.
	7	"	wiecz.	37,0.	nieznaczne poty.
31 Paźdz.	8	godz.	rano	38,0.	
	2	"	po poł.	39,0.	Phen. h. 0,6.
	4	"	"	37,4.	Ph. h. 0,6+0,0005 [atr. sulf.
	7	"	wiecz.	38,1.	
	9	"	"	38,3.	
1 Listop.	8	godz.	rano	38,0.	
	2	"	po poł.	39,6.	Phen. h. 0,6.
	4	"	"	37,4.	Ph. h. 0,6+0,0005 [atr. sulf.
	7	"	wiecz.	38,2.	
	9	"	"	38,3	

¹⁾ Ponieważ 28/X chory miał silne poty, które go osłabiały, dałem mu dnia następnego przy drugiej dawce fenokolu 0,0005 siarczaniu atropiny; dnia tego potów nie było.

2 Listop.	8 godz.	rano	37,8.
	3	" po poł.	39,6. Ph. h. 0,6.
	4	" " "	37,7. Ph. h. 0,6.
	7	" wiecz.	37,3.
	8	" " "	37,2.

I w tym przypadku małe dawki fenokolu obniżały ciepłotę niekiedy o 2,4°. Występującym obfitym potem w czasie spadku ciepłoty skutecznie zapobiegano podawaniem siarczanu atropiny.

III, Franciszek F., lat 51. *Phthisis pulmonum* przyjęty 21 Listopada 1891 r. Chory gorączkuje.

	31 Grud.	6 godz.	rano	37,8.
		8	" "	38,1. Ph. h. 0,5.
		11	" "	37,6. Ph. h. 0,5.
		2	" po poł.	37,0. Ph. h. 0,5.
		4	" " "	37,4. Ph. h. 0,5.
		6	" wiecz.	37,7.
1 Stycz.	1892 r.	6 godz.	rano	37,4.
		9	" "	38,2. Ph. h. 0,5.
		11	" "	37,9. Ph. h. 0,5.
		2	" po poł.	37,2. Ph. h. 0,5.
		4	" " "	36,4. Ph. h. 0,5.
		6	" wiecz.	37,3.
2 Stycznia		6 godz.	rano	37,6.
		11	" "	38,2. Ph. h. 0,5.
		2	" po poł.	37,2. Ph. h. 0,5.
		4	" " "	37,1. Ph. h. 0,5.
		6	" wiecz.	36,4. Ph. h. 0,5.
		9	" "	36,9.
3 Stycz.	1892 r.	6 godz.	rano	38,6.
		9	" "	38,7. Ph. h. 0,5.
		11	" "	38,1. Ph. h. 0,5.
		2	" po poł.	37,4. Ph. h. 0,5.
		4	" " "	37,2. Ph. h. 0,5.
		7	" wiecz.	37,3.
4 Stycznia		7 godz.	rano	38,2.
		11	" "	38,5. Ph. h. 0,5.
		2	" po poł.	37,1. Ph. h. 0,5.
		4	" " "	37,1. Ph. h. 0,5.
		6	" wiecz.	37,0. Ph. h. 0,5.
		8	" "	36,8.
5 Stycznia		7 godz.	rano	38,6.
		9	" "	38,7. Ph. h. 0,5.
		11	" "	37,5. Ph. h. 0,5.
		2	" po poł.	36,6. Ph. h. 0,5.
		5	" " "	36,7. Ph. h. 0,5.
		9	" wiecz.	36,5.

Z przytoczonych tu liczb widać, że u chorego tego zdołano 4 dawkami po 0,5 ciepłotę w stanie normalnym przez cały dzień utrzymać.

Potów, dreszczy ani żadnych zjawisk ubocznych zupełnie nie było.

IV. Konstancyja M., lat 25. *Typhus Abdominalis* przyjęta 22 Października 1891 r. Ciepłota waha się od 39,4—40,6°.

29 Paźdz.	8 godz.	rano	39,2.	
	10	"	40,0.	
	2	" po poł.	40,4.	Ph. h. 0,5.
	4	" "	38,8.	Ph. h. 0,5.
	4	" wiecz.	37,4.	
	8	" "	38,1.	
30 Paźdz.	8 godz.	rano	39,4.	
	10	"	40,2.	
	2	" po poł.	39,8.	Ph. h. 0,5.
	4	" "	37,6.	Ph. h. 0,5.
	6	" wiecz.	37,2.	
	8	" "	38,0.	
31 Paźdz.	8 godz.	rano	39,6.	
	10	"	40,1.	
	2	" po poł.	40,4.	Ph. h. 0,5.
	4	" "	38,6.	Ph. h. 0,5,
	6	" wiecz.	38,1.	
	8	" "	38,0.	
	10	" "	40,4.	
1 Listop.	8 godz.	rano	39,2.	
	10	"	40,0.	
	2	" po poł.	40,8.	Ph. h. 0,6.
	4	" "	38,2.	Phen. h. 0,6.
	6	" wiecz.	37,9.	
	8	" "	38,0.	
	10	" "	41,0.	
2 Listop.	8 godz.	rano	39,1.	
	10	"	39,4.	
	2	" po poł.	40,0.	Phen. h. 0,5.
	4	" "	38,5.	Phen. h. 0,5.
	5	" "	37,4.	Pheu. h. 0,5.
	6	" wiecz.	36,6.	
	8	" "	36,0.	poty.
	10	" "	37,1.	
3 Listop.	8 godz.	rano	39,0.	
	10	"	39,2.	
	2	" po poł.	39,4.	Ph. h. 0,5.
	2	" "	38,0.	Ph. h. 0,5.
	5	" "	37,3.	Ph. h. 0,5.
	6	" wiecz.	36,0.	poty.
	8	" "	36,3.	
	10	" "	37,0.	

6 Listopada zaczął się dopiero samodzielny, stopniowy spadek ciepłoty.

W przytoczonym przypadku udało nam się małemi dawkami, podawanemi podczas acme sprowadzić ciepłotę do stanu prawidłowego, niekiedy nawet na dłuższy okres czasu, jak to

widzimy w dniu 2 i 3 Listopada. Raz po 1,5 fenokolu ciepłota obniżyła się o 4°. Ponownemu podnoszeniu się ciepłoty pod noc towarzyszyły zwykle dreszcze.

V. Tomasz G., lat 54. *Erysipelas faciei* przybył 6 Lutego 1892 r. Gorączkuje. Ciepłota waha się od 38°—40° R.

8 Lutego	8 godz.	rano	38,0.	
	10	" "	38,5.	Ph. h. 0,5.
	12	" w poł.	37,4.	Ph. h. 0,5.
	2	" po poł.	36,0.	
	4	" " "	36,2.	Ph. h. 0,5.
	6	" " "	36,4.	
9 Lutego	8 godz.	rano	38,1°.	
	10	" "	38,3.	Ph. h. 0,5.
	12	" w poł.	37,2.	Ph. h. 0,5.
	2	" po poł.	36,4.	
	4	" " "	36,3.	Ph. h. 0,5. poty.
	6	" wiecz.	36,2.	

10 Lutego. Stan bezgorączkowy.

VI. Piotr I., lat 30, przybył na oddział 30 Listopada 1891 r. *Ischias dextra*.

2 Grudnia. Chory skarży się na silne bóle. Chodzi z trudnością. Phenocolli hydr. 0,5×3.

3 Grudnia. Bóle nieco słabsze. Phen. h. 0,5×3.

4 Grudnia. St. Idem. Phen. h. 0,5×3.

5 Grudnia. Stan chorego znacznie się poprawił, bóle występują już tylko nad ranem, znacznie słabsze, niż przedtem. Chodzi dobrze. Phen. h. 0,5×4.

6 Grudnia. Bóle prawie znikły. Phen. h. 0,5×4.

17 Grudnia. Stan chorego znowu się pogorszył. Bóle powróciły. Phen. h. 0,5×4.

18 Grudnia. Stan bez zmiany. Ph. h. 0,5×5.

21 Grudnia. Bóle słabsze, występują przeważnie w nocy, wieczorem iniekcyjja podskórna 0,5 Phenocolli h. w glicerynie 1:2 ¹⁾.

22 Grudnia. Bóle mniejsze, niż dnia poprzedniego. Wieczorem podskórnie. Phen. h. 0,5.

23 Grudnia. Bólów nie było ani w dniu, ani w nocy. Iniekcyjja Phen. h. 0,5.

24 Grudnia. Chory czuje się dobrze, na bóle się nie skarża.

Z opisu przypadku tego przychodzimy do wniosku, że fenokol, jako antineuralgicum, żądany skutek wywołał, usunął bowiem dotkliwe bóle. Żadnego ubocznego działania pre-

¹⁾ Idąc za wskazówką d-ra *Herzoga* (l. c.) użyłem do iniekcyjgi glicerynowego roztworu fenokolu. Fenokol rozpuszcza się w glicerynie w stosunku 1:2 przy ogrzaniu do 60°. Roztwór ten jednak nadzwyczaj szybko zastyga w masę, wskutek czego takie iniekcyjje są bardzo niedogodne i uciążliwe.

paratu tak przy wewnętrznem, jak i podskórnem stosowaniu jego nie było.

VII. Franciszka M, *Ischias dextra*, przybyła na oddział 12 Grudnia 1891 r.

15 Grudnia. Chora skarży się na silne bóle. Phen. h. $3 \times 0,5$.

16 Grudnia. St. idem. Phen. h. $3 \times 0,5$.

17 Grudnia. Chora w nocy bólów już nie miewa, we dnie bóle trwają nadal. Ph. h. $0,5 \times 4$.

18 Grudnia. Stan bez zmiany. Phen. h. $0,5 \times 5$.

19 Grudnia. Nieznaczna poprawa, bóle mniejsze. Phen. h. $0,5 \times 4$.

21 Grudnia. Bóle zjawiają się jeszcze od czasu do czasu, są już jednak słabsze, aniżeli przedtem.

Chociaż fenokol w tym przypadku nie okazał się tak skutecznym jak w poprzednim, nie pozostał jednak bez pewnego wpływu na natężenie bólów.

VIII. Julija K., lat 26, przyjęta na oddział 11 Grudnia 1891 r.

Neuralgia n. trigemini (pochodzenia zimniczego), chora od 7 tygodni.

13 Grudnia. Phenocoli h. $0,5 \times 3$.

14 Grudnia. Nieznaczna poprawa. Phen. h. $3 \times 0,5$.

15 Grudnia. Bóle znacznie słabsze. Phen. h. $0,5 \times 3$.

16 Grudnia. Bóle prawie znikły.

IX. Ignacy K., lat 65. *Myelitis chronica*. Silne bóle strzelające w kończynach dolnych. Przyjęty 23 Października 1891 r. Dawki $0,5$ fenokolu, podawane 3 razy dziennie, uśmierzały bóle.

X. Emilija S., lat 46. *Cholelithiasis* przybyła 2 Stycznia 1892 r. Częste, silne i nadzwyczaj długotrwałe napady kolki wątrobowej.

W przypadku tym stosując podczas kolki fenokol, po $0,5$ co godzina, aż do skutku widziano niejednokrotnie poprawę po 3—4 dawkach. Dodatni ten rezultat nie zawsze jednak można było osiągnąć.

XI. Ludwik P. *Rheumatismus chronicus*, przybył na oddział 12 Listopada 1891 r. Skarży się na silne bóle w stawach kończyn dolnych. Stan bezgorączkowy.

13 Listopada. Phenocoli hydr. $3 \times 0,5$.

14 Listopada. Bóle mniejsze, chory czuje się lepiej. Ph. h. $3 \times 0,5$.

15 Listopada. Bóle prawie zupełnie ustąpiły. Chory, który chodził z trudnością, chodzi obecnie bardzo dobrze. Ph. h. $0,5 \times 3$.

16 Listopada. Chory wypisuje się, nie skarżąc się na żadne bóle.

XII. Józef Z. *Rheumatismus chronicus*, przybył 22 Listopada 1891 r. Skarży się na bóle w stawach kończyn górnych. Stan bezgorączkowy.

Stosowano Fenokol 3 razy dziennie po $0,5$.

Po kilku dniach bóle zupełnie ustąpiły i chory szpital opuścił.

XIII. Józef I., lat 15. *Rheumatismus articulorum chronicus*, wstąpił 13 Lutego 1892 r. Bóle w stawach barkowych i stopy. Stopy obrzękle i bolesne. Stan bezgorączkowy. W przypadku tym po zastosowaniu pierwszego dnia 3 dawek fenokolu po 0,3 następnych dni po 4 takie dawki bóle zupełnie ustąpiły i chory 22 Lutego zdrów opuścił szpital.

XIV. Aleksander S. *Rheumatismus chronicus*. Bronchitis catarrhalis, przyjęty 24 Lutego 1892 r. Bóle w stawach stopowych, kolanowych i napięskowych. Stan podgorączkowy.

W przypadku tym stosowałem fenokol w dawce 0,5 pierwszego dnia 4 razy dziennie, drugiego 5, następnych 6 razy. Stałej poprawy nie można się było jednak doczekać. Bóle chwilowo po phenocolu ustępowały, potem jednak znowu powracały, natr. Salicyl., Salol, Jod również pozostały bez skutku. Chory ten podczas dalszego pobytu w szpitalu dostał nerwobólu nadoczodołowego (neuralgia supraorbitalis), który po kilku 0,5 dawkach fenokolu zupełnie ustąpił.

XV. Romuald P., lat 23. *Rheumatismus articulorum acutus*. Wstąpił na oddział 6 Lutego 1892 r. Chory od 2 tygodni. Skarży się na silne bóle w stawach barkowych i kolanowych, obrzęk tych ostatnich. Gorączkuje ciepłota, nie przewyższa 39,5°.

W przypadku tym stosowano przez dni 10 fenokol w 0,5 dawce od 4 do 6 razy dziennie. Skutek nie był tak dodatni, jak to widzieliśmy w przypadkach gościa przewlekłego, jednakże ulgę pewną środek ten choremu sprawił. Przeciwogorączkowe działanie fenokolu uwidoczniło się tu dosyć wyraźnie. Pomimo tak długiego podawania fenokolu żadnych zaburzeń ze strony serca, płuc i przewodu pokarmowego nie spostrzegłem.

Ze spostrzeżeń naszych nad leczniczym działaniem fenokolu wyprowadzić można następujące wnioski:

1. *Phenocollum hydrochloricum* jest dobrym i pewnym środkiem przeciwgorączkowym, skutecznie działającym w małych dawkach po 0,5–0,6, podawanych co 2 godziny. Częstość jedna taka dawka wystarczała już do sprowadzenia ciepłoty do stanu prawidłowego, zwykle podawano takich dawek 2–3, czasem cztery dla utrzymania bezgorączkowego stanu przez dłuższy przeciąg czasu (naprzykład chorego III stale gorączkującego – czterema dawkami 0,5-emi utrzymywano w stanie bezgorączkowym przez cały dzień). Spadkowi ciepłoty towarzyszyły niekiedy poty, natomiast podnoszeniu się ciepłoty niekiedy lekkie dreszcze.

2. Fenokol, stosowany jako antineuralgicum po 0,5

od 3 do 5 razy dziennie w niektórych przypadkach, zupełnie usuwa bóle, niekiedy zmniejsza je tylko.

3. Co do antireumatycznego działania fenokolu to w 3-ch przypadkach gościa stawowego przewlekłego (z 4 spostrzeganych) nastąpiła szybka poprawa. W przypadku ostrego gościa stawowego z gorączkowym przebiegiem fenokol, pozostając prawie bez wpływu na samą sprawę chorobową, wywołał spadek ciepłoty. Jako antirheumaticum podawałem fenokoll po 0,5 kilka razy na dzień.

4. Fenokol stosowałem zawsze per os w proszku w jednym tylko przypadku rwy kulszowej podskórnice w roztworze glicerynowym. Przy podskórnym stosowaniu fenokolu znacznie mniejsza dawka wywołuje skutek, aniżeli przy podawaniu per os. Wstrzykiwania te jednak ze względów technicznych są niedogodne, o czym już wspominałem. Za przeciętną dawkę jednorazową przyjąłem 0,5, i ją też zwykle stosowałem. Większych dawek od 0,6 na raz nie dawałem, największa dawka dzienna wynosiła 3,0. U gorączkujących podawałem fenokol zwykle co 2 godziny przy podwyższonej już ciepłocie.

5. W przypadkach przezemnie spostrzeganych nie widziałem po fenokolu ani razu jakichkolwiek zaburzeń, czy to ze strony serca, płuc, przewodu pokarmowego, skóry lub też nerek. W moczu, przyjmującym barwę niekiedy bardzo ciemną, białka nie znajdowano, reakcję, podaną przez d-ra *Hertla*, nie zawsze otrzymać było można.

Uwaga. Cena handlowa phenocolu podług cenników warszawskich składów aptecznych wynosi 10 kop. za 1,0 grm.

Z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

WŁÓKNIKOWE ZAPALENIE PŁUC,

CHOROBA WERLHOFA WIKLANE,

opisał

Józef Jaworski,

asystent szpitala.

Występowanie plamicy krwawej współcześnie z ostremi chorobami zakaźnymi u jednych i tych samych osobników, ukazywanie się jej jednocześnie u kilku razem osób zamieszkałych, pewna wspólność momentów etjologicznych, wreszcie analogija w obrazie klinicznym między chorobą Werlhofa ostro

przebiegającą, a cierpieniami natury zakaźnej—łączy w pewien przyczynowy związek—pierwszą z temi ostatniemi.

Udowodnienie tego znajdujemy w bardzo obszernem piśmiennictwie, dotyczącem wzmiankowanego cierpienia. Z licznych spostrzeżeń w tym kierunku przytaczam tutaj następujące:

Daniel Smith ¹⁾ podał przypadek tyfusu brzuszkiego, powikłanego chorobą Werlhofa, u 4¹/₂ letniej dziewczynki (poprzednio przeszła zapalenie płuc). *W. Dreyer* ²⁾ opisał szkarlatynę i plamicę krwawą współcześnie przebiegającą u 7-letniego chłopca. W naszej literaturze *Pleszczyński* ³⁾ p. n. „*Morbus maculosus Werlhofii et variola*“ opisuje przypadek z wyrażnemi objawami obu chorób, spostrzegany u 9-letniego chłopca. *J. S. Bristowe* ⁴⁾ notuje przypadek, zakończony śmiercią wskutek wylewu krwawego pod opony mózgowe ⁵⁾, u 33 letniego mężczyzny, gdzie ostremu reumatyzmowi stawowemu towarzyszyła nie purpura simplex, lecz purpura haemorrhagica (epistaxis, haematemesis, haematuria, purpura etcet). Przypadek poniekąd analogiczny, ale z zejściem pomyślnem podał *L. Wiśniewski* ⁶⁾. Godne uwagi ze względu na etjologię są również przypadki choroby Werlhofa, o których wzmiankuje *De Gimard* ⁷⁾, u ciężarnych i rodzących, gdzie purpura przechodziła nawet na płód. Z drugiej strony *Giaccanelli* ⁸⁾ opisuje wystąpienie tej choroby jednocześnie u rodzeństwa wspólnie mieszkającego.

¹⁾ Falle von morbus maculosus Werlhofii bei Kindern von Daniel Smith, G. Benecke, W. Dreyer, Schmidt's Jahrbücher, 1884, p. 201, str. 155.

²⁾ L. c.

³⁾ Morbus maculosus Werlhofii et variola. Gazeta Lekarska, 1883.

⁴⁾ Med. Times and Gazet. July. 28. Virchow-Hirsch Jahrbücher, 1883, p. 275.

⁵⁾ W d. 9/VI b. r. byłem obecny na autopsyi 52-letniej kobiety, zmarłej w szpitalu na Pradze, od choroby Werlhofa z bardzo wyraźnemi objawami. Badanie pośmiertne, dokonane przez kolegę K. Zielińskiego, między innemi wykryło: Rozlane obfite wynaczynienie na całej powierzchni lewej środkowej jamy podstawy czaszki; na wewnętrznej powierzchni opony twardej; na tejże powierzchni tej samej opony po stronie lewej po nad gyrus praecentralis superior sinister w tylnej połowie tegoż; pod oponą mięką w omówionem tylko co miejscu, na vermis superior cerebelli; w plexus choroideus sinister. Nadto godnem jest zaznaczenia, że glandulą thymus pozostała w postaci 5—6 cent. długiego, 1—2 cent. szerokiego pasma tkanki gruczołowej, postaci wrzecionowatej, usianego bardzo licznymi wynaczynieniami krwawemi.

⁶⁾ Przypadek plamicy z wybitnemi zaburzeniami żołądkowemi. Przegląd Lekarski, 1876.

⁷⁾ Virchow-Hirsch Jahrbücher, 1888, p. 2, str. 368.

⁸⁾ Due casi di morbo maculoso del Werlhoff purpura haemorrhagica. Sperimentale. December. Jahresbericht, p. 2, 1888, str. 368.

Widziano także chorobę tę, pojawiającą się w jednym i tym samym czasie u kilkunastu żołnierzy, zamieszkujących jedne koszary, a również wśród panien na pensyjach. Ścisłej łącznie jednak choroby Werlhofa z cierpieniami zakaźnymi udowodniły dopiero badania bakteryjologiczne.

Od chwili zajmowania się poszukiwaniami drobnoustrojów we krwi, stworzono klasę zarazków krwawych. Pierwsze poszukiwania robione były we Francji przez *P. Hayema* ¹⁾; w Niemczech przez *Klebsa*. Odtąd wielu autorów badało w tym kierunku chorobę Werlhofa. Jedni opisują drobnoustroje jakoby właściwe temu tylko cierpieniu — *Petrone, Martin de Gilmard, Tizzoni et Giovani, Letzerich*, inni znajdują mikroby znane już, jako to: streptococcus et staphylococcus pyogeneticus — *Reher, Hlava, Vassale*. Specyjalny zaś niejako związek przyczynowy pomiędzy omawianą chorobą a zapaleniem płuc włóknikowym wykazał w swej pracy *P. Claisse* ²⁾, a następnie *Voituriez* ³⁾. Według słów pierwszego autora już w r. 1890 *Huttinel* badał klinicznie i bakteryjologicznie przypadek plamicy krwawej, będącej następstwem zapalenia płuc włóknikowego, sprostowania jednak tego w literaturze nie ma.

W przypadku, który poniżej podaję, z żalem wyznać muszę, badania bakteryjologicznego nie przeprowadziłem, jednakże ze względu na klasyczny oniemał przebieg obu tych chorób, potwierdzony badaniem pośmiertnym zwłok, wydaje mi się usprawiedliwionem podanie do wiadomości tej rzadkiej bądź co bądź komplikacji zapalenia płuc.

D. 23/VII 1891 r. przybył na oddział (d-ra *A. Sokolowskiego*) Walczak Marcin, wyrobnik, w wieku lat 27. Chory opowiada, że w d. 21/VII, t. j. przed dwoma dniami, w czasie pracy przy robotach ziemnych (kanalizacyjnych), czując się uprzednio zdrowym, doznał bardzo silnych dreszczów, po czem wkrótce rzuciła mu się nader obficie krew ustami i nosem. W czasie krwotoku padł, stracił przytomność i w takim stanie odwieziony został do domu. Następnego dnia krwotok kilka razy się powtórzył, a nadto przyłączyło się kłucie w prawym boku, ogólne rozbicie i osłabienie. Powyższe okoliczności zniewoliły go do szukania pomocy w szpitalu. Z wywiadów dowiadujemy się, że chory dotychczas cieszył się dobrem zdrowiem, pochodzi z rodziny również zdrowej, życie prowadził umiarkowane i pracowite, wyskokowych napojów nienadużywał, przymiotu nie przechodził. Chorobie uległ raptownie, prawie nagle.

Przy badaniu dokonaniem w d. 24/VII okazało się co następuje:

Chory wzrostu więcej niż średniego, budowy silnej, układ kostno-mięsny rozwinięty bardzo dobrze, skóra dość gruba elastyczna, nieco

¹⁾ Odnośna literatura bakteryjologiczna podana w Archives de médecine experimentale et d'anatomie pathologique. Mai, 1891.

²⁾ Note sur un cas de purpura à pneumocoque. Arch. de med. exp. et d'anat. patol., 1891, p. 379.

³⁾ Journal des sciences médicales de Lille, 1891, réferat: Deutsche medicinische Zeitung, nr. 45, 1892.

blada, wilgotnawa, tkanki podskórnej ilość więcej niż umiarkowana. Na skórze goleni prawie dookoła, na wewnętrznej powierzchni ud i na skórze dolnej części brzucha, poczynając od pępka, znajdują się ciemno-purpurowe plamy (wynacznienia krwawe w tkankę podskórną) kształtu okrągłego, owalnego, to znów nieregularne, wielkości ziarnka maku do ziarnka soczewicy. Plamy te rozrzucone dość rzadko (od 2—8 cent. jedna od drugiej). Przy ucisku palcem nie znikają. Takie same wynacznienia krwawe, ale barwy różowej znajdują się pod łącznicą obu oczu, a nawet w białkowie, pod błoną śluzową dolnej części języka i wargi dolnej od wewnątrz. Na dziąsłach żadnych zmian nie ma, jak również na podniebieniu i gardzieli; język bardzo suchy, pokryty brunatnym nalotem, zmieszany ze skrzepłą krwią. Z nosa ciągle sączy się krew, przy ruchach chorego krwawienie się wzmagają.

Ciepłota 40,2^o C., tętno pełne, silnie napięte, ale regularne, 120 uderzeń na minutę; oddechów 38. Na całej przestrzeni klatki piersiowej odgłos opukowy płucny z wyjątkiem miejsca od tyłu u kąta łopatki prawej. Tu odgłos wypukowy jest stłumiony z lekkim odcieniem bębniastym, na miejscu stłumienia rżęzenia trzeszczące; głos i drżenie głosowe na temże miejscu wzmoczone. Po za obrębem stłumienia, jak już powiedziałem, wszędzie odgłos opukowy płucny, oddech pęcherzykowy, pokryty miejscami wilgotnymi rżęczeniami, słyszanemi w większej ilości na przedniej, niż na tylnej powierzchni klatki piersiowej. Górny brzeg stłumienia sercowego na 4 żebrze, wewnętrzna granica sięga po za lewy brzeg mostka. Tętno bardzo wyraźne. Nad komórkami I-szy ton wzmocniony. Silna akcentacja II-go tonu tętnicy płucnej. Brzuch przy ucisku niebolesny, wydaje prawie wszędzie odgłos bębnowy, gdzie niegdzie z małemi różnicami w wysokości. Brzegu wątroby wyczuć nie można, również jak i śledziony, której stłumienie sięga 8 żebra. Chory wypłuka duże ilości, przeszło 3 kufle na dobę krwi, resp. czysto-krwawej płwociny, jasno-czerwonej, zmieszanej z pianą. Mocz o barwie krwawej 1,000 ctm. sześć. na dobę, odczyn kwaśny, ciężar gatunkowy 1,025, zaledwie ślady białka, pod mikroskopem czerwone ciałka krwi.

D. 24/VII. Ciepłota 40,2^o C., tętno 120 uderzeń na minutę, mniej napięte; niż wczoraj, dwubite, w płucach u kąta prawej łopatki objawy te same co wczoraj, nadto oddech oskrzelowy. Na całej przestrzeni klatki piersiowej grubo i średnio bańkowe rżęczenia. Krwawienie z nosa, pomimo tamponowania nieustaje, chory krwi odkrztusza ilość nieco mniejszą, wydaje się jednak, iż część jej polyka. Ilość plam na dolnych kończynach i brzuchu zdaje się być liczniejszą, wielkość świeżych, nieco jaśniejszej barwy, dochodzi wymiarów paznokcia, kształt nieokreślony. Trzy wodniste dość obfite wypróżnienia, barwą przypominające odwar śliwkowy.

D. 25/VII. Ciepłota 39,6^o C. (rano), tętno 130 uderzeń na minutę, drobne, dwubite; oddechów 50. Chory leży na wznak nieruchomo. Uderzającą jest bladeść twarzy i skóry. Na pytania bardzo niechętnie, a chwilami niezrozumiale odpowiada. Co kilka minut odkrztusza, jakby automatycznie krew na podłożony pod brodę ręcznik. Plamy na tułowiu i kończynach dolnych prawie bez zmian, odcień ich może nieco ciemniejszy. Przy najmniejszym poruszeniu chorego krwawienie ustami i nosem się wzmagają.

D. 26/VII o godzinie 8 z rana, chory przy objawach coraz większej utraty sił i przytomności, przy upadku ciepłoty już przed północą do 36,8, nie ustającym krwotoku z nosa, płuc a w końcu i z odbytnicy—życie zakończył.

Przypadek ten zaraz w pierwszej chwili sprawił na nas wrażenie choroby ostrej i ciężkiej. Badaniem fizykalnem stwierdziliśmy zwątrobiecie (hepatisatio) średniego płatu prawego płuca, po za tem mieliśmy: charakterystyczne i ściśle umiejscowione plamy na skórze, nadzwyczaj obfite krwotoki płucne i nosowe, a w końcu i stolcowe, podbiegi krwawe pod błoną śluzową łącznicy, białkówki, wargi dolnej et cet. Wywiady, brak objawów ze strony przewodu pokarmowego, pozwoliły wykluczyć nam podejrzenie na ostre zatrucie fosforem, arsenem et cet.), którym niekiedy towarzyszą krwotoki z narządów wewnętrznych i różycy (erythema). Ostre wysypki, jak płonice, różycę ospową (rash), wreszcie t. zw. ospę petocyjową występującą bez właściwych krost ospowych, w postaci sinych plam na skórze (*variola acutissima*), wyłączyliśmy na podstawie charakterystycznych cech tych plam, zupełnie gładkich, sięgających w głąb tkanki podskórnej; powtóre, umiejscowienia tych plam, ograniczonego tylko do dolnych kończyn i części brzucha, nakoniec,—na braku objawów kataralnych ze strony błon śluzowych ¹⁾.

Dla skorbutu znaleźliśmy zaprzeczenie: w bardzo dobrem odżywianiu chorego, w atletycznej oniemiał budowie jego, w nagłym wystąpieniu choroby (okoliczności te przemawiały także przeciw krwawiającce (*haemophilia*), wreszcie, w braku niektó-

¹⁾ Jako dowód z wątpliwości w różniczkowaniu między niektórymi formami ospy a plamicą krwawą, ostro przebiegającą, mogą się nieraz nastreczyć, powołam się tutaj na przypadek, ogłoszony (Gazeta Lekarska, 1871 r.) przez d-ra Groera, naczelnego lekarza szpitala św. Ducha p. t. „Choroba plamista ostra” (morbus maculosus Werlhoffii acutus). O ile wnosić można z opisu, zdaniem mojem, autor popełnił omyłkę rozpoznawczą, wzięwszy ospę, mianowicie, t. zw. krwotoczną (v. haemorrhagica) za plamicę krwawą. Oto, co między innymi dr. Groer pisze: „Czerwoność skóry, o której mowa, nie była gładka, ale przedstawiała chrapowatość, jakby była piaskiem pesypana. Niektóre z plam, a szczególnie, na brzuchu i udach pokryte były drobnymi pęcherzykami, z których jedno, po naciśnięciu palcami, wydawały płyn lepki, zakrwawiony, inne powiększając się przybierały postać pryszczki (pustulae), otwierały się dobrowolnie, płyn gęsty, ropiasty, śmierdzący wysączały. Pokój, w którym chory zostaje, pomimo przewietrzania, niemiły, trupi, rozszerza odór”. Z ogólnych tych określeń wydaje mi się, że jest tutaj mowa naprzód o pęcherzykach, które następnie przechodzą we właściwe krosty (pustulae). Wiadomo, że w t. zw. ospie krwotocznej, krwotoki następują w wytworzone krosty. Z drugiej strony w tych kilku przypadkach choroby Werlhoffa, jakie widziałem, a również, w znanej mi literaturze nie spotkałem, aby cierpienie to występowało pod postacią pęcherzy lub krost, wypełnionych krwią, zawieszoną do gładkie plamy na skórze.

rych, właściwych cierpieniu temu objawów, jak np. owrzodzeń dziąseł.

Pewne wątpliwości powstać mogły, czy nie mamy w tym przypadku do czynienia z tyfusem plamistym, z formą jego piorunującą (*typhus siderans*)¹⁾.

Tu także przeciw takiemu przypuszczeniu przemawiało: ograniczone umiejscowienie plam, ich kształt, wielkość i jednolity charakter w ciągu choroby. Od razu po przybyciu do szpitala chorego skonstatowaliśmy, że mamy przed sobą wynaczynienia, wybroczyny podskórne. Zmian, jakim ulegają przy tyfusie plamy różyczkowe — na petocyje — dopatrzeć się w ciągu kilkudniowej obserwacji chorego — nie mogliśmy.

Rozpoznanie postawiono:

Pneumonia crouposa dextra. Morbus maculosus Werlhofii.

Badanie pośmiertne zwłok, dokonane w d. 27/VII wykazało: skóra bardzo blada z odcieniem żółtawym; plamy spostrzegane za życia — barwy ciemno-fioletowej, przenikają przez całą warstwę tkanki tłuszczowej. Bardzo nieznaczne zrosty obu opłucnych. Na obu opłucnych, szczególnie w dolnych częściach, liczne drobne wybroczyny krwawe w postaci kropek. Zraz środkowy prawego płuca powiększony, zwątrobiały, łatwo dający się rozzerwać, na przekroju drobno-ziarnisty; na podstawie obu płuc po kilka małych klinowatych zawałów. Serce dość duże w stanie skurczu: skrzepy włóknikowe w komórce lewej; krwiste — w prawej. Na przedniej powierzchni serca plamy, właściwie wynaczynienia w mięsień w kształcie kropek; na tylnej — tegoż kształtu, ale o wiele większe; mięsień bardzo blady; zmian na zastawkach nie ma. Osierdzie usiane podbiegami krwawymi w kształcie kropek. Nerki bardzo blade; pod otoczką nerkową podbiegi drobne, ciemno-czerwonej barwy. Śledziona nieco powiększona, mięka. Na całej długości przewodu pokarmowego, którego błona śluzowa bardzo blada, wynaczynienia krwawe o kształcie podłużnym (do 1/2 cent. długości), sięgające po za błonę podśluzową. Takiegoż kształtu nacieczenie i w moczowodach.

Błaszki Peyera — nie powiększone, zaledwie widoczne.

W przypadku tym uderza jednocześnie wystąpienie obu chorób i gwałtowny, piorunujący ich przebieg. Początek choroby tak ostry, jej przebieg tak burzliwy, nie dający się nawet łagodzie wskazaniami w tych razach środkami, tak szybkie zejście śmiertelne, przemawiają za wtargnięciem do organizmu pierwiastków zakaźnych. Brak badania bakteriologicznego nie pozwala na wyprowadzanie wniosków co do etjologii tego przypadku, który w klinicznym przebiegu przedstawiał poniekąd obraz t. zw. zakażenia mieszanego (*infection mixte*). Ograniczam się przeto na luźnem wskazaniu na odnośną kazuistykę, która stwierdza pewną analogiję momentów etjologicznych obu chorób.

Z jednej strony niektórzy autorzy podają przypadki ostro

¹⁾ M. Lannois et J. Courment, w pracy p. t. *Sur un cas de purpura infectieux*. Arch. de med. exp. 1892. T. IV, str. 119, opisują w przypadku choroby Werlhofa, zakończonym śmiercią — zmiany w kiszka, właściwe tyfusowi brzuszemu.

poczynającej się choroby Werlhofa u osób, przebywających dłuższy czas w podziemiach (w tych właśnie warunkach nasz chory uległ chorobie), lub wskutek oddechania trującymi wyziewami. Do takich przypadków należą: *Bossart* ¹⁾, który spostrzegł chorobę Werlhofa, powstałą ostro u pewnego mężczyzny po 9 godzinem przebywaniu tegoż w studni, *Stillwela* ²⁾ opisującego przypadek tej samej choroby u 8-letniego chłopca wskutek wdychania gazów kloacalnych. Z drugiej strony *Jakowski i Chrostowski* ³⁾ podają ciekawą obserwację włóknikowe go zapalenia płuc, które wystąpiło epidemicznie podczas rozkopywania ziemi.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

II. Medycyna wewnętrzna.

232. G. VALLET. *Baccillus coli communis*, jego stosunek do lasecznika Eberth'a i etyjologia duru brzuszego. (*Paryż 1892, str. 70*).

Interesująca praca, rzucająca odmienne światło na etyjologię duru brzuszego i na rolę patogeniczną lasecznika Eberth'a, podzielona jest na cztery rozdziały.

Rozdział I. *Dane historyczne o laseczniku Eberth'a i o baccillus coli communis.*

W roku 1880 Eberth odkrył rodzaj lasecznika, który dotąd jest uważany za prawdziwy grzybek wywołujący dur brzuszny. Został on znalezionym nie tylko w kiszkiach chorych na dur, lecz i w ropie przy różnych sprawach ropnych następujących po durze. Fränkel znalazł go w ropie przy ropnem zapaleniu otrzewnej po durze, Roux w ropie śledziony i nerek u chorego na dur, Ebermeyer w ropnych zapaleniach okostnej, Chantemesse i Vidal w ropie ropnia, który się w 15 miesięcy po durze utworzył

Tymczasem jednak badania nad jednym pasorzytem, mianowicie *baccillus coli communis*, obudziły pewną wątpliwość co do swoistości lasecznika Eberth'a. W roku 1889 dwaj Lyonscy lekarze Rodet i Roux, na mocy całego szeregu spostrzeżeń i poszukiwań nad wypróbnieniami chorych na dur i nad wodą podejrzaną (eau typhogene), przyszli do przekonania, że *baccillus coli* uważany dotąd za saprofit może odgrywać pewną rolę w patogenezie duru brzuszego. Dalsze badania tychże badaczy doprowadziły ich do wniosku, wypowiedzianego w r. 1890, że lasecznik Eberth'a i *baccillus coli* Escherich'a przelastwiają wielkie ze sobą podobieństwo, co już zresztą wprzód wypowiedział Hueppe. Oba te drobnoustroje pod względem

¹⁾ Patologija i terapija szczegółowa Eichorsta T. IV r. 1888.

²⁾ L. c.

³⁾ Epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc. Gazeta Lekarska, 1888 r.

swoistości działania nie różnią się od siebie; *bacillus coli* jest czynnikiem chorobotwórczym (agent typhogene), a lasecznik Eberth'a jego modyfikacją. U dwóch chorych na dur w rzeźczy samej przekłucie śledziony wykazało obecność w niej lasecznika Eberth'a, gdy w wypróżnieniach tych chorych znaleziono *bacillus coli*.

W tymże prawie czasie ogłoszono liczne spostrzeżenia, dowodzące, że drobnoustrój ten może i w wielu innych okolicznościach stać się chorobotwórczym dla człowieka. Obecność *bacilli coli* stwierdzono w cierpieniach różnej przyrody; między innymi przypisywano mu własności ropotwórcze. I w tym względzie zbliża się *bacillus coli* do lasecznika Eberth'a. Znaleziono go też w ropniach, przy zapaleniu otrzewnej, płucnej i t. p. Veillon i Jayle ¹⁾ znaleźli go w ropniu wątroby pochodzenia dyzenterycznego, Gilbert i Girode ²⁾ przy cholerynie, inni badacze w przypadkach zapalenia opon mózgowych.

Słowem od kilku lat nauczono się nie uważać więcej *bacillus coli* za zwyczajny saprofit. Przeciwnicy chorobotwórczej jego roli przy durze brzuszonym przypisali mu swoisty wpływ przy innym cierpieniu—cholera nostras. Przypuszczenie ostatnie nie jest faktycznie dowiedzionem; zresztą nie wyklucza ono możliwości ważnej roli tego grzybka w etyologii duru brzusznego.

Przykłady dwóch chorób zakaźnych, wywołanych przez ten sam drobnoustrój nie są dotąd jeszcze liczne. Lecz przewidzieć można, że w przyszłości łatwo wytłomaczyć się da, w jaki sposób ten sam czynnik zakaźny, działając na ustrój wywołać może różne skutki patologiczne.

Rozdział II. *Porównanie bacilli coli communis i lasecznika Eberth'a, ich identyczność pod względem swoistości działania.*

W rozdziale tym autor grupuje fakty już znane i spostrzeżenia własne, świadczące o pokrewieństwie obu drobnoustrojów. Obejmuje on badanie wody, uważanej za źródło duru, badania bakteryjologiczne, odnoszące się do chorych na dur, sposób życia obu drobnoustrojów po za ustrojem ich cechy morfologiczne i biologiczne, i nakoniec szczepienia na zwierzętach.

1. Badanie wody, uważanej za źródło duru jest tem ważniejszym, że szerzenie się duru za pomocą wody jest prawie powszechnie przyjętem, a picie wody zakażonej uważanem jest za jedno z najczęstszych źródeł powstawania duru.

Od czasu też wykrzycia przez Eberth'a lasecznika durowego dokonywano poszukiwań jego w wodzie. W roku 1885 Mertz stwierdził jego obecność w wodzie studni, zarażonej przez dół kloaczny, zawierający lasecznik Eberth'a, a w roku 1886

¹⁾ Presence du b. c. dans un absces dys. due foie. Societé de biologie, 1891.

²⁾ Contribution a l'etude de b. c. Societe de biologie, 1891.

Dreyfuss, Brisac, Widal, Chantemesse ³⁾ znaleźli go też w wodzie studziennej. Ci ostatni jednak badacze, badając bakteryjologicznie wodę w Clermont-Ferrand, gdzie panowała silna epidemia duru, raz jeden tylko znaleźli laseczniki Eberth'a w rezerwoarze, dostarczającym wodę do picia dla jednego domu. Znaleźli za to wielką ilość innych laseczników, które uznali za zwykłe laseczniki kiszkowe. Poszukiwania te, jako też i poprzednie, wypadły w tym samym prawie czasie, gdy wykrytym został *baccillus coli*. Od czasu, gdy *baccillus coli* lepiej został poznanym, lasecznika Eberth'a rzadziej znajdowano. Najświeższe poszukiwania, tyjące się obecności lasecznika Eberth'a w wodzie, należą do Dionisa des Carrieres ⁴⁾ i Péré ⁵⁾ (1891). Péré w wodach w Algierze znalazł laseczniki Eberth'a obok *baccillus coli*. Dionis des C. znalazł też oba laseczniki. Z dwóch studzien, uważanych za źródło epidemii duru, w jednej znalazł laseczniki Eberth'a w drugiej *baccillus coli*.

W ogólności przyznać należy, że posiadamy mało faktów świadczących o obecności lasecznika Eberth'a w wodach podejranych. Nawet i w tych przypadkach *baccillus coli* był współcześnie znajduwany. Nakoniec *baccillus coli* często był znajduwanym sam w wodzie podejranej, z czego wnosić należy, że odgrywa on ważną rolę w etyologii duru.

2. Przy zakażeniu dorem za pośrednictwem wody, lasecznik durowy, zanim wniknie do ogólnego obiegu krwi, bardzo prawdopodobnie dostaje się do kiszek. W większości jednak przypadków obecność lasecznika Eberth'a wykazać się daje w różnych narządach, jak w śledzionie, w gruczołach kreskowych, w kępkach Peyer'a i t. p.: rzadko zaś stwierdzić się daje obecność jego w kanale pokarmowym. Przez długi czas szukano go w wypróżnieniach chorych na dur, lecz napróżno. Gaffky nigdy go nie spotkał. Rodet i Roux badali wypróżnienia chorych na dur w różnych okresach i znaleźli w nich tylko *baccillus coli*, nigdy zaś laseczniki Eberth'a. Autor też nie był szczęśliwszym; badał on wypróżnienia chorych między 10 a 20 dniem i nie znalazł laseczników Eberth'a nawet w tych przypadkach, w których znajdował takowe w śledzionie. Wbrew więc pogładowi wielu, lasecznik Eberth'a rzadko się znajduje w wypróżnieniach chorych na dur. Nawet ci, którzy go znajdowali stwierdzili jego obecność nie wcześniej, jak między 10 a 20 dniem choroby t. j. w okresie owrzodzenia i oddzielania się strupów. W tych warunkach znalezione nie jest on tym lasecznikiem, który wywołał zakażenie; ustrój go już przekształcił. Czy istnieją jakie ślady w ustroju jego przekształcenia? Kwestya to dziś trudna do rozstrzygnięcia. Znamy jednak dwa szeregi faktów, które rzucają pewne światło na to zjawisko: Charrin i Rayer spostrzegali krwotoczne za-

³⁾ Revue de hygiene, 1887.

⁴⁾ Societé med. des hopitaux, 1891.

⁵⁾ Annales de l'institut Pasteur, 1891—92.

palenie opłucnej wikłające dur, w którym płyn, otrzymany z opłucnej, zawierał czyste hodowle *baccillus coli*. Hodowle na kartoflu były nieco cieńsze, bardziej podobne do lasecznika Eberth'a. Przypuszczać w tym razie należy, że *baccillus coli*, natrafwszy na jakieś specjalne warunki, nie dokończył zwykłego rozwoju i zachował postać coli nieco tylko zmienioną.

Znane są też przypadki, w których w śledzienie znaleziono *baccillus coli*. Przypadek taki podaje Macé. Tu przekształcenie wcale nie miało miejsca. Autor spostrzegł podobny przypadek, w którym lasecznik, otrzymany ze śledziona chorego na dur, przedstawił cechy pośrednie, bardziej zbliżone do *baccillus coli*.

Fakta analogiczne są wprawdzie jeszcze nie liczne dla wyprowadzenia ostatecznych wniosków, to jednak jest pewnem, że lasecznik Eberth'a znajduje się w śledzienie chorych na dur, *baccillus coli* w kiszkaach.

3. Dla sprawy zaś interesującej nie małe znaczenie mają własności morfologiczne i biologiczne lasecznika Eberth'a i *baccillus coli* oraz ich hodowli. Otóż w tym względzie okazuje się, że rozmiary obu drobnoustrojów prawie się nie różnią; długość tak jednych, jak i drugich wynosi 2 do 3 mikromilim. Lecz w jednej i tej samej hodowli, tak jednych jak i drugich, zauważyć można różnice w długości; mogą one być jużto krótsze, już dłuższe, dochodząc do 4 i 5 mikromilim. Charakterystyczną cechą, mającą odróżnić oba rodzaje, ma być większa ruchliwość lasecznika Eberth'a, lecz autor bardzo często widział żywe ruchy u *baccillus coli*.

Badanie mikroskopijne czystych hodowli dostarcza nam wiele ciekawych danych. Wygląd hodowli tak na żelatynie na bulionie, jak i na kartoflu lasecznika Eberth'a niczem się prawie nie różni od hodowli *baccillus coli*; różnice tu są tak nieznaczne, że nie mogą służyć dla pewnego odróżnienia jednego drobnoustroju od drugiego. W ogólności dotąd nie wykryto żadnej cechy właściwej dla lasecznika Eberth'a, któraby nie była współcześnie właściwością *baccillus coli*. Ten ostatni przedstawia tylko bujniejszy rozrost od lasecznika Eberth'a. Własności biologiczne są te same dla obu laseczników, lecz *baccillus coli* posiada je w wyższym stopniu; robi on wrażenie drobnoustroju zdrowego (bien portant), gdy lasecznik Eberth'a — ustroju osłabionego.

4. Zobaczmy w końcu, jakie wyniki otrzymano ze szczepień na zwierzętach. W tym względzie pouczającymi są doświadczenia autora, które też wyłącznie podajemy. Nie różnią się wyniki, otrzymane przez autora o wiele od wyników otrzymanych przez Fraenkla, Semonda, Seitza i t. p. Autor zaszczerpił dwóm świnkom morskim do jamy otrzewnej lasecznik Eberth'a, a trzem świnkom *baccilli coli*. Dwie pierwsze świnki zdechły 7 i 11 dnia, trzy pozostałe 2, 8 i 18 dnia. Zmiany znalezione były analogiczne we wszystkich przypadkach: śledziona obrzękła, wątroba przekrwiona, kępki Peyer'a obrzmiałe, na nich małe ogniska krwotoczne. We wszystkich innych

przypadkach, gdzie dokonano szczepień *baccilli coli*, otrzymano zmiany analogiczne ze zmianami, otrzymanymi przy szczepieniu lasecznika Eberth'a. Przy doświadczeniach tych autor zwracał uwagę na zmiany, jakim ulegał *baccillus coli* przy przejściu przez ustrój zwierzęcia; przyczem okazało się, że jakkolwiek zupełna przemiana *baccilli coli* na lasecznik Eberth'a nie została dowiedziona (przebywanie lasecznika w ustroju zwierząt było zbyt krótkie i nie znalazł on warunków, jakie znajduje w ustroju ludzkim), zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że lasecznik Eberth'a i *baccillus coli* posiadają jednakowe własności zakaźne dla tych samych zwierząt i spruwadają u nich zmiany te same i tego samego natężenia. Łącząc fakty te z wynikami, poprzednio otrzymanymi przez badanie wody podejrzanej, przez badanie bakteryjologiczne wypróżnień i kiszek chorych na dur i t. p., autor widzi się w prawie do twierdzenia, że lasecznik Eberth'a i *baccillus coli* są identyczne pod względem swoistości działania.

Istnienie jednego i tego samego drobnoustroju w dwóch różnych stanach, to jest w stanie chorobotwórczym i w stanie obojętnym, nie jest w nauce odosobnionem. Takim jest lasecznik błonicowy Löfflera. Löffler nie mógł stwierdzić żadnej innej różnicy między swym lasecznikiem, a lasecznikiem znalezionym w stanie normalnym w jamie ustnej, który nazwał fałszywobłonicowym jak tę, że ten ostatni nie posiadał siły zakaźnej. (? Red.).

Rozdział III. *Lasecznik Eberth'a i baccillus coli communis w zawartości kloacznej.*

Jak wiadomo, wszyscy prawie, którzy zajmowali się badaniem epidemii i pojedynczych przypadków duru zaznaczyli związek między zanieczyszczeniem wody przez masy kałowe i pojawieniem się choroby. W ogólności kloaki uważają powszechnie za ogniska, przechowujące i rozsiewające zarazek durowy. Różni też badacze uważali za naturalne poszukiwanie zawartości kloacznej na zarodki durowe. Autor przeprowadził dwojakiego rodzaju doświadczenia. Najprzód badał, jakie drobnoustroje rozwijają się zwykle i żyją w kloakach, a następnie po stwierdzeniu obecności *baccilli coli* w znacznej ilości w dołach kloacznych, badał zmiany morfologiczne i siłę zakaźną, powstające przy przebywaniu jego w tym ośrodku.

1. Autor zebrał pewną ilość płynu z kloaki i dla uwolnienia go od drobnoustrojów poddał go wyjałowieniu na filtrze Chamberlaina; następnie szczepił na nim laseczniki Eberth'a i *baccillus coli*. Z sześciu doświadczeń w ten sposób dokonanych przekonał się, że:

1) *baccillus coli* bardzo dobrze się rozwija i przechowuje nieograniczoną czas w płynie, pochodzącym z zawartości kloacznej;

2) lasecznik Eberth'a nie rozmnaża się w nim, oraz

3) szybko traci w nim żywotność, w ciągu tygodnia do dwóch.

Wnioski te mają ważne znaczenie dla faktów, odnoszą-

cych się do zakażenia jam kloaczych, a tem samem do konsumcyi wody do picia.

2. Przekonawszy się, że *baccillus coli* bardzo dobrze się rozwija w zawartości jam kloaczych, autor w dalszym ciągu starał się przekonać, jakim zmianom morfologicznym ulega *baccillus coli* przy przebywaniu w tym ośrodku i jaka jest jego siła zakaźna. W tym celu autor otrzymany z jam kloaczych płyn szczepił na bulijonie, doprowadzonym do 45° i na próbkach żelatynowych sposobem Esmarcha; następnie badał pod drobnowidzem czyste hodowle rozwijającego się na powyższych ośrodkach *baccilli coli*, przyczem przekonał się, że rozwijające się laseczniki różniły się morfologicznie od zwykłego typu *baccilli coli*, znajdującego się w kiszka; odznaczały się one różnokształtowością (*polymorphisme*), posiadały ruchy o wiele żywsze.

Dla przekonania się o sile zakaźnej *baccilli coli*, znajdującego się w jamach kloaczych, autor zaszczerpił jednym świnkom morskim i królikom do jamy otrzewnej czystą hodowlę lasecznika Eberth'a, pochodzącą ze śledziony chorego na dur, innym *baccillus coli*, pochodzący z jam kloaczych, innym *baccillus coli* z wypróżnień normalnych. Wyniki wszystkich tych doświadczeń był następującym: *baccillus coli*, pochodzący z kloak, okazał daleko większą siłę zakaźną od *baccilli coli* w stanie normalnym, szczególnie zaś od lasecznika Eberth'a, tak pod względem szybkości działania (szybkie zejście śmiertelne zwierząt), jako też natężenia wywołanych zmian anatomicznych.

Ogólny więc wynik wszystkich doświadczeń, przedstawionych w tym rozdziale, pozwala na następujące twierdzenie: *baccillus coli communis* znajduje się w wielkiej ilości w zawartości jam kloaczych, lecz różni się od *baccillus coli*, znajdującego się w kiszka w stanie normalnym niektórymi własnościami morfologicznymi, szczególnie zaś swą siłą zakaźną o wiele przechodzącą siłę zakaźną lasecznika Eberth'a.

Rozdział IV. *Baccillus coli* i teoryje dotyczące etyologii duru.

Większość teoryi tyczących się etyologii duru, pochodzących z czasów, wyprzedzających badania bakteryjologiczne, jakoteż z nowszych czasów, zajmuje się w ogóle dwoma następującymi pytaniami, to jest czy przyczyna zakaźna jest swoistą, czy też nie. Wprowadzenie do nauki teoryi pasorzytniczej zwiększyło ilość zwolenników teoryi swoistości zarazka durowego. Lecz tylko dawniejsza teoryja Murchisona jest w stanie wyjaśnić etyologię pewnych epidemij duru. Podług teoryj tej powstanie duru nie jest swoistem; staje się on dopiero swoistym, gdy się raz zagnieżdzi. Podług Murchisona, „dur brzuszny powstać może samodzielnie, niezależnie od istniejącego wprzód przypadku skutkiem fermentacyi mas kałowych.“ I w rzeczy samej nie rzadko spotyka się fakty przemawiające za takim poglądem. Zdarzają się epidemije duru, które tylko w ten sposób mogą być wytłomaczone. Ma to szczególnie miejsce

przy powstawaniu niektórych epidemii w wojskach. Oddział wojska mniej lub więcej liczny przybywa do miejsca, w którym dur nigdy nie panował; nagle powstaje jeden przypadek duru, a bezpośrednio po nim inne. Stwierdza się w takim razie, że woda do picia jest zakażona przez masy kałowe, lecz w niej nie znajdują lasecznika Eberth'a.

Przyjmując hipotezę, podług której *b. bacillus coli communis* jest czynnikiem zakaźnym, możliwem się staje racjonalne wytłomaczenie epidemii duru. Zwolennicy lasecznika Eberth'a zmuszeni są w tych razach przyjąć, że zarazek durowy, wprowadzony do ustroju w czasie mniej lub więcej oddalonym, przechowuje się w nim bez objawienia przez dłuższy czas swej siły zakaźnej albo wyszukują jakiś dziwny przypadek duru w miejscowości zakażonej. Widzieliśmy jednak powyżej, jak trudno przechowuje się lasecznik Eberth'a w zwykłym ośrodku, jakim jest dół kloacny lub woda; nietylko się w nim nie rozmnaża, lecz szybko ginie.

Teoryja, podług której *bacillus coli* jest czynnikiem zakaźnym dla duru, tłumaczy nam te liczne epidemie, które się w żaden sposób nie dadzą wytłomaczyć teorią klasyczną.

Możnaby teorii tej zrobić jeden zarzut: jeżeli nosimy w sobie grzybek zdolny wywołać ciężkie cierpienie, to dla czego przypadki duru nie są częstszymi i dla czego większość ludzi unika zakażeniu durowego? Wiemy jednak, że dla wywołania cierpienia zakaźnego koniecznem jest, by ustrój znajdował się w stanie, któryby go usposabiał do przyjęcia zarazka i by czynnik zakaźny posiadał dostateczną siłę zakaźną. Obie te przyczyny muszą się łączyć ze sobą, by wywołać chorobę. *Bacillus coli* wprawdzie się znajduje w kiszkiach w stanie normalnym, lecz jego siła zakaźna jest w tym stanie za słabą i nie zdolną przezwyciężyć odporności ustroju. Lecz siła zakaźna *bacilli coli* może pod wpływem sprzyjających okoliczności (przebywanie w dołach kloacnych) się zwiększyć. Z drugiej strony może *bacillus coli* bez zwiększenia siły zakaźnej wywołać dur, jeżeli odporność ustroju zostanie zmniejszoną i zniszczoną zostanie owa równowaga, stanowiąca stan zdrowia. Klinicyści są w rzeczy samej uderzeni częstotnością pojedynczych przypadków lub nawet epidemii duru, w których niepodobna wykryć żadnej przyczyny zewnętrznej zdolnej objaśnić zawleczenie zarazka, a to najczęściej u osobników osłabionych, żyjących w niedostatku. U tych ostatnich ustrój nie jest w stanie oprzeć się wszelkiego rodzaju drobnoustrojom, a z tych *bacillus coli* przez swą ilość i swe umiejscowienie najbardziej jest zdolnym nagle wywołać zakażenie. To jest przyczyną, że dur brzuszny tak często powstaje pod wpływem wysiłków fizycznych (w wojsku) i złych warunków higienicznych.

Zresztą istnienie w ustroju drobnoustrojów, które w nim żyją w stanie utajonym, przynajmniej odnośnie siły zakaźnej, nie jest wyjątkowem. Drobnoustroj, wywołujący zapalenie płuc, znajduje się w jamie ustnej ludzi zdrowych i dopiero pod

wplywem przyczyny przypadkowej, np. przeziębienia, objawia swą chorobotwórczą działalność. Tak samo lasecznik Löfflera znajduje się często w stanie normalnym w jamie ustnej i niczem się nie różni od lasecznika, wywołującego błonicę. Nie należy więc się dziwić, że grzybek w stanie normalnym żyjący w ustroju, bacillus coli, może przy sprzyjających okolicznościach stać się źródłem zakażenia durowego.

Wnioski autora, podane w końcu pracy, są następujące:

1. Hodowle, i cechy morfologiczne baccilli coli i lasecznika Eberth'a przedstawiają wielką jednorodność i nietatwo pozwalają na odróżnienie ich od siebie.

2. Badania doświadczalne na zwierzętach, dotyczące się ich siły zakaźnej, świadczą o ich identyczności pod względem działania chorotwórczego.

3. Baccillus coli znajduje się w dołach kloacalnych, w których się rozmnaża i przechowuje przez czas dłuższy; lasecznik Eberth'a szybko ginie w tym ośrodku.

4. Baccillus coli, znajdujący się w dołach kloacalnych, przedstawia prawie swoiste cechy morfologiczne. Posiada on wyższą siłę zakaźną, aniżeli znajdujący się w kiszkach ludzi zdrowych i lasecznik Eberth'a.

5. Baccillus coli przy przejściu przez ustrój zwierzęcy ulega pewnym modyfikacyjom, które w pewnych przypadkach zbliżają go do lasecznika Eberth'a.

6. Fakty doświadczalne, spostrzeżenia kliniczne i analiza wód pozwalają na przypuszczenie, że baccillus coli posiada zdolność podobnie jak lasecznik Eberth'a, który stanowi tylko jego odmianę, wywoływania duru brzuszego. Zwyczajny mieszkaniec kiszki nabiera w pewnych okolicznościach i przy przejściu do dołów kloacalnych siły zakaźnej; nakoniec ustrój ludzki, zakażony dudem stanowi jeden z ośrodków, w którym może on przyjąć cechy lasecznika Eberth'a.

F. Arnsztein.

233. PASSERINI. Chlorfenol—nowy lotny środek przeciwnilny i jego zastosowanie w przewlekłych cierpieniach narządu oddechowego. (*Internat. klin. Rundsch.*, N. 36, 1891).

Środkiem tym jest chlorfenol; jest on płynny, bardzo lotny, gazy jego cięższe są od powietrza. Po wypróbowaniu przeciwnilnego i gojącego działania leku w cierpieniach zewnętrznych (rany, owrzodzenia, gruczoly ropiejące i t. p.), autor począł stosować go przy ożeniu, przewlekłych niezłazach krtani i oskrzeli, a zwłaszcza przy gruźlicy płuc.

Wielka lotność chlorfenolu i ciężkość jego gazów pozwalają przypuszczać, że środek ten z łatwością dochodzi do najdrobniejszych oskrzeli i nawet do pęcherzyków płucnych, co się tyczy działania, autor określa je w sposób następujący: 1) chorzy nawet w daleko posuniętych okresach gruźlicy znoszą bardzo dobrze—wdechowanie chlorfenolu, 2) szkodliwe działanie uboczne nie występuje nawet po dłuższem stosowaniu leku, 3) działanie lecznicze polega na tem, że plwocina zmienia się jakościowo (mniej ropy i laseczników) i zmniejsza ilościowo, nieraz nawet wydzielanie jej ustaje; zmniejsza się lub nawet

ustaje kaszel; gorączka ustępuje niekiedy zupełnie, nawet w 3-m okresie suchot; sen i apetyt powraca, waga ciała wzrasta, słowem następuje ogólne i miejscowe polepszenie.

W 5 przypadkach Tuberculosis pulm. incip. spostrzegął autor zupełne wyleczenie, trwające już 2—6 miesięcy; wyleczenie to nastąpiło w krótkim względnie czasie, bo w ciągu 1—2 miesięcy. W każdym razie obok tego leczenia uwzględnić należy i leczenie higieniczne (powietrze, odżywianie i t. p.), któremu również w znacznym stopniu działanie lecznicze przypisać należy.

Autor jest zdania, że wzięwania chlorfenolu stanowią najlepszą ze stosowanych dotychczas metod przeciwnielego leczenia gruźlicy, środek ten bowiem odpowiada najważniejszym warunkom: jest łatwy w stosowaniu, nie szkodliwy i skuteczny.

Sposobu stosowania, dawki jednorazowej i t. p. w pracy powyższej nie podano. W. Szumlański.

II. Chirurgija.

234. F. LEGUEN. **O kamieniach nerkowych i moczowodowych.** (Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical. (Paris, 1891, str. 150) ¹⁾).

W miejsce dawnego podziału kamieni nerkowych na pierwotne i wtórne, opierającego się na przypuszczeniu, że w pierwszym razie winą wytworzenia się kamienia są przyczyny ogólne, w drugim zaś miejscowe zmiany anatomiczne w miedniczce i kieliszkach nerkowych, autor dzieli kamienie na takie, które powstają w nerkach niezakażonych (moczany i szczawiany), i takie, które się rozwijają w nerkach, uległych zakażeniu (fosforany). Ścisłe rzeczy biorąc, każdy kamień jest wtórnym, gdyż zawsze zawdzięcza swe pochodzenie często bardzo nieznacznym zmianom anatomicznym w drogach wyprowadzających. Tak np. z doświadczeń Ebsteina wynika, że kwas moczowy, wydzielając się w znacznej ilości przez nerki, wywołuje zgorzel nabłonka i sprawę zapalną w kanalikach moczowych, dzięki czemu następuje zapalny wysięk do światła moczowódów; wysięk ten wraz ze złuszczonego nabłonkiem stanowi organiczny szkielet kamienia. To samo da się powiedzieć o kamieniach, składających się ze szczawianu wapnia. Przyczyną wytwarzania się takich kamieni jest nieżyt miedniczki, mogący powstać po każdej chorobie infekcyjnej, wywołującej zmiany nieżytowe i na innych błonach śluzowych; a ponieważ, według Hoppe-Seylera, nabłonek kielichów i miedniczek już w stanie

¹⁾ Pracę niniejszą drukujemy w obszerniejszem streszczeniu, gdyż autor stara się kwestyję omawianą wyczerpać i w całej rozciągłości przedstawić zarówno rozpoznanie jak i leczenie kamicy nerkowej.

fizjologicznym wydziela szczawian wapnia, istnieją tu więc wszelkie warunki dla utworzenia się kamienia.

Przy fosfaturyi w tych samych warunkach mogą powstać kamienie, złożone z fosforanów, które, jak wiadomo, mają własność impregnowania tkanek zmartwiałych, w tym więc razie kamienie fosforanowe powstają pierwotnie bez uprzedniego zakażenia i fermentacyi moczu.

Zmiany anatomiczne, zachodzące w zawierających kamienie nerkach, nie przedstawiają nic charakterystycznego dla kamieni: stosownie do tego, czy sprawa przebiega z zakażeniem, czy też bez niego, są one dwojakiego rodzaju: albo wprost *mechaniczne*, warunkujące się tą okolicznością, że kamień umiejscowiony, czy to w miedniczce, czy w kielichach stanowi bądź co bądź przeszkodę dla wolnego odpływu moczu, przez co à la longue wytwarzają się te same warunki, co przy aseptycznym podwiązaniu moczowodu, albo też *zapalne*, przy istnieniem lub też dołączającym się zakażeniu (*dilatatio calicium et pelvis renalis, atrophia renis, hydronephrosis; pyelonephritis simplex s. sclerosis renalis sine suppuratione, pyelonephritis suppurativa, pyonephrosis s. pyelonephritis cum retentione ac dilatatione, perinephritis acuta et chronica*).

Dodać należy, że współcześnie i niezależnie od kamieni mogą istnieć w nerce inne zmiany chorobowe, jak rak i gruczlica; w takim razie kamień bywa zwykle zjawiskiem wtórnym, chociaż bywa i inaczej: w dwu dotychczas opisanych przypadkach (Hartmann, Mac Cormack) rak nerki rozwinął się następnie, jak to bywa przy kamieniach w pęcherzyku żółciowym.

Objawy. Niekiedy kamienie nerkowe nie wywołują żadnych objawów chorobowych nawet w ciągu lat wielu; bywa to jednak wtedy tylko, gdy kamień jest unieruchomiony i nerka nie jest zakażoną—częściej jednak bywa inaczej i kamienie nerkowe wywołują cały szereg objawów, które sprowadzić można do 3-ch głównych: 1) ból, 2) objawy odruchowe, 3) moczkrawy.

1) *Ból nerkowy*, który sam chory umiejscawia głęboko w okolicy lędźwiowej między 12-em żebrem i grzebieniem kości krzyżowej, o charakterze tępym lub też ostrym, kołącym, występuje okresami, zwłaszcza przy ruchach, podobnie jak to bywa z kamieniami pęcherzowymi. Ucisk na okolicę lędźwiową, poruszanie (*ballotement*), opukiwanie nawet zazwyczaj już wywołuje ból, lub też go zwiększa—jest to ważny objaw dyagnostyczny. Natężenie i zjawianie się bólu nie zależy wcale ani od ilości, ani od wielkości kamieni, lecz jedynie od stanu nerki, resp. jej miedniczka podobnie jak i pęcherz moczowy w stanie fizjologicznym są zupełnie nieczułe na dotyk, dopiero, gdy przyłączy się infekcyjja, a z nią zapalenie, zjawia się ból.

Wraz z bólem miejscowym, a często też i bez niego, istnieją bóle, rozpromieniające się na jądro, na kończynę dolną w kierunku n. ischiadici do pięty, na ścianę brzuszną (jak

przy newralgii lędźwiowo-brzuszej), na nadbrzusie i okolicę żołądka (gastralgia). Bóle te mają te same cechy co i poprzedni: bywają ostre i tępe, zjawiają się okresami i przy tych samych warunkach.

2) *Objawy odruchowe* ważne są z tego względu, że często odwracają uwagę lekarza w inną stronę i dla tego wymagają szczegółowego opisu.

Odruch nerko nerkowy. Niezależnie od możliwego porażenia drugiej nerki, co może się wyrażać także bolesnością i zwiększoną czułością na dotyk, bardzo często chory uczuwa ból nie we właściwej, a w przeciwległej nerce, która nawet może być zupełnie zdrową. Z tego też względu Knowsley Thornton nawet radzi dyjagnozować kamień zawsze po stronie niebolesnej; chociaż rada ta zdaje się być nieco przesadzoną, jednak liczyć się z nią należy. Odruch nerko-nerkowy może przejawiać się i w ten sposób, że przy obmacywaniu porażenia nerki chory uczuwa ból po stronie przeciwległej, jak to zresztą często się zdarza przy zwykłych pyelitach, pyelonephritach i przy nerce wędrującej.

Odruch nerko moczowodowy cechuje się tem, że chory dostaje napadu kolki nerkowej, jakby spowodowanej przechodzeniem kamienia przez moczowód, kamień zaś rzeczywiście znajduje się wtedy tylko w miedniczce tuż u wyjścia moczowodu. Od właściwej kolki nerkowej odróżnić można ten objaw w ten sposób, że po przejściu napadu chory nie oddaje z moczem ani kamyka, ani piasku moczowego.

Często chorzy skarżą się jedynie na silne bóle w pęcherzu, co w połączeniu z ciągłym uczuciem parcia na mocz może symulować najdokładniej chorobę pęcherza, podczas, gdy siedlisko choroby znajduje się tylko w nerkach. Jestto więc odruch nerko-pęcherzowy.

Z innych objawów, które dają się wytlómaczyć tylko na drodze odruchowo-nerwowej, wymienić należy nudności, wymioty i bóle kiszkowe (enteralgija), które czasami są jedynym objawem kamienia nerkowego. Godlee opisuje przypadek, gdzie chorego leczono przez lat 10 na zapalenie kiszki ślepej i oprócz nieco silniejszego zabarwienia moczu nie znajdowano nic, co by mogło wzniecić podejrzenie o chorobie nerek. Tenże chory cierpiał na nerwoból n. infraorbitalis — wszystkie objawy chorobowe ustąpiły po jednorazowym napadzie kolki nerkowej, po której chory oddał z moczem małe kamyki.

3) *Haematuria*. Nader rzadko bywa, aby przez cały czas trwania choroby nie pokazała się ani razu krew w moczu. Krew pokazuje się podczas napadów i w przerwach między nimi; zjawia się peryjodycznie i zazwyczaj w niewielkiej ilości, czem różni się od krwawienia przy nowotworach. Ważnem dla rozpoznania jest to także, że krwawienie powstaje zwykle przy tych samych warunkach, co i ból nerkowy.

Kamienie moczowodowe. Kolka nerkowa. Wszystkie wyżej wyszczególnione objawy mogą istnieć z przerwami lat kilka, zanim nastąpi znaczne i nagłe pogorszenie w stanie

chorego. Chory wśród zupełnego zdrowia lub też po słabo wyrażonym okresie zwiastunów, np. nieznacznym bólu w okolicy nerki, dostaje nagle silnych bólów w okolicy lędźwiowej, rozpromieniających się w kierunku miednicy, jądra i odpowiedniej kończyny; czasami nawet bóle promieniujące pokrywają sobą zupełnie ból mtejskowy. Tenesmi recti et ani, mdłości, wymioty, twarz blada, pokryta potem, wzdęty brzuch, chłodne kończyny, tętno małe, nitkowate—mogą wzbudzić podejrzenie niedrożności kiszek lub zapalenia otrzewnej. Gorączka bywa tylko wtedy, jeśli chorzy są zakażeni. Zaburzeń w oddawaniu moczu prawie nigdy nie brak: przy nieustającym i nadzwyczaj męczącym parciu na mocz chory jest w stanie oddać zaledwie kilka kropel czerwonego, zabarwionego krwią moczu. Obmacywaniu końca zatkanego moczowodu per anum, resp. vaginam, towarzyszy zawsze ból, co jest ważnym objawem dyagnostycznym. Jednocześnie w okolicy nerki często wymacać można guz (hydro v. pyonephrosis).

Wszystkie te objawy trwają póty, póki kamień wędruje przez moczowód; w pomyślnie kończących się przypadkach, trwać to może godzinę, dwie, trzy, a nawet dobę i dłużej, potem nagle wszystkie te objawy znikają: bóle ustępują, mocz odchodzi w znacznej ilości i chory czuje się niewymownie uszczęśliwionym i zupełnie zdrowym. Zaraz potem, lub też w dni kilka, chory oddaje z moczem—kamyk.

Lecz inaczej bywa, gdy stan ten trwa dłużej: choremu grozi wtedy poważne niebezpieczeństwo z przyczyny bezmocz, który, gdy nie będzie podaną szybka i energiczna pomoc, prowadzi następnie do mocznicy. Po ustaleniu się kamienia w moczowodzie kolka nerkowa może zupełnie ustać: chory czuje się względnie dobrze i dziwi się tylko, że nie czuje potrzeby oddawania moczu. Choroba przebiega więcej zdradziecko, gdy istnieje nie całkowity bezmocz, a tylko oliguryja: chory oddaje szklanekę, dwie moczu na dobę i uważa się za zupełnie zdrowego, gdy naraz dostaje drgawek i umiera od mocznicy, często nawet na 20—25 dzień choroby. Przyczyną bezmocz, wyjąwszy te rzadkie przypadki, gdzie zatknięcie uległy oba moczowody, lub gdzie istnieje jedna tylko nerka — jest ustanie na drodze odruchowej działalności drugiej nerki, która w tym razie zawsze okazuje się chorą, czy to wskutek takiej samej sprawy chorobowej, czy też zapalnych zmian mięsżowych.

Rozpoznanie kamieni narkowych nie jest wcale rzeczą łatwą: nie znamy ani jednego objawu, któryby sam przez się wystarczał dla postawienia dyagnozy—jedynie na podstawie całego ich szeregu i okoliczności im towarzyszących możemy z mniejszą lub większą pewnością wnioskować o kamieniach nerek.

Przytem, jakieśmy to widzieli, każdy z cechujących chorobę objawów może istnieć oddzielnie lub też wskutek silnego natężenia maskować inne, i dla tego mogą się zdarzyć przypadki do rozwikłania nadzwyczaj trudne. Nie od rzeczy więc będzie zwrócić uwagę na pewne szczegóły, które czasami mo-

gą dopomóżdź do prawidłowego rozpoznania, oraz przypomnieć te sprawy chorobowe, które mogą wywoływać podobne objawy, jak i kamienie nerek.

1) *Neuralgia parietalis* (lumbago, n. lumbo-abdominalis) niekiedy w zupełności przypomina bóle nerkowe; można odróżnić ją czasami na tej podstawie, że przy niej ból jest umiejscowionym bliżej kręgosłupa, między m. sacrolumbalis i longissimus dorsi, odpowiednio do wyjścia grzbietowych skórnych nerwów, i jest więcej powierzchownym, podczas, gdy ból nerkowy chory odczuwa więcej na zewnątrz i umiejscawia go głębiej.

2) *Kolka żółciowa* bywa tak łudząco podobną do nerkowej (mdłości, wymioty, enteralgija), że często jedna była przyjmowaną za drugą.

3) *Choroby pęcherza*. Pomijając nieztyty i kamienie pęcherza, które podobnie jak i kamienie nerkowe wywołują cystagliam i które wykluczyć można na zasadzie zwykłych zasad dyagnostycznych, nie zaszkodzi pamiętać o wskazówce Guyon'a, że przy bolesności pęcherza, powstałej na drodze odruchowej, jest on nieczułym na palpacyjną per rectum, resp. vaginam, oraz na dotyk kateteru; przy zmianach miejscowych rzecz się ma inaczej.

4) *Guzy złośliwe nerek* w początkach mogą także dawać objawy kamienia, jak np. bóle, które nawet mogą wzmacniać się przy ruchach, chociaż to nader rzadko bywa; zwykle bóle te przychodzą same przez się, jak w dzień tak i w nocy i nie zwiększają się przy ucisku. Mocz krwawy istnieje i przy nowotworach, lecz ma inne cechy: zjawia się bez okresu zwiastunów (ból) i trwa dni kilka, kilkanaście; krwawienie zależne od kamieni trwa krócej; posiada charakterystyczne przerwy i nasilenia.

5) Przy *gruźlicy nerek* mocz o odczynie kwaśnym zawiera ciała ropne; krwawienie zjawia się i znika bez wszelkiej widocznej przyczyny; ból bywa zwykle o wiele łagodniejszym, niż przy kamieniach. Gorączka o typie zwalnającym, stała i szybko postępująca wyniszczenie, wreszcie objawy gruźlicy w innych organach—mogą ułatwić rozpoznanie, chociaż znów z drugiej strony, jeśli do kamienia dołączy się ropne zapalenie miedniczki i nerki, rozpoznanie częstokroć jest niemożliwym i tylko cięcie próbne może rozstrzygnąć kwestyję.

6) *Ból nerkowy* (bez kamienia) bywa przy nerce ruchomej, zakażeniu bagiennej i wiądzie rdzenia; zdarza się i przy hysteryi, przyczem może być i krwawienie. Morris zwraca jeszcze uwagę na to, że u osób z usposobieniem dawnem zbyt kwaśny mocz może wywołać wszystkie objawy kamienia nerek z białko i ropomoczem, bólami jądrowemi etc.

Z powyższego wynika, że w bardzo wielu przypadkach lekarz nie będzie w stanie postawić dokładnego rozpoznania; w takim razie pozostaje mu tylko jeszcze jedna droga—cięcie próbne (nephrotomia probatoria). Wskazania do tej operacji według Morris'a są następujące:

1) Długotrwałe bóle nerkowe o silnem napięciu, połączone z częstem parciem na mocz, kiedy przytem mocz od czasu do czasu zawiera ropę i krew i kiedy stanem pęcherza i gruczołu krokowego nie można objaśnić tych objawów.

2) Krwawy i zawierający ropę mocz przy braku zmian w dolnych drogach moczowych nie jest dostatecznym wskazaniem do nephrotomii; koniecznym jest jeszcze ból nerkowy, rozpromieniający się do jądra i otworu stolcowego.

3) Sam tylko ból nerkowy, kiedy jest długotrwałym i silnym, przy towarzyszących mdłościach, wymiotach, poceniu się i t. p.—upoważnia do nephrotomii.

4) Jeżeli ból, krwawy i ropny mocz znajdujemy u chorego z usposobieniem dnawem, należy przedewszystkiem spróbować leczenia alkaliczami.

Rozpoznanie kamieni moczowodowych, resp. najważniejszego i zarazem najniebezpieczniejszego ich objawu—bezmoczu, zazwyczaj nie przedstawia wielkich trudności; w większości przypadków już same wywiady mogą dać dostateczne wskazówki co do przyczyny bezmoczu i pozwalają odróżnić go od bezmoczu przy hysterii, dnie lub ostrem zapaleniu nerek. Jeżeli jednak bezmocz występuje nagle, wśród zupełnego zdrowia, bez objawów bólu, czy to w przeszłości, czy terażniejszości—lekarzowi nie pozostaje nic innego, jak uciec się do palpacji moczowodów przez ściany brzuszne, resp. kışkę stolcową lub pochwę. W razie uwięźnięcia kamienia w górnej części moczowodu wywołać można ból tępy przy ucisku na rozciągniętą część moczowodu; jeżeli zaś kamień siedzi w dolnym odcinku, to wyczuć go można per rectum; w każdym razie bolesność dolnego końca moczowodu jest ważnym objawem dyagnostycznym i zaniedbywać go nie można. Jeżeli jednak wszystkie te sposoby nie prowadzą do celu, to pozostaje tylko cięcie próbne w okolicy lędźwiowej, które zarazem może służyć za akt wstępny do nephrotomii lub też do utworzenia przetoki lędźwiowo-moczowodowej. Ze względu na niebezpieczeństwo wystąpienia mocznicy ociągać się z operacją nie należy. Autor uważa 4 dni za maximum czasu, dozwolonego dla leczenia wyczekującego.

Leczenie chirurgiczne kamieni nerkowych polega na wyjęciu kamienia resp. kamieni z kielichów lub miedniczki nerkowej (nephrolithotomia) lub też na usunięciu całej nerki (nephrectomia). Trzema drogami można osiągnąć nerek: 1) przez cięcie brzuszne (laparotomia), 2) cięcie boczne i 3) cięcie lędźwiowe.

1) Laparotomija (Knowsley Thornton) jest wskazaną jedynie w tych przypadkach, kiedy się nie wie, która mianowicie nerka jest chorą—lepiej jest jednak w takich razach zrobić jedno niepotrzebne cięcie lędźwiowe, niż narażać chorego na błąd co bądź niebezpieczną operacją, która przytem często nie doprowadza do celu, gdyż pozwala tylko na bardzo niedokładne zbadanie nerek.

2) Cięcie boczne (Bruce Clarke, Koenig) może być wy-

branem tylko w tych przypadkach, gdzie od razu przystępuje do wyluszczenia nerki, lecz są to przypadki b. rzadkie.

3) Cięcie lędźwiowe ze swojemi licznymi odmianami (Simon, Ollier et Péau, Guyon, Morris et Denta, Czerny) jest wskazaniem we wszystkich przypadkach, czy to chodzi o usunięcie kamienia, czy całej nerki, czy nawet wprost o nacięcie jej w celu dyjagnostycznym (nephrotomia probatoria).

Ostatnia operacja wykonywa się wtedy, gdy ani oględziny, ani palpacja nerki, ani nawet acupunctura nie są w stanie doprowadzić do wykrycia kamieni. Z chwilą ich odnalezienia nephrotomia przechodzi w nephrolithotomiją. Dwa sposoby nephrotomii rywalizują z sobą: przecięcie miedniczki (pyelotomija) i samego mięszu nerki po jej stronie wypukłej (nephrotomia sensu strictiori). Zwolennikami pierwszej są: Bruce Clarke, Lloyd, Otis, Herczel, Czerny, Bergmann, H. Schmidt;—drugiej: Morris, Belfield, Le Dentu. Autor oświadcza się za drugą, gdyż według jego zdania rany mięszu nerki dają więcej szans na zagojenie się per primam, i co za tem idzie—mniejsze prawdopodobieństwo pozostawienia po sobie przetoki moczowej; pyelotomija wskazana jest tylko w tym razie, gdy stosunkowo nie wielki kamień leży swobodnie w miedniczce i jeżeli się jest przekonany, że w kielichach ich więcej niema,—w przeciwnym razie należy oddać pierwszeństwo nephrotomii (s. strict.).

Zupełne wycięcie nerki, t. j. nephrectomija znajduje wskazanie w tych razach, gdy nie jesteśmy w stanie usunąć wszystkich kamieni, lub też, gdy nerka okazuje się zupełnie niezdolną do spełniania fizjologicznych czynności. Nawet pyonefroza nie jest dostatecznym wskazaniem do nephrectomii, gdyż nigdy nie można dokładnie wiedzieć, w jakim stanie znajduje się druga nerka i czy poddała pokładanym w niej nadziejom, tembardziej, że często po wycięciu jednej nerki, druga, nawet względnie zdrowa nerka przestaje funkcjonować i chory wskutek mocznicy umiera. Z tego też względu francuzcy chirurdzy, jak Le Dentu, Guyon, Trélat, Péan, Lucas-Championnière, Bouilly, następnie Lawson Tait, Newmann, Israel, Czerny, Knester—wołą w tych razach pozostawić chorego z przetoką moczową, która przytem, jak tego dowodzi statystyka, bardzo często sama się goi i robią tylko nephrotomiją, podczas, gdy większość niemieckich i angielskich chirurgów (Morris, Bruce Clarke, Thornton, Bergmann i inni)—robią pierwotną nephrectomiją.

Przy uwięźnięciu kamienia w moczowodzie, jeśli nie ma bezmoczku, to i nie ma wskazania do operacji; natomiast doraźna pomoc chirurgiczna staje się niezbędną, jeśli tylko objawy zupełnego bezmoczku trwają dłużej, niż dni cztery. Pierwszy Thelen w 1882 r. usunął kamień z moczowodu. Obecnie wyszukanie i usunięcie kamieni moczowodowych stało się typową operacją chirurgiczną. Jeśli kamień wyczuwa się w dolnym odcinku moczowodu, to po rozszerzeniu cewki u kobiety, lub też zrobieniu cięcia nałłonowego u mężczyzny, nacina się

wypukłą przez kamień ściankę pęcherza i wydobywa się kamień.

Jeśli kamień uwiązł w górnej lub środkowej części moczowodu, należy się starać o wydobycie go przez okolice lędźwiową. W tym celu Israel robi cięcie ścian brzusznych, poczynające się u przedniego brzegu m. sacro lumbalis na jeden poprzeczny palec poniżej 12 żebra i idące z początku równolegle do niego aż do jego wierzchołka, następnie poprzecznie ku dołowi w kierunku środka lig. Poupart'i; stosownie do potrzeby cięcie to można jeszcze przedłużyć do zewnętrznego brzegu m. recti abdominis.

Jeśli kamień siedzi w środkowym lub dolnym odcinku moczowodu, to nacina się jego ściankę, kamień wyjmuje i ranę za-zrywa szwem jedwabnym Lembert'owskim — jeżeli zaś w odcinku górnym, to można go z powrotem wepchnąć do miedniczki i zrobić pyelotomijam, jak to uczynił Thelen w swoim przypadku. Jeśli zaś kamienia znaleźć się nie udało, to należy, nacinając miedniczkę, utworzyć przetokę lędźwiową, przez co usuwa się na razie niebezpieczeństwo, jakim grozi bezmocz, później zaś po usunięciu przeszkody resp. opuszczeniu się kamyka do pęcherza, przetoka może być zagojona.

W końcu pracy autor zebrał wszystkie opisane dotychczas przypadki nephrolithotomii i pierwotnych nephrectomij, wykonanych z przyczyny kamieni, a także ureterotomij, wykonanych z przyczyny bezmoczu kamieniowego.

Jan Świątecki.

235. CHARLES W. ALLEN z New Yorku **Leczenie róży.** (The treatment of Erysipelas). (*American Journal of the Med. Sc.*, nr. 231).

Na podstawie 419 przypadków róży, obserwowanych w Charity Hospital i 50 z prywatnej praktyki autor opiera swe poglądy na leczenie omawianego cierpienia.

Metod leczenia róży jest bardzo dużo, co już wymownie świadczy o ich nieskuteczności. Badania bakteriologiczne Fehleisen'a i innych stwierdziły, że obecność tlenu dodatnio wpływa na rozwój mikrokokka róży. Wskazaniem tedy leczniczem będzie, starać się izolować zajęte tkanki od dostępu tlenu. Cel ten osiąga się przez pokrycie zajętych miejsc warstwą collodium. Autor do collodium dodawał: ichtyolu z aristolem; zamiast collodium używał maści z bielą ołowianą, z ichtyolem, rezorcyną, albo robił okłady z silnego roztworu Kali hypermanganici, kwasu bornego, roztworu nadsiarkanu sodu, sublimatu, i nalewki z chlorku żelaza. Wreszcie robione były na granicy zdrowych części skaryfikacje, i nalepiane paski plastra lepkiego według Wölfler'a. Nacięcia dawały lepsze rezultaty, niż paski plastra. Dążenie do zatrzymania choroby w jej postępkach za pomocą mechanicznych i operacyjnych zabiegów zaznaczone zostało przez Dobsona już w 1828 roku. Kraske, Riedel i Lauenstein po nacięciach stosowali okłady z roztworu kwasu karbolowego i sublimatu. Hueter wstrzykiwał pod skórę 3% roztwór fenolu na granicy miejsc zajętych.

J. Koch smaruje zajęte miejsca maścią: Rp. Creolini 1,0, Lanolini 10,0, Jodoformi 4,0; na to kładzie kawałek płótna gumowego. Calvelli używa do smarowania 1% roztworu kwasu pikrynowego. Pirogoff z dobrym skutkiem stosował kamforę, a Rosenthal, kombinując metodę Huetera i Pirogoff'a daje na dawkę 2 $\frac{1}{2}$ grana kamfory. Nakoniec Levy zrasza chore miejsca spray'em z 1% roztworu sublimatu w eterze 2 razy dziennie po parę minut i przy takim traktowaniu stan gorączkowy ma się skracać o parę dni w porównaniu z innymi sposobami leczenia.

Reasumując dane, otrzymane z osobistych obserwacji, i krytycznie oceniając wyżej wspomniane metody leczenia róży, autor podaje swój szemat leczenia, który dał mu najlepsze rezultaty.

Naprzód zadość uczynić wymaganiom objawowym: zaparcie stolca, wysoka gorączka, osłabienie, objawy nerwowe znoszą się podawaniem stosownych środków w pełnych dozach, jak: kalomelu, antypyryny, alkoholu, phenacetiny, preparatów bromu i związłego, a pożywnego żywienia. Powtórę, miejscowe cierpienie traktuje się smarowaniem miejsc zajętych z otaczającą zdrową skórą, roztworem ichtyjolu w kolloidium 3j—3jj—3j. Gdy skóra głowy zajęta została włosiem pokryta, stosuje się masę z ichtyjolu lub obmywania ichtyjolowe. Zawsze należy się starać oddzielić zdrowe części skóry od chorych za pomocą ucisku o ile się da silnego, czy to za pomocą plastra lepkiego, czy elastycznych bandaży (na kończynach).

Przy róży twarzy dobrze jest oddzielić paskami lepkiego plastra, zachodzącymi za uszy i łączącymi się na czole, część głowy pokrytą włosami. Podobne postępowanie przy leczeniu jak wyżej, w paru przypadkach zatrzymało rozprzestrzenianie się róży na włosistą część głowy.

Ale przedewszystkiem należy uwzględnić przyczyny, dające początek cierpieniu i na ich zwalczenie główną zwrócić uwagę, jak np. wszelakie owrzodzenia, ropnie, pęcherzyki, zepsute zęby, chore przewody, obrażone błony śluzowe ust nosa i krtani, wszystko to powinno być energicznie leczone i dezynfekowane.

Rokowanie zawsze jest niepewne, to należy mieć na uwadze,—a w razie zejścia pomyślnego zwrócić uwagę na profilaktykę, która za swą podstawę będzie miała zwalczanie domniemanej przyczyny, która wywołała cierpienie.

W. Stepinski.

III. Choroby oczne.

236. PFALZ (Düsseldorf). Przypadek całkowitego urazowego porażenia mięśni zewnętrznych i wewnętrznych oka. Wpływ odśrodkowych pobudzeń odruchowego pochodzenia na wyleczenie. (Ueber einen Fall von traumatischer totaler Ophthalmoplegia exterior et interior und den Einfluss reflecto-

risch centraler Impulse auf die Heilung. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1892, *Februar*).

Przebieg choroby w tym przypadku ciekawy jest ze względu na wpływ leczniczy, jaki na narząd ruchowy wywarło pobudzenie nerwu wzrokowego.

Koniec pilnika przeniknął przez dolną powiekę w pobliżu wewnętrznego kąta do prawego oczodołu. Nazajutrz po przypadku stan był taki: w wewnętrznej części dolnej powieki 8 do 9 mm. długa rana. Ptosis. Ophthalmoplegia totalis ext. et int. Protrusio bulbi. Ból przy ucisku z przodu ku tyłowi. Wrażliwość rogówki zmniejszona. Emmetropija. $V = \frac{4}{12}$. Pole widzenia zwężone dla białego i barw o 10 do 15°.

Zalecono pozostawanie w łóżku, opatrunek uciskający i lód.

Następnego dnia pokazało się podbiegnięcie krwawe podłącznicowe, świadczące o wylewie krwi w głębi oczodołu. Po upływie ośmiu dni pozostało tylko porażenie wszystkich nerwów ruchowych. Zastosowano prąd stały i przerywany. Po dalszych 14 dniach nie było żadnej poprawy. Oprócz elektryczności stosowano także strychninę. Chory chciał się wypisać. Dla przekonania się, o ile nieruchomość prawej gałki ocznej przy sztucznie otwartej szparze powiekowej przeszkadza mu będzie skutkiem podwójnego widzenia, P. uniósł górną powiekę za pomocą pasków plastra lepkiego.

Jakież było jego zdziwienie, gdy nazajutrz źrenica była zwężona i oddziaływała na światło, mięśnie zaś zewnętrzne gałki ocznej wykonywały ruchy dowolne, chociaż ograniczone jeszcze. Następnego dnia poprawa była jeszcze większa, pomimo, że elektryzacja została wstrzymana. Po zdjęciu plastra lepkiego okazało się, że powieka podnosi się prawie tak samo, jak i po drugiej stronie.

Przez następne tygodnie stan chorego ciągle się poprawiał, tak, że w 8 tygodni po przypadku można go było uważać za zupełnie uzdrowionego.

Co się tyczy miejsca, w którym uraz podziałł na nerwy, to był niem niezawodnie wewnętrzny kąt fissurae orbitalis superioris, tu bowiem nn. oculomotorius, trochlearis i abducens przebiegają razem, stanowiąc jak gdyby jeden pęczek, w środku którego leży n. naso-ciliaris; od dołu i od wewnątrz przylega do tego pęczka vena ophthalmica. Nieznaczne zaburzenie czynnościowe nerwu ocznego świadczyło tylko o lekkim ucisku na nerw. P. przypuszcza, że miał tu miejsce krwotok z żyły ocznej w głębi oczodołu, stąd ucisk na nerwy. N. naso-ciliaris, jako położony pośrodku między innymi nerwami, uległ temu uciskowi w daleko mniejszym stopniu, tak samo nerw wzrokowy, który otaczają mięśnie gałki ocznej.

Najgodniejszym uwagi zjawiskiem w tej historii choroby jest wpływ, jaki pobudzenie czynności nerwu wzrokowego wywarło na porażony narząd ruchowy. Erb uważa za prawdo-

podobne, że elektryczność, mięsienie, kąpiele w przypadkach porażen działają więcej na drodze odruchowej przez drażnienie nerwów czuciowych, aniżeli przez bezpośrednie pobudzenie porażonych nerwów. Przypadek P. potwierdza przypuszczenie Erba z siłą prawie że doświadczenia fizjologicznego, tylko, że tu czynnikiem pobudzającym nie był żaden środek leczniczy, lecz światło.

Być może, iż należałoby ograniczyć użycie klapki przy uleczalnych porażeniach ocznych i umożliwić chorym patrzenie przez część dnia obu oczami; tym sposobem nerw wzrokowy mógłby lepiej wyrzucić swoje pobudzające działanie na ośrodki nerwowe a tem samem i na porażone nerwy. *Z. Holc.*

237. MITVALSK'Y (Praga). **Szara maść przy mięszowem zapaleniu rogówki i przy zmętnieniach rogówki.** (Die Anwendung der grauen Salbe als locales Heilmittel bei parenchymatöser Keratitis und bei Hornhauttrübungen). (*Centrabl. f. Augenheilk.*, 1892, Februar).

Jako resorbens miejscowy bardzo gorąco poleca M. szarą maść przy Keratitis parenchymatosa i przy wszelkich zmętnieniach rogówki. Przepisuje ją tak: Ung. Hydrarg. cinerei 1,0, Vaselini fl. 2,0, Lanolini 1,0. Chorzy maść tę znoszą bardzo dobrze.

Najsukuteczniejszą okazuje się ona w początkach pierwszego okresu, t. j. okresu nacieczenia, przyspieszając znacznie wessanie; okres unaczynienia albo wcale się nie rozwija, albo też tylko w słabym stopniu. Maść ta może być stosowana w tych tylko przypadkach mięszowego zapalenia rogówki, w których nie ma objawów podrażnienia ciała rzęskowego. Gdzie zaś te objawy istnieją, tam może ona sprowadzić iritis, iridocyclitis.

W okresie unaczynienia — na naczynia wpływa rozmaicie, albo hamuje ich rozwój, albo też przyspiesza, w każdym jednak razie na wessanie się nacieczenia działa sprzyjająco.

Podług M. szara maść skraca przebieg choroby o połowę, a przynajmniej o jedną trzecią.

Przy zmętnieniach rogówki, najrozmaitszego pochodzenia, szara maść przewyższa wszystkie znane dotychczas środki, które mają pomagać naturze w jej dążeniu do przywrócenia przezroczystości rogówce. Stosowaną może być przez długi czas, codziennie. Mięsienie potęguje jej działanie. Jeżeli w czasie stosowania szarej maści wystąpi podrażnienie oka, to należy zrobić kilkodniową przerwę. *Z. Holc.*

238. L. de WECKER. **Spółczulne zapalenie oka w następstwie operacji.** (L'ophtalmie sympathique post-opératoire). (*Annales d'oculistique*, T. CVII. Livr. II. Février, 1892, p. 81—88).

Zestawiając sposób operacji wydalania zaćmy Graefe'go z pierwotną metodą Daviel'a, autor przytacza wszystkie ujemne strony cięcia liniowego obwodowego, połączonego z wycięciem tęczówki (Graefe). Zarzuty te były już raz wygłoszone w roku 1875 na zjeździe w Heidebergu w łonie najzarliwszych

uczniów wielkiego mistrza (patrz sprawozdania ze zjazdu w Klin. Monatsblätter., 1875, p. 467). Według zdania Wecker'a wy-cięcie tęczy przy wykonywaniu operacji wydalania zaćmy należy uważać jako rękoczyn zbyteczny, pozbawiający przytem opórowanego zdolności nastawiania oka (akomodacyi). Prócz tego przy sposobie Graefe'go przebieg pooperacyjny, wskutek częstych (na 20 operacyj 13—14 razy) przypadków uwieżgnięcia tęczy, lub odcinków torebki soczewkowej w rance (Otto Becker), przedstawia niejednokrotnie objawy podrażnienia błony tęczowej i ciała rzęskowego. Wreszcie ostatnią przyczyną zmuszającą Wecker'a do zarzucenia sposobu Graefe'go, były stosunkowo zbyt częste przypadki spółczulnego zapalenia, które zagrażają nieoperowanemu oku zupełną utratą wzroku. Wniosek swój autor opiera na danych z obszernej swej praktyki. W okresie czasu od roku 1862 do 1867 Wecker operował według francuzkiej metody (Daviel: cięcie płatowe, bez iridektomii). Następnie w ciągu lat ośmiu stosował wyłącznie sposób Graefe'go (cięcie linijne obwodowe, iridektomija) i w tym czasie wykonał mniej więcej 1,500 operacyj zaćm, przyczem miał 5 przypadków zapalenia spółczulnego na drugim oku. Od roku 1875 W. wydała zaćmy za pomocą cięcia płatowego i w przeciągu 25 lat (1862—1867 i 1875—1892) na 5,000 operacyj miał tylko 2 razy ophthalmiam sympaticam.

W. Garliński.

Wiadomości pomniejsze.

239. **Wymioty po chloroformie** zależą według Passet'a od polykania przez chorego sliny, która w początkach usypiania massami się wydziela wskutek podrażnienia błony śluzowej ust; wraz ze śliną dostaje się do żołądka i pewna ilość chloroformu, co właśnie jest przyczyną owych nudności i wymiotów. Dla uniknięcia tego radzi Passet, aby choremu w początkach usypiania kazać splotać, póki tylko jest w stanie, ewentualnie później wypłukać żołądek $\frac{1}{2}$ do 2% roztworem sody. (Münch. M. Woch. 71, N. 239).

Dzierżawski.

240. **Nowy sposób leczenia złamań rzepki.** Wszystkie podskórne t. j. bez otwarcia stawu, sposoby leczenia poprzecznych złamań rzepki mają tę złą stronę, iż przy nich nie opróżnia się stawu z wylewu krwawego, co jest jedną z najgłówniejszych przeszkód do dokładnego zbliżenia i dobrego zrostu odłamków. Zwyczaj szew kostny ma zaś tę niedogodność, że po pierwsze, szwy łatwo kość przeryniają, a następnie niezbędnem jest przy nich długotrwałe (6 tygodni) unieruchomienie kończyny, co za sobą pociąga, jak to nieraz zdarzało nam się spostrzegać, zesztynienie stawu i długotrwałe leczenie następcze. Nowy sposób leczenia tych złamań, podany przez Barkera, pozwala uniknąć wyżej wyszczególnionych niedogodności. Barker robi małe cięcie podłużne poniżej dolnego odłamka przez więz rzepkowy do stawu. Przez ten otwór staw z wylewu opróżnia. Następnie przez otwór wprowadza odpowiednią długą igłę pod rzepkę i, tuż powyżej górnego odłamka przez ścięgno czworogłowego rozginacza wyklują ją. Nawlekłszy teraz w igłę nitkę lub

drut, cofa igłę pod rzepekę do poprzedniego przecięcia. Ztąd znowu po nad rzepeką pod skórą przechodzi do poprzedniego miejsca i manipulatory z drugim końcem nitki lub drutu powtarza. Drut teraz lub gruba nić tworzą pętlę, obejmującą oba odłamki rzepek; pętlą tą można bez żadnej obawy przetrząsnąć kości oba odłamki dobrze do siebie ściągając, a następnie ją zawiązać. Podłożne przecięcie prędko się bez zszewania goi. Kończynę unieruchamia się na dni 8 do 10, poczem lekkie ruchy można już rozpoczynać. Pętla dobrze się zagaja i przy rozpoczęciu po 5 tygodniach chodzenia chroni świeży zrost do rozciągania, gwarantując w ten sposób dobrą konsolidację. Barker operował w ten sposób 4 przypadki; nawet u 72-letniego starca otrzymał porządny zrost kostny. (British. med. Journal N. 1626 p. 425. C. f. Ch. N. 28. 1892). Chcąc ściśle stosować się do Barkera trzeba mieć odpowiednią długą igłę z uszkiem przy ostrzu. Toż samo, przy małej tylko zmianie, postępowanie da się wykonać i zwykłą, w połowie lekko zgiętą igłą w sposób następujący: dodać drugie małe cięcie po nad górnym odłamkiem i ztąd jeden koniec nitki przeprowadzić pod, a drugi nad rzepeką. (*Przypis. sprawozdawcy.* B. Dzierżawski.)

241. **Mięsaki** są najzłośliwszemi guzami, jakie zdarzają się w **kiszkach**. Najczęściej bywają drobno—i okrągło—komórkowe, bardzo prędko rosną i wczesnie dają przerzuty w kreskowych gruczołach chłonnych, sieci, wątrobie i nerkach. Punktem wyjścia bywa zawsze błona podśluzowa, zkąd rozszerzają się na błony mięsne, później dopiero na śluzową, a bardzo rzadko i w końcowych dopiero okresach na surowiczą. Z powodu takiego sposobu rozrastania wczesnie przychodzi do porażenia mięśni kiszki, i, co za tem idzie, rozszerzenia porażonego odcinka. Charakterystyczną cechą tych guzów jest, że długo pozostają jasno ograniczone i ruchome, przy bardzo wczesnem ogólnem wyniszczeniu, a bardzo nieznacznych objawach subiektywnych ze strony kiszki. Ostatnie tłumaczą się tem, że nie bywa przy nich zwężenia kiszki, jak to bywa przy rakach. Śmierć następuje najczęściej z ogólnego wyniszczenia. Co do leczenia operacyjnego nie może ono dać dobrych wyników ze względu na wczesne przerzuty. Na szczęście mięsaki w kiszkach zdarzają się rzadko, w literaturze ściśle opisanych jest zaledwie 14 przypadków. (Madelung ueber primäre Dündarmsarkome. C. f. Ch. N. 30. 1892.) B. Dzierżawski.

Czwarty Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w r. 1892.

(*Dalszy ciąg.*)

Posiedzenie popołudniowe Zjazdu rozpoczął V. Ziembicki (Lwów) wykładem „O krwotokach pęcherza, szczególnie po operacjach, i o środkach zapobiegawczych”.

Przedstawiwszy stosunki anatomiczne unaczynienia pęcherza o bogatych splotach żylnych, opisuje prelegent dwa obserwowane przez siebie przypadki krwotoku z pęcherza po operacji przetok pęcherzowopochwowych. W pierwszym u kobiety 19-letniej wystąpił krwotok 4 tygodnia po operacji, powodując groźną ostrą anemię; po wykonaniu sectio alta i oczyszczeniu pęcherza ze skrzepów krwotok ustal i stan chorej wkrótce poprawił się; przetoka i rana operacyjna pęche-

rza zagoiły się dobrze. W drugim przypadku wśród analogicznych okoliczności wykonał mówca *sectio alta*, lecz po upływie doby wystąpiły objawy septyczne i, pomimo przedsięwzięcia laparotomii wtórnej chora umarła. Przyczyną krwotoku, zdaniem mówcy, było tu przerżnięcie ścian rozszerzonych żył pęcherza przez szwy założone przy operacji. Wnioski prelegenta streścić się dadzą w sposób następujący: Krwotoki pęcherzowe po operacjach przetoki mogą być bardzo obfite i groźne dla życia. Źródłem ich są spłoty żyłne, szczególnie, jeżeli ściany tych naczyń wskutek rozszerzeń (*phlebectasiae*) uległy zmianom. Krwotoki te nie dają się opanować środkami paliatywnymi, lecz należy otworzyć ranę na nowo i wyjąć skrzepy lub, co lepiej, wykonać *sectio alta*, która nie psuje operacji, wykonanej na przetoce. Krwotoki nie są następstwem jakiegoś błędu w technice operacyjnej; ustają zaraz po opróżnieniu pęcherza ze skrzepów. Do szycia odpowiedniejszymi zdają się być nici jedwabne, niż srebrne.

Barącz (Lwów) uważa za bardzo odpowiednią w wielu przypadkach przetok pęcherzowo-pochwowych operację *sectio alta* według Trendelenburga: usuwa ona niebezpieczeństwo krwotoku i daje możliwość szycia zarówno od strony pęcherza, jak i pochwy.

Gabryszewski (Kraków) opisuje przypadek z kliniki prof. Rydygiera, gdzie krwotok nastąpił po zaszcyciu przetoki, operowanej po raz 5-ty, ustał jednakże pod wpływem okładów lodowych i iniekcji ergotyny.

Obaliński (Kraków) widział w trzech przypadkach krwotoki pęcherzowe u mężczyzn; w jednym z nich, gdzie był przerost gruczołu krokowego i zatrzymanie moczu, wykonał *sectio alta* i krwotok ustał; inne ustąpiły bez uciekania się do zabiegu operacyjnego.

Drobnik (Poznań). Krwotoki z pęcherza występują często przy istnieniu żyłaków pęcherza; w jednym takim przypadku, po zastosowaniu przepłukania roztworem kwasu salicylowego, który ma własność rozpuszczania skrzepów krwi, krwotok szybko ustał.

Prof. Mars (Kraków). Krwotoki, występujące w parę dni po operacji są niewątpliwie pochodzenia żylnego, gdyż tętnicze mają miejsce zwykle bezpośrednio po niej. Prof. Bryk w przypadkach krwawienia po operacjach przetoki pęcherzowo-pochwowej nakładał od strony pochwy głęboki szew przez ściankę pęcherza. Nie zdaje się, aby przyczyną krwawienia mógł być szew z drutu srebrnego, który też uważa mówca za odpowiedniejszy w tych razach od jedwabnego.

Schramm (Lwów). Tak wielkie krwotoki pęcherzowe pochodzą z tętnic, a nie wyłącznie z żył, czemu bynajmniej nie przeczy okoliczność, że występują one choćby 4 dnia po operacji. Nim się przystąpi do otwarcia pęcherza, należy wypróbować innych środków hemostatycznych. Wbrew zdaniu Barączy radzi mówca sposób Trendelenburga stosować tylko przy operowaniu przetok bardzo trudnych i wysokich.

Stenermark (Kołomyja) podaje przypadek bardzo silnego krwotoku w 8 dni po cystotomii u mężczyzny, dotkniętego *hypertrophiam prostatae*, pomimo, iż pęcherz pozostawiono otwarty po operacji. Dopiero pod wpływem przepłukiwań kwasem borsym krwotok ustał.

Sawicki (Warszawa) podnosi dobroczynny wpływ środków narkotycznych przy krwotokach. W jednym przypadku krwotoku,

wskutek zranienia gruczołu krokowego przy uretrotomii, bardzo dobre i szybkie działanie okazał chloral w dużych dawkach.

O b f i d o w i c z (Kraków) widział ustanie krwotoku pęcherzowego w 2 przypadkach po zastosowaniu środków łagodnych—przeplukiwań, okładów i narkotyków.

I d z i ũ s k i (Kraków) radzi nader być oględnym z operacją Trendelenburga, która, jak to świeżo miał możność przekonać się, samem już cięciem poprzecznym pęcherza powoduje znaczne krwawienie z naczyń pęcherzowych, mających przeważnie kierunek podłużny.

Z i e m b i c k i w odpowiedzi na niektóre zapytania zaznacza raz jeszcze, iż nie wierzy, aby w razie obfitych krwotoków, środki paliatywne mogły odnieść pożądany skutek, gdyż naprzykład, obłożenie brzucha lodem nie jest w stanie obniżyć ciepłoty w pęcherzu ani o $\frac{1}{4}$ stopnia. Co się tyczy postępowania przez siebie przyjętego, to po operacji przetoki mówca w ciągu dwóch dni kateteryzuje chorą co 2 godziny, aby zapobiedz nagromadzeniu się większych ilości moczu, sprzyjających krwotokom.

V I. R o ś c i s z e w s k i (Kraków) „O przeszczepianiu moczowódów do odbytnicy”.

Przedstawiwszy krótkie dane z odnośnej literatury, podaje mówca wyniki własnych doświadczeń. U 6 psów przeszczepił po jednym moczowodzie do rectum; z liczby tej 5 zdechło wkrótce po operacji na peritonitis wskutek rozejścia się szwów, pozostały zaś pies przetrzymał zabieg i zachowywał się zupełnie normalnie. Continentia alvi była zupełna, oddawany kał był nieco rzadszy. W 3 miesiące po pierwszej operacji wszył temu psu drugi moczowód w ścianę recti, lecz na trzeci dzień pies zdechł także wskutek peritonitis. Sekcja wykazała, że moczowód, wszyty dawniej, zrósł się zupełnie dobrze, ujście jego otwierało się swobodnie do rectum, którego błona śluzowa nie przedstawiała żadnych zmian wskutek drażnienia przez moczu. Sam moczowód był nieco zgrubiały, miedniczka nerkowa znacznie rozszerzona, wypełniona cieczą ropiastą; istota nerkowa węższa, niż prawidłowo, struktura zamazana, makroskopowo niewyraźna. O ile zmiany te są następstwem ucisku przez moczu, powstałego przez zwężenie ujścia moczowodu, które później dopiero się wyrównało, czy też wynikły skutkiem infekcji drogą moczowodu z rectum, wyjaśnić może przedsięwzięte badanie mikroskopowe nerki. Mówca wyraża nadzieję, iż, prowadząc dalej doświadczenia w tym kierunku, przy ulepszonej technice operacyjnej, uda mu się do przyszłego Zjazdu otrzymać lepsze wyniki i na większym materiale.

Prof. R y d y g i e r zaznacza doniosłość doświadczeń w tym kierunku wobec znacznej różnicy zdań, istniejącej pomiędzy chirurgami, co do wartości i wyników przeszczepiania moczowódów. Większość jest przeciwna temu zabiegowi ze względu na niebezpieczeństwo infekcji nerek ze strony odbytnicy. Lepsze szanse przedstawia przeszczepianie moczowódów w inne miejsce pęcherza, co ma ważne znaczenie przy operacjach nowotworów złośliwych pęcherza w okolicy ujścia moczowódów.

V I I. W e h r (Lwów) „Przyczynek do leczenia operacyjnego gruczniaków jąder”.

Pomimo, że gruczlica przyjądrza i jądra stanowi jedną z najczęst-

szych chorób tego organu, istnieje znaczna różnica zapatrywań u chirurgów na przebieg i leczenie operacyjne tego cierpienia. Pierwotna gruźlica przyjądra i jądra (tuberculosis testis ascendens) według zdania Bardenheuera dość długi czas, mniej więcej przez przeciąg roku, pozostaje sprawą miejscową i dla tego autor ten, podobnie, jak kiedyś Malgaigne, uważa resekcję przyjądra w tym okresie za zupełnie wystarczającą do radykalnego usunięcia ogniska chorobowego bez uciekania się do kastracyi. Do innych wyników doszedł na podstawie badań swych Dürr, a zarówno Kocher i Bruns potępiają sposób postępowania Bardenheuera. W przypadku, obserwowanym przez prelegenta, u trzydziesto-kilkoletniego mężczyzny można było wyczuć w epididymis niewielki guzik, pokryty skórą normalną, mało bolesny, podczas, gdy samo jądro nie przedstawiało żadnych zmian, dających się wy badać. Pomimo to, po wykonaniu kastracyi okazało się, iż oprócz głównego ogniska zserowacielego w cauda epidymidis, całe przyjądrze usiane było drobnymi gruzełkami, które dość obficie przeszły i na jądro, jak to widzieć można na demonstrowanych preparatach spirytusowych. Wobec tego mówca, zgodnie z zapatrywaniami Bruns i Kochera, oświadcza się za kastracją nawet we wczesnych okresach gruźlicy jądra, jako jedynie prowadzącą do celu metodę operacyjną.

Prof. Obaliński (Kraków) widzi znaczną analogiję pomiędzy gruźlicą jądra, a gruźlicą stawów co do przebiegu cierpienia. W niektórych przypadkach, naprzykład po tryprowem zapaleniu przyjądra, występują zmiany zupełnie do gruźliczych podobne, i w takich razach wykrobienie wystarcza. Tam jednakże, gdzie jest rzeczywiście gruźlicze zapalenie należy wykonać kastrację.

Schramm (Lwów). Nie ma celu rezekować przyjądra z pozostawieniem jądra, które samo przez się nie może mieć wpływu na potentio coeundi et foecundationis i, pozbawione przyjądra, z czasem ulega zanikowi. Dla tego też należy zawsze kastrować dotknięte gruźlicą jądra z wyjątkiem chyba tych przypadków, gdzie jest małe ognisko gruźlicze w samem tylko jądrze; tam można próbować skrobania.

Obtulowicz (Lwów) przytacza przypadek tuberkulozy przyjądra, w którym, pomimo wycięcia całego jądra po pewnym czasie wystąpiła gruźlica w drugim.

Ziembicki (Lwów) zwraca uwagę na badanie w każdym przypadku woreczków nasiennych i gruczołu krokowego, gdyż stan tych narządów ma ważne znaczenie co do wskazania do operacyi.

Prof. Rydygier. Kastracyja nie decyduje jeszcze o potentio coeundi. Jeden z pacjentów, u którego mówca wykonał obustronną kastrację z powodu złośliwego nowotworu, zachował do dziś normalny popęd płciowy i zdolność spółkowania.

Dla tego też nawet obustronne zajęcie gruźlicze jąder i przyjądrzy nie stanowi przeciwwskazania do kastracyi.

Po krótkim przemówieniu prelegenta Wehra zamknął przewodniczący posiedzenie.

W drugim dniu Zjazdu, we Środę 13 Lipca zwiedzili uczestnicy rano oddział chirurgiczny w szpitalu św. Łazarza, gdzie prof. Obaliński przedstawił ciekawsze operowane przez siebie przypadki.

VIII. O godzinie 10-iej w klinice chirurgicznej rozpoczął wykłady prof. Browicz (Kraków). „O teorii pasorzytniczej raka”. Od-

kład usiłowania wykazania związku etjologicznego między rakiem a znajdowaniami w tkance tego nowotworu różnemi postaciami schizomycetów spelzły na niczem, zwrócono się do pierwotniaków, które w patologii mają niewątpliwie znaczenie.

Wszystkie wyszłe dotychczas w tym kierunku prace, opierają się jedynie tylko na badaniach histologicznych, które wykazały obecność tworów, podobnych do pierwotniaków w rakach, mianowicie w komórkach przybłonkowych.

Na podstawie własnych badań histologicznych różnych odmian raków w rozmaitych okresach rozwoju przyszedł prelegent do następujących wyników. Nie w każdym przypadku raka znajdują się twory, a w tych, w których są, ilość i jakość jest nader zmienną. Tak na przykład, podczas, gdy w raku skórnym ilość tworów jest bardzo nieznaczną, w rakach gruczołowych np. sutka, nerki, wątroby, są one nader liczne. Biorąc pod uwagę wiele komórek rakowych, zauważamy, że w komórkach na obwodzie leżących, a więc najmłodszych i dopiero rozwijających się tworów tych niema, za to w wielkiej ilości są w komórkach środkowych, starszych.

Podobnie nie znajdujemy ich w prawidłowej warstwie naskórka tuż po nad ogniskiem rakowem, lecz w ogniskach raka tuż pod naskórkiem się rozwijających, co oddzielaniem się ciąglem nabłonka wytłumaczyć sobie można. Wreszcie w przerzutach rozwijających się, za ledwie gołem okiem dostrzegalnych, albo wcale wykazać nie można tych tworów, albo bardzo mało—szczegół, świadczący przeciw ich znaczeniu etjologicznemu, albowiem, gdyby one były w związku przyczynowym z rakiem, powinnyby znajdować się stale i w znacznej ilości w przerzutach świeżych.

Da'ej, twory te pod względem postaci, budowy, barwienia się w jednym i tym samym guzie rakowym, a nawet w jednym preperacie przedstawiają znaczną różnorodność, bez jakiejś wspólnej cechy gatunkowej. Różnic, któreby zależały od rozmaitych cech rozwoju tak, jak je przedstawiają np. plasmodyje zimnicze, pochwyć tu jednak nie można. Co więcej, w preparatach mikroskopowych twardzieli znalazł prelegent twory nadzwyczaj zbliżone do tych, jakie spotykamy w rakach. Okoliczność ta skłoniła prelegenta do podjęcia studyjów porównawczych nad zachowaniem się nabłoneków i śródbloneków w stanach chorobowych chronicznych różnej natury.

Rezultatem tego było znalezienie tworów, zupełnie analogicznych do tych, jakie spotykamy w rakach, a) wśród komórek gruczołów limfatycznych, gruczołczo zmienionych, b) w komórkach nabłonkowych w pęcherzykach płuc, dotkniętych gruźlicą przewlekłą i zapaleniem przewlekłym, c) wreszcie w innych nowotworach, jak np. w Sarcoma conjunctivae recidivum, gdzie widzieć można twory o podwójnych konturach, przypominające coccidia. Jeżeli wreszcie uwzględnimy zmiany, jakim ulegają leukocyty, wnikające w komórki nabłonkowe, to przyjdziemy do przekonania, że twory opisywane są produktami degeneracyjnymi, po części jąder komórek nabłonkowych samych, po części leukocytów, które do wnętrza komórek wnikają; wreszcie w części są to produkty degeneracyjne samych komórek nabłonkowych, które, podobnie jak leukocyty, mogą ulegać inwaginacyi do wnętrza innych komórek.

Na podstawie szeregu przytoczonych danych dochodzi prelegent do wniosku, że twory te nie są pasorzytami, lecz tylko produktami degeneracyjnymi istoty chromatycznej jąder komórkowych, leukocytów i samych komórek nabłonkowych. Na podstawie więc badania histologicznego nie można zgodzić się z tymi, którzy zarówno na podstawie li tylko badania histologicznego uważają te twory za pasorzyty. Również przeszczepianie raka nie napotykałoby na tak znaczne trudności, gdyby powstawanie było zależne od pasorzytów. Przerzuty raka, które nie są niczem innym, jak tylko przeszczepianiem tkanki rakowej z pierwotnego ogniska w inne miejsce, zachowują wszędzie wszystkie cechy macierzystego nowotworu; tak by się rzecz nie miała, gdyby przerzuty były wynikiem przeszczepiania pasorzytów; ostatnie bowiem wywołałyby zmiany wśród tkanki łącznej narządu, do którego zaniezione zostały.

IX. Wehr (Lwów). „O przerzutach raka przez zetknięcie”.

Przytoczywszy z literatury spostrzeżenia autorów w tej kwestyi, opisuje mówca przypadek, obserwowany przez siebie, demonstrując z niego preparaty. W przypadku tym rak zajmował całą tylną wargę macicy, po wyjęciu której znaleziono na błonie śluzowej pochwy mały guzek rakowy, akurat w miejscu, stykającym się z owrzodziałą częścią wargi macicy. Mogą tu być wprawdzie wątpliwości co do sposobu powstania tego ogniska, czy przedstawia ono tylko przerzut drogami limfatycznymi, czy rzeczywiście utworzył się przez zetknięcie; to jednak ostatnie przypuszczenie zdaje się w danym razie być prawdopodobniejszym.

X. Kryński (Kraków). „O tworach w komórkach z rozmaitych postaci wola”.

Prelegent podaje niektóre wyniki badań swych nad wolem, komunikując je, jako doniesienie tymczasowe wobec tego, że w ostatnich czasach ukazało się podobne zawiadomienie jednego z badaczy ruskich.

Na preparatach mikroskopowych z wola, w otworach, przedstawiających przekroje pęcherzyków gruczołu, widzimy jednostajne masy koloidu mniej lub więcej wypełniające światło. Masy te na brzegu swym, zwróconym ku warstwie nabłonkowej gruczołu, niekiedy i wewnątrz zawierają wakuole różnej wielkości, w których znajdował prelegent twory kuliste lub owalne w 3-ch odmianach: a) drobne kulki, mocno barwiące się, leżą zwykle grupami po kilka lub więcej, b) twory znacznie większe, leżące zwykle pojedynczo, charakteryzują się dwiostością konturów: główną treść środkową stanowi masa jednostajna o brzegach wyraźnie rysowanych, naokoło których znajduje się cieniułka otoczka, przedstawiająca kontur zewnętrzny. Przy barwieniu podwójnem safraniną i haematoksyliną centrum barwi się mocno różowo, zewnętrzna zaś otoczka niebiesko; c) twory tej wielkości, co poprzednie, lecz o konturze pojedynczym; treść ich posiada pewien rysunek istoty chromatynowej, silnie się barwiącej.

Twory te znajdował mówca zawsze wewnątrz pęcherzyków gruczołowych, najczęściej wspomnianych wakuolach, drobne zaś owe twory niekiedy między komórkami nabłonkowymi; wewnątrz tych ostatnich nie spotykał ich nigdy. Jakie znaczenie mają te twory, czy można podejrzewać je o jakąś rolę etyologiczną w powstawaniu wola,—mówca

obecnie określić nie jest w stanie; może dalsze badania będą mogły rzucić pewne światło w tym kierunku. Dawniej już Klebs opisał znalezione przez siebie w wolu postacie pasorzytnicze: *Cercomonas globulus* i *C. navicula*; jednakże nikt z badaczy później tego nie potwierdził. Cercomonady Klebsa morfologicznie różnią się od tworów, które opisuje prelegent. Jakkolwiek więc spostrzeżenia kliniczne posiadają bardzo dużo danych, przemawiających za etyologią pasorzytniczą wola, wyniki badań laboratoryjnych nie dały dotychczas wyników rozstrzygających.

Dyskusyję nad wygłoszonymi 3-ma odczytami rozpoczął Wehr (Lwów). Szereg zarzutów, jakie przytacza prof. Browicz przeciw pasorzytniczej etyologii raka, nie jest przekonujący. Że nie we wszystkich przypadkach raka spotyka się te twory, to niczego nie dowodzi, gdyż i w innych, niewątpliwie infekcyjnych chorobach (gruźlica) dzieje się to samo. Zarówno nie przeczy teorii pasorzytniczej różnorodność form spotykanych, których rozróżnianie przedstawia obecnie trudności, ale z czasem będzie możliwe. Podobnie rzecz się miała i w początkowych okresach bakteryjologii, gdy np. *Bacillus anthracis* chciano uważać za twór krystaliczny. Wreszcie, wbrew refleksjom prof. Browicza, za pasorzytniczą naturą raka przemawiają wszystkie fakty i spostrzeżenia kliniczne. Możliwość przeszczepiania stwierdzoną została i nie ulega wątpliwości; że udaje się trudno, to nie stanowi dowodu *contra*, gdyż są i inne choroby, które trudno przeszczepić (promienica); zależy zaś to od tego, iż przeszczepionej części nowotworu musimy stworzyć odpowiednie warunki sprzyjające, dać to coś, coby umożliwiło i podtrzymało rozwój nowotworu w nowym miejscu. Zapewne, dużo tu jeszcze jest niejasnych rzeczy, ale i one niezadługo wyjaśnią się i w niedalekiej przyszłości, ma mówca przecucie, pasorzytnicza etyologija raka stanie się faktem naukowym.

Kryński (Kraków). Kwestyja etyologii raka jest sprawą tak wielkiej wagi, iż zastanawiać się nad nią już nie z oględnością, ale z jaknajwiększym krytycyzmem należy. To już nie sprawa odkrycia jakiegoś nowego lasecznika lub mikrokoka, gdyż, czy stwierdzimy zależność influenzy od takiego lub owego mikroorganizmu, czy nie, od tego nasze zasadnicze pojęcia patologiczne nie ucierpią, podczas, gdy uznanie za fakt pasorzytności raka wstrząśnie do gruntu podstawy całej nauki o nowotworach. Przecucia, wyrażone przez kol. Wehra, jakkolwiek może sympatyczne i nie pozbawione pewnych podstaw, dziś nie wychodzą jeszcze po za sferę przecuć, z którymi nauka liczyć się nie może. Dla tego też mówca podziela sceptycyzm prof. Browicza co do znaczenia przedstawionych przez niego tworów, których rola etyologiczna w raku rzeczywiście nie została udowodnioną dotychczas, ani przez jednego z licznych badaczy, opisujących je. Możliwość przeszczepiania raka nie dowodzi bynajmniej jego infekcyjności, jak chce kol. Wehr. Skoro przeszczepiamy stosunkowo ogromne płyty skóry z dobrym wynikiem, dla czego miałyby nie być możliwe przeniesienie małego kawałka tkanki, zawierającej elementy rakowe? Wrośnięcie tkanki po przeszczepieniu jest aktem fizjologicznym, zupełnie niezależnym od pasorzytów.

Inna jest rzecz, jak mamy patrzeć na naturę tworów, znajdujących w komórkach rakowych, co do których prof. Browicz za nadto

skrajnie wyraził zdanie, uważając je wszystkie ryczałtowo za wytwory degeneracyjne komórek i ich jąder. Pomiędzy tworam i temi są niektóre, mające kontury zupełnie prawidłowe, powien właściwy układ chromatyczny, wreszcie grupowanie się, stosunek do komórki i jądra, właściwe sposoby barwienia się—wszystko jednym słowem to, czego brak zwykle produktom zwyrodnienia komórek. Jeżeli tego rodzaju twory porównać z niektórymi postaciami dokładniej znanych i opisanych pierwotniaków (protozoa), to podobieństwo jest rzeczywiście wybitne. Dla tego też, zdaje się, bliżsi będziemy prawdy, przypuszczając, że są to rzeczywiście dokładniej nieznanne jeszcze postacie pierwotniaków, o których związku etyologicznym ze sprawą nowotworową nie obecnie powiedzieć nie możemy, a które w stosunku do raka są tylko saprofitami, żyjącymi na jego gruncie.

Prof. R y d y g i e r podkreśla okoliczność, że prof. Browicz podobne twory wykazał w rhinoscleroma i gruźlicy, co najbardziej przemawia przeciw ich znaczeniu etyologicznemu w rakach.

Po odpowiedzi, danej przez prof. B r o w i c z a na kwestyje, poruszonej przez Wehra i Kryńskiego, rozpoczął wykład:

XI. Prof. J a k u b o w s k i (Kraków). „O raku nerki u dzieci”.

Jak wskazuje literatura, cierpienie to u dzieci zdarza się bardzo rzadko. W ciągu 16-letniej praktyki mówca spotyka drugi dopiero przypadek.

Dotyczy on dziecka 11-miesięcznego, u którego za życia przez powłoki brzuszne wyczuć można było guz wielkości głowy dziecięcej; dziecko wśród objawów wyniszczenia umarło. Zdaniem prelegenta chirurgowie powinni guzy takie starać się wcześniej usuwać, gdyż występują one tylko jednostronnie i późno tworzą przerzuty.

Epidemija cholery azyjatyckiej w Lublinie.

Lublin 21—24 Września.

Z doniesień kolegi Bujwida, a znacznie później ze sprawozdania komisji dla zbadania epidemii w Biskupicach, dowiedzieliśmy się, iż w gub. Lubelskiej pojawiła się cholera. Przedsięwzięto na razie środki ostrożności, mające na celu stłumienie epidemii, środki te jednak zawiodły i epidemija rozszerza się coraz bardziej w gubernii lubelskiej, siedleckiej, na krańcach radomskiej i kieleckiej, a jak już dziś wiadomo i w Warszawie. Wobec szerzenia się epidemii w lubelskiem, a głównie w Lublinie, na posiedzeniu naszej redakcyi dnia 19-go zeszłego miesiąca uchwalono jednego z członków redakcyi wydelegować do Lublina dla zbadania epidemii, zarówno pod względem epidemijologicznym, jak i klinicznym. Wybór padł na niżej podpisanego, a podjąłem się tej misji tem skwapliwiej, iż, znając Lublin dokładnie, nie byłem zmuszony tracić czasu choćby na pobieżne zaznajomienie się z terenem, na którym rozegrywała się wówczas smutna tragedia.

A znać miejscowość, gdzie się epidemija sroży, poznać ludność, która najbardziej na niej cierpi, jest rzeczą nader ważną, już bowiem z samego położenia miejscowości można wysnuć wnioski ważne pod względem epidemijologicznym.

Lublin, miasto gubernialne, leży opodal rzeki Bystrzycy dopływu Wieprza, a oprócz niej w swych murach ma małą rzeczkę Czechówkę, która, idąc z płn. zach. na płd. wschód, przecina przedmieścia północne i wschodnie, oraz północną część Lublina. Śródmieście samo leży na wzgórzu między dolinami obydwu tych rzeczek i z południa ma dolinę Bystrzycy, z północy dolinę Czechówki, a na wschodnim krańcu miasta Czechówka kilkoma kanałami wpada do Bystrzycy. Oto pokrótce plan sytuacyjny Lublina, dodajmy, że Lublin leży na wysokości 609 stóp na p. Bałtyku i że tem samem jest jedną z wyższych miejscowości w Królestwie, a będziemy mieli pojęcie o jego geograficznych stosunkach. Co się tyczy własności geologicznych badania są skąpe bardzo; wiadomo jednak, iż śródmieście ma grunt częścią piaszczysty, częścią gliniasty, przeciwnie zaś dolina Czechówki, a więc Wieniawa, Czechówka, Lemszezczyna, Podzamecze, Kalinowszczyna leżą na dawnych łąkach. Przy wierceniu studzien abisyńskich, podjętem z rozporządzenia inspektora Skabiczewskiego, okazało się, że w wymienionych miejscowościach już na nieznacznej głębokości spotyka się błotnisty il, z którego wypływa woda zaskórna, cuchnąca, zawierająca znaczną ilość substancyj organicznych; leży więc ta część Lublina na gruncie błotnistym, posiada na małej wysokości wodę zaskórna, według zatem teorii Pettenkoffera, posiada wszelkie warunki dla rozwoju chorób miazmatycznych. Z rzek, zasilających Lublin, Bystrzyca ma silny prąd wody przy stosunkowo nieznacznej głębokości i przy pochyłości brzegów, Czechówka, biorąca początek pod Wieniawą i w osadzie tej tworząca staw dość obszerny, jest rzeczką o brzegach płaskich, błotnistych, pokryta jest licznymi pleśniami, a wody nie ma więcej nad $\frac{1}{2}$ stopy. Woda brudna, niezdatna do picia, zanieczyszczona wszystkiem, na co niechlujstwo jej nadbrzeżnych mieszkańców zdobyć się może.

Jak widzimy z powyższego, już z powodu braku większej rzeki Lublin nie jest w dobrych warunkach sanitarnych, tembardziej zaś warunki te na wymienionej dolnej części Lublina są oplakane, iż większość studzien, z kąd ludność czerpie wodę, okazała się złą z powodu znacznej zawartości substancyj organicznych amonijaku i azotonów ¹⁾. Dziwić się temu nie będziemy, jeżeli zwrócimy uwagę, iż zasilane są wodą zaskórna, o której własnościach mówiłem powyżej.

Pomimo braku wody, Lublin i pod względem asenizacyi jest w fatalnem zaniedbaniu. Wymieniona dzielnica rzadko gdzie posiada doły ustępowe, a te w najgorszym gatunku, w większości domów, stojących nad Czechówką, śmiecie, odpadki i wypróżnienia, bądź zwalane są wprost do rzeki, bądź na podwórza, niekiedy na ulice. Wywózką zajęto się dopiero w czasie epidemii. W śródmieściu opróżnianie odbywa się aparata-

¹⁾ W ostatniej chwili dowiaduje się, iż badanie wody jednej ze studzien, dokonane przez kol. E. Biernackiego i kol. Janowskiego, wykazało znaczną ilość laseczników Kocha.

mi Bergera, a doły kloaczne nie są należycie ocementowane i zabezpieczone od przeciekania, ztąd też do wody zaskórnej północnej i wschodniej części miasta ściekają nieczystości i z górnego Lublina.

Z krótkiego tego rysu stanu sanitarnego Lublina widzimy, iż miasto to dla rozwoju wszelkich epidemij stanowi grunt nader podatny, oraz że najgorsze warunki sanitarne są po nad rzeczką Czechowską.

Lublin liczy w chwili obecnej przeszło 50 tysięcy ludności, przeważna jej część zamieszkuje bardziej zabudowane przedmieścia Czwartek, Kalinowszczyznę, oraz dolną część Lublina, a tu przynajmniej w $\frac{2}{3}$ składa się z żydów. Żydzi zajmują się przeważnie drobnem kramarstwem i rzemiosłami, ludność chrześcijańska wyrobkiem, rzemiosłami, a w małej tylko części ogrodnictwem i uprawą roli. Jakimi są małomiasteczkowi żydzy wszędzie—wiemy dobrze, żywią się źle, mieszkają w brudnych, cuchnących izbach, wody unikają jak mogą, jednym słowem żyją w negacyi wszelkich wymogów higieny. Ludność wyrobna, aczkolwiek bardziej do czystości przywykła, jest za to nieumiarkowana w spożywaniu potraw szkodliwych i napojów gorących—ztąd przewlekłe cierpienia narządów trawienia nie są u niej rzadkością.

Śród takich to warunków zdrowotnych Lublina i jego mieszkańców wybuchła epidemija. Kto i jak ją zaniósł niewiadomo, urzędownie stwierdzono epidemiję dopiero 28 sierpnia, na 2 tygodnie je!nak przedtem podobno kol Arnsztein miał już chorego przy ul. Lubartowskiej ze wszelkimi objawami cholery. Początkowo epidemija gnieździła się przeważnie przy ul. Lubartowskiej, przeszła na okoliczne Kowalską, Szeroką, Ruską, Grodzką, Jateczną, Czwartek, Kalinowszczyznę, Tatary, a idąc w górę rzeki zajęła Lemszczyznę, Czechówkę, Wieniawę, sroży się nadto na Piaskach. Opasała więc śródmieście jakby żelazną obręczą, zajmując tylko te dzielnice, gdzie jest zła woda do picia i ludność najbardziej niechlujna. Osobliwie domy, stojące po nad samą Czechówką, ucierpiały w czasie obecnej epidemii. Nie ma prawie domu, a nieomal rodziny, gdzieby epidemija nie zabrała ofiar. Bo też mieszkania w tej dzielnicy miasta są w najbardziej niehigienicznych warunkach. Mieszkania żydów są wogóle brudne i ciasne. Mieszkania chrześcijan są również szczupłe, lecz schludniejsze. W ciągu pierwszych dwóch tygodni prawie wyłącznie chorowali żydzy, obecnie w równym stopniu epidemija dotyka chrześcijan i żydów.

Zobaczymy teraz, jakie środki przedsięwzięto celem stłumienia epidemii i celem przyjscia z pomocą ludności nią dotkniętej.

Zaznaczyć muszę na wstępie, że niektóre rozporządzenia wydano poprzednio, niektóre zaś datują się od chwili objęcia obowiązków inspektora przez dra Skabieczewskiego.

Trzy są środki zalecane dziś przez naukę: dostarczenie dobrej wody i pożywienia, dezynfekcyja staranna przedmiotów,

które mogły mieć styczność z wydzielinami chorego i izolacja chorych.

Jaką Lublin posiada wodę, wspominałem powyżej, zwrócono więc baczną uwagę na dostarczenie mieszkańcom wody źródlanej, lecz jak dotąd, dzięki zaznaczonym już warunkom geologicznym Lublina, usiłowania były daremne. Sprowadzenie wody z Bystrzycy, powyżej Czechówki, może byłoby najprostszym rozcięciem kwestyi, gdyby można być pewnym jej dobroci, niestety, na jej przebiegu rozwinęła się cholera, woda więc z niej nie może być uważaną za odpowiednią do picia; najlepiej może byłoby wiercić studnie głębokie artezyjskie lub w okolicy poszukać źródeł, których braknąć nie powinno, gdyż już np. o 2 mile w Nałęczowie jest ich kilka i to obfitych; może w bliższej okolicy uda się źródła takie napotkać. W każdym razie na przyszłość miasto o wodę dobrą postarać się musi, epidemija bowiem obecna ujawniła, iż Lublin bardzo źlej wody używa.

Nadzór nad pokarmami, dostarczaniem miastu, wobec stosunkowo małej służby sanitarnej, nie może być takim, jakiego zyczyłyby sobie należało i tu jednak starano się zrobić co można: na kilka dni przed moim przyjazdem zamknięto piekarnię, gdzie zmarł ktoś na cholere aż do zupełnej dezynfekcyi. Dobroczynność publiczna w czasie epidemii ma bardzo wiele do czynienia, dostarczając ludności dobrego pożywienia po taniej cenie lub nawet darmo. W Lublinie zwrócono na punkt ten baczną uwagę, a zawiązane 2 komitety chrześcijański i żydowski wydają znaczną liczbę obiadów po 3 kop., oraz herbaty z chlebem po 1 kop. Wiele pań nadto na swoją ręką dotkniętej nędzy i epidemiją ludności rozdaje zdrowe gotowane pokarmy. Że w Lublinie rzecz to konieczna, wobec istniejącej już nędzy, która się wzmaga z dniem każdym skutkiem stagnacyi, wywołanej epidemiją, każdy łatwo zrozumie. Naturalnie, część tylko ludności korzystać może z tych darów, o wyżywieniu tysięcy ludzi, przy małych względnie środkach Lublinian, nie może być mowy.

Ponieważ ani woda, ani pożywienie w Lublinie nie odpowiadają żądaniom higieny, zobaczmy jak się dzieje z dezynfekcją i odosobnianiem chorych.

Wobec panującego w nauce poglądu na cholere, jako chorobę zakaźną, dezynfekcyja winna być środkiem skutecznie zwalczającym epidemiję, dla tego jednak, aby osiągnęła cel musi być dokonywaną gruntownie, powierzchowna nie przynosi pożytku, niekiedy nawet dyskredytuje w oczach publiki naukę.

Przeprowadzić porządną dezynfekcyję w mieszkaniu cholerycznego nie łatwo, choć w zasadzie zdawałoby się łatwiejszą rzeczą, ani przy innych chorobach, gdyż przecinek Kocha, uważany za przyczynę cholery, w powietrzu się nie unosi, nie osiada na ścianach, a w stanie suchym szybko ginie — tak się kwestyja przedstawia w teoryi, w praktyce rzecz ma się trochę odmiennie. Gdzie wymiotował chory, gdzie wylano wypróż-

nienia, najczęściej niopodobna się dowiedzieć, widziałem np. zbrukane wymiocinami ściany, drzwi i inne sprzęty. Wobec tego, a również wobec faktów, iż chory czasem formalnie pływa w wypróżnieniach, strugą płynących po podłodze, należałoby w zasadzie dezynfekować wszystko, cokolwiek się w pokoju znajduje, nie mówiąc już o samych mieszkańcach. To też dokonywana w Lublinie dezynfekcja może być uważana za względnie tylko wystarczającą. Do każdego chorego, o którym jest zawiadomiona służba sanitarna, udaje się oddzielny dezynfektor, który wydaje wapno do dezynfekcji wypróżnień i wymiocin i obznajmia otoczenie z prawidłami dezynfekcji. Skoro chory umrze lub uda się do szpitala, inny dezynfektor schodzi na miejsce i w swej obecności każe podwładnym zlać całą podłogę 10% surowym karbolem, łóżko 0,1% roztworem sublimatu, wszelkie zaś sprzęty i naczynia, znajdujące się w pokoju chorego, obficie zlać 25% mlekiem wapiennym, co, naturalnie, zmusza mieszkańców do starannego ich wymycia. Słomę po chorym pali się na placach, wszelkie zaś szmaty i bieliznę pościelną zrasza sublimatem 1:1000 lub pali. Ponieważ stwierdzono, iż częstokroć w jednym i tym samym domu zapada po kilka, nawet kilkanaście osób, należało pomyśleć o dezynfekcji całego domu, jak już bowiem nadmieniałem, ludność nie przestrzega zalecanych jej ostrożności i wylewa wypróżnienia wszędzie gdzie może. Naturalnie, dezynfekcja taka jest zawsze połączona z koniecznością opróżnienia całego domu z mieszkańców, którzy mogliby roznosić zarazę po mieście, należało więc izolować ich na czas pewien i umieścić w oddzielnym budynku, gdzie znajdowałiby się pod ścisłym nadzorem lekarskim przynajmniej przez 5 dni. Tak też uczyniono z mieszkańcami domu Nr. 451, których w liczbie 150 osób umieszczono w dawnym browarze Frików przy ul. Russkiej. Urządzenie tego kwarantannowego baraku jest bardzo pierwotne, co tłumaczyć sobie należy brakiem czasu na urządzenie. W przyszłości wysiedlani mają być umieszczani w namiotach.

Do chwili, kiedy byłem w Lublinie, wysiedlono 2 najbardziej dotknięte cholerą domy Nr. 451 i 544. Domy te podlegały gruntownej dezynfekcji i odświeżeniu.

Jest to pierwsze u nas w kraju doświadczenie z wysiedlaniem domów, zdaje się, iż środek powinien być radykalnym, należałoby jednak domy obserwacyjne dla odciętych od świata mieszkańców urządzić odpowiednio, gdyż właśnie wysiedleni, jeśli nie mają uledek zarazie, winni znajdować się w jak najlepszych warunkach sanitarnych. O tem zawczasu pomyśleć należy, przeznaczając na wysiedlenie dawne koszary, lub nowopostawione dobrze ogrzane i wentylowane baraki, oraz postarać się o dostarczanie ludności dobrego pożywienia za pośrednictwem instytucyj dobroczynnych lub rządowych. W każdym razie za podjęcie tego pierwszego u nas doświadczenia, władzom sanitarnym Lublina należy się uznanie.

Zadosyćuczynić trzeciemu wskazaniu — izolacji, trudno w tym razie, gdy chory pozostaje w domu, jedynie tylko

w szpitalu można ten cel osiągnąć lub u ludzi inteligentnych, którzy rozumieją całą doniosłość kwestyi.

Za słuszną też uważać należy nowe rozporządzenie, na mocy którego wszyscy chorzy na cholereę leczyć się muszą w szpitalu. Ponieważ jednak już sama nazwa szpitali wśród nie-inteligentnej ludności rodzi obawę, bardzo dobrą myśl podjęli żydzi lubelscy. Zaproponowali, mianowicie, najęcie domu oddzielnego, gdzie zamożniejsi mogli by umieszczać chorych wraz z jednym dozorującym go członkiem rodziny. Dom zdrowia taki podlegał by wszelkim przepisom, wydanym dla szpitali cholerycznych.

Z chwilą mego wyjazdu obowiązkowe oddawanie chorych do szpitala miało wejść w życie, tylko w wypadkach, kiedy chory mieć może oddzielny pokój dla siebie i oddzielnego lekarza za zgodą inspektora lekarskiego może leczyć się w domu.

Tyle uczyniono w celu stłumienia epidemii; sądząc z tego, iż natężenie choroby w oddzielnych przypadkach było słabsze wnosić należy, że epidemija już słabnie i że Lublin niedługo jej się pozbędzie, należało by wszakże pomyśleć miastu o przyszłości i starać się o lepsze, niż dotychczas warunki sanitarne, inaczej z rokiem przyszłym epidemija znówu znaleźć może w Lublinie dobre dla rozwoju podłoże.

W celu niesienia skutecznej i szybkiej pomocy chorym miasto podzielono na 11 okręgów, powierzając każdy 1 lub kilku lekarzom, którzy obowiązani są leczyć bezpłatnie chorych o ile nie będą odesłani do szpitali.

Lekarze okręgów codziennie obchodzą chorych i mają o nich ciągłą pieczę.

Prócz tego przy ulicy Lubartowskiej i nad apteką Czubaszki utworzono w mieście stacje sanitarne. Takie stacje znajdują się na Kalinowszczyźnie, na Wieniawie, na Czwaruku. Na każdej stacyi dniem i nocą deżyrują, zmieniając się co 3 godziny lekarze po 2-ch naraz, mają oni do rozporządzenia 2 sanitarów, felczera, członków komitetów oraz 2 dorożki. Na stacyi znajduje się apteczka, złożona z następujących lekarstw: olej rącznikowy, kalomel, kamfora, korzeń wymiotny, azotan bizmutu, tanina do lawatyw i w proszkach do wewnątrz, mięta, nalewka kozłkowa, kalceby, makowcowa, miętowa, eter siarcz. kwas solny, papierki Rigolot, salicylan bizmutu, salol, krople Botkina i Inoziemcowa, ol. campb. fort., morfina, kalomel i sól kuch. do wlewań, nadto znajdują się noże, konewki, środki dezynfekcyjne, sofa i t. p. W instrukcyi dla lekarzy wyluszczone następujące obowiązki: 1) udawać się po wezwaniu natychmiast do chorego z apteczką, 2) przedstawiać chorym korzyści leczenia ich w szpitalu, 3) w razie zgody na to zarządzić dezynfekcyję oraz wysłać chorego w lektyce do szpitala, 4) objaśnić otoczenie o potrzebie zachowania odnośnych przepisów, 5) po powrocie zapisywać do księgi dane według instrukcyi Depart. lek. 6) w razach nagłych komunikować się z Inspektorem.

Szpitali dla cholerycznych urządzono 3: 2 chrześcijańskie: żeński w szpitalu Szarytek, męzki u Jana Bożego, i dla żydów w szpitalu żydowskim. W szpitalu Szarytek oddział, zostający pod opieką kol. K. Zagórskiego, Jaczewskiego i stud. medyc. A. Zawadzkiego, urządzono w nowo-wybudowanym pawilonie (p. Kron. Lek. Z. IX, str. 616), oraz w dolnej sali. Oddział ten posiada oddzielną kuchnię, pralnię, służbę (6 posługaczek i 3-ch posługaczy), kocioł parowy dla dezynfekcyi oraz dół ocembrowany do zlewania wypróżnień. Może pomieścić chorych około 50. Oddział w szpitalu Jana Bożego, pozostający pod opieką kol. Janiszewskiego składa się z drewnianych baraków, stojących w obszernym ogrodzie, nieco zimnych, ogółem na 40 łóżek, obecnie ma być urządzone inne pomieszczenie. Szpital wreszcie żydowski, w którym ordynują kol. Tetz i Dobrucki oraz stud. med. Seideman, na 150 łóżek zajęty jest prawie cały (100 chorych w ostatnim dniu mego pobytu), w ogrodzie budują się nadto 2 nowe baraki.

W każdym szpitalu mamy 2 oddziały: dla chorych w okresie napadu i rekonwalescentów. Brak wielki uczuć się daje oddziału obserwacyjnego, którego domagaliśmy się w naszej pracy o „Cholere“, a da się uczuć więcej, skoro wejdzie w życie rozporządzenie obowiązkowego leczenia się w szpitalach. Nieraz zdarzały się wypadki, że policya dostarczała pijanych, którzy na oddziale cholerycznym łatwo mogą zapasć na cholere, należałoby złemu zaradzić i co prędzej otworzyć wzmiankowane oddziały choć na parę łóżek.

Na zakończenie podaję przepisy, jakie mają obowiązywać t. z. oddziały ruchome, wysyłane do osad i miasteczek. Oddział składa się z lekarza (lub stud. med. V kursu, który odbył praktykę w szpitalu dla cholerycznych), 2 felcerów i 2 sanitarów. W razie zameldowania przypadku zasłabnięcia w jakiejkolwiek miejscowości oddział udaje się na miejsce celem ukrócenia epidemii i w tym celu pozostaje 8 dni, zarządzając wysłanie chorego do szpitala lub wysiedlając tych, którzy mieli z nim styczność, wreszcie prowadząc dokładną dezynfekcyję, ku czemu służy parowy sterylizator oraz środki dezynfekcyjne chemiczne. Lokalizacja epidemii winna być pierwszym obowiązkiem oddziału.

Przejdę teraz do klinicznej strony epidemii, a chcąc odrazu w życie wprowadzić nasz kwestyjonyjusz, wydrukowany w b. n. „Kroniki“, trzymać się będę ściśle tego, nacośmy w nim zwrócili uwagę.

1. *Wiek.* W obecnej epidemii w Lublinie nie tylko mnie, a widziałem około 2 setek chorych w czasie mego pobytu, ale i wszystkich lekarzy lubelskich, z którymi miałem sposobność rozmawiać, uderzała ogromna ilość zachorowań u dzieci i to nie tylko dzieci starszych, ale i niemowląt, a co dziwniejsza, iż śmiertelność u nich, wbrew dotychczasowym danym, nie

jest zbyt wysoka. Zdarzało się, iż dzieci były źródłem zarazy dla całej rodziny. Liczba zachorowań u starców jest względnie dość wysoka, śmiertelność za to mała: widziałem starców 70-letnich w szpitalu Szarytek, którzy przechodzili ciężkie postaci cholery, powracających do zdrowia, podczas, gdy przeciwnie, ludzie krzepcy, zdrowi, młodzi szybko schodzili do grobu. Notuję fakty te bez komentarzy, jako jedną z charakterystycznych cech obecnej epidemii. Trudno objaśnić sobie wysoką odsetkę zachorowań u dzieci, osobliwie karmionych piersią, tembardziej, iż w szpitalu Szarytek widziałem matkę, dotkniętą cholera, która karmiła ciągle dziecko, i dziecko wyszło bez szwanku. Zdaje mi się, że przyczyny szukać należy w dotykaniu się matek do sutki brudnymi, zbrukanymi nieraz w kale chorego starszego dziecka rękami, uwagę tę polecam kolegom do obserwacji, posiada ona bowiem znaczenie zapobiegawcze. W przypadku, o którym mowa, o ile wiem, przestrzegano, aby sutka była obmyta. Co do przebiegu choroby w rozmaitych okresach życia trudno zauważyć coś wybitnego, przynajmniej na razie, to tylko zaznaczyć wypada, iż przypadki t. z. cholera fulminantis częściej dotykały ludzi w pełni sił, niż starców i dzieci.

Zajęcie chorego niewątpliwie wpływa na zarażenie się cholera, co do praczek rzecz to stwierdzona, nietylko jednak praczki lub służące, piorące bieliznę po cholerycznych, ale jak mi mówił kol. Jaczewski zapadały i praczki, które prały bieliznę po dezynfektorach miejskich; podobno zapadło i dwóch grabarzy, fakt rzadki względnie w dawnych epidemijach. O wpływie ogólnych warunków sanitarnych wspominałem powyżej, zaznaczę tutaj, że w Lublinie dotąd nikt z ludności zamożniejszej nie chorował, co się tem dziwniejszem wydać może, iż nawet osoby zamożniejsze, mieszkające w dzielnicach, silnie trapiionych przez epidemiję, cholery nie przechodziły.

Zdaje się, iż przyczyny szukać należy zarówno w lepszym odżywianiu, jak i w zachowywaniu środków ostrożności. Myją tu często ręce, płuczą usta, jadają same gotowane pokarmy, unikając nawet masła do chleba.

Wywiady u chorych cholerycznych dla braku czasu i ciężkiego stanu chorego zwykle są bardzo skąpe, mała inteligencyja chorych nie pozwala na wysnucie wniosków co do chorób przebytych, w kilku jednak przypadkach w szpitalu Szarytek można było stwierdzić istnienie oddawna zaburzeń w trawieniu, przeważnie u dzieci. Wobec tego trudno nawet wysnuwać wnioski np. co do przebiegu choroby u chorych z wadą serca, zapaleniem nerek i t. p.

Obraz choroby. Dzięki urządzeniu stacyj sanitarnych coraz częściej się zdarza, iż lekarz bywa wzywany w początkowych okresach i wtedy rozwinać już może swoją działalność; szczególnie w ostatnich czasach ludność chętniej spieszy w okresie słabej biegunki do lekarzy.

Choroba zwykle rozpoczyna się biegunką, występującą często bez bólów w brzuchu. Z początku 3 — 5 wypróż-

nień, szybko następujących po sobie, jeszcze są zabarwione, po 1 — 2 godzinach jednak zaczynają się już niezabarwione stolce. W tym okresie czasu język jest nieobłożony, wymiotów jeszcze niema, chorzy są niespokojni, obwódka sina około oczu staje się w miarę częstotści stolców coraz wydatniejszą, niekiedy chorzy skarżą się na lekkie kurcze w łydkach i ziębienie w kończynach, z chwilą pojawienia się wymiotów, rzadko bardzo zawierających niestrawione pokarmy, osłabienie chorych wzmacnia się znacznie tembardziej, iż wymioty występują zwykle już w okresie stolców niezabarwionych i częstych. Tętno w tym okresie szybko 120—140 na minutę, słabe, łatwo uciskalne. Na białkówece, szczególnie w dolnej części, występuje iniekcyjja większych i mniejszych naczyń, głos staje się ochrypłym cichym i otąd właściwie można datować nastąpienie napadu cholerycznego, dodać winieniem, iż według obserwacji szpitalnych, ciepłota na powierzchni opada do 36°, 35,5°, podczas gdy in recto podnosi się do 39°. Ilość moczu szybko się zmniejsza w tym okresie, ku końcowi wydzielanie ustaje. Zwykle okres biegunkowy trwa 2—24 godzin rzadziej dni kilka, w początkach wszakże epidemii, a w chwili kiedy byłem w Lublinie już znacznie rzadziej, zdarzały się postaci piorunujące, kiedy od pierwszego wypróżnienia do wystąpienia objawów napadu upływało 1/2 — 1 godziny. Stolce występowały tu z nadzwyczajną szybkością, a nieraz przy zabarwionych jeszcze stolcach występował już okres zamartwicy.

Leczenie w tym okresie według zdania kolegów lubelskich daje względnie dobre wyniki, podają tu kalomel w dawkach 5 granowych co godzinę, następnie salol (gr. X—XV), bismutum salicylicum, niekiedy enteroclysmata Cantani z tanniny. W tym okresie te ostatnie oddają ważne usługi, w następnym okresie wyniki stosowania tego zabiegu mniej już są wydatne. Oceniając szybkość występowania zapaści w postaciach porunujących przy małej utracie wody przyjść musimy do wniosku, iż przynajmniej w tych przypadkach utrata wody i zagęszczenie krwi nie może przemawiać za mechaniczną teorią cholery, biegunka nieznaczna zwala tu z nóg odrazu najsilniejszego człowieka, odrazu występują już objawy porażenia serca i to u ludzi skądinąd zdrowych, bez wad zastawkowych serca i bez cierpień mięśnia sercowego. Zdaje mi się, iż dla tych przynajmniej przypadków należy przyjąć prawie że pierwotne osłabienie mięśnia sercowego. Czy dzieje się to dzięki działaniu toksyn, wyrabianych przez laseczniki Kocha, czy też, co zdaje się prawdopodobniejszem, mamy tu do czynienia z odruchem gwałtownym z przewodu pokarmowego na serce, rodzajem shoku—rostrygnać trudno, fakt w każdym razie godzin zaznaczenia, iż istnieje wielka niestosunkowość między ilością utraconej wody a szybkością wystąpienia porażenia serca.

Z powyższego widzimy, iż należy przyjąć dwa rodzaje cholery: cholera foudroyant z szybkim okresem poprzedzającej biegunki i zwykłą cholere, gdzie napad występuje później, niż po 2—3 godzinach, rzadko można spotkać postaci, gdzie

napad występuje po upływie kilku dni od pierwszego płynnego wypróżnienia.

Przeważna ilość chorych w szpitalach leży w okresie napadu i takich chorych najczęściej widziałem. Jeżeli mamy do czynienia z postacią piorunującą, odrazu chory traci tętno zupełnie, tony serca są niesłyszalne, język wilgotny, injectio sclerae wybitne, powieki napół zamknięte, rogówka zaczyna wysychać. Skóra kończyn, podbródka, czoła i nosa zimna, sina, sucha, oddech zimny. Wymioty czystą wodą, którą chorzy wypijają w olbrzymich ilościach. Mimo wszelkie zabiegi nie udaje się u nich wywołać podniesienia działalności serca i chorzy tacy szybko umierają. Inaczej trochę przedstawia się przebieg powolniejszy choroby. Tutaj stopniowo przy zwiększającej się ilości stolców i częstości wymiotów chory zaczyna uskarżać się na kurcze w łydkach, wogóle jednak w czasie obecnej epidemii nie tak częste i niezbyt silnego napięcia, stopniowo objawy zgęszczenia krwi występują coraz wyraźniej, tętno staje się słabsze, skóra suchszą, pokrytą potem lepkiem, zimnym, na końcach palców i na podbródku występuje sinawe zabarwienie skóry. Twarz wyciąga się, kontury jej zarysowują się wyraźniej, obwódka sina około oczu powiększa się znacznie, oczy wpadają w oprawę. Chorzy leżą apatyczni, bezgłos choleryczny jest u nich bardziej wybitnym, niż w poprzednio opisaney postaci, a chociaż skarżą się na osłabienie, dla wypróżnień sami schodzą z łóżka; wypróżnienia są względnie częste, wymioty za to nienazbyt są częste i obfite: zwykle wodą czystą, wypijaną chętnie przez chorych, którzy uskarżają się na nieznaczne pieczenie w dolku. Chorzy tacy odpowiadają na pytania, ale niechętnie, wolno i po pewnym namyśle, z stanu swego nie zdają sobie sprawy, poznają otaczających, nigdy wszakże nie zwracają uwagi nawet na swoich członków rodziny, leżących nieraz na sąsiednim łóżku. Wśród potęgujących się objawów umierają po 1—2 dobach, nieraz po 4-eh, lub też tętno zaczyna się poprawiać, z początku występuje nieznaczne falowanie, później szybkie nitkowane tętno, które wciąż zyskuje na sile, i chorzy przechodzą w okres odczynu. Niezawsze mamy do czynienia z bezwzględnyim bezmoczem, za pomocą cewnika przy mnie, u chorej bez tętna wydobyto około 20 cm. moczu mętłego, kwaśnego, zawierającego znaczną ilość moczanów.

Co się tyczy rokowania w danym okresie cholery—trudno cośkolwiek powiedzieć. Słyszałem od prowadzących oddziały choleryczne, iż ludzie, których stan zdawał się beznajdziejnym wychodzili obronną ręką, podczas gdy ludzie krzepcy, których tętno nie wskazywało na bezpośrednie niebezpieczeństwo, umierali w kilka godzin. Bywały przypadki, iż chory przychodził bez tętna, po kilku godzinach tętno wracało, lecz słabe, później znów znikało, aby następnie powrócić, w tych przypadkach—o ile słyszałem—chorzy szybko umierali.

Środki lekarskie, używane w tym okresie, nie dają, jak zaznaczają koledzy lubelscy, pożądaných wyników: ani hypodermoklizmy, ani enteroklizmy, ani nacierania, ani wreszcie

gorące kąpiele nie są nieraz w możności odwrócić fatalnego rozwiązania.

Wstrzymując się od ostatecznych wniosków dla krótkości obserwacji, zaznaczę przyjęty ogólnie plan leczenia w szpitalu Szarytek i innych. Chory po przybyciu w tym okresie dostaje kąpiel gorącą z dodatkiem bądź gorzycy, bądź terpentyny (1 — 2 łyżek dla dorosłych, łyżeczka dla dzieci). Po kąpeli zawijają go w kołdry dla wywołania potów, co rzadko występuje. Jeżeli tętno jest względnie dobre, natychmiast przystępują do hypodermoklizmy z przyrzędu Sahli'ego (w szpitalu Szarytek, Jana Bożego) lub też przyrzędu Potain'a. Wstrzykuje się na raz 1 litr w 2 miejsca, częściej w okolicę obojczyka lub między łopatki. Wstrzykiwanie odbywa się szybko: po $\frac{1}{4}$ godzinie płyn zupełnie ulega wessaniu przy mięsieniu. Samo wstrzykiwanie jest nader bolesne i chorzy, zazwyczaj apatyczni głośno protestują przeciw ponownym wstrzykiwaniom. Jeżeli tętno jest niewyczuwalne, choremu poprzednio wstrzykuje się 5 gr. coffeini natr. benz. lub szprycę ol. camphor. fort. poczem dopiero przystępuje się do wstrzykiwań. Ani razu podczas mojej bytności nie mogłem zauważyć, aby, jak to opisuje Cantani, stan chorego w godzinę nawet po wstrzyknięciu polepszył się choć trochę; przeciwnie niejednokrotnie w szpitalu Szarytek chore uskarżały mi się na nudności, wzmagające się jakoby po każdym wlewaniu. Toż samo stwierdziło na większym materyjale wielu kolegów z Lublina. Aby skończyć z hypodermoklizmami dodam, iż tam, gdzie chorzy przychodzili z tętnem względnie dobrem, hypodermoklizmy dawały nieznaczną poprawę, skoro zaś chory przychodził bez tętna, nieraz po 5 krotnem wstrzykiwaniu, powtarzanem codziennie, nie udało się wywołać polepszenia.

Zwykle, stosownie do potrzeby, wlewa się 3 — 4 litrów dziennie.

Współcześnie z hyp. cl. stosują się enteroklizmy z tanniny od 1 — 2 litrów naraz w odstępach 3 godzinnych. Niektórzy z lekarzy widzieli bardzo dobre wyniki, inni odmawiają im racyi bytu. Kol. Jaczewski, oprowadzając mnie po swoich chorych na mięście, pokazywał mi kilkanaście przypadków z pomyślnem zejściem, dzięki wczesnie zastosowanym enteroklizmom. W szpitalu Szarytek, gdzie dzięki temu, iż brat mój, student medycyny A. Zawadzki, miał nad chorem nadzór, mogłem prowadzić szczegółowsze obserwacje, w czasie mego pobytu nie widziałem po enteroklizmach osobliwej poprawy. Wypróżnienia nieustawały i stan ogólny również niezbyt wyraźnemu ulegał polepszeniu. Sądzę, że i tu jak przy każdej metodzie leczenia, zawsze brać należy pod uwagę indywidualność chorego, wnioski więc na małym materyjale nigdy nie mogą być ostateczne—od oceny zatem wstrzymac się należy — koledzy, którzy całą epidemię widzieli, łatwiej to uczynić mogą, niż ja w ciągu krótkiego pobytu.

Niezależnie od tych środków, używa się nacierań lodowych i kąpeli gorących kilka razy dziennie, dalej stosują tu kamforę

i inne środki pobudzające. Opium zupełnie prawie zarzucono i dopiero w późniejszych okresach używają go w małych zresztą ilościach. Tu nadmienić muszę, iż przeciw dotkliwym czasem kurczom w mięśniach używa się wstrzykiwań morfiny i nacierań lodem. Po hypodermoklizmach kurcze zaraz ustają i to może jest jedyną dodatnią stroną hypodermoklizmy.

Okres odczynowy jest rozmaity u różnych chorych, a ciężkości jego i natężenia, o ile wnosić mogę, niepodobna przewidzieć: nieraz po dwudniowym stad. algidum okres odczynowy jest krótki, podczas gdy po krótkotrwałym napadzie występuje silny tyfoid lub mocznica. Zwykle jednak, o ile mogłem się od kolegów dowiedzieć, okres odczynowy jest dość ciężki i wielu chorych, którzy wyszli z napadu obronną ręką, umiera w tym okresie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, iż w ciężkich przypadkach, które widziałem, stosowano hypodermoclysmy, nasuwałby się wniosek, iż i one na ciężkość okresu odczynowego nie wywierają takiego wpływu, jaki mu przypisuje Cantani. Uwaga to również pobieżna, którą może sz. koledzy lubelscy po uspokojeniu się od zajęć sprostują.

Skoro chory przejdzie w okres odczynowy, ilość wypróżnień zmniejsza się już znacznie, często występują już zabarwione stolce, nieraz występuje uporczywe zaparcie. Tętno się zjawia, na twarzy występuje zabarwienie prawidłowe, twarz nabiera normalnego wyrazu, a skóra przestaje być suchą i nieelastyczną. Wśród polepszania się ogólnego stanu, chory wraca szybko do zdrowia, skarżąc się jednak na bóle w całym ciele i ogólne osłabienie. Po kilku dniach wraca do prawidłowego stanu. Taki przebieg należy do rzadkości, często natomiast następuje tyfoid. Chory na pierwszy rzut oka czyni wrażenie tyfusowego: policzki zaczerwienione, wyraz twarzy apatyczny, leży bez ruchu, nieprzytomny, jednym słowem, przystępując do chorego, mamy przekonanie, iż leży przed nami chory tyfusowy. Tymczasem tętno nie jest zbyt szybkie, cięplota nigdy nie przechodzi 38° C., a częściej bywa 37—37.5.

Tyfoid choleryczny nie trwa zbyt długo, najdłużej 11 dni, chory umiera przy objawach obrzęku płuc, osłabienia serca i t. p., lub też stopniowo wraca do sił.

Mocznica występuje rzadziej i tu jednak zauważyć można typowe drgawki, utratę przytomności, bóle głowy i t. p.

Z powikłań, jakie w tym okresie spotykać się dają, najczęściej występują wysypki, zwykle na 2 lub 3-ci dzień, przeważnie na wewnętrznej części kończyn, na piersiach i brzuchu, rzadziej na twarzy, wysypka jej różycą bądź rozlaną, bądź też zebraną grupami, schodzi po kilku dniach. Niekiedy widzi się wysypkę grudkowatą, a kolega Dobrucki pokazywał mi w szpitalu żydowskim dziewczynę, gdzie duże grudki, zabarwienie, przeważnie umiejscowienie na twarzy, czyniły wysypkę zupełnie podobną do ospowej w pierwszym okresie. Na oddziale kol. Dobruckiego widziałem również icterus po napadzie. Po ustąpieniu żółtaczki w tym przypadku zauważyć można było wysypkę plamistą.

Na rogówce u kilku chorych zauważyłem owrządzenia w dolnej wewnętrznej części z inj. pericornealis. U jednej chorej obserwowałem poprzednio wyschnięcie rogówki, co być może, jest przyczyną tworzenia się tych wrzodów.

Ze strony narządu trawienia zauważyć można było częste zaburzenia. Chorzy musieli być na ścisłej dyjecie, najmniejsze zboczenie wywołuje powrót choroby lub przynajmniej uporczywe wymioty. W tym okresie obserwowano również zapalenie otrzewnej: brzuch wzdęty, silna bolesność brzucha, brak wypróżnień, cuchnienie z ust, wymioty, język obłożony. Objawy te pod wpływem opium ustępowały. Bywały rzadko przypadki, przeważnie w tyfoidzie, krwawych wymiotów i krwawych stolców; krwotoku tego niepodobna było zwalczyć—wszysty chorzy ci umierali. Wreszcie u kobiet ciężarnych występowały w tym okresie, rzadko w czasie napadu, poronienia. W tym okresie, jak łatwo zrozumieć, leczenie było czysto symptomatyczne.

Kończąc obraz kliniczny, nadmienić muszę, iż stosunkowo do ciężkości objawów zdrowienie było względnie szybkie, natomiast zdarzały się nawroty choroby, co jest tem ciekawsze, iż niektórzy autorzy przypuszczają pewną immunizację po cholery. Interesującym jest przypadek kol. Jaczewskiego. Chora po silnym napadzie przyszła do zdrowia i zaczęła zajmować się gospodarstwem, po upływie 1½ tygodnia, kiedy czuła już się zupełnie zdrową, zapada jej dziecko, które ciągle pielęgnowała; po dwóch dniach matka znowu dostaje cholery, również ciężkiej, jak poprzednio. Chora wyzdrowiała. Źródłem zakażenia było prawdopodobnie dziecko, a przypadek ten dowodzi, iż w czasie tego samego okresu epidemii można przejść cholere dwukrotnie. Podobny przypadek, dotyczący młodego mężczyzny, obserwował dr. Janiszewski. Nawrót choroby wystąpił tu po nieznacznem uchybieniu w dyjecie już po zupełnem wyzdrowieniu. I ten przypadek zakończył się pomyślnie. Zaznaczam te przypadki tylko pobieżnie, pozostawiając obserwującym je kolegom opracowanie ich ścisłejsze.

Ogłędzin pośmiertnych w czasie mojej obecności nie robiono i wogóle trudno je robić wobec nawału pracy z chorem i uprzedzeń ludności.

Co się tyczy źródła zarazy w każdym pojedynczym przypadku, trudno orzec coś stanowczego. Wskazywano na chleb z piekarni żydowskich, na surowizny, najbardziej jednak wydatną przyczyną, jak wzmiankowałem, była woda. Tu nadmienić muszę, iż koledzy lubelscy widzieli zawsze zwiększanie się ilości przypadków w Niedzielę na noc, w Poniedziałek do Wtorku—odpowiadałoby to w zupełności dawniejszym spostrzeżeniom, mianowicie nadużyciu w Niedzielę napojów, a być może i jedzenia. Obserwowano również wzmaganie się ilości zachorowań po obfitym deszczu.

Najwięcej przypadków zachorowania, w początkach przynajmniej epidemii, wypadło około 5 ej godziny zrana.

Kwestyi zaraźliwości bezpośredniej nie mogę rozpatrywać, nadmienić jednak muszę, iż z pośród służby szpitalnej i sióstr miłosierdzia nikt nie chorował, za to kilku lekarzy i studentów przechodziło biegunki, najprawdopodobniej pochodzenia cholerycznego.

W końcu sprawozdania czuję się w obowiązku złożyć podziękowanie J. E. Pomocnikowi Naczelnika Kraju senatorowi baronowi Medemowi za list polecający do p. Gubernatora lubelskiego. Kolegom K. Zagórskiemu, Janiszewskiemu, Jaczewskiemu, Tetzowi, Dobruckiemu i Jarnuszkiewiczowi, oraz studentom A. Zawadzkiemu i J. Brunerowi za łaskawe wskazówki przy zwiedzaniu szpitali i dostarczenie mi danych do napisania niniejszej notatki. Osobliwą zaś wdzięczność wyrazić muszę dla kol. Skabiczewskiego, który osobiście udzielał mi wskazówek co do zarządzeń sanitarnych w mieście i organizacji pomocy dla cholerycznych.

Józef Zawadzki.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dr. A. DÜHRSEN. **Krótki podręcznik chorób kobiecych**, przełożyli W. Janowski i A. Karczewski (r. 1892, w Piotrkowie).

Literatura lekarska, a specjalnie ginekologija, została wzbogaconą tłumaczeniem z niemieckiego bardzo dobrego i potrzebnego dziełka ginekologicznego. W polskim języku z nowszych czasów nie posiadamy nietylko dzieła, ale nawet i dziełka z dziedziny ginekologii; to też kolegom Janowskiemu i Karczewskiemu wszyscyśmy, a szczególnie lekarze prowincyjni i studenci powinni być wdzięczni za zadanie sobie trudu przetłumaczenia tak praktycznego podręcznika.

W dziełku Dührssena nie pominięto żadnego działu: zaczyna autor od opisu sposobów badania chorej (bardzo systematycznie i zrozumiale przedstawionych), sposobów przygotowania do operacji, leczenia i opisu narzędzi i t. d., następnie przechodzi do opisu chorób, zaczynając od chorób sromu, a kończąc na chorobach więzów szerokich. Znajdujemy w tym podręczniku: 1-o) krótko, zwięzłe i zrozumiale wyłożone symptomata każdej choroby i głównie te symptomata, na które lekarz powinien największą zwrócić uwagę; 2-o) dokładne wskazówki dla każdego postępowania leczniczego, a szczególnie operacyjnego ze szczegółowym opisem techniki. Osobliwie zwrócił uwagę autor na treściwe i zrozumiałe opisy rękoczynów małej ginekologii, co dla lekarzy prowincjonalnych jest bardzo ważnem, gdyż ginekologija na prowincyi jest traktowana po macoszemu; lekarz prowincjonalny nie wykonywa prostego wyskrobania macicy, przy chronicznym jej nieżycie. Nie wykonywa zaś dla tego tej operacji, gdyż nie miał sposobności widzieć narzędzi potrzebnych do tego, a także widzieć i słyszeć systematycznie wyłożonej samej operacji. Mając taki podręcznik ze szczegółowym opisem techniki i potrzebnych narzędzi do tego, nie jeden przypadek będzie sam operował, zamiast odsyłać do specjalistów.

Dzielko to, oprócz doskonałej treści, opatrzone jest 100-ma rysunkami, objaśniającymi operacje i narzędzia.

Przekład jest bardzo dobry, dosłowny, język czysty; terminologia nie jest kraciową. Dzielko to powinno się rozejść nie tylko w jednym wydaniu.

Stanisław Kurtz.

KORESPONDENCYJA KRONIKI.

Do Szanownej Redakcyi Kroniki Lekarskiej!

Ponieważ w artykule pod napisem „Przezorność i lekarze”, pomieszczonym w n-rze 9 „Kroniki Lekarskiej“ z r. b. uczyniono mi niesłuszne, zdaniem mojem, zarzuty w przedmiocie sposobu, w jaki pośredniczyłem między lekarzami a Dyрекcyją Towarzystwa Ubezpieczeń „Przezorność“, a dalej uczyniono mnie odpowiedzialnym za wrzekomy również nietakt Dyрекcyi Towarzystwa wobec tychże lekarzy — przeto mam prawo spodziewać się, że poniższe w tej sprawie objaśnienie w najbliższym numerze „Kroniki“ pomieszczone zostanie.

Każde Towarzystwo Ubezpieczeń na życie, świeżo powstające, lub rozszerzające działalność na nowe terytoryjum, wejść musi w porozumienie z pewną, odpowiednią do zakresu swych czynności i do ich rozwoju liczbą lekarzy, którzy na proponowanych warunkach czynności przy Towarzystwie podjąć się godzą. Kandydatów, na żądanie Dyрекcyi, przedstawia lekarz główny, lecz prawo wyboru między niemi przysługuje zawsze Dyрекcyi, która w ten sposób czuwa, by w powoływaniu lekarzy nie odgrywał roli: „nepotyzm lub inne niemniej chwalebne względy“. (Art.).

Gdy uwzględnimy, że w danym przypadku, do składu Dyрекcyi wchodzi lekarz, to nie tylko materyjalne, lecz i moralne prawo wyboru przez Dyрекcyję kwestyjonowane być nie może.

Mając spełnić moje, w tym przedmiocie, wobec Dyрекcyi zadanie, to jest przedstawić listę kandydatów na lekarzy, z której Dyрекcyja, w miarę potrzeby, w miarę rozwoju czynności, współpracowników czerpać miała—odniosłem się do pewnej jedynie liczby lekarzy, do tych mianowicie, o których sądziłem, że nowe zajęcia na rękę im będą. Ale to moje przypuszczenie wymagało stwierdzenia i dowiedzieć się należało, czy istotnie koledzy ci byliby gotowi podjąć się czynności na proponowanych im warunkach; nadto zestawić mi przyszło dane, dotyczące wieku lekarzy, wszechnicy, którą kończyli, posad, które zajmują, zwłaszcza przy innych Towarzystwach Ubezpieczeń na życie i tym podobne faktyczne o nich wiadomości, których potrzebuje Dyрекcyja każdego Towarzystwa.

Dla osiągnięcia tego celu dwie do wyboru miałem drogi; jawną i pośrednią. Ta ostatnia polega na zbieraniu potrzebnych wiadomości za pośrednictwem osób trzecich, a chociaż w praktyce, w tych samych celach, stosują ją niekiedy, lecz chyba za złe właśnie z pośród kolegów nikt mi nie weźmie, że za odpowiedniejszą dla stron obu uważałem jawną, że zwróciłem się wprost do lekarzy.

Gdy pisał do nich, że: „Dyrekcja zleciła mi przedstawienie kandydatów na lekarzy“, że „Dyrekcja o decyzji swej zawiadomić nie omieszka“, to i dziś jeszcze, po odczytaniu postawionych mi zarzutów, niejasności w tych wyrażeniach nie widzę i w dobrej twierdzącej wierze, że gdybym sam takie otrzymał wezwanie, tobym go za jednoznaczne z powołaniem do czynności nie uważał na chwilę. Czy się mylę, niech bezstronni osądzą.

Z listy, ułożonej tą drogą, obejmującej dla Warszawy kilkanaście nazwisk, Dyrekcja na początek wybrała sześciu lekarzy do badań ogólnych i pięciu specjalistów dla konsultacji przy zdarzonych przypadkach. Tych zaprosiła—pozostałych nie zawiadamiała „iż są zbyt liczni“, jak mówi autor artykułu, czyniąc jej z tego zarzut. Tak jest, nie zawiadamiała, gdyż ich za zbyt licznych dotąd nie ma powodu uważać!

Towarzystwo znajduje się w początkach rozwoju—pewne odmiany ubezpieczeń (ubezpiecz. czasowe—ubezpiecz. na sumy niższe od 500 rs.) zaledwie w ostatnich dniach wprowadzone zostały, a cały obszerny dział ubezpieczeń od nieszczęśliwych przypadków z czasem dopie o wejście w życie. Z tych powodów Dyrekcja zasadnie się spodziewa, że liczbę lekarzy Towarzystwa wkrótce powiększyć jej przyjdzie i że inni, z tej samej listy kandydaci, mogą znaleźć zajęcie. Nie uważając ich dotąd za zbyt licznych, zawiadamiać ich o tem, jak chce autor artykułu, rzecz prosta nie mogła. Ktokolwiek zaś z interesowanych zapytywał mnie, jak sprawa stoi, temu ustnie czy listownie informacyi nie poskąpiłem.

Objaśnienie powyższe daje gwoli sprawie „godności naszego stanu“, w imię której autor artykułu wystąpił. Staralem się w niem zachować miarę i spokój, jakie przystoją stronom, co obiektywny spór wiodą, a które bodaj najskuteczniejszą bywają obroną osobistej czy fachowej godności. Jeśli żalować mi przychodzi, że mniej oględnym był autor artykułu, o którym mowa, — czynię to z tych samych ogólnych motywów, nie pomawiając redaktora ani wydawcy „Kroniki“ o osobistą urazę. Mniemam jednak, że gdy obaj, co do treści zarzutów w sporze tym byli stroną, to właściwej ich formy, godnej pisma lekarskiego, strzedz byli powinni.

Z należnym poważaniem

Konrad Dobrski.

Powyższy cyrkularz rozesłany kolegom, zainteresowanym w tej sprawie, oraz redakcyjom pism (?) lekarskich, ma na celu oczyszczenie Dyrekcji „Przezorności“ i jej głównego lekarza z zarzutu nietaktu, uczynionego im przez „Kronikę Lekarską“ w nrze 9. Pomieszczamy go tu w imię zasady „audiatur et altera pars“, o ile zaś celu swego osiąga—pozostawiamy sądowi Sz. czytelników.

Przedewszystkiem komunikat pomija główny nasz zarzut, mianowicie, że Dyrekcja „Przezorności“ nie zawiadomiła zaproszonych lekarzy o swej decyzji, pomimo, że to w odezwie było zastrzeżeniem, (a czego by zresztą i bez zastrzeżenia należało oczekiwać). Pozostawienie lekarzy, którzy według oceny Dyrekcji okazali się widocznie

mniej odpowiednimi, *w rezerwie*—było ostatecznie także postanowieniem, o którym, chociażby ze względu na jego oryginalność, należało interesowanych zawiadomić w chwili rozpoczęcia czynności przez „Przezorność”. Ogłoszenie tego postanowienia—o charakterze jakiejś nieokreślonej obietnicy, nie mogącej mieć znaczenia w sferze interesów—w swoim czasie dałoby interesowanym do zrozumienia, czego się mają trzymać. Dzisiaj jakby wymyślone ad usum Delphini—nie może służyć jako argument, tłumaczący postępowanie Dyrekcyi Towarzystwa „Przezorność”.

Jeżeli odpowiedzialność za nie przypisaliliśmy głównemu lekarzowi „Przezorności”, to uczyniliśmy to dla tego, że on był pośredniczącym i żadna inna osobistość w odezwie wymienioną nie była. Jeżeli jednak w Dyrekcyi, jak widać z komunikatu, funkcjonuje jeszcze jeden lekarz — to pierwotny nasz zarzut zwracamy również i do niego.

Gdyby w chwili rozpoczęcia czynności Dyrekcyjja lub główny lekarz „Przezorności” zawiadomił interesowanych, że z powodu zamknięcia listy lekarzy nie mogą reflektować na spodziewane posady—formie stałoby się zadość i kwestyi dalszej być by nie mogło. Gdy jednak do tego obowiązku Dyrekcyjja się nie poczuła, musieliśmy przeciw takiemu uchybieniu godności naszego stanu, wyrządzonemu pewnej grupie lekarzy—należycie wystąpić.

Redakcyjja.

Szanowny Redaktorze!

W n-rze 9 „Kroniki Lekarskiej“ z r. b. kol Rychliński, mówiąc o podanym przezemnie sposobie przygotowania preparatów z tkanki rdzeniowej za pomocą zatapiania jej w parafinie, ani słowem nie wspomina o najważniejszej modyfikacyi tego sposobu ¹⁾, o której jednak mówiłem na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego z d. 10 Lutego 1891 r. i odnośne preparaty demonstrowałem.

Modyfikacyjja ta polega na odwadnianiu stwardnionych w płynie Müller'a preparatów za pomocą zmienionego kilkakrotnie ol. anilinowego—*bez użycia alkoholu*. Na preparatach w sposób powyższy otrzymanych, wyjątkowo dobrze zachowuje się myelina, której koncentryczne warstwy wraz z zawartemi w nich półksiężycami substancyi chromoleptycznej najlepiej i prawie że jedynie dobrze barwią się safraniną. Jest to niezaprzeczenie wielką zasługą Adamkiewicza, że wprowadził ten barwnik do techniki mikroskopowej tkanek nerwowych.

Próponowane przezemnie połączenie safraniny z anilinblau ma tę wyższość nad metodą Weigert'a i Pal'a, że:

1) Zabarwienie cylindrów osiowych otrzymuje się przy niem o wiele ciemniejsze, niż obsłonek myelinowych, co pozwala nam ocenić

¹⁾ A. Ciągliński M. D. Ein Beitrag zur mikroskopischen Technik bei der Untersuchung des Rückenmarks und der peripheren Nerven. Zeitschrift f. wissenschaftliche Mikroskopie und f. mikroskopische Technik. Bd. VIII, 1891, p. 19—28.

stosunek wzajemny obu tych części składowych włókna nerwowego, nie tylko na jego przekroju poprzecznym, ale, co ważniejsza, na przecięciu podłużnym:

2) obsłonki myelinowe, barwione safraniną, nie przedstawiają się, jak przy wymienionych sposobach barwienia hematoksyliną, w postaci ciemnych, jednorodnych pierścieni, lecz zachowują swoją budowę (warstw koncentrycznych, sierpów substancji chromoleptycznej), którą bardzo dokładnie obejrzeć można przy znacznych powiększeniach (apochromat olejny).

Co się tyczy ostatniego zarzutu—nie trwałości otrzymanych w ten sposób preparatów, to i ten nie jest tak ciężkim, jakby to się kol. Rychlińskiemu zdawało:

1) Zarzut ten z proponowaną przezemnie metodą dzielić muszą wszystkie najnowsze zdobycze na polu techniki barwnikowej, oparte na związkach węgla;

2) okres czasu, przez który preparaty zachowują się dobrze, aż nadto wystarcza, nie tylko do dokładnego zbadania ich, ale nawet do zdemonstrowania w ciągu całego szeregu miesięcy, rzecz prosta, o ile preparaty te nie zostają wystawione na dłuższe działanie światła.

Preparaty moje, przygotowane w Listopadzie i Grudniu 1890 r. pokazywane w Lutym 1891 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego miałem sposobność demonstrować prof. Charcot i d-rowsi Blocg'owi w Marcu; prof. Arnold'owi i Hoffman'owi i d-rowsi Ernst'owi w Maju, a prof. Weigert'owi w Lipcu—i jeszcze nie znać na nich było wydawniejszych zmian na gorsze, i wszędzie potrafiły one obronić nie tylko metodę parafinową, ale i sposób barwienia, nawet przed najzgorzalszymi wyznawcami celoidyny i hematoksyliny. Cieszy mnie bardzo, że w kol. Rychlińskim zyskuje nowego sprzymierzeńca i zwolennika metody, którą długi czas sam jeden bronić byłem zmuszony przed głosami, skazującymi ją na zagładę zanim się jeszcze dobrze wyrobić zdołała ¹⁾.

Jestem przekonany, że największą przyszłość przed sobą ma wzmiankowana na początku listu modyfikacja metody anilino-parafinowej bez stosowania alkoholu, gdyż otrzymywane przytem preparaty przedstawiają *minimum* możliwe zmian samej tkanki, o które napróżno kusili się zwolennicy metody celoidynowej, zmuszeni poddawać tkankę mózgową działaniu alkoholu i eteru.

Racz przyjąć i t. d.

Adam Ciagliński.

Szanowny Redaktorze!

W swojej pracy, wspominając o metodzie kol. Ciaglińskiego, opierałem się na pracy jego pomieszczonej w „Kronice Lekarskiej” z r. 1891. Wiedziałem wprawdzie, że o tej samej kwestyi pisał autor i w języku niemieckim, widząc jednak jednobrzmiący tytuł, nie sądziłem, że znajduję w niej coś więcej, niż w polskim języku i zupełnie pracy po niemiecku ogłoszonej nie przeglądałem. Pominąć zaś oryginał nie-

¹⁾ Patrz Protokół posiedz. klin. z d. 4 Listopada 1890 r. Pam. Tow. Lek. r. 1891. Zeszyt II. T. 87, str. 371—372.

miecki miałem, zdaje się, słusność z tego względu, że praca ta wyszła prawie jednocześnie w naszym i obcym języku, trudno przeto było przypuścić, że po niemiecku ogłasza autor co innego, niż po polsku. W pracy, pomieszczonej w „Kronice Lekarskiej” (str. 4) pisze kol. Ciągliński co następuje: „preparat z rozczynu Müller'a przepłukujemy w wodzie dla doszczętnego wyługowania soli chromowych—*poczem przekładamy do spirytusu słabego (70%) na dwie doby i do alkoholu absolutnego na dobę jedną*“ i dopiero po tym zabiegu, radzi autor pogrążyć preparat w ol. anilinowym, więc jakże mogłem mówić o ważnej modyfikacji, wprowadzonej przez autora w metodzie d-ra Przewoskiego, i polegającej jakoby na odwadnianiu stwardnionych w płynie Müller'a preparatów bez użycia alkoholu, skoro go autor radzi używać?

Nie robiłem zarzutu kol. Ciąglińskiemu jakoby jego preparaty były gorsze od takichże, zabarwionych metodą Pal'a lub Weigert'a z następnem podbarwianiem innymi barwnikami, gdyż rzeczywiście dla przyczyn, które autor przytacza w swoim liście sposób barwienia przez niego proponowany ma duże zasługi i preparaty jego przez pewien czas przewyższają inne, jednak dla zachowania na dłuższy termin nie są podatne i muszą przeto ustąpić ostatnim, które w większości wypadków pozwalają badaczowi zupełnie dobrze obserwować zmiany patologiczne w tkance nerwowej.

Co się zaś tyczy trwałości safraniny, to zdaje mi się, iż sam autor nie zaprzeczy, że barwnik ten nie należy do trwałych, ten zaś fakt, że kol. Ciągliński miał sposobność swoje preparaty demonstrować w różnych miesiącach tego samego roku wielu powagom zagranicznym, nie dowodzi jeszcze trwałości barwnika, gdyż dążeniem naszym jest wypróbować takie sposoby barwienia, któreby nie dawały „wydatniejszych zmian na gorsze“ nie tylko po kilku miesiącach, lecz i po kilku latach, analogiczny bowiem materyjał dla preparatów z tkanki nerwowej spotykamy nie tak często, byśmy mogli w miarę zepsucia się jednych preparatów zamieniać je takiemiż ze świeżego materyjału.

Racz przyjąć i t. d.

K. Rychliński.

Kwestyjonyusz dla badań nad cholera,

ulożony przez Redakcję „Kroniki Lekarskiej“.

Poznanie żadnej może choroby nie przedstawia tyle trudności co cholery; rzadko też w której mamy tyle niepewności i niejasnych punktów.

Oprócz sprawy chorobowej z natury swej bardzo zakłóconej, a badanej zawsze w nader niesprzyjających warunkach, przyczynia się do tego i peryjodyczne występowanie cholery. Dość znaczne odstępy czasu między oddzielnymi epidemijami przerywają nić bezpośredniej obserwacji i ciągłość badania sprawy.

Zaznajamiający się z nią najczęściej pozbawionym jest głównej podstawy—materyjału klinicznego i musi ograniczać się na szmatach, podawanych przez podręczniki, na spostrzeżeniach, spisywanych nieraz ze wspomnień, albo z drugiej ręki.

Przy tem, jak to bywa, nowe poglądy, jakie się tym czasem rozwinęły, czynią, że dawnych teorii i tłómaczeń nie pojmujemy lub nam nie wystarczają, wskutek czego je najczęściej lekko ważymy. Przez to zaś i do tego obrazu choroby, jakiśmy sobie ostatecznie wyrobili, a do którego nic nie włożyliśmy własnego, nie odnosimy się z dostatecznym zaufaniem, z pewną dozą wątpliwości—którą nowy, a odmienny, jakiś jeszcze wyszperany pogląd może łatwo zamienić w zupełne niedowierzanie.

Złe to, zależne od okoliczności, natury rzeczy i ludzi będzie się niezawodnie powtarzało i nadal (jeżeli cholera nie stanie się w Europie endemiczną). Sądzymy jednak, że pewne przynajmniej braki dadzą się usunąć przez ujęcie obserwacji nad tą chorobą w pewien plan i układ, ażeby odjąć im ten charakter często raczej wrażeń podmiotowych, niż naukowych spostrzeżeń, który sprawia właśnie ten chaos, jaki czuć się daje we wszystkim, co dotyczy cholery.

Jakieśmy to już wskazywali w innych miejscach, spuścizna literacka po dawnych epidemijach cholery przedstawia się jako materiał, mało nadający się do wyciągania wniosków o skuteczności zalecanych przeciw tej chorobie środków.

Oprócz tego i ze strony symptomatologii cholery i anatomii patologicznej nasuwają się wątpliwości, domagające się nowego światła. Jak się zdaje obraz kliniczny, obserwowany w obecnej epidemii nie odpowiada zbyt ściśle szematowi podręczników; postaci niby wyjątkowe (z nieobfitymi wypróżnieniami i wymiotami, przypadki piorunujące?) zdarzają się podobno nie tak rzadko. Objawy ze strony serca, zdają się nieraz dominować nad objawami kiszkowymi i występować, jako zjawisko pierwotne, początkowe częściej, niż utrzymują dawni patolodzy.

Wreszcie i wśród zmian pośmiertnych zauważono nowe lub też wysunięto jako więcej charakterystyczne, inne dotąd niezaznaczone z dostatecznym naciskiem (bakteryjologija, psorenteria, lepkość powłok surowicznych). Pytania te i inne mogą być wyjaśnione tylko drogą bezpośredniej obserwacji. Sądzymy, że aby upewnić się co do wartości jej wyników, dobrzeby było opracować pewien szemat do notowania spostrzeżeń, który zwracałby uwagę na wątpliwe i wymagające nowego oświecenia punkty. Taki plan sprawi może, że spisywane według niego obserwacje dadzą materiał do pewnego stopnia uporządkowany i nadający się do późniejszego opracowania.

Proponujemy następujący szemat, którego pojedyncze punkty będziemy równocześnie motywować.

- 1) *Wiek*: Zwrócić uwagę na częstość przypadków u niemowląt, dzieci i osób starszych. O ile przebieg choroby różni się u nich od przebiegu w okresie dojrzałości i czy cholera co do przebiegu cechuje się u niemowląt, dzieci i starców jakimiśkolwiek szczególnymi objawami ze strony przewodu pokarmowego i serca.

U w a g i:

Według dotychczasowych spostrzeżeń, niemowlęta prawie nigdy nie zapadają na cholere, prawdopodobnie dla tego, iż przeważnie są karmione piersią matki i mniej są narażone na styczność ze źródłami zarazy; liczba chorych

2) *Zajęcie*: O ile zajęcie, środki materyjalne, warunki sanitarne (mieszkanie—ilość osób w jednym pokoju i t. p.) wpływają na częstość zachorowań i przebieg choroby.

3) *Okres epidemii*: Zaznaczyć datę od której rozpoczęła się cholera w danej miejscowości, koniec epidemii, oraz datę obserwowanego przypadku.

4) *Wynoiady*: Ogólne dane anamnestyczne ze szczególnem uwzględnieniem stanu narządów trawienia, serca, nerek, szczególnie na parę tygodni przed zapadnięciem na cholere.

5) *Obraz choroby*: W jakim okresie lekarz został wezwany do chorego i jakich środków używano przed przybyciem lekarza.

a) *Biegunka*: Cechy, częstość, czas trwania i ilość wypróżnień, czy była połączona z bólami w brzuchu, wymiotami, cechy, częstość, czas trwania i ilość wymiocin. Ciepłota, tętno, stan serca i innych narządów. Leczenie. Przebieg.

b) *Napad choleryczny*: W jaki sposób się rozwinął, jak prędko po pierwszym rozwolnieniu. Objawy ze strony prze-

dzieci i starców zwykle nie jest wysoka, za to śmiertelność wśród nich większa, niż u ludzi w pełni sił.

Ważność faktu, kiedy wystąpiła choroba: w początkach, u szczytu, czy ku końcowi epidemii była niejednokrotnie zaznaczana, wiadomo np. że w początkach epidemii przypadki cholery są nader ciężkie i poddają się trudniej leczeniu, niż w okresie słabnięcia epidemii, kiedy przypadki z gwałtownym nieraz przebiegiem dają pomyślne zejścia. Przy ocenie więc wyników leczenia względ ten jest konieczny.

Znaczenie obok wymienionych pytań jest widoczne — zaznaczyć tylko musimy, iż należałoby baczną zwrócić uwagę na fakt, notowany kilkakrotnie w obecnej epidemii, iż przy małej ilości wypróżnień i nieznacznem zagęszczeniu krwi, szybko występuje obraz okresu zamartwiczego. To też w każdym przypadku należałoby rozpatrzyć, czy osłabienie serca jest

wodu pokarmowego, serca, naczyń, nerek, skóry, mózgu. Ciężota skóry i organów wewnętrznych. Przebieg. Jakie i czy się dają zauważyć, objawy ułatwiające rokowanie, ze strony tętna, działalności serca, przewodu pokarmowego i t. p. Metoda leczenia, stosowana w tym okresie i jej wyniki.

c) Okres odczynowy: Jak szybko rozwinął się po poprzedzających okresach. Czas trwania. Jaki wpływ na okres odczynowy i jego przebieg wywiera ciężkość poprzedzających objawów i czas ich trwania. O ile można rozróżnić w tym okresie t. n. tyfoid choleryczny, mocznicę i t. p. i w jakim stosunku pozostają do tych stanów objawy poprzednich okresów, oraz ich leczenia. Przebieg. Leczenie.

d) Okres zdrowienia jak szybko wystąpił, jak długo trwał, powikłania, zależność od natężenia poprzedzających objawów. Dyjeta chorego w tym okresie.

6) *Oględziny pośmiertne*: Zwrócić baczną uwagę na mięsień sercowy, nerki (t. zw. Choleraniere): przewód pokarmowy; stan żołądka, zawartość — zmiany na błonie śluzowej — gdzie było największe natężenie sprawy. Stan gruczołków solitarnych i kępek Peyer'a (psorenteria), — zawartość kiszek, lepkość powłok surowicznych.

7) *Uwagi ogólne*: Przypuszczalne źródło zakażenia danego osobnika. Źródło zakażenia miejscowości. Stan sanitarny danej miejscowości (woda, ścieki, gęstość zaludnienia, stan mieszkań i t. p.).

Uwagi nad przebiegiem epidemii, następczące się lekarzowi. (Przypadki wyszczególniające się swoim przebiegiem od ogólnego typu). Zaraźliwość bezpośrednia.

(Projekt niniejszy odczytany był na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 27 Września 1892 r. i zatwierdzony na następnym posiedzeniu).

zjawiskiem pierwotnym, niezależnym od częstości wypróżnień, czy wtórnym — po silnym zageszczeniu krwi. Takie dane, jak ilość wymiocin i wypróżnień, szybkość wystąpienia po nich napadu, stan serca przed i w czasie napadu, dadzą odpowiedź na powyższe pytanie.

Przy opisie okresu odczynowego byłoby pożądanem zwrócenie uwagi na wydzielenie się moczu i jego własności.

Kronika miesięczna.

— Zwracamy uwagę szanownych czytelników na pomieszczoną w dziale ogłoszeń odezwę komitetu Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych. po lekarzach pozostałych. Komitet donosi, że odtąd ściśle musi się trzymać uchwały jeszcze w roku 1876 zapadłej, aby wydawać wsparcia tylko wdowom, sierotom etc. po lekarzach, którzy byli członkami Kasy (pomijamy 20-rublowe wsparcia rocznie jako zbyt mało znaczące). Ogłoszenie to jest bardzo ważnym i wymownym przyczynkiem do kwestyi, której tylokrotnie bezpośrednio lub pośrednio dotykamy w naszym piśmie (patrz np. Nr. 5, 6 Kroniki). Świadczy ono, że warunki materyjalne bytu lekarzy u nas stają się coraz cięższymi, że coraz częściej zdarza się, iż lekarze zaledwie są w stanie utrzymać swe rodziny, a w przypadkach losowych zostawiają swe wdowy i sieroty bez wszelkich środków, zmuszone zwracać się o wsparcia do Kasy.

Tymczasem fundusze tej Kasy nie wzrastają odpowiednio. Zależy to w przeważnej części od nieopatrności i małego zainteresowania się naszego ogółu lekarskiego tą instytucją. po części jednak i od organizacji Kasy. Z dzisiejszym swym charakterem pozostanie ona zawsze tylko instytucją dobroczynną; członkowie jej rzeczywiście wspierając ją, nie myślą, chyba ze zgrozą i strachem, żeby ich rodziny lub oni sami mieli z niej kiedy korzystać (a jednak zdarza się to coraz częściej!), wnoszą oni owe składki tylko jako ofiarę na cel dobroczynny. Wielu lekarzy nie poczuwa się i do tego obowiązku i wcale do Kasy się nie zapisuje. Sądzimy, że dopiero wtedy Kasa wejdzie na właściwą drogę rozwoju, gdy będzie miała charakter instytucyi zabezpieczającej, na podobieństwo stowarzyszeń asekuracyjnych. Tę reorganizacyję Kasy członkowie jej powinni wziąć pod uwagę i dążyć do niej systematycznie.

Tymczasem, zdaniem naszym, komitet Kasy wsparcia powinien z całą ścisłością trzymać się ogłoszonego postanowienia, a nawet w przyszłości znieść zupełnie wsparcia dla nieczłonków. Będzie to wprawdzie z wielu względów trudnem do przeprowadzenia, ale sądzimy, że takie postępowanie będzie z jednej strony bodźcem dla lekarzy nie uczestniczących dotąd w kasie, do zapisywania się na członków, a z drugiej strony będzie pierwszym krokiem do przyszłego przekształcenia Kasy na stowarzyszenie wzajemnej pomocy. Podczas, gdy takie stowarzyszenia, mające, bądź charakter tylko asekuracyjny, bądź też i w innych kierunkach dążące do solidarnej obrony interesów naszego stanu, istnieją już zarówno w Cesarstwie, jak i na zachodzie — my bezzadni narzekamy, kiedy się zejdziemy w trzech lub czterech, ale o zaradzeniu tej biedzie wspólnymi siłami pomyśleć nie chcemy.

Zanim to nastąpi należałoby przynajmniej częściej robić odezwy do lekarzy o zapisywanie się na uczestników Kasy, mianować może po prostu honorowych agentów Kasy, którzyby jednali członków i budzili dla niej zainteresowanie większe niż obecnie. Młodszy lekarze, zwłaszcza na prowincyi, często wcale nie wiedzą o istnieniu Kasy.

— Cholera w Warszawie.

Od trzech tygodni mamy w Warszawie *cholere*. Pierwszy przypadek zdarzył się w szpitalu Dzieciątka Jezus d. 24-go Września. Zachorował flisak, przybyły Wisłą z południa z Puław i Kazimierza. W dwa dni potem zachorowała na cholere niejaka Gadomska, zamieszkała przy ul. Solec Nr. 53. Chora ta piła wodę bezpośrednio z Wisły, a mianowicie z miejsca zanieczyszczonego wypróżnieniami pierwszego chorego Łysiaka. Cały szereg następnych przypadków stał w związku bezpośrednim z Wisłą, resp. z pićciem z niej wody. Najwięcej było ich dotąd w Warszawie na ulicy Rybaki i Bolesć, potem zaś na Brzozowej. Pojedyncze przypadki zdarzają się w rozmaitych miejscach miasta, ale zawsze, dotąd przynajmniej, źródła zakażenia dociec było można. W tydzień po ukazaniu się pierwszego przypadku cholery w Warszawie, wybuchła ona w świeżo do Warszawy przyłączonej dzielnicy, mianowicie na Szmulowiźnie. Tu szerzyła się ona przeważnie na ul. Radzymińskiej, na której zdarzyło się 14 jej przypadków w ciągu 4-ch pierwszych dni. Następne przypadki zdarzały się tam przeważnie na Białostockiej, Wiosennej, Grodzieńskiej, a ostatnio na Żąbkowskiej. Ogółem do dnia 14-go października było w Warszawie i na Szmulowiznie razem 94 przypadków cholery. Z nich 35 zakończyło się śmiercią. Urząd lekarski czujnie pilnuje każdego przypadku cholery i zarządza energiczną dezynfekcję po każdym chorym w całym jego mieszkaniu. Z domów, w których zachorowań zdarzyło się więcej (Radzymińska 3, Rybaki 8), mieszkańców usunięto i odprowadzono po zdezynfekowaniu do odpowiednio urządzonych przytułków, domy zaś gruntownie zdezynfekowano i odnowiono. Nad rodzinami chorych rozciągnięty jest w ciągu 8-u dni baczny nadzór; po tym dopiero czasie wolno im do swego mieszkania powrócić. Prawie całe miasto podzielone zostało na rewiry, oddane pod nadzór lekarzy, tak że każdy podejrzany przypadek jest urzędowi lekarskiemu wiadomy, co, naturalnie, ogromnie sprzyja zarządzeniu racjonalnej i szybkiej dezynfekcyi w odpowiednich miejscach. Oprócz Rybaków i ulicy Radzymińskiej, na których powstały pewne, chociaż niezbyt wielkie, ogniska cholery, na innych ulicach zdarzało się ich po 1—3 przypadków. Możemy więc powiedzieć, że dotąd cholera nie jest epidemiczną, lecz właściwie dopiero sporadyczną, a na Rybakach i Radzymińskiej endemiczną, gdyż 94 przypadki w ciągu 3-ch prawie tygodni na takie miasto, jak Warszawa, to chyba bardzo niewiele. W ciągu ostatnich dni przestały nawet zdarzać się przypadki na wspomnianych Rybakach i ul. Radzymińskiej. Niektóre przypadki przedstawiały tak lekkie lub niewyraźny przebieg (Grabowska, Podgórski, Bryła, Wodarska), że tylko badanie bakteryjologiczne pozwoliło rozpoznać w nich cholere. Natomiast inne przebiegały bardzo ciężko. Najwięcej takich chorych dostarczyła Szmulowizna.

— Na posiedzeniu tutejszego Towarzystwa lekarskiego prezes Przewoński zdawał sprawę z wycieczki do Biskupic i Lublina, odbytej na żądanie władz wespół z prof. Czausowem, Łukjanowem i kol. Polakiem, wynikiem badań było stwierdzenie epidemii w tych miejscowościach skonstatowanej uprzednio przez kol. Bujwida.

— Kol. E. Biernacki podczas wycieczki swej do Lublina, wziął do badania wodę ze studni mocno dotkniętego epidemiją domu oraz z wanny, w której kąpano cholerycznych w szpitalu Szarytek. Badania

dokonane zostały przez naszego stałego współpracownika kol. W. Janowskiego w pracowni anatomii patologicznej i wykazały znaczną wartość bakteryj. Zdając o tem sprawę w Towarzystwie lek. Warsz. (4/X). Kol. Biernacki zwraca słuszną uwagę, iż należy bezwarunkowo, wodę, w której kąpali się chorzy choleryczni wyjaławiać lub co lepiej od razu kąpać ich w 1:6000 roztworze sublimatu. Uwaga to ze wszechmiar godna polecenia.

— Cholera w końcu ubiegłego i w początkach b. miesiąca osłabła już znacznie na wschodzie Europy, jedynie tylko w Kijowie zabiera więcej ofiar. W Lublinie natężenie jej w ostatnich dniach silnie osłabło, za to szerzy się w gubernii Kieleckiej, Radomskiej i Siedleckiej. W Hamburgu prawie zupełnie ustała epidemija. W Paryżu i Hawrze zdarzają się pojedyncze przypadki. Wybuchła natomiast epidemija w Marsylii, oraz w Budapeszcie.

— Epidemija cholery w Krakowie i na Podgórzu nie jest silna, przeciwnie zapada po kilka osób dziennie. Surowe, drakońskie niemal prawa, wydane w Krakowie, bezpotrzebnie obciążają ludność.

— W Łęczynie zmarł na cholere dr. Onanow, wychowaniec uniwersytetu paryzkiego; powiększył on liczbę lekarzy, zmarłych w czasie obecnej epidemii, do 4-ch.

— W roku bieżącym w początku września po raz pierwszy powołano lekarzy i felczerów z zapasu do szeregów armii na termin 6-tygodniowy. Powołani (lekarzy 117, felczerów trochę więcej) zastępują personel lekarski, wysłany na walkę z cholera. Lekarze powinni się obznajmić z gospodarką i administracją wojskowo-lekarską.

Eks-wojskowym felczerom praktyka jest zabronioną, przynajmniej de jure; powołano więc ich w tym celu, żeby odświeżyli nabyte wiadomości. Lekarze dostawali na kosztą podróży i po 100 rs. na umundurowanie; pensyje i dodatki za czas służby takie, jak dla lekarzy młodszych.

Przez przeciąg 15-tu lat pozostawiania w zapasie można być powołanym nie więcej, jak 2 razy na 6 tygodni.

Co do porządku, to przedewszystkiem powołano najmłodszych, t. j. najpóźniej zaliczonych do zapasu; pozostających na służbie państwowej w nie powoływano.

Powołani mają pozostawione 2 dni na uregulowanie swych interesów i 3 dni na wyekwipowanie się.

— Wyszedł z druku 3-ci zeszyt Pam. Tow. Lek. Warsz. pod redakcją kol. M. Jakowskiego. W ciągu krótkiego kierownictwa obecnego redaktora, Pam. zyskał zarówno na doborze prac, jak i ich ilości. Prace te streścimy w przyszłym numerze, tu zaznaczyć musimy, iż na pochwałę zasługuje przedewszystkiem szybkie drukowanie protokółów posiedzeń, co dotąd stanowiło piętę Achillesową organu naszego Towarzystwa.

NEKROLOGIJA.

— Zmarł w Warszawie w sile wieku, bo w 45 roku życia *dr. Józef Starkman*. Był on przez długi czas lekarzem wojskowym, a w wolnym od zajęć czasie zajmował się popularyzacją wiedzy lekarskiej. Chociaż nie zawsze wywiązywał się z trudnego, zaiste, zadania pozostał jednak sporo tłumaczyń i artykułów ulotnych, rozsianych po tutej-

szych czasopisma, które rzeczywiście korzyść przynieść mogły czytelnikom. Umysł to był jasny, styl posiadał wyrobiony, artykuły więc jego cieszyły się poczytnością. W ostatnich latach pisał również streszczenia do *Medycyny*.

Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu WRZEŚNIU 1892 r.

- 1) *J. Schaitter*. Zaniedbanie ze strony nieuprawnionej położnej. (Przeg. Lek. 36).
- 2) *Rosenblatt*. Drżenie członków, jako pierwszy objaw choroby Basedowa. (Przeg. Lek. 36).
- 3) *Dr. Z. Krówczynski*. Doświadczenia w sprawie zapobiegania kile. (Przeg. Lek. 37).
- 4) *Prof. Dr. Halban*. Dzieciobójstwo popełnione na dziecku ślubnem. (Przeg. Lek. 38).
- 5) *E. Rosenblatt*. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci. (Przeg. Lek. 38).
- 6) *A. Rosner*. Włókniaki macicy i ciąży. (Przeg. Lek. 39).
- 7) *A. Kosinski*. O zwyrodnieniu śluzowem komórek rakowych. (Gaz. Lek. 38).
- 8) *Dr. H. Higier*. Kilka słów o jąkanii historycznym. (Gaz. Lek. 39).
- 9) *S. Kamiński*. Początki histeryi u dziecka. (G. L. 31—39).
- 10) *Prof. St. Domański*. O rozpoznawaniu kiły układu nerwowego. (Gaz. Lek. 36, 37).
- 11) *Dr. med. B. Chrostowski i K. Wislocki*. O stosowaniu kreo-zotu w ławatywach u suchotników. (G. L. 35, 36).
- 12) *Dr. med. O. Hewelke*. Przegląd krytyczny niektórych metod leczenia cholery. (G. L. 37).
- 13) *B. R. Gepner* (syn). Przypadek zaniku nerwu wzrokowego. (Med. 36).
- 14) *J. Kramsztyk*. Tężyczka samoistna u dzieci. (Medycyna 35, 37).
- 15) *J. Czarnocki*. O znaczeniu praktycznym limanów i morza Czarnego w lecznictwie. (Med. 30—34).
- 16) *W. Matlakowski*. O wycięciu kiszki ślepej wobec zwężenia rakowego i bliznowatego. (Przeg. Lek., nr. 14—27).
- 17) *Dr. T. Heryng*. Gruźlica błony śluzowej nosa. (Medycyna 33—38).
- 18) *St. Rybiński*. Przyczynek do historii szpitalnictwa krajowego. (Med. 38) (niedok.).
- 19) *J. Knaster*. Wartość lecznicza *Syzygium Jambolanum* w cukrzycy. (Med. 39).
- 20) *Dr. med. K. Klecki*. O połączeniach protoplasmatycznych między komórkami mięśniowemi przewodu pokarmowego. (N. L. 8, 9).
- 21) *Prof. Rydygier*. O leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej. (Now. Lek. 8—9).

22) *Fr. Strojnowski*. Przypadek utraty mowy wraz z porażeniem górnej prawej kończyny. (N. L. 8—9).

23) *St. Szokalski*. Przypadek niedorozwoju ucha. (N. L. 8—9).

24) *O. Bujwid*. Dalszy ciąg wiadomości o epidemii cholery w Lubelskiem (G. L. 36).

25) *Dr. Wicherkiewicz*. Przyczynek do zranień ścian oczodołowych. (Now. Lek. 8, 9).

2) **Rosenblatt. Drżenie członków, jako pierwszy objaw choroby Basedowa.** U 39-letniej pacjentki, po przestraszu nastąpiło drżenie szybkie, drobne, regularne, wkończynach, wzmagające się przy ruchach celowych, bez żadnych innych objawów. Następnie przez $1\frac{3}{4}$ roku poprawa pewna po zimnej kąpeli, eczema na twarzy i szyi, która ustąpiła po 3 tygodniach a zjawiło się znowu drżenie, drażliwość hysteryczna, bicie serca i skłonność do potów, oraz wychudnienie, potem objawy oczny Gräfe'go i Struma.

Rz.

3. **Z. Krówczyński. Doświadczenia w sprawie zapobiegania kile.**

Wychodząc ze znanego faktu, że kultury bakterii, w zetknięciu z powietrzem, tracą całkiem lub w części swe trujące własności i przypisując to utleniającemu działaniu powietrza, autor przeprowadził doświadczenia z wodą utlenioną, zakwaszoną kwasem solnym, jako że środkiem, niszczącym zarazek szankrów i przymiotu. Doświadczenia były przeprowadzone w piętnastu przypadkach z ropą szankrów, bądź to bezpośrednio zmieszaną z zakwaszoną wodą utlenioną, bądź to pośrednio, t. j. na miejsce szczepienia czystą ropą szankrową, była stosowana zaraz mieszanina autora. We wszystkich przypadkach szczepienie było bezowocnem, z wyjątkiem jednego dodatniego szczepienia, w którym użyto, prawdopodobnie, rozłożonej wody. Dalsze doświadczenia przeprowadzone były na syfilitykach; u 4-ech chorych, z późnemi objawami przymiotu, autor szczepił wydzielinę, bądź to pierwotnych objawów przymiotów, bądź to kłykcin sączących, zmieszaną z zakwaszoną wodą—również bez rezultatu. (Doświadczenia te nic nie mówią, ponieważ ogólnie wiadomo, że chorzy w późniejszych okresach przymiotu całkiem są odporni na świeże zarażenia przymiotem. *Przypisek referującego*). Wreszcie autor dwóm młodym lekarzom, na ich osobistą prośbę, szczepił wydzielinę pierwotnego owrzodzenia syfilitycznego, zmieszaną z zakwaszoną wodą—bez rezultatu.

Do doświadczeń użytą była 3% woda utleniona; po jej stosowaniu na miejscach, pozbawionych naskórka, następowało słabe pieczenie. Autor sądzi, że doświadczenia jego mogą mieć ważne znaczenie, dla zapobieżenia szerzeniu się chorób wenerycznych. *Wł. K.*

7) August Kosiński. **0 zwyrodnieniu śluzowem komórek rakowych.**

Ponieważ wielu badaczy zaprzecza istnieniu sporozoa w komórkach złośliwych nowotworów, utożsamiając opisywane w ostatnich twory z produktami zwyrodnień wstecznych, sądzi więc autor, że dla odparcia tego zarzutu należy przedewszystkiem zbadać szczegółowo sprawy zwyrodnień w komórkach wspomnianych nowotworów. W myśl tego, autor podaje wyniki badania nad pewnym przypadkiem t. zw. carcinoma colloideum żołądka. Używając do barwienia skrawków z niego aż 18-u barwników, między innymi zaś safraniny i toluidin — błękitu, doszedł autor do wniosku, że komórki badanego przez niego nowotworu

uległy zwyrodnieniu sluzowemu, a to przeważnie na zasadzie barwienia się w nich pewnych częściach safraniną i toluidyną w sposób charakterystyczny dla śluzu (pomarańczowy, resp. fioletowy). Zwyrodnienie ma miejsce najczęściej w protoplazmie komórek nabłonkowych, jednakże zdarza się również i w ich jądrach. W jednym i drugim razie może się ono zaczynać od środka i od obwodu. Takich komórek, w których uległo zwyrodnieniu bądź samo jądro, bądź sama protoplazma, bywa dużo. Zejście jest w obu razach jednakie: zwyrodnienie całej komórki. Autor twierdzi stanowczo, że spostrzegane przez niego obrazy drobnowidzowe nie są wcale podobne do tych, jakie dają opisywane przez niego sporozoa. Sądzi on, że zbadawszy w sposób analogiczny zwyrodnienie serowate, koloidowe, szkliste i t. d., będzie mógł zupełnie zaprzeczyć utożsamieniu sporozoa z produktami przemian wstecznych. *W. J.*

10. Prof. S. Domański. **0 rozpoznaniu kily układu nerwowego.**

Dla rozpoznania przymiotu systemu nerwowego, niezbędne są dwa warunki: 1) należy wykazać przymiot przebyty lub obecny; 2) dowieść klinicznie, że dane zboczenia polegają tylko na kile. Wykazanie przymiotu przebitego, bez widomych zmian w ustroju, natrafia na wielkie trudności, a to tembardziej, że wielu z chorych nie raz nie daje lekarzowi żadnych wskazówek co do przebytej choroby, lub umyślnie go w błąd wprowadza. Przy zmianach przymiotowych równoczesnych z zaburzeniami nerwowymi daleko prawdopodobniej jest przypuścić, że zależą one od przymiotu, aniżeli że choroba nerwowa stanowi odzielne, niezależne cierpienie.

Co się tyczy drugiego punktu, to anatomija patologiczna nam wskazuje, że choć zmiany mózgu natury syfilitycznej wszędzie występować mogą, przeważnie jednak sadowią się na peryferji mózgu, t. j. na powierzchni wypukłej mózgu i na jego podstawie. Ponieważ szara substancja kory półkul mózgowych mieści w sobie ośrodki psychiczne, a na podstawie mamy w części ośrodki ruchów, w części pnie nerwowe, równoważne więc zmiany patologiczne w tych dwóch systemach wywołują objawy psychiczne i ruchowe u chorych. Zmiany psychiczne wyrażają się osłabieniem władz umysłowych chorych: inteligencji, pamięci, daru kombinowania; dalej spotykamy u tych chorych bóle głowy, zawroty, bezsenność. Objawy w sferze ruchowej mogą wyrażać się porażeniem akkomodacyi, zmianami ruchowości i wielkości źrenic, paralizmem ruchów oka.

Jeżeli więc mamy u chorego kombinacyję tych podwójnych zboczeń, możemy śmiało postawić rozpoznanie przymiotu mózgu, choćby troskliwe badania chorego, ani wywiady, nie nie wykryły. Tu dodać również należy niezwykły obraz kliniczny, polegający na ciągłych zmianach objawów choroby. Jako na środek pomocniczy przy rozpoznaniu, należy wskazać na działanie swoistej kuracyi, która nie zawsze daje pewne wskazówki, ponieważ tylko pierwotne zmiany, właściwe przymiotowi mózgu, poddają się swoistemu leczeniu, następstwa zaś tych zmian, nie będące już bezpośrednio wynikiem zakażenia przymiotem, nie są dostępne dla swoistego leczenia.

Wł. K.

11. Chrostowski i Wislocki. **0 stosowaniu kreozotu w ławatywach u suchotników.** Dla sprawdzenia wielce zachwalanego w ostatnich czasach działania wysokich dawek kreozotu na przebieg suchot płucnych, stosowali go autorzy w szpitalu Św. Rocha w Warszawie pod po-

stacją lawatw w chorych, przedstawiających rozmaite formy i okresy suchot. W pracy ich znajdujemy historyje 14-u chorych, u których zrobiono około 800 lawatw. Ilość podawanego kreozotu wahała się od skrupuła do drachmy na dobę. Ostateczne wnioski, do jakich doszli autorzy, dadzą się streścić, jak następuje:

1) Lawatwa jest bardzo dogodną formą stosowania wielkich dawek kreozotu.

2) Rezultaty, otrzymane przy leczeniu suchot wysokimi dawkami kreozotu, przemawiają na korzyść teoryi Seixerta i Hölszera, uważających kreozot jako środek neutralizujący szkodliwy dla organizmu wpływ toksyn gruźliczych.

3) Nie wszystkie postaci suchot nadają się do leczenia wielkimi ilościami kreozotu. Najlepsze wyniki otrzymują się w postaciach przebiegających dość ostro, z gorączką przy małym jeszcze odżywianiu chorego; najgorsze—w postaciach włóknistych z upadkiem odżywiania.

4) Przy stopniowym zwiększaniu dawki kreozotu, kresem winno służyć zjawienie się zielonego zabarwienia moczu. *K. W.*

13. Gepner (syn). **Przypadek zaniku nerwu wzrokowego po krwotoku do oczodołu u hemofilika.** Chłopiec 14-o letni, hemofilik, uderzony został w okolicę prawej powieki dolnej, skutkiem czego nastąpił krwotok do tkanki powiek i do oczodołu. W sześć dni po wypadku, obraz oftalmoskopowy zupełnie odpowiadał temu, jaki widzimy przy zatorze środkowej tętnicy siatkówki V=uczucie światła z zachowaniem projekcyi ku górze i ku dołowi. Autor twierdzi, iż krwotok do oczodołu wywołał ucisk nerwu wzrokowego i przerwanie drożności środkowej tętnicy siatkówki. Przy ostatnim widzeniu chorego wzniernik wykazał zanik prawego nerwu wzrokowego V= 0. *Z. H.*

14) Julijan Kramsztyk. **Tężyca samoistna (Tetania) u dzieci.**

Autor kreśli w krótkości obraz kliniczny tetanii u dzieci, dodając w końcu 2 przypadki, spostrzegane w Kwietniu r. b. Zdaniem jego, choroba ta nie jest tak wielką rzadkością za jaką u nas uchodzi. W ambulatoryjum szpitalnem, autor co rok prawie, jak powiada, spostrzegał kilka do kilkunastu przypadków tężycki. Nie zawsze mógł zauważyć wszystkie charakterystyczne dla tego cierpienia objawy, zawsze jednak udawało się przy badaniu wykazać objaw Trousseau, rzadziej objaw Chwosteka i wzmoczoną pobudzalność elektryczną. Choroba pojawiała się przeważnie u dzieci rachitycznych, zresztą zdrowych w wieku od 4 miesięcy do lat 2½. Nieraz występowały objawy skurczu krtani. Leczenie polegało na podawaniu przetworów bromu i fosforu według przepisu Kassowitza. *B. P.*

15) J. Czarnocki. **O znaczeniu praktycznem limanów i morza Czarnego w lecznictwie.** Opisując trzy limany odeskie z poszczególną charakterystyką i własnościami leczniczymi każdego, autor zwraca uwagę na związek, jaki zachodzi pomiędzy nasyceniem wody limanu a letnią temperaturą,—na stopień nasycenia powietrza wilgocią i na siłę falowania wody. Przy kuracyi limanowej należy uwzględnić stan pogody w Czerwcu, gdyż obserwacyja wykazuje, że po upalnym Czerwcu i Lipcu, Sierpień zwykle bywa chłodny lub naodwrot. Jako bardzo zbliżone pod względem leczniczym do limanów, autor opisuje również kąpiele błotne w Sakach pod Eupatoryją.

Dla wykazania istotnej wartości i racjonalnego sposobu stoso-

wania metody leczniczej na limanach i u słonych jezior Krymu, autor powołuje się na doświadczenia Moczutkowskiego, które wykazały: a) że kąpiele limanowe i błotne wpływają na zwiększenie się częstości tętna proporcjonalnie do ich temp. i nasycenia, b) kąpiele szlamowe działają silniej, niż koncentrowana woda limanowa, c) po kąpielach zwalnia się stopniowo częstość tętna, lecz nie dochodzi do normy.

Dalej autor opisuje badania Moczutkowskiego i Suszczyńskiego nad wpływem pomienionych kąpeli na ciśnienie krwi, częstość oddechu, ciśnienie powietrza w płucach, temperaturę ciała, przemianę materii etc. Wyniki badań znajdują się w ścisłym związku z temperaturą i nasyceniem kąpeli.

Wartość leczniczą morza, limanów i jezior Krymu, autor wykazuje na mocy licznego materiału klinicznego, zebranego na miejscu. Formułując wskazanie i przeciwwskazania do kąpeli, Cz. grupuje cierpienia według ich praktycznej ważności. U chorych sercowych należy liczyć się z działalnością serca odnośnie do wyrównania zaburzeń cyrkulacyjnych już egzystujących i mogących jeszcze nastąpić po kąpeli limanowej (Moczutkowski).

Przy małej zmienności powietrza i braku słotnych dni kąpiele limanowe i błotne nadzwyczaj sprzyjają leczeniu gościca i zolżow (u dzieci), przewyższając pod tym względem Busk i Ciechocinek. Również skostatowano pomyślny skutek u chorych z przewlekłym zapalnym wysiękiem w stawach, chronicznem zapaleniem macicy, po krwotokach mózgowych, wreszcie we wszystkich stanach chorobowych, połączonych z wyczerpaniem całego ustroju, przedewszystkiem zaś po nadmiernej pracy.

Kąpeli limanowych należy unikać przy gruźlicy płuc, krwotokach żołądkowych i macicznych, nerwicach a także w ostrych okresach chorób skórnych.

M. W.

20. Karol Klecki. **O połączeniach protoplazmatycznych między komórkami mięśniowemi przewodu pokarmowego.** Chcąc zbadać zachowanie się mostków komórkowych w rozmaitych częściach przewodu pokarmowego, autor zabijał psy i koty w 1½ — 34 godz. po ich nakarmieniu lub też w kilka godzin po operacji zaciśnięcia żył w pewnej części ich przewodu pokarmowego. Natychmiast po zabiciu zwierzęcia (najczęściej strzałem w okolicę rdzenia przedłużonego) następowało szybkie wycięcie całego przelyku, części jejuni zaraz poniżej dwunastnicy, części ilei 20 — 30 cm. powyżej zastawki Bauhina, oraz części kiszki grubej o 20—30 cm. poniżej wspomnianej zastawki i pogrążanie ich do płynu Flemming'a lub 1/6‰-ego roztworu kwasu chromnego. Przytem starał się autor w rozmaitym stopniu wypełnić płynem, utrwalającym same światło kiszki, przewiązując jeden koniec wyciętej jej części przed wstrzyknięciem do jej światła wspomnianego płynu, a drugi po nim. Otrzymywał w ten sposób rozmaity stopień napięcia błony mięsnej w badanym organie. Z drugiej strony zmienna ilość godzin po jedzeniu, po których zwierzę zabijano i zaciskanie żył w pewnej części przewodu pokarmowego na kilka godzin przed zabiciem zwierzęcia, warunkowały rozmaity stan napełnienia naczyń chłonnych.

Otóż w zależności od tych dwóch czynników znajdują się dane, otrzymane przez autora przy badaniu drobnowidzowem skrawków, krajanych dla dokładnego uwidocznienia mostków komórkowych w kierun-

ku zupełnie prostopadłym do podłużnej osi badanego narządu. Okazało się przytem, że najwyraźniej występują mostki komórkowe w $1\frac{1}{2}$ —3 godz. po nakarmieniu zwierzęcia, że istnieje przytem związek między ich występowaniem, a rozmaitym stopniem napełnienia naczyń chłonnych, chociaż stosunek ten nie da się właściwie wyraźnie sformułować. Przeciwnie, związek między mostkami komórkowymi a stanem napięcia błony mięsnej, jest zupełnie jasny: są one tem większe i grubsze, im więcej błona mięsna jest skurczona, i odwrotnie. Przestrzenie międzykomórkowe są w nich przytem największe. Z tego wynika, że ruchy robaczkowe kiszek i rozmaity stopień napełnienia ich naczyń chłonnych w czasie trawienia, wpływają na zachowanie się mostków komórkowych i przestrzeni międzykomórkowych. W pewnym przypadku autor zauważył, że obok długich i grubych mostków między komórkami łączyła je ze sobą gruba warstwa istoty spojonej. Komórki więc mogą być ze sobą w ten dwojaki sposób złączone.

W. Jan.

21) Prof. Rydygier. **O leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej.**

Jest to krótko, ale bardzo pouczająco napisany wykład kliniczny, który każdy z korzyścią dla siebie przeczytać może. Z natury swojej rzecz ta do streszczenia się nie nadaje. Zaznaczymy więc tu tylko to, co stanowi oryginalną część wykładu, mianowicie zapytywania autora na leczenie ropnego zapalenia opłucnej metodą Bülow'a. Zalety tego sposobu mają polegać na tem, że nie wytwarza się przy nim odma płucna, że każda kropla nowowytworzonej ropy natychmiast wydzieloną zostaje, że zabieg ten leczniczy jest łatwiejszy, niż nacięcie klatki piersiowej. Otóż, według autora, pierwsza zaleta nie istnieje, gdyż już po kilku dniach otwór naokoło sączka się rozszerza, a powietrze przedostaje się przez niego do opłucnej przez światło sączka. Druga zaleta również nie istnieje; nie dość na tem, często strzępki zatykają zupełnie światło sączka, a odprowadzone ostrożnie za pomocą, np., wlewań do jamy opłucnej, drażnią ją jeszcze gorzej, niż ropa. Łatwości wykonania autor operacji tej również nie przyznaje, tembardziej, że, zdaniem jego, należy ją kombinować z wycięciem kawałka żebra. Dla tego też twierdzi autor, że najpewniejszym i najbezpieczniejszym sposobem operowania wysięków opłucnej, jest opróżnienie jej za pomocą cięcia ścianki klatki piersiowej i rezekcyi kawałka żebra.

W. J.

22) F. Strojnowski. **Przypadek utraty mowy wraz z porażeniem górnej prawej kończyny.** U pewnej żydówki wystąpiła na kilka godzin przed porodem utrata mowy i ruchów prawej kończyny górnej. Ostatnia była prawie zupełna. Co się tyczy przyczyny, to chora nie straciła zdolności rozumienia tego, co się do niej mówi, ani nawet czytania po cichu, lecz wyłącznie — możność wymawiania dźwięków głośno. Była więc to afazyja ataktyczna. Autor rzecz całą uważa za zależną od embolii, co ze względu na szmer w sercu (insuf. mitralis), wiek chorej, oraz zajęcie lewej półkóli, jest chyba zupełnie słusznem. Jednocześnie ze wspomnianymi zaburzeniami wystąpił nerwoból n. trójdzielnego. Ustał on jednak wkrótce. Władza w rękę powracała powoli: to samo odnosi się do mowy.

W. J.

24) O. Bujwid. **Dalszy ciąg wiadomości o epidemii cholery w Lublinie.** Autor podaje dalsze badania nad cholerą w Biskupicach; zaznacza, iż próby, otrzymane z pościeli zbrukanej wodnistymi wypróżnieniami cholerycznymi, wykazały obfitą ilość laseczników, i twierdzi,

iż prócz cholerycznych spiryllów żadne inne nie giną od pary jodoformu, co za odróżniającą ich cechę uważa. Cholera w Biskupicach, według autora, rozpoczęła się u księdza skutkiem prania bielizny, przywiezionej z Rostowa.

J. Z.

25. Bol. Wicherkiewicz. Przyczynek do zranień ścian oczodołowych.

Autor opisuje niezmiernie z wielu względów ciekawy przypadek. 8-o letni chłopiec upadł na stos chrustu; przytem gałązka tego ostatniego wbiła mu się w lewe oko. Chłopiec odłamał sam część tej gałązki i następnie odstawiony został do kliniki autora. Tu asystenci jego wyjęli chłopcu z oczodołu lewego bez najmniejszego krwawienia kawałek drzewa $4\frac{1}{2}$ cm. długi, a $\frac{3}{4}$ cm. szeroki. Nazajutrz stan chorego zaczął się już pogarszać, a autor, po przeprowadzeniu dokładnego badania, przekonał się, że przez znajdującą się w lewym oku tuż na wewnątrz od rogówki w spojówce ranę można, odpowiednio ją kierując, wprowadzić całą sondę 9 cm. długą, oczywiście do jamy czaszkowej. Nazajutrz chłopiec, pomimo możliwie starannego leczenia, zmarł, przy objawach zapalenia opon mózgowych, a oględziny pośmiertne wykazały, że gałązka chrustu złamała blaszkę papierową kości sitowej, tuż przed for. etmoidale anterius, przebiła następnie blaszkę dziurkowaną (lam. cribrosa) tej samej kości, przedziurawiła twardą oponę mózgową i zraniła mózg, tuż przy nerwie węchowym, który rozplatała. Opona miękka na całym mózgu w stanie silnego zapalenia ropnego. W ropie okazały się bardzo liczne diplokoki.

Słusznie autor zaznacza, że przypadek ten zasługuje na uwagę 1) z powodu idealnego sposobu przedostania się do mózgu przez oczodoł i nos bez zranienia gałki ocznej; 2) z powodu zupełnego braku krwawienia, prawdopodobnie wskutek skręcenia art. etmoidalis przy przechodzeniu gałązki drzewa, tuż koło odpowiedniego otworu; 3) z powodu nader szybkiego zejścia śmiertelnego wskutek ropnego zapalenia opon mózgowych, które się tu łatwiej rozwinęło, że krew nie obmyła zakażonego kanału ani trochę z zaszczerpionych w nim pasorzytów; 4) z powodu, iż, pomimo zranienia blaszki papierowej, nie wytworzyła się rozedma oczodołu.

W. Jan.

Nadesłano do Redakcyi.

M-me Th. Krajewska. Recherches phys. sur la réaction de dégénérescence, Genève 1892. Rozpr. na stop. dra med.

J. Fröhlich. Ueber Salophen u. dessen therap. Vervand. Odbitka z Wien. med. Woch.

J. Grundzsch. Üb. Gallensteine in Magen. Odb. z Wien. med. Presse.

Stan społeczny polskiego piśmiennictwa lekarskiego. Odbitka z Ateneum.

W. Janowski. Przyczynek do anatomii patologicznej marskości wątroby u człowieka, powstałej pod wpływem zastoju żółci. Odbitka z Pam. Tow. Lek. Warsz.

B. Kapuściński. Co to jest cholera? Wyd. popul. Poznań 1892.

Dührssen. Krótki podręcznik chorób kobiecych. Piotrków 1892, przetłomaczyli W. Janowski i A. Karczewski.

Tablice do analizy jakościowej dra Treadwell'a przekład dra Kosakowskiego. Warszawa 1892, nakładem T. Paprockiego.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, ze względu na to, że o wsparcie zgłasza się wiele rodzin po lekarzach, którzy nigdy nie wnosili składek na rzecz Kasy Wsparcia, jako też z uwagi na to, że stowarzyszeni w myśl § 8 ustawy Kasy, mają pierwsze do pomocy koleżeńskiej prawo, odniósł się w roku 1873 do członków Kasy o zdanie co do ścisłego ustanowienia stosunku, w jakim wsparcia mają być wydzielane osobom po członkach Kasy Wsparcia pozostałym. Na zasadzie otrzymanych wówczas zdań i uwag od stowarzyszonych, Komitet na posiedzeniu w dniu 20 Grudnia 1876 roku postanowił i postanowienie to ogłosił w czasopiśmie lekarskich miejscowych, iż wsparcie dla lekarzy i rodzin pozostałych po lekarzach nie opłacających składki do Kasy Wsparcia, w żadnym razie kwoty 10 rubli półrocznie przewyższać nie może. Obecnie Komitet Kasy Wsparcia na posiedzeniu w dniu 22 Czerwca r. b. postanowił ściśle odtąd stosować się do powziętego przed 16-u laty postanowienia, a mianowicie: że dla lekarzy nie będących uczestnikami Kasy, jako też dla wdów i sierot po takich lekarzach pozostałych, wydzielane wsparcie najwyżej 10 rubli półrocznie wynosić będzie.

Komitet Kasy Wsparcia, podając o tem do wiadomości lekarzy, którzy dotąd, pomimo licznych odezwo, nie przystąpili do stowarzyszenia lub z powodu zalegania w opłacie składek przestali być uczestnikami Kasy, sądzi, że jeżeli nie zniewoli to niejednego z opieszłych, do wnoszenia tak małej składki, bo na kop. 30 miesięcznie minimum ustawą oznaczonej, to w każdym razie znacznie powiększy fundusz na wsparcia dla lekarzy uczestników Kasy i pozostałych po nich rodzin przeznaczony, przez zmniejszenie wsparcia dla rodzin po nieczłonkach Kasy pozostałych.

Komitet wreszcie nadmienia, że postanowienie to będzie ściśle przestrzegane nie tylko przy wyznaczaniu wsparcia pierwszy raz o nie proszącym, lecz zostanie zastosowane do wdów i sierot biednych po lekarzach nieczłonkach Kasy pozostałych, które w ciągu ostatnich lat 16-u o wsparcia stale się zgłaszają, z uwzględnieniem jedynie w danym razie wyjątkowo biednego położenia osób proszących.

Z upoważnienia Komitetu,

Członek Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia
Dr. J. Rogowicz.

OGŁOSZENIA.

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

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 19 Października.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.

W tych dniach opuści prasę

KALENDARZ LEKARSKI

D-ra J. Polaka

na r. 1893

z szeregiem nowych artykułów informacyjnych

Cena jak lat poprzednich.

Zamawiać można za pośrednictwem „Kroniki Lekarskiej”.

FENACETYNA BEYER'A

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

Jako środek przeciwgorączkowy używa się: dla dorosłych w dawce od 0,5—0,7; dla dzieci w dawce od 0,15—0,3. Jako środek ból kojący: dla dorosłych 1,0—1,5. (2) 0—2

Doktor A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—21

NOWO-OTWORZONY

Skład Naczyń Aptecznych, Chemicznych i Lekarskich

JÓZEFA CHWASTKIEWICZA

Warszawa, Bielańska Nr. 3

Poleca swój towar po cenach możliwie umiarkowanych. 12—1