

## SPIS RZECZY.

### Prace oryginalne.

	<i>Str.</i>
1. Dr. Józef Zawadzki i dr. Tomasz Solman. Przyczynę do leczenia chirurgicznego chorób żołądka. . . . .	191
2. Dr. J. Bączkiewicz. O odkażaniu (dezynfekcyi) przewodu pokarmowego . . . . .	204

### DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Medycyna wewnętrzna i Farmakologija.

107. Stoffela. O otłuszczeniu serca. . . . .	220
108. Larcena. Tetno pośpieszne (Tachykardia) . . . . .	221
109. Dr. Addeo Toti. O tachykardii po wycięciu krtani . . . . .	222
110. Paweł Guttman. Przypadek znacznego wrodzonego zbrożenia w budowie serca . . . . .	222
111. Prof. dr B. Stiller. O zachowaniu się śledziony w cholercze. . . . .	223
112. Ruge. Plazmodyje ziemicy . . . . .	224
113. K. Zenker. Przyczynę do nauki o przechadzeniu w ropienie włóknikowego zapalenia płuc i opłucny. . . . .	226
114. D. H. F. Müller. O białaczce. . . . .	227
115. F. Leonhardi. Dławiec, błonica, szkarlatyna. . . . .	227
116. Dr. W. Cohnsteiu. O moczopędnem działaniu teobrominy . . . . .	230
117. Dr. Ilberg. O agatyinie . . . . .	231

#### II. Choroby nerwowe.

118. Prof. dr. Gaol i dr. Goldscheider. Sumowanie się podrażnień skóry . . . . .	231
119. Kronthali Kalischer. Zmiany anatomiczne w płasawicy z powodu przypadku płasawicy postępowej. . . . .	233
120. Bouveret i Chapotot. Widzenie podwójne jednego oka przy gruźelku nówek mózgowych . . . . .	237
121. Dr. G. C. Delprat. O wartości leczenia elektrycznego w porażeniach obwodowych . . . . .	238

#### III. Choroby oczne.

122. Prof. Scheeler. Przypadek zmętnienia błony Descemeta z częściovym jej rozpadem, jako następstwo zwyrodnienia starczego . . . . .	239
123. Dr. van Moll. O miejscowem leczeniu głębszych cierpień oka. . . . .	240
124. Dr. G. Cohn. Przypadek Enophthalmus traumaticus . . . . .	240
125. Valude. Przyczynę do nauki o jaskrze krwotocznej . . . . .	241
126. Samelsohn. Amblyopia peripherica . . . . .	243
127. O. Haab. Użycie bardzo silnych magnesów do usuwania żelaznych okruchów z oka . . . . .	243
128. E. Meyer. Przyczynę do nauki o zakażeniu z wewnątrz zablżnionych uwieżniece tęczy. Zabezpieczenie przeciw zakażeniu z zewnątrz . . . . .	244
129. C Hess. O przyczynach prązkowych zmećniece rogowki po wyluszczeniach zaćmy . . . . .	245

#### IV. Choroby dziecięce.

130.	L. Hirt. Epidemja drgawek historycznych w szkole wiejskiej	246
131.	M. A. Philipoff O przebiegu szkarlatyny, powiklanej grypą	248
132.	O. Heubner. O podobnem do gnilca cierpieniu ssawców rachitycznych	249
133.	Cassel. Przyczynek do nauki o ostrem zapaleniu otrzewny u noworodków.	250
134.	F. Krüger. O karmieniu niemowląt mlekiem krowim	250
135.	Barbillon. Kilka uwag ogólnych o t. zw. gorączce rozwojowej	251
136.	V. Galtier. Przyczyny krztuśca	252
137.	J. Bokai. Niezwykłe krótki okres wylegania płonicy	253

#### Wiadomości pomniejszych.

138.	Okres wylegania błonicy.	253
139.	Gazy w nerce	253
140.	Zwyrodnienie glikogenowe sztuczne	254
141.	Fenokol w malaryi	254
142.	Opatrunki z balsamu peruwijańskiego	254
143.	Zapalenie ucha średniego.	254
144.	Wymioty u ciężarnych	254
145.	Przerost sutki	254
146.	Wypełnienie dwunastnicy włosami	255
147.	Leczenie łysienia	255
148.	Atropina w chorobach żołądka	255
149.	Kalomel w chorobach żołądka.	255
150.	Duboizina jako hypnoticum	255
151.	Piperazyna	256
152.	Salol w moczówce cukrowej	256
153.	Wpływ magnezu na ustroj	256
154.	Exalgina przeciw płasawicy	256
155.	Leczenie krwotoków płucnych	256
156.	Chinina przeciw napadom historycznym.	257
157.	Antrofony w zapaleniu cewki.	257
158.	Leczenie przymiotu wstrzykiwaniami oleju sublimatowego	257
159.	Leczenie blizn ospowych.	257
160.	Pyoktanina w nowotworach złośliwych	257
161.	Wpływ pracy fizycznej na serce	258
162.	Poród podwójny	258
163.	Kreozot w zolzach	258

<b>Kronika miesięczna</b>	258
Nekrologija	262
Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach w miesiącu Marcu 1893 r.	263
Nadesłano do Redakcyi	267
Ogłoszenia	268

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## PRZYCZYNEK

### DO LECZENIA CHIRURGICZNEGO CHORÓB ŻOŁĄDKA.

(Rak oddźwiernika, wycięcie oddźwiernika. Wyzdrowienie).

PODALI

*Dr. Józef Zawadzki* i *Dr. Tomasz Solman*

ord. klin. terap.

ord. klin. chir.

Z kliniki chirurgicznej prof. J. Kosińskiego.

Mimo wyraźnych postępów w rozpoznawaniu chorób narządów trawienia, mimo uzyskania nowych metod leczniczych—leczenie wielu chorób żołądka nie stało jeszcze na tym poziomie, aby wyniki mogły nas zadawalniać. Częstość po dokładnem zbadaniu chorego, po wyrzeźbieniu, że się tak wyrazimy, rozpoznania stoimy wobec chorego bezsilni i jedyną smutną rolą, jaka terapii przypada w udziale, jest dalsza obserwacja nieubłaganego rozwoju sprawy chorobowej, której zatrzymać, ani usunąć nie jesteśmy w możności. Wobec tego wkroczenie chirurgii w dziedzinę cierpień żołądka było rzeczą dla rozwoju leczenia jego cierpień nieodzowną. Szczególniej, w raku żołądka wogóle, a raku oddźwiernika w szczególności, leczenie zwykłemi zabiegami terapeutycznemi nie odnosi żadnego skutku. Wszelkie metody leczenia zawodzą i jedyny wynik, jaki za pomocą nich osiągnąć możemy jest chwilowe ukojenie cierpień; ani sprawy chorobowej jednak zatrzymać w rozwoju, ani stałego wywołać polepszenia—nie jesteśmy w możności. Z chwilą, kiedy lekarz rozpoznał cierpienie, kiedy określił rozległość zmian, umiejscowienie nowotworu, interwencja jego ogranicza się do rozstrzygnięcia pytania, czy można ze względu na stan ogólny, niekiedy umiej-

scowienie cierpienia i t. p. radzić choremu poddanie się racjonalniejszemu zabiegowi, którym będzie operacyja chirurgiczna.

Od chwili, kiedy Pean w 1879 r. pierwszy odważył się, choć z niepomyślnym skutkiem, wykonać u pewnej chorej wycięcie raka oddźwiernika, operacyja ta przechodziła różne okresy rozwoju i upadku.

Widzimy, iż po pierwszym niedowierzaniu następuje entuzjastyczne stosowanie jej wszędzie, później występują całe stosy liczb, stwierdzających bezsilność usiłowań, jeszcze później ponowne zachwyty nad skutecznością środka, a zniechęcenie ogólne i mała, stosunkowo, liczba dokonanych później operacyj świadczy, iż chirurgija niezbyt się czuła zadowoloną z otrzymanych wyników. I tu, jak i wszędzie powtarza się prawo odwieczne, iż każdy środek leczniczy nim powszechnie zyska do obywatelstwa prawo, przejść musi wszelkie te okresy i wyjść dopiero zwycięzko lub ledz w zapomnieniu w tym krzyżowym ogniu próby. I tu, jak i wszędzie najgorliwsi zwolennicy najbardziej stają rozwojowi na przeszkodzie, gdyż chcą podnieść zabieg do wyżyn, na jakich żadna metoda lecznicza sama przez się ostać się nie może, środek w ich rękach to panaceum, które bezkrytycznie stosują *larga manu*. Stosowano więc wycięcie raka w ostatnich okresach tego cierpienia, przy przerzutach, przy ogólnem wyniszczeniu chorego, a wszystkie te dane, tworząc cyfry dla statystyk, dawały smutne zabiegowi świadectwo. Tymczasem, ani teoretycznie, ani praktycznie nie da się usprawiedliwić zarówno zbyt ni zapał, jak i zbyt nie zwątpienie. Zestawienia podane przez Hacker'a, Winslow'a, Kramer'a, M. Ardl'e'a, Czerny'ego, Eiselsberga, Jonesco, Jallagues'a, Guinard'a, Billrotha, wykazują nader wysoką odsetkę śmiertelności po wycięciu oddźwiernika przy raku. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę nowsze dane, wniosek nie będzie tak niepomyślny. Winslow, zestawiając w 1885 r. wszystkie do tego czasu opisane przypadki rezekcyi żołądka, podaje odsetkę śmiertelności 73<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, w zestawieniu Guinard'a na 250 przypadków, operowanych do 1891 r., śmiertelność wynosiła tylko 58<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, wreszcie z 41 operowanych przez Billrotha lub jego asystentów od roku 1878—1890 zmarło 22, czyli, że śmiertelność wynosiła około 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

To stopniowe zmniejszanie się odsetki śmiertelności daje poniekąd otuchę, iż z czasem zmniejszy się jeszcze bardziej. Wy-

niki dziś nie są jeszcze świetne, nawet wtedy, jeśli odtrącimy przypadki, które nie powinny były być operowane i niepotrzebnie obarczają statystykę, ale przy stopniowym ulepszaniu techniki operacyjnej wróżą lepszą przyszłość. Toć podobnie było z innymi zabiegami operacyjnymi, szczególnie w jamach ciała a dziś wiele z tych operacji uważamy za pomyślne i zawsze wskazane zabiegi, a otrzymanywane wyniki należą do najświetniejszych.

Co do raka oddźwiernika, to na niezbyt pomyślne wyniki wpływają następujące przyczyny: 1) zbyt późne wykonanie operacji, 2) niezbyt ściśle stawiane wskazania do rezekcyi i gastroenterostomii, 3) nie dość ściśle wykonanie rezekcyi ze względu na technikę i aseptykę, 4) częstota nawrotów choroby.

Wogóle wina leży zarówno po stronie chirurgów, jak i terapeutów. Co do pierwszego, terapeuci bynajmniej nie zachęcają wynikami operacyjnego leczenia, zwlekają częstokroć z operacją tembardziej, iż rozpoznać umiejscowienie nowotworu w początkach choroby, kiedy objawy niedrożności oddźwiernika nie wystąpiły jeszcze w całej mocy, przy dzisiejszym stanie nauki o chorobach żołądka rzadko jesteśmy w możności. Przy badaniu treści żołądka wcześniej już może się w naszym umyśle zrodzić podejrzenie z jaką sprawą mamy do czynienia, ale w tych początkowych okresach zazwyczaj nie możemy z całą stanowczością orzec, czy operacja wogóle jest wskazaną i czy ze względu na umiejscowienie guza do wykonania będzie możliwą, a narażać chorego na próbną laparotomię nie zawsze można i nie każdy lekarz się zgodzi. Dopiero, kiedy wraz z wzrastającym charakterem nowotwór coraz wydatniej występuje i daje objawy zwężenia oddźwiernika, możemy mówić o operacji, niestety częstokroć zapóźno, gdyż nowotwór dosięga wtedy znacznych rozmiarów, zrosty z sąsiednimi narządami utrudniają, a często uniemożliwiają wycięcie guza. Ponieważ nie zawsze o zrostach sędzić możemy z badania bez otwarcia jamy otrzewny i z tego więc względu trudno przed operacją sędzić o jej wyniku. Rozumie się, iż przy silnych zrostach operacja rezekcyi nie jest wskazaną, a jedynym zabiegiem, jaki w razie zwężenia oddźwiernika wykonać możemy jest gastro-enterostomija. Rozumie się, i ten ostatni zabieg musi być stosowany racjonalnie, gdyż zawsze narażamy chorego na ciężką operację, obliczanie się więc z siłami cho-

rego jest rzeczą nieodzowną. Jeżeli o ile można najwcześniej rozpoznamy cierpienie, co bez badania chemizmu i mechanizmu jest rzeczą niemożliwą, unikniemy stron ujemnych, wynikających z rozrastania się guza i zmian następczych, a wtedy wyniki będą lepsze i zaufanie terapeutów i chirurgów do operacyi wzrośnie niewątpliwie.

Drugim powodem licznych zejść niepomysłnych jest nie-  
dość ściśle rozróżnianie przez chirurgów wskazań do rezekcyi i gastroenterostomii. Przy obecnym stanie techniki chirurgicznej wogóle twierdzić należy, że do rezekcyi nadają się jedynie te przypadki, w których guz jest mały, wyraźnie odgraniczony, twardy, ruchomy, bez znacznych zrostów z sąsiednimi narządami, gdy brak przerzutów w krezce, gruczołach chłonnych, wątrobie, *gdy wreszcie wyniszczenie chorego jest zależne bardziej od przeszkody mechanicznej, niż od właściwego charakteractwa rakowego.* Tam, gdzie choćby jeden z wymienionych warunków jest niepomysłny, nie należy kusić się o wykonanie rezekcyi, ale przez gastroenterostomię otworzyć ujście pokarmom do kiszek; chęć zbyt doraźnego zabiegu niejednokrotnie stała się powodem zejścia śmiertelnego w przypadku, który przy gastro-jejuno lub ileostomii mógł względnie dać dobre wyniki, gdyż chory mógłby kilka lub kilkanaście miesięcy żyć przy względnie dobrym stanie zdrowia. Że tak jest, że nie złośliwość guza wywołuje szybsze zejście śmiertelne, ale głównie niemożność prawidłowego odżywiania, dowodem nowotwory złośliwe, nie umiejscowione przy oddźwierniku, przy których okres życia jest znacznie dłuższy—usunawszy przeszkodę, dajemy choremu możność lepszego odżywiania i walczenia z rozwijającym się nowotworem.

Co się tyczy techniki operacyi, to niejednokrotnie usterki techniki były powodem śmierci chorego. Karygodną jest rzeczą przystępować do tak ciężkiej operacyi bez dostatecznej wprawy w nakładaniu szwu jelitowego i bez przerobienia poprzedniego operacyi na trupie i zwierzętach. Operujmy dokładnie, prędko, aseptycznie a niejeden dobry wynik przyczyni się do wzrostu tryumfu chirurgii współczesnej i na tem względnie mało uprawnem polu.

Co się tyczy nawrotów choroby są one, niestety, aż nazbyt częste. Wiele napozór pomysłnych wyników zakończyło się nawrotem nader szybkim, częściej, niż w innych przypadkach.

I w tym razie wiele zależy od chirurga. Jeżeli przy wycinaniu guza przekona się, iż w zdrowych tkankach, czy to z powodu obszerności guza, czy też z powodu rozprzestrzenienia się sprawy po błonie śluzowej na daleką przestrzeń operować nie może, lepiej zaszyć odciętą część oddźwiernika, a wykonać gastroenterostomię. Ocena, czy błona śluzowa jest zdrowa, czy też zajęta nowotworem jest trudna i osobiste doświadczenie chirurga, czułość dotyku musi rozstrzygnąć tu sprawę. W każdym jednak razie nie jesteśmy za zbyt pesymistycznym traktowaniem kwestyi. Jeżeli regeneracyja wystąpiła później, niż po upływie kilku miesięcy, wynik należy uważać za dodatni, gdyż okres ten czasu chory przebył bez cierpień i mógł nabrać sił do dalszej walki z chorobą, co w raku żołądka jest przecież nie do pogardzenia rzeczą. Zresztą na pomoc rokowania przychodzi niekiedy zbadanie stanu gruczołów chłonnych sąsiednich, których zachowanie się wobec raka częstokroć sprawę rozstrzyga. Co do przerzutów wreszcie godzi się zaznaczyć zdanie prof. Jaworskiego, który mówiąc o wskazaniach do operacyi w swym zarysie chorób żołądka pisze: „.....jak doświadczenie uczy, przerzuty nie bywają wcale tak nadzwyczaj częste, a narządy sąsiednie i dalsze są nawet rzadziej zajęte, niż w raku innych okolic, np. w raku sutki i gdzie się wcale nie namyślamy, czy mamy wykonać operacyję”.

Mówiąc o wskazaniach do operacyi rezekecyi oddźwiernika, chcielibyśmy zwrócić uwagę chirurgów jeszcze na jeden punkt mało dotąd uwzględniany. Wogóle w ogłoszonych dotąd pracach mało zwracano uwagi na stopień rostrzeni żołądka, co jednak odgrywa przy wynikach operacyi ważną rolę. Jeżeli rostrzeń jest małą, jak uczy doświadczenie i jak uczy badanie mechanizmu trawienia po operacyi wycięcia oddźwiernika, czynność mechaniczna żołądka staje się prawidłową, stwierdził to w ostatnich czasach dowcdnie Kaensche i Th. Rosenheim, dzieje się to, prawdopodobnie, dzięki eliminacyi zwyrodniałych włókien mięsnych i rozwoju natomiast tkanki łącznej zbitej; tam, gdzie to zwyrodnienie dosięgło znacznego rozwoju, oczekiwać powrotu żołądka pod względem mechanicznym ad normam jest rzeczą niemożliwą. Podobnie miało się z przypadkiem Jaworskiego i Obalińskiego, gdzie niesłusznie, zdaniem naszym, Kaensche upatruje przyczyny pozostawiania treści w regeneracyi, kiedy z całego opisu wynika, że nie mechaniczne zwię-

zenie w początku oddźwiernika, ale przeciwnie zanik mięśni był przyczyną zastoju pokarmów. Wogóle nadmienić możemy, że, gdzie dolna granica żołądka jest niższą, niż na 3—4 ctm. pod pępkiem, gdzie taka rostrzeń trwa długo, osobliwie zaś jeśli była już przed wystąpieniem objawów raka niedomoga ruchowa, tam oczekiwać powrotu prawidłowej mechanicznej funkcyi nie mamy prawa. Przy wielkiem opuszczeniu się dolnej granicy żołądka nawet po usunięciu zwężonego oddźwiernika, dzięki prawu ciężkości, przejście pokarmów do kiszek będzie utrudnione, to też w takich razach odrzucilibyśmy wszelką myśl o usunięciu nowotworu, a w najniższem miejscu krzywizny wielkiej zrobilibyśmy gastroenterostomię.

Oto uwagi, jakie się nastreczają przy przystępowaniu do operacyi wycięcia raka oddźwiernika, której jeden z dodatnich wyników mamy zamiar przedstawić szanownym czytelnikom.

W końcu Lutego r. z. zgłosił się do ambulatoryjum specjalnego jednego z nas (J. Zawadzkiego), p. Pawł.... urzędnik, lat 43 mający, skarżąc się na utrudnione przełykanie, oraz ból w żołądku po jedzeniu. Chory opowiada, iż wogóle zawsze cieszył się wybornem zdrowiem, w r. 1884 miał krótkotrwały ptialismus, oraz przejściową dysfagię, obfite wydzielanie śliny miało miejsce naczczo i po pierwszych kęsach jedzenia, zawsze w połączeniu z dysfagią. Objaw ten wkrótce ustąpił i chory aż do r. 1887 czuł się zupełnie dobrze. W roku tym przechodził zapalenie obu nerwów wzrokowych, co spowodowało zmianę chwilową zajęcia. Mimo odzyskania wzroku od tej pory ogólny stan ucierpiał, a chory wciąż czuł się osłabionym, ze strony trawienia jednak nie doznawał żadnych dolegliwości. Dopiero latem 1891 r. zauważył, iż nie wszystkie pokarmy znosi jednakowo, grubsze pokarmy sprawiały mu odbijania, gniecie w dołku, niekiedy zwracania. Współcześnie zauważył naczczo i przed przyjęciem pokarmów „obfite wydzielanie, jakby z żołądka płynu bezbarwnego, nieco słonawego”. Ilość tego płynu dochodziła kilku łyżek. Chory sposepniał, tracił widocznie na wadze i jak sam mówi czuł, iż ma jakieś poważne cierpienie. Stolce były prawidłowe, łaknienie mierne, wyraźnego wstrętu do żadnego z pokarmów nie miał. W Grudniu stan chorego pogorszył się i obok natężenia pierwotnych objawów wystąpiła dysphagia. Chory czuł, iż pokarm zatrzymuje się w okolicy wyrostka mieczykowatego i natychmiast po jedzeniu odczuwał potrzebę zwracania, mimo to do zwracań pokarmów nie przychodziło a wykrztuszał przy ruchach wymiotnych, ów płyn ślinowy. W tym stanie jeden z nas (J. Żawadzki) widział po raz pierw-



szy chorego. Główne skargi chorego były skierowane na trudność połykania i wydzielanie się owego płynu. Przy badaniu znaleziono: chory miernie odżywiany, budowy prawidłowej, skóra zabarwiona prawidłowo, podkładu tłuszczowego nie wiele. Mięśnie sprężyste. W sercu i płucach zmian żadnych, wątroba i śledziona niewyczuwalne. Uzębienie złe, w jamie ustnej i gardzieli lekki nieżyt przewlekły. Brzuch nieco wzdęty, w okolicy pępka nieco bolesny; na wysokości pępka  $1\frac{2}{3}$  cm. na prawo wyczuwa się guzowatość wielkości jaja gołębiego nieco stożkowej postaci, ostrzejszym końcem zwrócona ku stronie lewej, guzowatość jest dość mięka, przy lekkim gładzeniu znika z pod palców. Chory, zapytany o nią, twierdzi, iż zauważył ją bardzo niedawno, że występuje ona po jedzeniu w kilka godzin, ustępuje po lekkim gładzeniu. Naczczo przy badaniu chorego ów guz wyczuwa się trudniej, po wlaniu wody pluskanie, a jednocześnie guz nieco wyraźniejszy, jeszcze wyraźniej wystąpiły kontury guza po napełnieniu żołądka gazem; granica dolna żołądka wtedy poniżej pępka na  $\frac{1}{2}$  ctm., przy obciążaniu żołądka naczczo płynem dolna granica opuszcza się znacznie. Badanie wykrztuszonego płynu wyjaśniło, iż mamy do czynienia z czystą śliną bez resztek pokarmowych. Badanie zgłębnikiem chemizmu i mechanizmu z powodu oporu chorego niemożliwe, próba salolowa nie dawała, jak zwykle, wyników pewnych. Na mocy tych objawów rozpoznano dilatatō ventriculi e stenosi pylori carcinomatosa. Dobry wygląd chorego wprowadzie nieco stawał w sprzeczności z absolutnem twierdzeniem, iż mamy do czynienia ze złośliwym guzem, przebieg jednak cierpienia, dysphagia, bóle utwierdzały w tem przekonaniu, szczególnie kładłem nacisk na dysfagię, która w wielu innych obserwowanych przeze mnie przypadkach była zwiastunem poczynającego się raka wtedy, gdy o wyczuwaniu guza i innych objawach nie mogło być jeszcze mowy. Zalecono choremu tram. nuc. vomit. i odpowiednią dyjetę a wkrótce po wprowadzeniu zębów tak się, według jego słów stan ogólny poprawił, że na czas jakiś chory znikł mi z oczów. Dysphagia ustąpiła, a guz, jak mówił, znikł, co po obfitem napełnieniu pokarmami żołądka rzeczywiście miało miejsce. Po dłuższej przerwie dopiero 15 Maja widziałem ponownie chorego. Już wtedy sam wygląd wskazywał na słuszność podejrzeń. Chory schudł znacznie, skóra stała się ciemniejszą, tkanka tłuszczowa prawie zanikła. Twierdził, iż aż do Kwietnia czuł się dobrze, mimo wyraźnego zakazu pracował dużo i zauważył dopiero wtedy, iż chudnie bardzo, stracił łaknienie, a nabierał nawet wstrętu do mięsa, wystąpiły odbijania pokarmami i zwracania. Na brzuchu skóra pergaminowa. Guz zwiększył się do wielkości jabłka, postać jak dawniej gruszkowata, cieńszym końcem zwrócony był ku stronie lewej, guz ruchomy we wszystkich kierunkach, mało bolesny. Dolna gra-

nica żołądka na 4 palce poniżej pępka. Zaleciłem choremu bezzwłoczne wykonanie operacji, przed tem jednak wyjechał na wieś na 4 tygodnie, gdzie wystąpiły wymioty, guz zwiększył się, brak łaknienia się wzmógł, mimo to chory twierdził, iż na siłach się poprawił. Wreszcie zgodził się na zbadanie żołądka za pomocą zgłębnika. Naczczo zawartość około 2 litrów cuchnąca, kwaśna (kw. 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) kwasu solnego brak zupełny, znaczna zawartość kwasów tłuszczowych. Resztki pokarmów, spożytych kilka dni temu, liczne komórki śluzowe, drożdże i znaczna ilość bakterij gnilnych. Po śniadaniu Ewalda absolutny brak kwasu solnego, w 6 godzin po obiedzie Leubego niestrawione mięso. W tym czasie odbyliśmy naradę z kol. Szteynerem, na którem poprzednie rozpoznanie stwierdzonem zostało.

Istnienie twardego guza w okolicy, odpowiadającej położeniu odźwiernika, brak kwasu solnego w soku żołądkowym, objawy czynnościowe, odpowiadające niedrożności między żołądkiem i dwunastnicą, znaczne wyniszczenie chorego — wszystkie te dane pozwalały twierdzić, że w powyższym przypadku mamy do czynienia z rakiem odźwiernika. Wobec tego, że guz był ruchomy, z łatwością bowiem można było przesuwac go na prawo i ku dołowi, i guz ten chociaż znacznych rozmiarów, wydawał się dosyć wyraźnie odgraniczonym od pozostałej części żołądka, że brak było objawów przerzutów, że wreszcie znaczne wychudnienie przedstawiało obraz właściwy nie tyle cachexiae carcinomatosae, ile wyniszczeniu, wskutek niemożności trawienia, postanowiliśmy poddać chorego leczeniu chirurgicznemu, tembardziej, że i sam chory usilnie domagał się, aby sprawić ulgę w jego cierpieniach. Trudno było postanowić a priori, czy w powyższym przypadku wypadnie wykonać pylorotomię, czy też poprzestać na wykonaniu gastroenterostomii, albowiem właściwie dopiero po dokonanej laparotomii można dokładnie zdać sobie sprawę z umiejscowienia guza, rozległości, stosunku do innych narządów, przyrostów, przerzutów i wtedy wybrać odpowiednią metodę operacyjną. Nie mając osobistego doświadczenia pod względem chirurgicznego leczenia raka żołądka, zmuszeni byliśmy kierować się głównie wskazówkami, podanymi przez Billroth'a, Wölfler'a, Hacker'a, Eiselsberg'a, Czerny'ego, Streit'a, Rydygiera, Szrama, Trzebičky'ego, M'Ardle, Jesset'a, Guinard'a i innych. Co do sposobów operacyjnych, podanych przez Bernay'a, Lorete, Hahn'a, to, nie przypisując im doniosłości, w rachubę ich nie braliśmy. Po kilkudniowem przygotowaniu chorego do operacji za pomocą kąpeli, słabych środków rozwalniających, ławatyw, wieczorem w przeddzień operacji możliwie dokładnie przemyliśmy żołądek rozczyntem sody i kwasem bornym. W nocy chory otrzymał dawki wina, kawy, oraz wstrzyknięto mu morfinę. Następnego dnia rano przed samą operacją żołądka nie przepłukano,

niechcieliśmy bowiem męczyć chorego zabiegiem, źle wogóle przezeń znoszonym. Po starannem zdezynfekowaniu skóry, po obwinieciu kończyn dolnych i tułowia wata i bandażami, przystąpił kol. Solman do operacyi w dniu 13 Lipca z. r. Cięcie powłok brzusznych wykonał operator wzdłuż smugi białej, zaczynając je na 3 ctm. poniżej wyrostka mieczykowatego, a kończąc tuż nad pępkiem. Po przecięciu otrzewny, okazało się, że guz znajduje się w żołądku, a główne siedlisko jego w oddźwierniku. Wprowadziwszy rękę do jamy otrzewny przekonał się operujący, że nie ma anormalnych przyrostów między dotkniętą nowotworem częścią żołądka i sąsiednimi narządami, z łatwością wy dobył na zewnątrz powłok brzusznych guz wraz z częścią poziomą dwunastnicy i częścią żołądka po za guzem oddźwiernika się znajdującą. Odgraniczenia guza od dwunastnicy, było zupełnie wyraźne, pozostająca jednak po za guzem część żołądka przedstawiała się o ścianach mocno zgrubiałych, podobnie jak to częstokroć spotykamy w ścianach kiszki powyżej miejsca bliznowatego, lub nowotworowego zwężenia. Należało postanowić, czy w powyższym przypadku wykonać pyloroktomiję, czy też tylko gastroentostomiję, z jednej strony brak przyrostów pozwalał na wycięcie nowotworu, z drugiej strony znaczna rozległość guza—przezeń zajętej nowotworem części żołądka wynosiła w podłużnym wymiarze około 10 ctm.—mogła być uważaną ponieważ za przeciwwskazanie do wycięcia *resp.* rezekcyi oddźwiernika. Postanowiliśmy wykonać pyloroktomiję, jako operacyję względnie łatwą w danym przypadku, a bądź co bądź bardziej radykalną, niż gastroentostomija; gdyby zaś po wycięciu guza przekonano się, że zeszytanie żołądka byłoby trudnem i niebezpiecznem w skutkach, z powodu silnego naprężenia w szwach, a ztąd możliwości rozejścia się szwu, zamierzaliśmy wtedy wykonać operacyję Billroth'a, t. j. zeszyć oddzielnie żołądek i oddzielnie dwunastnicę, a w nowem odpowiedniem miejscu utworzyć gastroenteroanastomozę. Obłożwszy wydobytą na zewnątrz część żołądka ciepłemi wyjałowionemi serwetami, przystąpiono do wyluszczenia części oddźwiernikowej i żołądka; z łatwością można było oddzielić ligamentum gastrocolicum oraz przyczepy i słabe przyrosty na tylnej powierzchni żołądka i w okolicy *curvatura minor*; krwawienie było nieobfite. Następnie nałożono dwie cienkie ligatury elastyczne: jedną na dwunastnicę, drugą na żołądek na 2 ctm. poniżej i powyżej wyczuwalnych granic nowotworu, zabezpieczając się tym sposobem od krwawienia i wyciekania zawartości żołądka i kiszki podczas wycinania nowotworu. Całą część żołądka—znajdującą się między ligaturami—wycięto, prowadząc cięcie na 1 ctm. po za krańcami nowotworu. Po obmyciu przeciętych końców dwunastnicy i żołądka, kolega Kijewski zacisnął żołądek palcami po za ligaturą elastyczną, którą zdjęto; obfite

krwawienie ze ściany żołądka zatrzymano nałożeniem licznych podwiązek, następnie do wewnątrz wypłukanego żołądka włożono tampon z muslinu sterylizowanego; w zupełnie podobny sposób postąpiliśmy z przeciętym końcem dwunastnicy; przy zachowaniu tych ostrożności krew i zawartość żołądkowo-kiszkowa wcale nie przedostała się do jamy brzusznej. Najmłodniejszym następnym aktem operacji było zeszytanie żołądka z dwunastnicą, do czego przystąpiliśmy, przekonawszy się, że dokładne zblizenie i zespojenie przeciętych końców jest możliwym, bez znacznego naprężenia. Jak zwykle, przedewszystkiem nałożono na ścianę żołądka szwy, zwięzając otwór, tak aby był równym otworowi dwunastnicy i tak aby po za miejscem wszycia kiszki do żołądka nie utworzył się workowaty uchylek, a następnie zeszyto żołądek z dwunastnicą. Szwy nakładaliśmy jak najstaranniej dosyć gęsto, należycie silnie, ściągając je, a bacząc przytem szczególnie, aby wszędzie otrzymać zetknięcie i zespojenie dosyć znacznych powierzchni otrzewny.

Wyłuszczenie sześciu gruczołów z sieci, przyszytanie do żołądka trzema szwami węzełkowemi oddzielonej części lig. gastrocolicum, wytamponowanie otrzewny z nieobfitej krwawej wydzieliny, całkowite zeszytanie powłok brzusznych, wreszcie nałożenie opatrunku jodoformowego—wszystkie te zabiegi zakończyły operację, trwającą niespełna 3 godziny.

Wieczorem po operacji ciepłota 35° C. Tętno 96 dosyć mocne, nudności, od czasu do czasu chory wypływa nieobfite ilości wydzieliny żołądkowej krwawej. Lawatwy odżywcze, według Boasa, lód do łykania, zastrzyknięto  $\frac{1}{8}$  grm. morfiny. Następnego dnia po operacji zrana ciepłota 36,6, tętno 92 dosyć mocne. Brzuch mało bolesny, zapadnięty in epigastrio. Wieczorem ciepłota 36,8, tętno 104 znacznie słabsze. Dnia 15 Lipca rano ciepłota 37, tętno 88 słabe, nudności, duszność; wieczorem chory skarży się na ból w prawym boku, poniżej łopatki, kaszel suchy. Dnia 16-go Lipca przy badaniu chorego rozpoznaliśmy zapalenie opłucny z prawej strony, wykonaliśmy przekłucie i aspirację 200 ctm. sześć. wysięku opłucnowego surowiczoro-pnego. Wieczorem oddechanie swobodniejsze, tętno jednak słabe. Dnia 18-go Lipca chory czuje się bardzo osłabionym, stan bezgorączkowy, tętno 90, arytmia. Dnia 19-go Lipca stan znacznie lepszy, chory domaga się pożywienia, otrzymał małe ilości mleka i koniaku. Dnia 20-go Lipca obfite wypróżnienie. Stan bezgorączkowy. Chory skarży się jedynie na ból in regione epigastrico. Dziewiątego dnia po operacji zmiana opatrunku, wyjęcie nitek ze szwu powłok brzusznych. Rana zagojona per primam, lecz pod powłokami obrzęk bolesny przy naciskaniu. Dwunastego dnia po operacji w środkowej części zagojonej dotąd rany otworzył się ropień, po opróżnieniu którego wypływa wydzielina żołądkowa. Badanie tej wydzieliny dwukrotnie przedsiębrane wykazało

obecność kwasu mlecznego, trochę peptonu, oraz niewielką domieszkę niestrawionych włókien mięsnych. Dziewiętnastego dnia po operacji z przetoki wystawał koniec nitki jedwabnej, przy lekkim pociąganiu wydobyto znaczny kawałek nitki wraz z częstką obumarłej tkanki. Prawdopodobnie, częściowa zgorzel ściany żołądka lub dwunastnicy w miejscu zbyt mocno może zawiązanego szwu była powodem wytworzenia otworu, a następnie ropnia i przetoki. Stopniowe wydzielanie soku żołądkowego przez przetokę zmniejszyło się. Dnia 3-go Września, t. j. w 7 tygodni po operacji wypływ zawartości żołądkowej ustał zupełnie, jedynie z przetoki wypływała nieobfita ropna wydzielina. Jednocześnie z poprawą gojenia się rany i zblizniania się przetoki, odżywianie chorego szybko się poczęło polepszać, a waga ciała stale się powiększała. Z pierwotnej 45,6 klgr. w ciągu 3 tygodni wzrosła o 2 klgr. i stopniowo wzrastając 30/XII z. r. doszła do 69,8 klgr. czyli wzrosła o 24,2 klgr., t. j. więcej niż o 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. W obecnej cawili (koniec marca) wynosi 69,9 klgr.

Wycięta część oddźwiernikowa żołądka, demonstrowana przez nas wraz z chorym na posiedzeniu tutejszego Towarz. lekarskiego 18/X r. z., zawiera 10 centymetrów ściany żołądka, licząc od zastawki oddźwiernika i 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ctm. dwunastnicy. Obwód odciętej dwunastnicy wynosi 12 ctm., obwód na miejscu odcięcia od żołądka 22 ctm. Waga 175 grm. Całość ma postać stożka zgiętego, przy wgiętej części odcięto omentum minus, zawierające nieco zrazików tłuszczowych, oraz powiększonych gruczołków limfatycznych. Cała wewnętrzna część oddźwiernika zajęta jest przez owrzodzenie opasujące z brzegami walcowatemi, dnem gładkiem. Otwór zwężony przepuszcza ledwo wierzchołek małego palca. Cały guz twardy, z wyjątkiem 1 ctm. na obwodzie, gdzie ściana żołądka jest zupełnie prawidłowa. Na przekroju brzegi owrzodzenia twarde, blado-szare, z tkanki zbitej, miejscami ziarnistej, błona podśluzowa na dnie owrzodzenia posiada wygląd podobny, błona śluzowa zniszczona doszczętnie. Ściana żołądka 4—5 r. zgrubiała, a w kierunku ku błonie surowiczej widać biało-szarawe pasma łączno-tkankowe. Tkanka łączna podsurowicza mało rozrosła, surowicza miejscami zgrubiała. Badanie drobnowidzowe rozrostów, znajdujących się na miejscu tkanki podśluzowej, wykazuje obecność zbitej tkanki włóknistej, w której tu i owdzie dają się wykazać małe ciała rakowe; na brzegach nowotworu widzimy miejscami łączność tych ciał z resztkami tworów nabłonkowych. Z powyższego widzimy, iż nowotwór jest rakiem włóknistym (carcinoma fibrosum). Powyższego badania dokonał łaskawie dr. Przewoski.

Badanie czynności żołądka było dokonywane przez jednego z nas (J. Zawadzkiego) kilkakrotnie. Przy rozděciu gazem dolna granica za pomocą obmacywania, wypukiwania i perkusyjno-auskultacji już po upływie 6 tygodni była na 2 palce

po nad pępkiem; przy napełnianiu płynem naczczo, górna powierzchnia płynu nie obniża się zupełnie—inne słowy kurczliwość ścianek prawidłowa. Naczczo żołądek próżny zupełnie, w pierwszych miesiącach zawiera nieco żółci, soku trzustkowego nie zawiera. Przy badaniu po upływie 4-ch miesięcy naczczo zawartości nie ma. Po próbnem śniadaniu Ewalda w 1 godz. i 1½ godziny treść kwaśna, nie cuchnąca, kwasność ogólna (fenolftaleina) 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, kwasu solnego wolnego nie ma, znaczna ilość kwasu mlecznego, lotnych kwasów tłuszczowych nie ma; wykazano nadto niewielką ilość peptonów, znaczną ilość cukru, nieco erytrodekstryny i mączki nierozpuszczonej. Przy badaniu drobnowidzowem, prócz resztek mączki, niewielka ilość grzybków drożdżowych. Po obiedzie Leubego w 4 godziny 50 ctm.<sup>3</sup> treści nieco zabarwionej żółcią o odczynie kwaśnym, kwas solny nieobecny, nieznaczna ilość kwasu mlecznego, znaczna zawartość peptonu. Przy badaniu drobnowidzowem liczne włókna mięsne niestrawione. Przesącz, otrzymany po śniadaniu Ewalda nie trawił białka, po dodaniu kwasu solnego trawienie sztuczne białka zupełne (obecność pepsyny), labferment obecny.

Po obiedzie Leubego po upływie 5 godzin żołądek zupełnie próżny, a chory odczuwa głód dokuczliwy. Wchłanianie Kl. naczczo po upływie 15—17 minut.

Badanie kału, dokonywane kilkakrotnie, wykazało: włókien mięsnych niestrawionych bardzo niewiele i to tylko po obfitem pożywieniu mięsnem, wiele włókien elastycznych, rozpadu, oraz resztek pokarmowych roślinnych.

Z badania czynności żołądka widzimy, iż czynność mechaniczna zupełnie wróciła do stanu prawidłowego, żołądek rozszerzony prawie że wrócił do stanu prawidłowego i w prawidłowym czasie wydalal całą treść do kiszek, treść ta, jak widzimy, pozbawioną jest zupełnie kwasu solnego, jak we wszystkich przypadkach po rezeceyi żołądka wskutek raka dotąd ogłoszonych, dla tego sacharyzacja mączki odbywa się w żołądku z zupełną swobodą i dla tego właśnie tak wielką ilość cukru znajdujemy po śniadaniu Ewalda. Trudno objaśnić sobie, dla czego po obiedzie Leubego znajdujemy w żołądku znaczną zawartość peptonu, być może że kwas mleczny, znajdujący się w dość wielkiej ilości działa tu peptonizująco, być może że innym należy przypisać to wpływom, w każdym razie ilość znaczna niestrawionych włókien mięsnych dowodzi, iż większość białka przechodziła niezmienną do kiszek. Tu zato trawienie było doskonałe, o czem przekonać się mogliśmy z badania kału, gdzie niestrawionych włókien mięsnych

znaleziono minimalne ilości. Tkanka łączna trudniej się trawi u naszego chorego, co nie dziwnego, gdyż kwas solny nierozpuszczając jej w zupełności, czyni ją zawsze podatniejszą do strawienia pod wpływem soku trzustkowego—brak kwasu solnego w żołądku sprawił, iż dostatecznie w kiszkach strawioną być nie mogła. Wszystkie te dane badań chemiczno-mikroskopowych potwierdził najlepiej wygląd ogólny chorego, który w tym czasie przytył i wskazywał ciągły przyrost na wadze. Żołądek więc w danym razie pełnił rolę zbiornika, a główna rola w trawieniu białka sokowi trzustkowemu przypadła w udziale. Dostateczna działalność tego gruczołu dowodzi, iż trawienie żołądkowe może być bez wielkiej szkody dla ustroju wykluczone i stanowi jeszcze jeden ważny powód, dla którego warto przedsięwziąć operację wycięcia oddźwiernika przy zwężeniu rakowem; dajmy możność pokarmom przejść do kiszek, a ogólny stan chorego, dzięki prawidłowemu odżywianiu, wnet doprowadzimy do pożądanego stanu. Badania Fr. Müllera, C. v. Noordena i Ogaty dowiodły tego w zupełności: zastąpienie czynności żołądka przez kiszki przy prawidłowym wydalaniu treści z żołądka i prawidłowej czynności gruczołów trawiennych kiszek jest zupełne.

Reasumując wszystko, cośmy powiedzieli powyżej, dojszć musimy do wniosku, iż wynik zabiegu operacyjnego w naszym przypadku jest zupełnie zadawalniający. W chwili, kiedy kreślemy te słowa (koniec Marca)<sup>1)</sup>, chory subiektywnie czuje się zupełnie dobrze, waga ciała jeszcze się stale podnosi, a siły chorego w pożądanym są stanie. Upłynęło już 9 miesięcy, a żadnych objawów regeneracji nie widać. Czyż mamy się jej u naszego chorego obawiać? Badanie wyciętej części żołądka wykazało, iż operacja wykonaną została w zdrowych tkankach, szansa więc powrotu jest znacznie zmniejszona. Zupełnie niemal analogiczny przypadek Rosenheima po upływie 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> roku jeszcze nie dał objawów nawrotu, sądzymy więc się uprawnionymi do postawienia względnie dobrego rokowania.

---

<sup>1)</sup> Ostatni raz widzieliśmy chorego dnia 7 Kwietnia, waga ciała wynosiła 70 kłgrm., stan ogólny był zupełnie zadawalniający.  
*Przyp. przy korekcie.*

## O odkażaniu (dezynfekcyi) przewodu pokarmowego.

SKREŚLIŁ

Dr. J. BĄCZKIEWICZ,

lekarz miejscowy szpitala św. Ducha w Warszawie.

Przewód pokarmowy, przedstawiając cały szereg jam, ze względu na wprowadzane doń pokarmy, odczyn soków, produkty trawienia i temperaturę, posiada wyborne warunki dla rozwoju drobnoustrojów i wytwarzania się szkodliwych produktów ich działalności.

Od czasu, gdy bliżej poznano trujące własności ciał produkowanych podczas rozwoju bakteryj, zwrócono uwagę, że przewód pokarmowy stać się może źródłem poważnych zaburzeń ogólnych w organizmie.

Z chwilą wykrycia przez Briegera i Fraenkla <sup>1)</sup>, Baginsky'ego i Stadthagena <sup>2)</sup> ciał białkowych o wybitnych własnościach trujących dla ustroju zwierzęcego, a będących produktem rozwoju bakteryj chorobotwórczych i saprofitów, doniosłe znaczenie przewodu pokarmowego, jako siedliska różnorodnych bakteryj, nabrało tem większego znaczenia w patologii. Ztąd też dążeniem klinicysty w pewnych stanach chorobowych stało się niszczenie lub hamowanie rozwoju drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym, t. j. odkażanie przewodu pokarmowego. Szereg jam, stanowiących całość przewodu pokarmowego, nie tylko przedstawia różnorodność pod względem spraw trawienia, lecz także pod względem warunków więcej lub mniej dogodnych dla rozwoju pewnych gatunków bakteryj.

Wiadomo, iż pierwszy oddział kanału pokarmowego, najwięcej mający styczności ze światem zewnętrznym—*jama ustna* przedstawia niejako stek różnych drobnoustrojów niechorobotwórczych i chorobotwórczych. Liczba pasorzytów, wykazanych w jamie ustnej, wynosi przeszło 100 gatunków, w tej liczbie z chorobotwórczych najczęściej spotykano u ludzi zdrowych następujące: *pneumococcus*, *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus pyogenes aureus*. Netter <sup>3)</sup> na zasadzie badań bakteriologicznych ognisk zapalenia płuc zrazikowego u dzieci i dorosłych doszedł do wniosku, że wszystkie drobnoustroje, wykryte w ogniskach zapalnych, znajdują się również w jamie ustnej (Pasteur, Vigual, Kurth) lub jamie nosowej (Thort, Besser), że zatem zapalenie płuc zrazikowe uważać należy jako zakażenie wtórne.

Méry i Pierre Boulloche <sup>4)</sup>, badając ślinę dzieci chorych na odrę na zawartość bakteryj, spotykanych w ogniskach zapalenia płuc zrazikowego, wykryli te drobnoustroje w 52<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.



przypadków (48 badań), podczas, gdy w ślinie 20 dzieci chorych na inne choroby z wyjątkiem chorób dróg oddechowych wykryli w ślinie też drobnoustroje tylko 3 razy (15%).

Ztąd też autorowie ci zalecają w celu profilaktycznym staranne odkażania jamy ustnej podczas odry.

Levis Smith <sup>5)</sup> uważa jamę ustną jako punkt wyjścia zakażenia wtórnego tak poważnych komplikacyj w przebiegu szkarlatyny, jak: ropienie gruczołów, posocznica, otitis media i dla tego też zaleca od początku choroby pilnować ścisłego odkażania jamy ustnej.

Powyższe cytaty dowodzą, że jama ustna przedstawia skład różnorodnych drobnoustrojów, źródło tych szkodliwych czynników, które przy pewnych warunkach spowodować mogą poważne zmiany w organizmie. Wobec takiej różnorodności bakteryj, spotykanych w jamie ustnej i złośliwości niektórych z nich dziwić by się należało, czemu jama ustna i sąsiadujące z nią narządy częściej nie przedstawiają siedliska co najmniej ciężkich spraw ropnych, przeciwnie nawet przebieg gojenia ran w jamie ustnej jest wogóle pomysłny, tembardziej to uderza wobec trudności zastosowania dokładnego opatrunku. Być może, że pewną rolę ochraniającą stanowi tu już sama odporność tkanek, może i walka o byt między drobnoustrojami, pewien jednak wpływ przypuścić należy i ślinie na zasadzie badań Sanaralli'ego <sup>6)</sup>.

Autor ten wykazał: że ślina w pewnych warunkach posiada własność niszczenia większości grzybków, znajdujących się w jamie ustnej, warunki te polegają na stosunku ilościowym śliny i grzybków. *Staphylococcus aureus*, *streptococcus pyogenes*, *micrococcus tetragenes*, *bacillus typhi et cholerae*, nie licząc występując, szybko giną w ślinie, natomiast lasecznik błonicy żyje i rozmnaża się w niej w ciągu 40 godzin, później ginie, a *diplococcus pneumoniae* lepiej się rozwija w ślinie niż na innych glebach. Jaka część składowa śliny posiada taką niszczącą dla drobnoustrojów własność, Sanarelli nie daje odpowiedzi. W każdym razie fakty, spostrzegane przez niego, mają wysoką doniosłość, wykazując pewne własności antyseptyczne wydzielin trawiennych. O ile jednak niedostateczną jest ta własność śliny, dowodzi choćby oddawna praktykowany zwyczaj mycia jamy ustnej. Zwyczaj ten higieniczny wywołany został tym strasznym odorem z jamy ustnej, jaki od wielu ludzi czuć się daje. Zapewne, że zmysł powonienia, a nie znajomości bijologii bakteryj powołał do życia oddawna ten zwyczaj. Dziś oczyszczanie resp. dezynfekowanie jamy ustnej u ludzi zdrowych stanowi kardynalny przepis higieny, u chorych zaś, jak to wyżej widzieliśmy, kardynalny przepis profilaktyki. Dziś jest obowiązkiem każdego lekarza zwrócić uwagę chorego lub jego otoczenia na dezynfekcję jamy ustnej. Pomijam tu sposoby mechanicznego

oczyszczania resp. dezynfekowania jamy ustnej, jako ogólnie znane, natomiast zastanowić się należy nad dezynfekcją za pomocą leków. W wyborze ku temu celowi środków kierować się jednak należy pewnymi ograniczeniami. Do dezynfekcji jamy ustnej przedewszystkiem nie nadają się środki, które przy codziennem użyciu mogłyby mieć wpływ szkodliwy na ustrój, nadto wykluczyć tu należy ciała ujemnie działające na zęby. Hugo Dellavie <sup>1)</sup> jako najodpowiedniejsze roztwory w tym celu poleca: Sublimat 1:1500 (?). Naf-tol β 1:1000. Tymol 1:1000. Kwas salicylowy 1:350. Sacharynę 1:250. Kw. będzwinowy 1:100.

Wątpimy bardzo, czy roztwór sublimatu w podanym stosunku odpowie wskazanym wyżej warunkom.

Wspomniany Levis Schmidt poleca do odkażania jamy ustnej—przy szkarlatynie dla dzieci płyn następujący:

Rp. Acidi borici  
Natri boracici aa. 10,0  
Natri chlorat. 5,0  
Aq. destillat. 500,0

M. D. S. Co godzina płukać.

Powszechnie zalecany płyn do odkażania jamy ustnej jest składu następującego: <sup>1)</sup>

Rp. Acidi benzoici 4,0  
Tinct. Eucalypti 15,0  
Spirit. vini 100,0  
Ol. Menthae pip. gutt. X.

M. D. S. Łyżeczkę na  $\frac{1}{2}$  szklanki wody.

Dezynfekując jamę ustną, nie tylko ochramiamy samą jamę od szkodliwego wpływu bakteryj, lecz zabezpieczamy ustrój od szeregu zakażeń wtórnych, stanowiąc mogących, jak to widzieliśmy wyżej, ciężkie powikłania w przebiegu różnego rodzaju chorób. To też odkażanie nie mniej ma ważne znaczenie dla przebiegu spraw fermentacji i rozkładu w następnych odcinkach przewodu pokarmowego. Pokarm podczas żucia wprost mechanicznie unosi z jamy ustnej masy bakteryj, które znalazłszy się w żołądku lub kiszkaach w warunkach sprzyjających rozwinąć mogą swą działalność na większą skalę.

*Jama gardzielowa i przetyki* mniej są dostępne dla bezpośredniego odkażania, stanowiąc jednak tylko etap przejściowy dla pokarmów, przedstawiają mniej dogodne warunki dla rozwoju bakteryj i ich produktów, przynajmniej w stanie fizjologicznym. Prawda, że w stanach chorobowych, połączonych np. z rozpadem tkanek, gardziel może mieć wielki wpływ na sprawy rozkładowe w następnych odcinkach przewodu po-

<sup>1)</sup> Porównaj przepisy umieszczone w zeszyście 3 „Kroniki” z r. b. na str. 178.

karmowego. Stosowane wówczas odkażanie miejscowe, czy to w postaci szprycowań, pędzlowań lub pulweryzacji ograniczać może ten wpływ szkodliwy. Patologiczne stany przelyku, przedstawiające najczęściej zwięzienia natury nowotworowej, prowadzą z początku do wytworzenia rozszerzenia tego organu, t. j. jamy patologicznej, w której pokarmy zatrzymywane ulegają rozkładowi; towarzyszące tym stanom zwracania, zapobiegać się zdają wielkiemu nagromadzeniu szkodliwych produktów rozkładu. Zresztą zastosowane tu być mogą środki używane do odkażania żołądka, o czym poniżej. Dalsze okresy tego cierpienia, połączone z rozpadem tkanek i przywróconą drożnością przelyku z natury cierpienia uwalniają już od wszelkich miejscowych zabiegów dezynfekcyjnych.

*Żołądek* jest pierwszym zbiornikiem, w którym drobnoustroje, bądź z samego pokarmu, bądź z jamy ustnej i dróg pośrednich pochodzące, dłuższy czas zatrzymują się i mogłyby rozwinąć swą działalność. Produkty trawienia ciał skrobiowych i białkowych mogłyby doskonale sprzyjać ich rozwojowi, gdyby nie odczyn, kwaśny zależny od obecności kw. solnego, który nie tylko ma wpływ hamujący, lecz i zabójczy na rozwój bakteryj. Ten to wybitny wpływ kw. solnego jest powodem, że niektórzy fizjologowie w czynnościach żołądka działaniem przeciwnie stawiają na pierwszym planie.

Opierając się na doświadczeniach N. Sieberowej i Miquela, którzy dowiedli, że 0,2—0,3% kw. mineralnego resp. solnego wystarcza do powstrzymania spraw gnicia na pewien czas, Bunge \*) dochodzi do wniosku, że ilość kw. solnego w soku żołądkowym, odpowiadając wyżej wykazanej ilości kwasu potrzebnej do powstrzymania rozwoju drobnoustrojów, nie może być przypadkową, że kw. solny w żołądku nie tylko służy do umożliwienia działania pepsyny, lecz ma niezmiernie ważne zadanie wpływu przeciwnie.

Już 100 lat temu Spallanzani zauważył, że kawałki mięsa, oblewane sokiem żołądkowym nie ulegają gniciu nawet po kilku dniach, przy oblewaniu zaś mięsa wodą szybko występują objawy gnicia. Tenże uczony przekonał się, że gniące mięso, wprowadzone zwierzętom do żołądka, traciło po pewnym czasie własności gnilne.

Nasuwa się tu pytanie jaką rolę odgrywa sok żołądkowy w stosunku do drobnoustrojów chorobotwórczych, które, jak wiadomo z pokarmami przenikają do ustroju.

W tym kierunku działanie soku żołądkowego zdaje się być mniej skutecznem. Przedewszystkiem zarodniki wszelkich bakteryj opierają się działaniu kw. solnego w tem stężeniu, jakie się spotyka w żołądku. Badania Hamburgera \*\*) i Kabrehla \*\*\*) nad wpływem soku żołądkowego na bakteryje chorobotwórcze (tyfusu, cholery) wykazały, że im więcej posiada sok żołądkowy wolnego kwasu solnego, tem

działanie jego antyseptyczne na bakteryje chorobotwórcze jest silniejsze. Pierwszy z autorów dowiódł tego na soku żołądkowym naturalnym, drugi na sztucznym.

Gdy weźmiemy pod uwagę znaczne wahanie w ilości, a nawet obecności wolnego kw. solnego w soku żołądkowym, to zabójczy wpływ tego ostatniego na bakteryje chorobotwórcze uważać należy co najmniej za wątpliwy.

Straus i Wurtz <sup>11)</sup> przekonali się, że w soku żołądkowym psa lasecznik gruźlicy zachowuje żywotność w ciągu 12 godzin, lasecznik cholery do 2 godzin, a tyfusu od 2—3 godzin, lasecznik zaś węglik nie wytrzymuje działania tego soku i pół godziny. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że sok żołądkowy psa więcej obfituje w kwas solny, niż sok ludzki (podług K. Schmidta 0,33<sup>10</sup>/<sub>o</sub>), to perspektywa działania zabójczego soku żołądkowego na bakteryje chorobotwórcze na zasadzie wspomnianych badań nie przedstawia się zbyt jasno. Lecz i na drobnoustroje niechorobotwórcze wpływ odkażający soku żołądkowego nie jest zupełny. Nowsze badania Boasa wykazały, że obecność kwasu solnego w żołądku, nie wyklucza ani gnicia białka, ani fermentacji węglowodanów <sup>1)</sup>. Miller <sup>12)</sup> z 25 rodzajów bakteryj przez się wychowanych z jamy ustnej 8 tyłkowiakrył w żołądku a 12 w wypróżnieniach kiszkiowych, a zatem drobnoustroje nietknięte przejść mogą przez żołądek, gdyż niekiedy szybko go opuszczają, nie zawsze odczyn soku bywa kwaśny i drobnoustroje w głębi cząstek pokarmowych mogą być zabezpieczone od wpływu—kwasu solnego.

Jak wielką różnorodność pod względem biologicznym przedstawiają bakteryje, spotykane w żołądku, wykazują badania Abelous <sup>13)</sup>. Autor ten z wody po przepłukaniu czczego żołądka wyhodował 16 gatunków drobnoustrojów, z których 10 rozkładają albuminę, 12 fibrynę, 9 glutynę, 10 mniej lub więcej przeprowadzają cukier mleczny w kw. mleczny, 8 inwertują cukier trzcinowy, 11 rozkładają glukozę, 11 przemieniają krochmal na cukier.

Spotykane więc w żołądku bakteryje stosownie do podłoża i dogodnych warunków różnorodną mogą rozwinać działalność. Z tej to różnorodności bakteryj w żołądku wynika z jednej strony ważność przeciwnego wpływu soku żołądkowego w stanach fizjologicznych, z drugiej znowu strony łatwość powstawania spraw fermentacji i gnicia w warunkach patologicznych wobec braku kwasu solnego. Aczkolwiek czynność bakteryjobjęca żołądka nie jest zupełną i, jak to widzieliśmy bakteryje, bądź jako takie, bądź w postaci zarodników (spor) przeslizgnąć się mogą przez żołądek do kiszki nieuszkodzone, w każdym razie działalność żołądka jest niejako samocho-

(<sup>1</sup>) Med. W. 49, 1892, refer. Kron. "Lek." Zeszyt 2, r. b.

na ustroju od szkodliwego wpływu bakteryj. Kwaśny bowiem sok żołądkowy niszczy znaczną część bakteryj, zawartych w miądzce pokarmowej, do pewnego więc stopnia odkaża przyszłą zawartość kiszki. Jak ważny wpływ ma sprawność żołądka w tym względzie na postępy gnicia i rozkładu w kiszki, niech dowodem służy doświadczenia Kasta i Wasbudzkiego.

Kast<sup>14)</sup> w celu określenia przeciwniegnilnego wpływu soku żołądkowego podawał ludziom zdrowym jednakowy stale pokarm i następnie sprawdzał rozwój spraw gnilnych w kiszki przez określanie ilościowe aromatycznych produktów gnicia wydalanych w moczu. Następnie, podając tymże ludziom w większych ilościach alkalijską (aż do obojętnej lub zasadowej odczynu moczu) w celu neutralizowania soku żołądkowego, autor ten doszedł do wniosku, że neutralizowanie kwasu w żołądku powoduje wzmożenie spraw gnicia w przewodzie pokarmowym.

Wasbudzki<sup>15)</sup> na zasadzie 12 doświadczeń u chorych wykazał: 1) że ilość kwasu siarczanego sprzężonego w moczu (co daje miarę rozwoju spraw gnicia w przewodzie pokarmowym) wzrasta się wówczas, gdy kw. solny w żołądku wcale się nie wydziela lub wydzielenie jego jest upośledzone, 2) zmniejszenie ilości kwasu siarczanego sprzężonego występowało w przypadkach nadmiernego wydzielenia kw. solnego w żołądku (hyperaciditas). W 2 przypadkach ilość kw. siarczanego sprzężonego odpowiadała normie, a nawet była nieco mniejszą, gdy jednocześnie był brak kw. solnego, jednak odbywały się w żołądku takie sprawy fermentacyjne, które utrzymywały kwaśny odczyn zawartości przez wytwarzanie kwasu mlecznego i masłowego. Doświadczenia Kasta i Wasbudzkiego pozwalają na wyprowadzenie następujących wniosków: 1) natężenie procesów gnicia i rozkładu w przewodzie pokarmowym jest w prostym stosunku do ilości wydzielanego kw. solnego w żołądku, 2) w stanach patologicznych żołądka rolę odkażającą kw. solnego wypełniają niekiedy kwasy organiczne, wytwarzane podczas fermentacji. Jednak ten względnie pomysłny objaw chorobowy ma swoje granice; nie zawsze nieprawidłowe sprawy fermentacyjne polegają na wytwarzaniu kwasu mlecznego, cały arsenał powyżej wykazanych drobnoustrojów może być tu powołany do współdziałania i rozwinąć swą wszechstronną działalność, co znajduje potwierdzenie w różnorodnych własnościach fizycznych i chemicznych zawartości żołądka w stanach patologicznych.

Naturalnym więc dążeniem kliniki w tych razach będzie z jednej strony ograniczanie spraw fermentacji i gnicia, z drugiej znowu strony wydalanie ich szkodliwych produktów wraz z bakteryjami w celu uchronienia ustroju od szkodliwych następstw wchłaniania jednych (produktów) i rozwoju drugich

(bakteryj) w kiszka. Odkazanie więc żołądka może być farmakologiczne, mechaniczne; skombinowane. W wyborze środków farmakologicznych obok dezynfekcyjnych własności danego środka, wykazanych po za ustrojem, kierować się jeszcze należy następującymi danymi:

1) środek ten powinien być łatwo lub średnio rozpuszczalny, aby dostawszy się do żołądka względnie szybko mógł rozwinać swój zabójczy wpływ na bakteryje, 2) jako łatwo rozpuszczalny a więc szybko ulegający wchłanianiu, nie może posiadać trujących własności dla ustroju ludzkiego, przynajmniej w dawkach w tym celu używanych, po 3) nie powinien pod żadnym względem obciążać i tak już upośledzonego trawienia. Idealem odpowiadającym wszystkim wymienionym powyżej warunkom zdawałoby się powinien być wskazany przez naturę, kw. solny. Obserwacje kliniczne jednak nie zawsze to potwierdzają, podawany bowiem kw. solny łatwo się wiąże z ciałami organicznymi i traci swe własności antifermentacyjne. Ferrannini <sup>16)</sup> na podstawie doświadczeń w klinice prof. Rammo i w pracowni fizjologicznej Richet'a w Paryżu uważa tymol, kreozot, szczególniej naftol, jako o wiele lepsze środki przeciwfermentacyjne dla przewodu pokarmowego, niż kw. solny. Nie zawsze jednak środki farmakologiczne zadowolnić mogą klinicystę. Zwężenia oddźwierznika z następczą rostrzenią żołądka i stagnacją zawartości żołądkowej w pewnych razach wymagają mechanicznego oczyszczenia tej jamy. Ponieważ przepłukując żołądek i wydalając jego zawartość, jednocześnie usuwamy masy bakteryj, które, przeniknąwszy do kiszek, dalej rozwijaćby się mogły, słusznie przepłukiwanie żołądka uważać należy jako zabieg po części przeciwny. Działanie to sondy żołądkowej kombinować można z użyciem środków farmakologicznych, posilując się zamiast wody roztworami pewnych środków przeciwnylnych, jak: kwasu salicylowego 3—5 pro mille, boraksu 2—4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, natrium hyposulfurosum 10—20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Z odkazaniem żołądka ściśle jest związane odkazanie kiszek gdyż rozkład w kiszka w ścisłym znajduje się związek ze sprawnością przeciwnylną żołądka, oraz wpływ środków przeciwnylnych w żołądku rozprzestrzenia się i na kiszki, dla tego też, omawiając dalej dezynfekcyjną kiszek, musimy mieć na widoku i żołądek. O ile ten ostatni z natury funkcyi swej zdolny jest zredukować sprawy gnicia, o tyle znów kiszki z tegoż powodu im sprzyjają. Jeżeli jama ustna w ślinie, a żołądek w kw. solnym posiadają środki ochronne przeciwko bakteryjom, to kiszki, jak to wykazały badania Leubushera <sup>17)</sup> są pozbawione tego rodzaju wydzielin, sok bowiem trzustkowy, kiszkowy i żółc nie posiadają działania antyseptycznego. Tylko kwasy żółciowe wolne posiadają wpływ antyseptyczny.

Bunge sądzi, że wpływ dezynfekcyjny żółci w kiszce może być tylko bardzo nieznaczny, zatem, zdaje się, przemawiać już sam fakt, że żółć szybko ulega gnicciu. Według Bunge'go brak żółci pośrednio może sprzyjać wzmożeniu gnicia w jelitach; nie wchłaniany bowiem w tych razach tłuszcz, osłania (oblepia) ciała białkowe i utrudnia dostęp do nich soków trawiennych i ciała te zamiast ulegać strawieniu zostają rozłożone przez drobnoustroje gnilne.

Biernacki <sup>15)</sup> przy żółtaczce w związku z zatrzymaniem żółci znalazł w moczu zwiększoną ilość kw. siarczanego sprzężonego, co świadczy o wzmożeniu gnicia w jelitach przy braku żółci. Więcej może hamujący czynnik i to przeważnie dla rozwoju bakterij rozkładających białko jest niedawno wykazany przez Macfadyena, M. Nenckiego i N. Sieberowa <sup>16)</sup> odczyn kwaśny w kiszce cienkiej u człowieka.

Jeżeli więc są jakie czynniki, nieco powstrzymujące rozwój drobnoustrojów w jelitach, to te tylko prawie odnieść można do kiszki cienkiej. Nic też dziwnego, że głównym siedliskiem bakterij w kanale pokarmowym i głównym źródłem ich szkodliwego wpływu są kiszki. Dostają się drobnoustroje tutaj z pokarmów, poprzedzających dróg trawienia, z soków nadto z wydzielin sąsiadujących z przewodem, pokarmowym narządów np. płuc. Jeżeli wielką różnorodność pod względem biologicznym przedstawiały drobnoustroje pochodzące z żołądka, nie mniejszą też różnorodność okazują bakteryje kiszkowe. Kiszki cienkie i grube pod względem własności zamieszkujących je bakterij, jak to wykazały badania Macfadyena, M. Nenckiego i N. Sieberowej, oraz Jakowskiego <sup>20)</sup> przedstawiają dwa kompletnie odrębne działy. Badacze ci wykazali, że kiszki cienkie zamieszkują przeważnie bakteryje, pod wpływem których następuje rozkład wodorowców węgla, z wytwarzaniem alkoholu etylowego, kw. mlecznego, octowego i bursztynowego, w kiszce zaś grubej pierwszorzędą rolę mają bakteryje, rozkładające białko, i tworzą tego rodzaju produkty co indol, skatol, fenol, kw. tłuszczowe lotne i aromatyczne, amonijak, dwutlenek węgla, wodór, siarkowódór, metan, merkaptan metylowy. Są to wszystkie ciała bynajmniej nie obojętne dla ustroju, wytwarzane i wchłaniane w znaczniejszej ilości posiadają wyraźny wpływ szkodliwy.

Jeżeli jeszcze wziąć pod uwagę silnie trujące własności ciał białkowatych toksalbuminów, wytwarzanych przez drobnoustroje i wykazanych z jednej strony jako wytwór działania pewnych saprofitów kiszkowych u dzieci (podobnych do bac. Finklera-Piora) przez Baginsky'ego i Stadthagena <sup>2)</sup>, z drugiej znów strony wykazanych jako produkt działalności bakterij chorobotwórczych (bac. dyfterytu, tyfusu, cholery i tężca) przez Briegera i Fraenkla <sup>1)</sup>, to doniosłość szko-

dliwego wpływu bakteryj wogóle, a kiszkowych w szczególności jeszcze wyraźniej się zarysuje. Wobec takich własności bakteryj nie może być mowy o pożytecznej dla organizmu ich działalności w kanale pokarmowym, jak to sądził Pasteur i słusznie wywołał przeczącą odpowiedź prof. M. Nenckiego<sup>21)</sup>, gdyż o ile soki trawienne z pokarmów wytwarzają ciała łatwo wchłaniane, które krążąc ulegają utlenianiu w tkankach, i służą do tak zwanej przemiany materji, stanowiącej życie organizmu, o tyle znów pokarmy pod wpływem bakteryj rozszczepiają się na końcowe produkty rozkładu nie tylko bezużyteczne, lecz szkodliwe dla tkanek. Produkty te są w części wchłaniane w kanale pokarmowym, w części wydalane z kałem, Stich i Bouchard<sup>22)</sup> dowiedli na zwierzętach, że kał posiada silnie trujące własności nie tylko dla innego, lecz dla tego samego osobnika. Prawda, że toksyczność kału nie tylko polega na produktach rozkładu pod wpływem bakteryj, lecz zależy także od zawartości soli potasowych i składników żółci. Jeżeli wspomniane trujące produkty są wessane w kiszkach, nasuwa się pytanie, jaką drogą ustrój uwalnia się od nich, gdyż inaczej szybko zatrucie nastąpić musiałoby. Na to pytanie jasną, opartą na doświadczeniach i klinicznej obserwacji, odpowiedź znajdujemy u Bouchard'a<sup>22)</sup>. Ustrój posiada trzy środki ochronne przeciwko samozatruciu: nerki, wątrobę i utlenianie. W miarę wchłaniania ciał toksycznych z kanału pokarmowego organizm je wydala ze krwi drogą nerek; wchłanianie w kiszkach i wydalanie ciał trujących z moczem odbywa się powoli i bezustannie. Według Bouchard'a badany przezeń człowiek w ciągu 24 godzin wydzielał taką ilość ciał toksycznych w moczu, która jest w stanie zatruć połowę jego organizmu, jeden kilogram ciała ludzkiego średnio wydziela tyle jadu, że w ciągu jednego dnia może zatruć 461 gramów materji żyjącej. Po przeprowadzeniu antyseptyki kiszkowej zauważył Bouchard, że trujące własności moczu u tego człowieka zmniejszyły się o  $\frac{1}{3}$ .

Opierając się na doświadczeniach Rogera i Schiffa kreśli Bouchard ochronny wpływ wątroby. Roger przekonał się, że dla zabicia zwierzęcia za pomocą wyciągu z mięsa gnijącego dwa razy tyle trzeba wstrzykiwać wspomnianego jadu do gałęzi v. portae, niż do żyły obwodowej, że zatem wątroba posiada własności zubożniające jadowitość ciał wstrzykniętych. Tenże sam Roger badał wpływ krwi żyłnej psa na królika i dowiódł, że dla zabicia jednego kilo zwierzęcia potrzeba użyć 13 cc. krwi z v. portae zaś 23 cc. z vena renalis lub jakiegokolwiek obwodowej, wynika więc, że krew, odpływająca od kiszek większe posiada własności trujące, niż krew żylna ogólnego krwiobiegu. Zwierzęta po podwiązaniu im vena portae giną szybko (psy w ciągu 1—2 godziny) według



Schiffa wskutek zatrucia ciałami, które w warunkach prawidłowych niweczy wątroba; dla tego też Schiff bezskutecznie wstrzykiwał krew psa żabie, którą pozbawił wątroby; jednak żaba pozbawiona wątroby ginęła skoro jej wstrzykiwał krew psa, u którego podwiązał v. portae i doprowadził go tą drogą do śmierci. Fakty powyższe zdają się wskazywać za ważną rolę ochronną wątroby dla ustroju. Rola ta nerek i wątroby zabezpiecza organizm od zatrucia ciałami, pochodzącymi nie tylko z przewodu pokarmowego, lecz i z innych źródeł, wszak we wszystkich tkankach wytwarzać się mogą ciała trujące, bądź pod wpływem bakteryj, bądź jako wynik wadliwej przemiany materii resp. niedostatecznego utleniania. Dowóz zatem tlenu w dostatecznej ilości uważać należy, jako środek ochronny przeciwko samozatruciu ustroju. Kussmaul stwierdził, iż objawy śpiączki mocznicowej, występujące niekiedy w stanach pierwotnej lub wtórnej niedokrwistości podług Senatora i Albertoniego <sup>23)</sup> zależą od wytwarzania się ciał trujących wskutek wadliwej przemiany materii. Tkanki więc i przewód pokarmowy, są to źródła ciał trujących dla ustroju, czynność zaś nerek, wątroby i utlenianie stanowią jego środki ochronne przeciw samozatruciu. Gdy równowaga tych czynników zostanie naruszona, ustrój więcej lub mniej niecierpieć musi i wystąpią słabsze lub groźniejsze objawy samozatrucia. Bliższe poznanie tych ciał trujących w organizmie, ich powstawanie w kanale pokarmowym, wywołał dążność terapeutycznego wpływu na omawiane procesy rozkładu w kiszkiach, t. j. dezynfekcyję kiszki.

Dezynfekcyja ta wówczas będzie wskazana, gdy powyżej omówiona równowaga między czynnością toksyczną przewodu pokarmowego, a samoochrona organizmu zwichnięta zostanie, ztąd też wynikają dwa kardynalne wskazania do odkażania kiszki: 1) wówczas, gdy rozwój w kiszkiach ciał trujących, czy to pod wpływem zwykłych saprofitów, czy pod wpływem bakteryj chorobotwórczych będzie nadmierny, 2) gdy wystąpi niedomoga organów ochraniających (nerek, wątroby). Rozwijając te dwa ogólne wskazania Bouchard <sup>22)</sup> wybiera następujące stany patologiczne, wymagające antyseptyki kiszkiowej: 1) stany niestrawności (indigestio), gdy pokarm już w żołądku zaczyna ulegać rozkładowi, powstaje to wówczas, gdy pokarm przy zdrowym żołądku zostaje nadmiernie lub w złym gatunku spożyty, lub też, gdy w stanach patologicznych żołądka ilość spożytego pokarmu nie odpowiada sprawności jego trawiennej. Tym sposobem pokarm już w stanie rozkładu przechodzi do kiszki, gdzie w dalszym ciągu ulega temuż losowi. Wchłaniane w tych razach ciała trujące, względnie do ilości i indywidualności chorego, wywołać mogą rozmaity obraz kliniczny, począwszy od zawrotów głowy, nudności, wymiotów, biegunki, gorączki, kończący się na komple-

cie ciężkich objawów nerwowych, opisanych przez Senatora pod nazwą *coma dyspepticum*.

W tych razach obok podawania środków przeciwnie-  
 nych przepłukanie żołądka może być uwieńczone bardzo po-  
 myślnymi rezultatami, ciała bowiem trujące, wytwarzane w kisz-  
 kach, gromadzić się mogą w żołądku, jak to widzieli u cho-  
 rych Senator i Chantemesse, a w ostatnich czasach  
 dowiódł eksperymentalnie Alb<sup>24</sup>), który zaznaczył, iż jady  
 zwierzęce, zastrzyknięte pod skórę wydzielają się podobnie jak  
 morfina w żołądku, a nadto wykazał obecność toksalbumin  
 w wymiocinach cholerycznych (pomimo tego, że w wymiocin-  
 ach lasecznik sam, albo wcale, albo b. rzadko się spotyka).  
 2) Antyseptyka kiszkiowa podług Bouchar'da jest niezbędną  
 przy wszelkiego rodzaju owrzodzeniach w kiszkiach (tyfus,  
 dysenterya, tuberculosis) przy ranach kiszki, następnie przed  
 wszelkiemi operacyjami, dokonywanemi na otrzewnej i kisz-  
 kach. 3) Odpowiednią również będzie przy cierpieniach rop-  
 nych i rozpadowych w jamie ustnej gardzieli, przełyku, krtani  
 i płucach. 4) przy przewlekłych cierpieniach wątroby i nerek.  
 3) niekiedy w chorobach skórnych: jak eczema, acne rosacea,  
 acne indurata, furunculosis. 5) w pojedynczych przypadkach  
 miał Bouchar'd osiągnąć dobre rezultaty przy migrenie, ar-  
 thritis deformans, chlorosis.

Z powyższych wskazań, nakreślonych przez Bouchar-  
 d'a widzimy, że dezynfekcyja kiszkiowa mieć może obszerne  
 zastosowanie. Przeważnym jednak obecnie dążeniem klinicy-  
 sty w dezynfekcyi kiszkiowej są choroby zakaźne z głównem  
 umiejscowieniem w kiszkiach, jak: dur brzuszny, biegunka  
 krwawa, cholera. Przyznać należy, że dotychczas terapia  
 nie może się poszczycić środkami, których skuteczność w tych  
 razach byłaby wybitną.

Są tu warunki inne, niż dla prostej dezynfekcyi zawar-  
 tości kiszkiowej. Idzie tu o wpływ dezynfekcyjny środków  
 nie tylko na zawartość kiszki, lecz także na ich tkanki, gdyż  
 w tych jest główne umiejscowienie bakteryj chorobotwórczych  
 w tych razach. Być może, że z czasem i w tym kierunku  
 wpływ terapeutyczny będzie możliwy. Dziś środki posiadane  
 zdają się tylko działać przeważnie na zawartość kiszkiową  
 i w tych właśnie chorobach okazać mogą działanie dobroczyn-  
 ne skoro zostaną zastosowane w samych początkach, gdy bak-  
 teryje chorobotwórcze jeszcze przeważnie zamieszkują światło  
 kiszki. Mam tu na myśli dodatnie wyniki, otrzymywane przy  
 stosowaniu salolu w biegunkach cholerycznych, o czem świad-  
 czą obserwacyje Wołkowicza<sup>25</sup>). Zapewne, że w spora-  
 dycznych przypadkach trudno jest uchwycić te pierwsze okre-  
 sy rozwoju tych chorób zakaźnych.

Przechodząc obecnie do środków, zalecanych w celu  
 dezynfekcyi kiszkiowej zastanowić się należy, na jakich pod-

stawach opierali autorowie swe przekonania co do przeciwnilnego działania zalecanych przez się środków. Przewszystkiem wogóle kierowano się przeciwnilnemi własnościami danego środka po za ustrojem, następnie określeniem ogólnego jego działania na zwierzęta, kliniczne zaś wyniki różni autorowie oceniali w różny sposób: Bouchard obok obserwacji przy łożu chorego, określał trujące własności moczu. Inni autorowie określali ilość produktów gnicia wydalanych z moczem. Sucksdorf<sup>26)</sup> obliczał zawartość bakterij w 1 miligrm. kału drogą hodowli płytkowych. Stern<sup>27)</sup> w poszukiwaniach swych nad dezynfekcyjnym działaniem niektórych środków, uważając metody poprzednie za niewystarczające, podawał ludziom z pokarmem hodowle bac. prodigiosi po kuracji antyseptycznej lub jednocześnie ze środkiem dezynfekcyjnym, następnie badał kał na zawartość bac. prodigiosus drogą hodowli płytkowych. Wykonawszy takich doświadczeń z 5 środkami 15, Stern doszedł do wniosku, że stale prodigrasus przy podawaniu tych środków wykazać można w kale. Ponieważ tego rodzaju warunki w jakich przeprowadził swe doświadczenia Stern, są w ogóle dalekie od rzeczywistości (bac. prodigiosus nigdy bowiem w przewodzie pokarmowym u człowieka się nie spotyka) praca jego nie pozwala na ogólne wnioski co do dezynfekcyjnego wpływu w kiszkiach badanych przez niego środków (calomel, naphthalina, naphthol  $\beta$ , salol, camphora). Liczba zalecanych i używanych środków w celu dezynfekcyi kanału pokarmowego, w ogóle lub też w pewnych chorobach infekcyjnych: jak biegunka krwawa, cholera, dur brzuszny jest już dziś bardzo znaczna. W ogóle na zasadzie badań dotychczasowych podzielić te środki można na dyjetetyczne i farmakologiczne:

Do środków dyjetetycznych należą:

Kefir (jako zawierający acid. lactic.) *Rovighi*.

Kawa (*Ferranini, Sucksdorf*).

Herbata (*Ferranini*).

Wino czerwone (*Sucksdorff, Ferranini*).

„ białe (*Sucksdorff, Ferranini*).

Ze środków farmaceutycznych u różnych autorów znajdujemy następujące: Acid. boricum, lacticum, muriaticum, benzonaphthol, betol, calomel, camphora, chinina, dermatol, eucalyptol, guajacol, jodoformium, jodolum, kreolinum, kreozotum, menthol, naphthalina, naphthol  $\beta$ , natrum chloroborosum, resorcinum, salol, sól karlsbadzka, marienbadzka, strontium bromatum, lacticum, tanina, terpeninol, terpin hydrat, tymol. Przytoczymy tu formuły, podane w „Revue gener. de clin. et therap.” przez H. Hueharda.

- Rp. Naphtol.  $\beta$   
 Bism. Salicil. Magnes. anglican aa. 6,0  
 M. f. pulv. div. in dos. aequal. nr. 20.  
 D. S. 4—5 proszków dziennie.
- Rp. Betoli  
 Saloli aa. 4,0  
 M. f. pulv. div. in dos. aequal. nr. 20.  
 D. S. 4—6 proszków dziennie.
- Rp. Betoli  
 Saloli  
 Natr. bicarbon.  
 Magnes. anglic. aa. 4,0  
 M. f. pulv. div. in dos. aequal. nr. 20  
 D. S. 3—4 proszki dziennie podczas jedzenia.
- Rp. Bismuti Salicylic. 5,0  
 Saloli 10,0  
 Carbon. pulv. 15,0  
 M. f. pulv. div. in dos. aequal. nr. 30  
 D. S. Co 3 godziny proszek.

Autor ten oddaje pierwszeństwo benzonaftolowi przed naftolem i betolem. Benzonaftol zaleca dorosłym po 0,25 co 2 godziny (do 5,0 pro die), dzieciom po 0,05 do 0,10 co 2 godziny w wodzie ocukrzanej (do 2,0 pro die). Znaczna liczba środków zalecanych, świadczy z jednej strony o przekonaniu o doniosłości antyseptyki kiszkowej i ciągłego dążenia do jej udoskonalenia, z drugiej znów strony dowodzi niedostatecznej skuteczności środków, skoro z każdym dniem prawie zalecane są nowe. Nie możemy tu zastanawiać się nad skutecznością każdego z wyżej podanych środków, pozostaje nam tylko wskazać, jakie własności posiadać powinny środki do dezynfekcyi kiszkowej. Bouchard stawia następujące warunki: dany środek powinien być trudno rozpuszczalny, aby działanie jego rozwijać się mogło na całej przestrzeni kanału pokarmowego, gdyż środki łatwo rozpuszczalne szybko będą wessane już w górnych odcinkach kanału pokarmowego; następnie środek podawany być powinien w postaci dobrze utartego proszku, aby łatwo mógł się zetknąć z cząstkami zawartości przewodu pokarmowego i w dawkach częstych i małych dla osiągnięcia równomiernego wpływu na cały przewód pokarmowy. Jako środek, odpowiadający tym warunkom gorąco poleca Bouchard naftol  $\beta$  według formuły:

Naphtoli  $\beta$  subtilissime pulverati 15,0  
 Bismuthi Salicylici 7,5

M. f. pulv. Div. in part. aequal) nr. 30.

D. S. 3—12 proszków w opłatkach w ciągu doby.

Salicylan bizmutu uważa Bouchard tylko jako wskaźnik wpływu antyseptycznego w kiszkach. Z chwilą bowiem,

gdy wytwarzanie siarkowodoru w kiszkiach ustaje, stolce z czarnych stają się zielonemi.

Ferranini stawia jeszcze jeden warunek niezbędny dla środków antyseptyki wewnętrznej: dawka przeciw fermentacyjna środka danego nie powinna być przeciw trawienną, t. j. nie upośledzać trawienia żołądkowego. Według badań tego autora, środki tym warunkom odpowiadające są: nadtol β, mentol, kw. borny, terpina, jodoform, jodol. W uzupełnieniu antyseptyki kiszkiowej dodać należy, że kiszka gruba, przynajmniej w znacznej części, dostępną jest dla przemywań, a zatem nie tylko do usuwania produktów rozkładu, lecz i do stosowania różnych roztworów antyseptycznych. W wyborze ku temu celowi środków należy mieć na uwadze szybkość chłonięcia w tym oddziale kiszki i ztąd możliwość zatrucia, co się nawet zdarzało przy użyciu kw. bornego.

Dodać należy, że taką dezynfekcją mechaniczną przeprowadzić możemy w całym przewodzie pokarmowym. Wszak znakomity w wielu razach skutek leczniczy środków czyszczących, uwieńczony zdaniem: *qui bene purgat, bene curat*, przeważnie wynika z usunięcia zawartości kiszki, a więc wydalenia nie tylko bakteryj, lecz i ciał trujących przez nie wytworzonych. Typem takiej mechanicznej dezynfekcji przewodu pokarmowego jest wewnętrzne użycie żwiru, jako środka przeczyszczającego, zaleconego przez Koczorowskiego <sup>28</sup>).

Rozwój bakterjologii, bliższe i coraz doskonalsze, dzięki badaniom chemicznym, poznanie bijologii bakteryj, ztąd coraz lepiej wyjaśniające się stanowisko bakteryj w patologii organizmu ludzkiego, musiało wywołać tak zwany kierunek przeciwnilny leczenia. Nie dziwnego, że przedewszystkiem zwrócono uwagę na naturalne jamy ciała, mające styczność ze światem zewnętrznym i będące siedzibą wielu bakteryj chorobotwórczych i niechorobotwórczych. Na pierwszym więc planie stanąć musiała antyseptyka przewodu pokarmowego. Powyżej widzieliśmy, że organizm posiada środki samoochrony przeciw bakterjom, zamieszkującym kanał pokarmowy; środki te bądź mają na celu niszczyć bakteryje i hamować ich rozwój, bądź neutralizować lub wydaląć szkodliwe produkty przez nie wytwarzane. W warunkach patologicznych samoochrona może być nie wystarczająca i wówczas terapia ma swoje zadanie. Idealem wpływu terapeutycznego byłaby kompletna aseptyka resp. wyjałowienie przewodu pokarmowego, co na zawsze chyba pozostanie idealem, już choćby ze względu na ciągłą styczność kanału pokarmowego, ze światem zewnętrznym.

Jedynie racjonalnem dążeniem być może hamowanie w przewodzie rozwoju drobnoustrojów, czy to chorobotwórczych, czy niechorobotwórczych.

Wyrazem tej dążności były środki, zalecane w walce z obecną epidemiją cholery i usiłowania w tym kierunku, zdaje się, nie były pozbawione pewnych rezultatów.

Styczeń 1893 r.

## L I T E R A T U R A.

1. Untersuchungen über Bacteriengifte von prof. L. Brieger und prof. C. Fraenkel (Berl. klin. Wochenschr. nr. 11, 12, 1890).

2. Ueber giftige Producte saprogener Darmbacterien von Dr. A. Baginsky u. Dr. M. Stadthagen (Berlin. klin. Wochenschr. nr. 13, 1890).

3. Étude bacteriologique de la broncho-pneumonie chez l'adulte et chez l'enfant par Netter (Arch. de méd. espér., nr. 1, p. 28, 1892—referat. w „Revue mensuelle des maladies de l'enfance“. Avril, 1892).

4. Badanie bakteryjologiczne śliny u dzieci chorych na odrę p. Méry i Pierre Boullouche (Revue mens. des maladies de l'enfance, IV, 1891, referat. „Gaz. lek.“ nr. 2, 1892).

5. O zapobiegawczem leczeniu następstw płonicy Levis Smith (New-York), (Congr. amer. Aertzte 1891, 23 Sptb.—referat. „Przegl. lek.“ nr. 6, 1892).

6. Ślina ludzka i drobnoustroje chorobotwórcze jamy ustnej. Giuseppe Sanarelli (Centralblatt f. Bakteriologie und Parasitenkunde 1892, tom X, nr. 25—referat. „Gaz. lek.“ nr. 11, 1892).

7. O wartości antyseptyki jamy ustnej. Dr. Hugo Dellavie (Dissert. inaug. Berlin, 1891, referat. „Medycyna“ 13j 1892).

8. Wykład chemii fizyologicznej i patologicznej. G. Bunge. Przekład polski, 1889. Warszawa

9. Ueber die Wirkung des Magensaftes auf pathogene Bacterien. Hamburger. (Centbl. f. klin. Med. nr. 24, 1890—referat. w „Revue des sciences medicales“. T. XXXVII, p. 447).

10. De l'action du suc gastrique sur les microorganismes pathogènes—G. Kabrehl (Arch. f. Hygiene nr. 3, 1890, referat. w „Revue de scienc. medic. T. XXVII, p. 447).

11. De l'action du suc gastrique sur quelques microbes pathogènes. J. Straus et R. Würtz (Arch. de méd. experim. et d'anat. path. Tom I, nr. 3, referat. „Revue de scienc. medic“. T. XXXVII, pag. 62).

12. Ueber Gährungsvorgänge im Verdauungstracte und die dabei beteiligten Spaltpilze—W. Miller (Deutsche med. Wochenschr. 1885, pag. 843, referat. w „Jahresbericht über die Fortschritte der Thier-Chemie“, 1885).

13. Ueber die im Magen vorkommenden Mikroorganismen. Abelous (Verh. der Société de Biologie zu Paris, 1889, referat. „Jahresbericht über die Fortsch. der Thier-Chemie“, 1889, p. 237).

14. Ueber die quantitative Bemessung der antiseptischen Leistung des Magensaftes—A. Kast (Festschr. z. Eröffnung d. allgem. Krankenhauses zu Hamburg—Eppendorf 1889, 10 pag., Sep-

Abdr. referat w „Jahresbericht. über die Fortschr. der Thier-Chemie“, 1889).

15. Ueber den Einfluss von Magengährungen auf die Faulnisvorgänge im Darmcanale—M. Wasbutzki (Arch. f. experim. pathol. u. pharmak. 26, 133—138—referat „Jahresbericht über die Fortschr. der Thier-Chemie“ 1889).

16. Zaburzenia w czynnościach żołądka, ich pochodzenie i leczenie w różnych gastropatyjach — A. Ferrannini (referat „Medycyna“ nr. 16, 1892).

17. Einfluss von Verdauungsecreten auf Bacterien. Leubuscher (Zeits. f. klin. Med. vol. VVII, pag. 472, refer. „Revue de scienc. médic. T. XXXVI, pag. 485.

18. O gniciu w jelitach przy zapaleniu nerek i żółtacze, razem z uwagami o normalnem gniciu kiszkiwem — Biernacki. „Kron. lek.“, str. 389 i 449.

19. Badania nad zjawiskami chemicznymi w kiszkiwach u człowieka—A. Macfadyen, M. Nencki i N. Sieberowa. „Gaz. lek.“ 1891, str. 765, 792, 809, 835, 853.

20. Przyczynę do badań nad sprawami chemicznymi w kiszkiwach u człowieka. M. Jakowski—(Pamiętnik Towarz. lekarskiego warszawskiego. T. LXXXVIII, str. 576).

21. Bemerkungen zu einer Bemerkung Pasteur's von M. Nencki. Bern im September, 1885. (Odbitka z „Archiv. f. experim. pathologie u. pharmakol.).

22. Thérapeutique des Maladies infectieuses: Antisepsie p. Ch. Bouchard. Paris, 1889.

23. O samozatruciu. Prof. Albertoni (Allg. med. Centr. Ztg. 1891, pag. 102, ref. „Medycyna“ nr. 19, 1892).

24. Toksalbuminy w wymiocinach chorych cholerycznych. Alt. K. (Deut. med. Woch. nr. 41, 1892, referat w „Gaz. lek.“ nr. 44, 1892).

25. O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej. M. Wołkowicz. „Gaz. lek.“ nr. 1892.

26. Das quantitative Vorkommen von Spaltpilzen im menschlichen Darmcanale. W. Sucksdorff. (Archiv f. Hygiene 4, 355—396 referat w „Jahresbericht über die Fortschr. der Thier-Chemie“ 1886).

27. Ueber Desinfection des Darmcanales v. Dr. R. Stern. (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankheiten. T. XII, str. 88).

28. O środkach, wypróżniających jelito, w szczególe o zwierze. Kaczorowski. (Przegl. lek. n-ra 15, 16, 17. 1886).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

## I. Medycyna wewnętrzna i Farmakologija.

107. STOFFELA. O otłuszczeniu serca. (*Intern. klin. Rudsch. 48, 1892 r.*).

Przedewszystkiem autor stawia sobie pytanie, z jakich substancyj wytwarza się tłuszcz. Na zasadzie danych eksperymentalnych i klinicznych przyjąć można, iż przeważnym źródłem produkcji tłuszczu jest białko, czego dowodem służyć może tłuszczowosk (adipocire) trupi, ostre otrucie fosforowe, wchłanianie wysięków w zapaleniu płuc, gdzie włóknik przed wessaniem ulega stłuszczeniu. Co do otłuszczenia serca, to S. pozostaje przy dawniej już wygłoszonym zdaniu, iż przyczyną jego jest brak tlenu. Dalej, powstaje otłuszczenie serca skutkiem zatruc, obfitych utrat krwi, ostrych chorób gorączkowych, zwłaszcza zakaźnych, w których miewa miejsce rozpad krążków krwi. Z chorób przewlekłych, napotykamy je w zapaleniu nerek, raku, moczówce, długotrwałych ropieniach i t. p. Często bywa uwarunkowane stwardnieniem tętnic wieńcowych. U pijaków działają współcześnie: nieżyt żołądka, sprawa miażdżycowa i silne powinowactwo wysoko do tlenu. Autor wymienia jeszcze jeden moment przyczynowy, którego lekceważyć nie można, t. j. wzruszenia psychiczne; otłuszczenie serca powstaje tu w ten sposób, że pod wpływem owych wzruszeń występuje wzmoczone kurczenie się serca i skurcz naczyń, przez co podnosi się i ciśnienie krwi. Wskutek skurczu naczyń zostaje utrudnionym odpływ krwi z serca, wzmagają się zatem ciśnienie wewnątrz sercowe i następują zaburzenia odżywcze mięśnia sercowego.

Rozpoznanie możliwem się staje dopiero wówczas, gdy objawy dosięgły pewnego nateżenia. Opiera się ono w niższych stopniach otłuszczenia na osłabieniu uderzeń serca, na przemijających napadach osłabienia serca, a przeważnie na stwierdzeniu przyczyn, które zwykły powodować otłuszczenie serca. Autor na ostatnią tę okoliczność kładzie w rozpoznaniu nacisk szczególny.

Z powodu, że sprawa polega na zmienionem chemicznie odżywianiu mięśnia sercowego, leczenie winno być nietylko farmaceutyczne, ale i dyjetetyczne. Dyjeta składać się ma przeważnie z cukru, jarzyn, z wyłączeniem kartofli. Mięsa nie należy wzbraniać zupełnie, lecz dodawać w niewielkiej ilości, toż samo stosuje się i do chleba. Doskonałym wpływem odznacza się dyjeta mleczna. Użycie tytoniu winno być ograniczone. Zaleca się ruch na świeżem powietrzu lub przynajmniej ruchy bierne (masaż). Wielką uwagę zwracać na-



leży na sen. U ludzi młodych wystarczy 7—8 godzin snu, starszym natomiast zbyt długi sen szkodzi, zwłaszcza po obiedzie, gdyż w tym czasie obniża się przeróbka tłuszczów, oraz wymiana gazu węglanego i tlenu. Użycie większych ilości płynu winno być wzbronionem, ponieważ: 1) powiększa się ogólna ilość krwi i serce jest zmuszonym wykonywać pracę zwiększoną; 2) przy obfitym dowozie wody następuje wzmożony rozpad białka i przeróbka materyi; 3) krążki czerwone ulegają zniszczeniu, przez co krew staje się uboższą w tlen.

Leczenie farmaceutyczne ma na celu podniesienie wytwarzania krwi, tu więc będą właściwemi preparaty żelaza (najlepiej pigułki Bland'a lub jodek żelaza). Ostrzedz należy przed arsenem i jego preparatami, które w ogóle przy chorobach serca nie są dozwolone. Przeciw duszności okazała się najlepszą chinina, mianowicie sama lub w połączeniu z kofeiną. Jeśli przytem czynność serca bywa przyspieszoną, daje się jeszcze naparstnicę. W razie napadów stosuje się drażnienie skóry, liq. amon. anis. z makowcem lub morfiną, wewnętrznie lub podskórnice; również narkozę chloroformową i okłady zimne na okolicę serca.

R.

108. LARCENA. **Tętno pośpieszne (Tachykardia).** (*Cent. für klin. Med. 43, 1892 r.*).

Jestto zboczenie rytmu sercowego, cechujące się znacznym przyspieszeniem uderzeń serca. Ze stanowiska klinicznego podzielić można tachykardję na 3 grupy: fizjologiczną, objawową i samoistną. Pierwsza bywa w części prawidłową (u noworodków). Druga bywa objawem najrozmaitszych chorób i występuje, bądź napadowo, bądź stale. Rokowanie i leczenie zależy tu od cierpienia pierwotnego.

Tachykardja samoistna jest sprawą nerwową. Najczęściej objawia się w postaci napadów; w przerwach natomiast pacjent czuje się zupełnie zdrowym. Badanie pośmiertne nie wykrywa zazwyczaj zboczeń żadnych. Rokowanie jest dość poważne, ponieważ śmierć nastąpić może przez zapaść lub asystoliję. Klinicznie odróżniamy tachykardję samoistną od objawowej w ten sposób, że w pierwszej napady powtarzają się przez długie lata, że uderzenia serca są o wiele szybsze i że ustrój pacjenta nie okazuje innych zboczeń chorobowych. Fizjologicznie rozróżnia się tachykardję zwykłą i odruchową. Zwykła tach. może być pochodzenia ośrodkowego lub obwodowego; pierwsza powstaje przez ucisk, uraz lub nerwicę ośrodków nerwowych; obwodowa — wskutek ucisku lub uszkodzenia nerwu błędnego. Tach. odruchowa występuje jedynie u osób nerwowo obarczonych: punktem wyjścia jej bywa serce lub jakikolwiek inny narząd. Odróżnia się ona od tach. zwykłej tem, iż brak wyraźnego wpływu na samo serce, oraz zaburzeń cyrkulacyjnych; że niema wpływu na na-

rządy inne; że wreszcie pojawiają się jednocześnie zboczenia naczynioruchowe.

R.

109. Dr. ADDEO TOTI (Florencja). **O tachykardii po wycięciu krtani.** (*Deut. Med. Woch., nr. 4, 1893*).

Autor spostrzegł przypadek, gdzie po zupełnem wycięciu krtani w 30 godzin po operacji wystąpiła tachykardia (tętno do 180) i operowany w 24 godzin zmarł wskutek bezwładu serca. Störk objaśnia podobne przypadki uszkodzeniem nerwu ramus cardiacus wychodzącego z n. laryngeus sup., który ma mieć te same własności, co depressor Cyon'a. Autor nie podziela zdania Störk'a, ponieważ: 1) depressor Cyon'a nie hamuje serca, lecz ośrodek naczynioruchowy, 2) depressor Cyon'a jest nerwem dośrodkowym, a nie odśrodkowym, 3) wreszcie przecięcie nerwu Cyon'a nie tylko nie ma wpływu na serce, lecz w ogóle żadnych skutków za sobą nie pociąga. Przypadek autora również zbija przypuszczenie Störka, gdyż jakże jego teoria objaśni wystąpienie tachykardii dopiero w 30 godzin po dokonanej operacji.

H. Kucharzewski.

110. PAWEŁ GUTTMANN (Berlin). **Przypadek znacznego wrodzonego zboczenia w budowie serca.** (*Deut. Med. Woch., nr. 4, 1893*).

Przypadek ten dotyczy dwuletniego chłopca, u którego w 6-ym miesiącu po urodzeniu zauważono różnicę, oraz przyspieszenie czynności serca. Badanie, dokonane w szpitalu, gdzie dziecko umieszczono, wykazało znaczną sinicę, szczególnie obwodowych części ciała, zakończenia palców rąk a po części i nóg przedstawiały kolbowate zgrubienia (Trommelschlägerbildung). Badanie serca wykryło dość znaczny przerost oraz głośny, skurczony szmer, występujący na całej przestrzeni serca. W przypadku tym postawiono rozpoznanie: zmiany w przegrodce komórek, uznano jednakże jednocześnie za możliwe transpozycję głównych pni tętniczych, mianowicie początek tętnicy głównej z prawej komórki, tętnicy płucnej zaś z lewej komórki, oraz stenosis ostii art. pulmonalis.

Rozpoznanie braku w przegrodce komórek postawiono przede wszystkim z tego powodu, że jest to jedna z najczęstszych wad wrodzonych, defekt musiał być przy tem znacznym, skoro wystąpiła sinica, oraz szmer skurczony, małe bowiem defekty mogą żadnych chorobowych objawów nie przedstawiać.

Rozpoznając transpozycję głównych pni tętniczych kierował się autor jedynie doświadczeniem, że nieprawidłowość ta znaczną sinicę wywołuje; w omawianym jednakże przypadku znaczny defekt w septum ventriculorum już nam ten objaw wyłómaczył.

Podczas pobytu w szpitalu, u dziecka tego rozwinął się nieżyt oskrzeli, który zejście śmiertelne przyspieszył. Badanie

zwłok potwierdziło postawione rozpoznanie, oraz wykryło inne jeszcze anomalije budowy serca: 1) znaczny defekt w septum ventriculorum, 2) transpozycyja wielkich pni tętniczych, tętnica główna brała początek z prawej komórki, tętnica płucna z lewej komórki, 3) ostium i conus art. pulm. znacznie zwężone, dla cienkiego ledwie zglębnika dostępne, wobec tego trudno nawet określić czy ostium pulmonale posiada zastawki, czy też nie, to ostatnie przypuszczenie jest prawdopodobniejsze, 4) brak zupełny zastawki trójdzielnej w komórce prawej, 5) ductus arter. Botalli niezarośnięty. Prawy przedsionek jest obszerniejszy od lewego, prawe uszko lepiej rozwinięte od lewego. Całe serce przerosnięte, prawa komórka więcej od lewej; waga serca wynosi 92 gr. *H. Kucharzewski.*

111. Prof. dr. B. STILLER (Budapeszt). **O zachowaniu się śledziony w cholery.** (*Berl. kl. Woch., nr. 8, 1893*).

W zamartwiczym okresie cholery nie tylko nie można zauważyć powiększenia śledziony, lecz nawet prawidłowa tępość tego narządu trudno określić się daje; natomiast w okresie odczynu, w tyfoidzie, powiększenie śledziony wyraźnie występuje. Ciekawe spostrzeżenia podają z ostatniej epidemii w Hamburgu; w trzech przypadkach duru brzuszego, do których cholera się przyłączyła, powiększenie śledziony znikło bezpośrednio. Wynika ztąd, że cholera podczas swego acme wywołuje kurczenie i zmniejszanie się śledziony tak zdrowej, jak też i powiększonej; zjawisko to w rzędzie chorób zakaźnych jest dość rzadkie.

Za główną przyczynę tego objawu uważają niektórzy znaczną utratę soków, nie objaśnia nam to jednakże tych przypadków, gdzie okres zamartwiczny występuje bardzo szybko bez poprzedzającej biegunki i wymiotów, a pomimo tego powiększenia śledziony nie ma. Przypadki podobne często były spostrzegane, szczególnie w pierwszych tygodniach epidemii hamburskiej. Botkin, który się kwestyją zmniejszenia śledziony w cholery zajmował, pomija utratę wody młeczeniem. Natomiast utrzymuje on, że w cholery występują dość jaskrawie objawy podrażnienia nerwów naczyniowych: małe i przepuszczające tętno, przy dobrej jeszcze czynności serca, nierówność tętna na tętnicach promieniowych, sinica i t. d. Ponieważ mięśnie śledziony, mają to samo unerwienie, co i naczynia, to wskutek skurczu tonicznego tych ostatnich może rzeczywiście nie dojść do obrzmienia śledziony.

Skurcz naczyń zależy może podług Botkina od niedostatecznego utleniania się krwi, co wywołuje silne podrażnienie ośrodka naczynioruchowego. Za prawdopodobniejsze jednak uważa on, że angiospasmus w cholery stoi w zależności od silnego podrażnienia przewodu pokarmowego. Klebs utrzymuje, że zwężenie tętnic jest objawem patognostycznym dla cholery; objaw ten może częściowo zależeć od podrażnie-

nia nerwów przewodu pokarmowego; łomaczy on go jednakże bezwładem dilatatorów, wskutek czego konstryktory biorą górę i wywołują zwężenie naczyń. Zaburzenia te naczynioruchowe uważa Klebs za pierwszy i najważniejszy objaw cholery i stawia go w bezpośredniej zależności od działania toksynów. Brak zatem obrzmienia śledziony w cholery, jest podług Klebsa wynikiem działania jadu cholerycznego.

Autor podziela w zupełności mniemanie, że skurcz naczyń i śledziony w czasie acme cholery od działania jadu zależy; okoliczność ta jednakże nie wyklucza współdziałania i innych czynników, jakimi są silne drażnienie znacznej powierzchni kiszki, oraz nadmierna utrata wody.

H. Kucharzewski.

112. RUGE. **Plazmodyje zimnicy.** (*Deutsche militärärztliche Ztschr.*, 1892, *Hyg. Rund.*, str. 798).

Praca pod powyższym tytułem przedstawia obraz dzisiejszego stanu kwestyi pasorzytów krwi przy zimnicy.

Laveran pierwszy wykrył pasorzyta, stanowiącego przyczynę zimnicy. Pasorzyt zimnicy spotykany bywa w trzech postaciach, z których dwie (pasorzyt z trzeciaczkowej i czwartaczkowej) przechodzą prawidłowe okresy rozwoju, trzecia zaś — nieprawidłowe, (zjad atypiczne postaci malaryi). W rozwoju dwu pierwszych gatunków odróżnić się dają trzy okresy, łagodnie jeden w drugi przechodzące. Po ustaniu napadu znajdujemy w czerwonych ciałkach krwi małe, jasno błyszczące plamy bez barwnika, wielkości  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{5}$  średnicy ciała krwi, o ruchach powolnych, pełzających — wewnątrz ciała gospodarza (1 faza, stadium amoeboidale). W ciągu 1-go (resp. 2) dni wolnych od napadu ruchy wolnieją i przez ten czas wytwarza się obfity, czarno-czerwonawy barwnik nierównomiernie w ciele pasorzyta rozsiany w postaci drobnutkich (tertiana) lub większych (quartana) laseczek i ziarn; dalej przy tertiana — odbarwienie i wzrost komórki gospodarza, przy quartana — słabe zabarwienie żółto zielonawe, bez powiększenia (2 faza). W dniu napadu ciało krwi znika, zaczyna się dzielenie pasorzyta, przyczem barwnik układa się pośrodku pasorzyta bądź w postaci różańca (tertiana), bądź w postaci storkotki (quartana) (3 faza). Warstwa środkowa, ubarwiona znika, losy jej dalsze są nieznanne, utworzone 15—20 ciałek owalnych (tertiana) resp. 6—12 okrągłych (quartana), wnikają znowu do czerwonych ciałek krwi, w których znajdujemy je po napadzie. Zboczenia w okresie dzielenia się (dzielenie „przedwczesne“, „wrzecionowate“) stanowią nieliczne nieprawidłowości. Rozróżnienie obu gatunków w okresie 1-szym podczas ruchów pełzających, jest niemożliwym, w okresie 2-gim po barwie i wielkości — trudnym, w okresie 3-cim — łatwym. Odróżnienie od ciała białego, dźwigającego okruchy barwnika dzieje się na zasadzie wielkości tegoż i czarnego zabarwienia w przeci-

wieństwie do czarno-czerwonego zabarwienia pasorzyta. W pasorzycie odróżnić należy jasno-błyszczącą, silniej barwiącą się część zewnętrzną i środkową, opatrzoną w jasną plamę (Ekto- i Endoplasma). Plamy jasnej nie można uważać za jądro wobec słabej zdolności do barwienia się sinkiem metylenowym.

Pasorzyt o rozwoju nieprawidłowym ma (podług Canalis'a) dwojaką drogę rozwojową, a czas trwania jej u jednego i tegoż samego osobnika bywa różny. Trwanie okresu 1-go waha się między 12 i 48 godzinami, 2-go między 4 i 6 dniami. W okresie 1-szym znajdujemy głównie pasorzyty okrągłe, wyróżniające się bardzo małymi rozmiarami i obecnością miejsca ciemnego, otoczonego pierścieniową jasną obwódką. Często kilka pasorzytów zamieszkuje jedno ciało krwi; prócz tego znajdują się pasorzyty wolne we krwi. Wraz z przejściem do fazy 2-giej zmniejsza się znacznie liczba pasorzytów—zjawisko niewyjaśnione. Dalsze zmiany podobne są do odbywających się przy postaci trzeciaczkowej, wyjąwszy wzrost ciała krwi. Okres 2-gi staje się oryginalnym przez występowanie półksiężyców (zauważonych pierwotnie przez Laveran'a), które stopniowo przekształcają się w ciała podłużne—owalne, okrągłe; postać ostatnia dzieli się na 8—10 ciałek—potomków, które wraz z napadem, jako formy pełzające, znajdują się wewnątrz ciałek czerwonych krwi. Jasnego pojęcia o znaczeniu tych wszystkich postaci nie mamy dotąd.

Dalszą postać pasorzyta, spotykającą się we wszystkich trzech gatunkach, jest forma biczykowata; widzimy wtedy ziarnka zarodki pigmentowane, ale nie podwójnie zarysowane, z 1—4 długimi biczykami, które mają u nasady i końca zgrubienia; poruszają się one żwawo wewnątrz ciała krwi i znikają bez śladu. Ruge uważa wszystkie postaci biczykowane za formy wsteczne (inwolucyjne).

Za podziałem (Golgi'ego) pasorzytów zimnicy na trzy gatunki przemawia okoliczność, że można—przeniosłszy krew chorego na z. trzeciaczkową—wywołać jej napad (po 11 dniach), z chorego na z. czwartaczkową—taką postać zimnicy (po 12 dn.), chorego na z. nieregularną—znów z. nieregularną. Postać zimnicy codziennej wyjaśnić się łatwo daje obecnością równoczesną kilku pokoleń pierwszych dwu gatunków pasorzytów.

Zarzut przeciwników teorii pasorzytniczej, że wszystkie opisane postaci są to tylko obrazy zwyrodnienia ciała czerwonego krwi—odeprzec można przy uważnem badaniu, ponieważ podobieństwo jest tylko pozorne, przytem podczas zwyrodnienia mamy do czynienia z hemoglobina, przy parazytyzmie z pigmentem (melanina).

Co do terminologii, to Ruge proponuje nazywać (zgodnie z Grass'im i Felett'im) pasorzyty tertianae i quartanae Hae-

mamoeba vivax i Haemamoeba malariae, wszystkie zaś pasorzyty postaci nieregularnych—ogólnem mianem Laverania.

Omawiane pasorzyty są stanowczo przyczyną zimnicy, jakkolwiek niezdolano dotąd wyhodować ich na sztucznych podłożach i ztamtąd przeszczepić. Dyjagnostyczne ich znaczenie jest niewątpliwem. Znaczenia prognostycznego przypisywać wielkiego dziś niemożna, wobec równoczesnego znajdowania we krwi różnych postaci. Czy jednak napady powtarzać się będą—orzec z badania krwi można; dla tego też przy postaci nieregularnej należy przez czas długi we krwi poszukiwać Laveraniae.

I dla terapii odkrycie pasorzytów daje nowe punkty oparcia. Podług Binza, rozczyn chininy 1:5000 zabija je. Przy ilości krwi 5,000 g. wystarczał by 1 g. chininy do zabicia pasorzytów, jeżeli stopień koncentracji trwał by dostatecznie długo. Ale chinina już po 15 minutach wydziela się z moczem, więc należy ponawiać dawki; prócz tego nie jest ona podczas silnej gorączki przez żołądek wchłaniana, dla czego też Bacelli w 30 przypadkach malariae perniciosae wprowadzał chininę (1 g.) do żył i miał 100% wyzdrowień. Czas podawania chininy został przez empirję stosownie wybrany, zarówno jak i fakt konieczności stosowania chininy 7 dni po ustaniu napadów. Wspomnieć też należy, że Guttman i Ehrlich leczyli ze skutkiem zimnicę sinkiem metylenowym, 0,1 co godzinę.

Na ciekawe pytanie, jak związać objawy zimnicy, przede wszystkim podwyższenie ciepłoty, z pasorzytnictwem wewnątrzkomórkowem w ciałkach krwi—odpowiedzieć dziś nie można. Przypuszczać jedynie można działanie produktów przemiany materii. W zgodzie z tem przypuszczeniem stoją doświadczenia Councilman'a, który wywołał zimnicę po upływie godzin 12, szczepiąc płynną zawartość opryszczka (Herpesbläschen) chorych na zimnicę (zawartość wolną zawsze od pasorzytów); wiadomo, że szczepienie krwi wywołuje napad dopiero po 12 dniach.

S. Sterling.

113. K. ZENKER. **Przyczynek do nauki o przechodzeniu w ropienie włóknikowego zapalenia płuc i opłucny.** (*Deut. Arch. f. Kl. Med. I.* 50, 1892).

Przy badaniu pośmiertnem osobnika, zmarłego na obustronne zapalenie płuc po grypie, znaleziono w dolnym płacie prawego płuca, obok marantycznej odmy, ognisko ropne wielkości orzecha laskowego i kolosalne nacieczenie ropne całego płatu. Badanie drobnowidzowo-bakteryjologiczne wykryło znaczny zanik tkanki płuc i ogromną liczbę samych tylko ziarniaków Fränkla, które znajdowano głównie w białych ciałkach (nieraz po 100) w stanie żyjącym. Wobec tego autor przyjmuje fagocytozę Miecznikowa, jako zdolność białych ciałek do unoszenia czynników infekcyi w miejsca, w których są one

mniej szkodliwe lub mogą być zniszczone działaniem surowicy i wydalone z ustroju. Co zaś do przyczyn, które wywołały tak znaczne, jedyne w swoim rodzaju ropienie w płucu, to autor przyjmuje jako takie: 1) nadmierną ilość drobnoustrojów; 2) osłabienie siły odpornej organizmu przez grypę i 3) zanik tkanki płucnej.

*L. Wolfram.*

114. Dr. H. F. MÜLLER. **O białaczce.** (*Deut. Arch. f. Klin. Med. T. 50, 1892*).

Autor podaje przypadek białaczki, w którym krew znaleziono przepelnioną białymi jednojądrowymi bazofilowemi ciałkami; w badanych zaś powiększonych gruczołach limfatycznych, śledzionie, szpiku kostnym i wątrobie wykryto wzmoczoną karyjokinezę leukocytów i zwyczajną hyperplazyję tych organów. We krwi prócz tego znaleziono zmieniony stosunek między jedno- i wielojądrowemi ciałkami (1,7% wielo- i 9,8% jednojądrowych), bardzo mało t. z. Markzellen i ciałek eozynofilowych. Te ostatnie wraz z ciałkami wielojądrowemi okazywały ożywioną ruchliwość, podczas gdy jednojądrowe były nieruchome; żadnego przechodzenia jednojądrowych białych ciałek w wielojądrowe nie widziano. Na podstawie tych spostrzeżeń autor zbija teorię Biesiadeckiego i Löwita, jakoby białaczka była pierwotnem cierpieniem krwi, a nie krwiotwórczych organów. W końcu autor zwraca uwagę na spostrzegany w ciągu przebiegu opisywanej choroby fakt zmniejszania się gruczołów limfatycznych, skoro tylko wystąpiło ropienie na goleni. Zjawisko to spostrzegali już parokrotnie i inni autorzy, i związek przyczynowy ropienia ze zmniejszeniem się gruczołów jest niewątpliwym.

*L. Wolfram.*

115. F. LEONHARDI (Drezno). **Dławiec, błonica, szkarlatyna.** (*Über Krup, Diphtherie und Scharlach*). (*Sam. klin. Vort. Volkmann's, 1892*).

Autor nie podziela zdania, że dławiec i błonica są chorobami pokrewnemi i jedynie się różnią umiejscowieniem. Dławiec jest pochodzenia zapalnego nie zaś zakaźnego, powstaje przez miejscowe podrażnienie błony śluzowej przez bodźce termiczne lub też chemiczne; przebieg tej choroby może być bardzo groźnym lub łagodnym, wymaga nawet niekiedy tracheotomii, której skutek zwykle bywa lepszy, niż przy błonicy. Co do leczenia, to przy gwałtownie występujących objawach krupu z wysoką gorączką, stosuje autor u dobrze odżywianych dzieci miejscowy upust krwi i kalomel do wewnątrz co godzina po 0,05—0,1. Terapię tę zaleca autor w samych początkach choroby przed zastosowaniem środka wymiotnego. Przy mniej gwałtownych objawach choroby i u dzieci słabszych, podaje autor napar z korzenia wymiotnicy lub też emetyk w dawkach, wywołujących wymioty; ostrzega jednak przed zbyt długotrwałem i częstem podawaniem środków wymiotnych, szczególnie roztworów cynku

i miedzi. Jednocześnie dostarczyć trzeba choremu świeżego i do pewnego stopnia wilgotnego powietrza, obfitego i ciepłego napoju, zewnętrznie na szyję zastosować okład rozgrzewający. Następcze leczenie zasadza się na dalszem podawaniu kalomelu w mniejszych i rzadszych dawkach (0,03 co 4 godz.) niekiedy z dodatkiem sulf. antim. aur (0,01), prócz tego emulsję z olejku migdałowego z dwuwęglanem sodu lub też z liquor. am. anis; przy silnych pobudzeniach do kaszlu stosował autor ostrożnie morfinę w małych dawkach; wreszcie w przypadkach bardzo gwałtownych pozostaje tracheotomija, z którą nie trzeba zbytecznie się ociągać.

Następnie autor, przechodząc do błonicy, wskazuje jak mało skutecznymi okazują się w praktyce wszelkie miejscowe środki żrące (saletrgan srebra, kwas solny, mleczny, karbolowy, sublimat), któremi lekarze zazwyczaj tak szczerze szafują od najdawniejszych czasów aż po dzień dzisiejszy. Nawet w pierwszych początkach choroby nie wiemy jak głęboko i szeroko zarazek w tkankach się rozgościł i nacieczenie zapalne wywołał; wobec tego przyżeganie nigdy nie może być dokładnem, a zatem i skutecznem. Nie lepszy los spotkał i cały szereg środków wewnętrznych, zalecanych jako specyfiki przeciwko błonicy: terpentyna, Bals. copaivae, Kubeba, sól Bertoleta, chinina, cyjanek rtęci i t. d. Autor podaje do wewnątrz od dawna z dobrym skutkiem środek d-ra Volquarts'a (Natr. nitr., Natr. Bicarb. aa. 3,0—5,0, Aquae destill. 150,0—180,0, Mucil. gum. aab. 20,0; dla dorosłych co godzina po łyżce stołowej, dzieciom, stosownie do wieku, po łyżeczce od kawy lub deserowej). Środek ten, podług słów autora oraz wielu innych lekarzy, którzy go w błonicy stosowali, zmniejsza gorączkę i powiększa wydzielinę, szczególnie nerek; oprócz tego, według wszelkiego prawdopodobieństwa, działa również i miejscowo na same błony.

Jednocześnie podaje autor portwein lub wino węgierskie, szczególnie wątlým osobnikom.

Pożywienie chorych w pierwszym tygodniu składać się powinno jedynie z rosołu mięsnego, mleka, oraz sucharków lub bułek rozmoczonych, za napój najodpowiedniejszy uważa autor lekką herbatę.

Równocześnie z leczeniem wewnętrznem i ogólnem isć powinno i leczenie miejscowe. Oertel gorąco zaleca wziewania pary wodnej, niekiedy w połączeniu ze środkami antyseptycznymi (woda chlorowa, nadmanganian potasu, kwas karbolowy, salicyłowy, podsiarczan sodu) w bardzo słabych roztworach. Autor o wiele wyżej od pomienionych wziewań stawia obfite letnie szprycowania, które jednak, by celu swego dopełyły, muszą następującym odpowiadać wymogom.

Narzędzie do tego rękoczynu użyte powinno być dosyć duże, żeby większy strumień płynu naraz wyrzucało; zakoń-



czenie szprycki nie powinno być oliwkowate i zaopatrzone wieloma małemi otworkami, zmniejsza to bowiem znakomicie mechaniczne działanie szprycowania i potęguje ból, rękozy-nem tym wywołany; koniec szprycki powinien spokojnie na języku chorego spoczywać. Autor radzi w początkach ope-rację tę co godzina wykonywać, później rzadziej, co 2—3 godziny; na raz wstrzykuje 3—4 szprycki jedna po drugiej, jedną lub dwie z czystej letniej wody, dwie następne z 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> rozczyntu Kali chlor. Autor jest przeciwnikiem pęzłowań, które mało pożytku a bardzo wiele ambarasu, szczególnież u małych dzieci, sprawiają. Wody wapiennej nie używa autor zupełnie, środek ten bowiem nawet w rozcieńczeniu silnie drażni zdrową błonę śluzową i wywołuje nadżarcia.

W wyżej przedstawiony sposób leczy autor epidemiczną błonicę od 1863 roku aż po dzień dzisiejszy, wyniki miał bardzo dobre, tak dalece, że nie miał sposobności i potrzeby przez ten przeciąg czasu wypróbować chociaż małej części tego niepotrzebnego mnóstwa innych środków, przeciwko tej chorobie zalecanych.

Następnie przechodzi autor do trzeciej części swego od-czytu—do szkarlatyny. Miał on niejednokrotnie sposobność spostrzegać silne epidemie szkarlatyny w Lipsku i Dreźnie, tak w praktyce prywatnej, jako też i szpitalnej. Śmiertelność w szkarlatynie jest w zupełności zależną od charakteru epi-demii, niekiedy bywa bardzo mała, niekiedy dosięga ogromnych rozmiarów. Uspodobienie do przyjęcia zarazka tej cho-roby nie jest tak rozprzestrzenione, jak to o ospie lub odrze powiedzieć można, usposobienie to zmienia się niekiedy u je-dnych i tych samych osób w bardzo krótkim czasie, o czem świadczą przykłady przez autora zebrane. O etylogiі szkar-latyny obecnie nie wiele można powiedzieć, wywołuje ją, praw-dopodobnie, jakiś drobnoustrój; w ostatnich czasach dr. Brun-ner z Zurichu wynalazł w pocie chorych na szkarlatynę jakieś kokki, mające być swoistemi dla tego cierpienia, dalsze po-szukiwania prowadzą się w tym kierunku.

Do częstych i niebezpiecznych powikłań szkarlatyny na-leży zapalenie gardła, t. zw. dyfteryt szkarlatynowy. O isto-cie tego cierpienia panują w nauce sprzeczne zdania. Więk-szość jednak klinicystów (Heubner, Strümpell, Henoch) uwa-żają t. zw. błonicę szkarlatynową za cierpienie, wywołane swoistym zarazkiem szkarlatyny, nie zaś lasecznikiem Klebs-Löfflera. Zdanie to podziela i autor.

Co się tyczy terapii, to już i dawniejsi lekarze zalecali przy szkarlatynie zimne kąpiele i obmywania. Przy stosowa-niu jednakże tej metody lekarz zawsze rachować się powi-nien z przesądem panującym wśród publiczności, że w szkar-latynie wogóle wody zewnętrznie stosować nie można, a tem-bardziej zimnej.

Hydroterapija w szkarlatynie wskazaną jest nie tylko w pierwszych dniach choroby, lecz i w dalszym jej przebiegu. Wsadza się dzieci przy wysokiej gorączce na 5 do 8 minut do kąpieli na 22°—26° R., przy końcu zaś kąpieli robią się zimne oblewania, niekiedy kąpiele te zastępują wycieraniami; również z dobrym skutkiem stosują okłady rozgrzewające na nogi i łydki. Jednocześnie dla zapobiegania wysychaniu skóry oraz zgrubieniu naskórka, wyciera się chorego słoniną, jak to jeszcze w 1848 r. Schnumann zalecał. Autor używał zwykle w tym celu wygotowanego, czystego tłuszczu lub oliwy.

Do wewnątrz stosował autor lekkie rozczyzny kwasów mineralnych lub organicznych; angielscy lekarze podają jako specyfik przeciwko szkarlatynie węglan amonu, Vidal znowu we Francyi Liquor. amon. acet. Przy ostrym hemorragicznym zapaleniu nerek i skąpym moczu stosuje autor w początkach kalomel po 0,02—0,1 co 2 godz., później liquor. kali. acet.; tartar. natronat, wodę selcerską z dodatkiem soku cytrynowego, przytem mleko; jeżeli zaś mocz jest zasadowy, wtedy zaleca autor kwasy mineralne: solny i saletrzan. Przy osłabionej czynności serca stosuje kamforę, preparaty amonu, piżmo.

Co się tycze leczenia błonicy szkarlatynowej, to autor odsyła czytelnika do tego, co powiedział już poprzednio, gdy była mowa o błonicy, tu raz jeszcze gorąco zaleca obfite szprycowania.

H. Kucharzewski.

116. Dr. W. COHNSTEIN (Berlin). **O moczopędnem działaniu teobrominy.** (*Berlin. kl. Woch., nr. 4, 1893*).

Na moczopędne działanie teobrominy pierwszy zwrócił uwagę Schroeder, podług niego działa ona podobnie jak i kofeina bezpośrednio na nabłonek nerek. Do podobnych wniosków doszli i inni badacze (Gram, Konindjy-Pomerantz, Koritschoner, Siefert, Kress) na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych. Nie wszyscy jednakże podzielają zdanie Schroeder'a; pomiędzy innemi A. Hoffmann, Geisler, Pfeffer, Babwek utrzymują, że moczopędne działanie teobrominy zależnem jest od wpływu tego środka na serce, od wzmożenia *vis a tergo*. Pogląd powyższych autorów można sformułować w następujący sposób:

- 1) Ciśnienie krwi wzmagą się pod wpływem teobrominy.
- 2) Fale tętna wzrastają, fala odbita występuje wyraźniej.
- 3) Działanie teobrominy pod względem klinicznym niczem się nie różni od naparstnicy.

4) Teobrominę nie tylko jako środek moczopędny, lecz i nasercowy uważać należy.

Autor, chcąc wyświecić tę sprawę i ostatecznie rozstrzygnąć, na czem polega moczopędne działanie teobrominy, prze-

prowadził szereg doświadczeń z tym środkiem na królikach i kotach w zakładzie farmakologicznym Heidelbergskim.

Wspomniane badania doprowadziły do następujących wniosków:

- 1) Ciśnienie krwi nie wzmagą się po teobrominie.
- 2) Stałego wpływu na częstość tętna środek ten nie wywiera.
- 3) Wpływu na energiję skurczów serca nigdy nie spostrzegano.

4) Po bardzo znacznych dawkach można było zauważyć stopniowy upadek ciśnienia, oraz częstości tętna.

5) Wreszcie, ponieważ nie można zauważyć widocznego wpływu teobrominy w dawkach fizjologicznych na serce i naczynia ssących, trzeba zatem moczopędne działanie, które po tym środku występuje, jedynie za skutek drażnienia nabłonka nerek uważać.

*H. Kucharzewski.*

117. Dr. ILBERG (Berlin). **O agatynie.** (Über Agathin). (*Deut. Med. Woch.*, nr. 5, 1893).

Autor wypróbował działanie agatyny, zalecanej jako dobry lek anti-kojący i przeciwgoścowy. Przeciętnie podawał 3 razy dziennie po 0,5 gm. Nowy ten środek stosował w przypadkach: nerwobólu nadoczodołowego, rwy kulszowej, w nerwobólach, w wiądzie rdzenia, w przypadkach ostrego gośceca stawowego, wikłanego zapaleniem wsierdzia i osierdzia, w goścecu przewlekłym i zapaleniach stawów pochodzenia rzerzączkowego. Prawie we wszystkich tych przypadkach agatyna okazała się bezskuteczną, natomiast działanie uboczne występowało dosyć jaskrawie; mianowicie: bezsenność, wymioty, rozwolnienie, palenie przy oddawaniu moczu, bóle głowy, szczególnie wieczorem i t. d. U jednego chorego z goścem trypropowym występowały nawet po zażyciu środka silniejsze bóle w stawach. Mocz przyjmował barwę brunatną, niekiedy brunatno-zieloną, jak po karbolu. Po dodaniu  $Fe_2Cl_6$  do moczu, który jeszcze jasną barwę zachował, występowało zabarwienie ciemno-brunatne z zielonkawym odcieniem.

*H. Kucharzewski.*

*Dr. JAN KLARNER.*

## II. Choroby nerwowe.

118. Prof. dr. GAOL i dr. GOLDSCHIEDER. **Sumowanie się podrażnień skóry.** (Ueber die Summation von Hautreizen). (*Zeitsch. f. Klin. Med. Bd. XX, str. 339—373*).

Lekkie ukłucie wywołuje oprócz pierwszego wrażenia po chwilowej przerwie drugie czucie bólowe, nieraz silniejsze, niż pierwsze. Wtórny ból różni się od pierwszego brakiem

uczucia dotyku, ból jakoby przechodzi do wewnątrz. Jeżeli ukłócie było bardzo słabe, to następny wtórny ból może być silniejszym od pierwszego wrażenia, w przeciwnym razie ból wtórny jest słabszym od pierwotnego, jak również przerwa jest mniej wyraźna. Zjawisko to, opisane przez Goldscheidera jeszcze w 1881 r., dało autorom impuls do obszernej i bardzo szczegółowej pracy.

Autorowie nie ograniczyli się badaniem tego wtórnego wrażenia przy drażnieniu mechanicznem, lecz przeważnie prowadzili badanie z prądem przerywanym. Przedewszystkiem stwierdzili fakt, że jednokrotne podrażnienie skóry za pomocą elektryczności wtórnego wrażenia nie wywołuje, czem różni się wyraźnie od podrażnienia mechanicznego. Zaczęli przeto stosować całe szeregi podrażnień za pomocą prądu przerywanego, podrażnień, następujących jedne po drugich, w ściśle określonych przerwach. Aparatów i całej manipulacji, bardzo zresztą skomplikowanych, opisywać nie będę, ograniczę się tylko na zarejestrowaniu wyników, jakie autorowie ci otrzymali.

Prąd przerywany średniej siły, caeteris paribus, daje najlepsze wyniki co do siły i dokładności wtórnego wrażenia. Bardzo słaby prąd nie daje zupełnie wtórnego wrażenia; zbyt silny daje wtórne wrażenie bezpośrednio związane z bólem, jaki prąd wywołuje. Ilość podrażnień, potrzebnych do wywołania wtórnego wrażenia, zależy od wielkości przerw pomiędzy oddzielnymi podrażnieniami. Im więsze przerwy, tem mniejszej potrzeba ilości oddzielnych podrażnień i odwrotnie, rozumie się przy jednakowym czasie trwania całego szeregu. Im mniejsze przerwy, tem czas trwania całego szeregu, potrzebnego do wywołania dokładnego wtórnego wrażenia, jest mniejszy. Wtórne wrażenie odczuwa się jako szybko powstające, krótkotrwałe, zlekka kłujące, nie bolesne uczucie i przytem jakby powstawało wewnątrz w głębi skóry. Średnio licząc, powstaje wtórne wrażenie po 0,9 sekundy po przerywaniu działania prądu; przy prądzie silniejszym lub zbyt długo trwającym, czas powstawania wtórnego wrażenia zmniejsza się, aż wreszcie zlewa się z pierwotnem wrażeniem.

Zkąd powstaje to wtórne wrażenie? Wytłomaczyć je można zsumowaniem się oddzielnych pojedynczych wrażeń. Zsumowanie zaś należy rozumieć w ten sposób, że powtarzające się w pewnych krótkich odstępach czasu podrażnienia, wywołują gdzieś na drodze swej do mózgu w komórkach czuciowych zmiany coraz większe, tak, że w rezultacie zmienione komórki czuciowe mogą wyładowywać swoją nagromadzoną energiję w postaci bólu bez nowej pobudki. Komórki w ten sposób działające leżą prawdopodobnie w tylnej części szarej istoty rdzenia.

*Feilchenfeld.*

119. KRONTHAL i KALISCHER. **Zmiany anatomiczne w płasawicy z powodu przypadku płasawicy postępowej.** (Ein Fall von progressiver chorea (hereditaria, Huntingtoni mit pathologischem Befunde, aus dem Laborat. des prof. Mendel). *Neurologisches Centralblatt*, nr. 19 i 20, 1892 r.).

45-cio-letnia chora zapadła na płasawicę w 30-ym roku życia. Kilka osób chorych w rodzinie na tę samą chorobę. Ruchy płasawiczne zajmują kończyny, głowę, m. oddechowe, nawet żwacze. Chora płacziwa i pobudliwa, była nawet czasowo w zakładzie dla obłąkanych. Szmer systoliczny u wierzchołka serca. Na 3 lata przed śmiercią chora z wielką trudnością zaledwie mogła się poruszać z przyczyny ruchów płasawicznych. Zmarła w skutku pęknięcia czaszki przy upadku. Sekcyjja wykryła:

Mały mózg, nieprawidłowej asymetrycznej budowy; krótki i cienki rdzeń kręgowy; dalej opony mózgowie zgrubiałe, zrosnięte z kośćmi czaszki i korą mózgową, szczególnie w okolicy czołowej i zawojów centralnych. Autorowie bardzo starannie zbadali drobnowidzowo cały układ nerwowy ośrodkowy i nerwy ischiadicus, radialis etc. za pomocą metody Pala i Weigerta, a prócz tego cząstki zawojów korowych, cząstki rdzenia, medullae oblongatae, capsulae internae i jądra soczewicowatego celem zbadania komórek i ich jąder przy sekcji wycięte, traktowane były według metody Nissl'a. Otóż porównyując te ostatnie preparaty z preparatami odpowiedniami z normalnego mózgu, nie znaleźli szczególnej różnicy w barwieniu i strukturze komórek zwojowych kory. Można tylko było ogólnie powiedzieć, że komórki kory mózgowej, w porównaniu z normalnemi, były blade i mało zawierały substancji chromatofilowej, a w komórkach ze rdzenia podłużnego, jąder i ganglij wewnątrz-mózgowych występowała różnica, prawdopodobnie, normalna w zawatości substancji chromatofilowej, położeniu i wielkości jąder komórkowych.

Zmiany mikroskopowe w całym układzie nerwowym dadzą się streścić w sposób następujący:

1) Nacieczenie drobnokomórkowe, obfitość nowowytworzonych naczyń i tworzenie błon na powierzchni wypukłej mózgu, mózdzku i na przedniej powierzchni rdzenia.

2) Obfitość naczyń normalnych i zgrubiałych w korze i mnożenie jąder neuroglii resp. nacieczenie drobnokomórkowe.

3) Jamki, prawdopodobnie, z wycyzynień pochodzące, w jądrze soczewicowatem. Wycyzynienia i tworzenie pigmentu dokoła zgrubiałych naczyń. Zorganizowane zakrzepowe masy wewnątrz naczyń.

4) Niedorozwój czerwonego jądra w kalocie z jednej strony.

5) Wysepkowa degeneracja w obu odnogach mózgowych.

6) Ograniczona skleroza w tuber cinereum na wysokości wzgórków czworaczych i pod niemi.

7) Lekka degeneracyja jądra n. facialis nucleii funiculi teretis, jądra hypoglossi i wstępującego korzenia trigemini po jednej stronie.

8) Rozlana degeneracyja dróg piramidalnych.

9) Rozlana degeneracyja w mniejszym stopniu w bocznych i przednich pęczkach całego rdzenia kręgowego, aż do górnej granicy części lędźwiowej. Degeneracyja wewnętrznej części pęczków Golla, w dolnej szyjowej i górnej grzbietowej części.

10) Nieznaczna degeneracyja komórek rogów przednich, kolumn Clarke'a i przednich korzeni.

11) Ograniczona skleroza w komisurze między canalis centralis, a jednym przednim rogiem na wysokości średniej części grzbietowej rdzenia.

12) Bardzo nieznaczna degeneracyja w obwodowych nerwach.

Przed wyciągnięciem wniosków ze zmian znalezionych, autorowie zadali sobie trud zestawienia prawie całej anatomicznej literatury płasawicy wogóle <sup>1)</sup> (zatem i ostrej, hemichoreae i hemiatetozy post-hemiplegicznej, płasawicznych ruchów symptomatycznych i t. p.) z ostatnich lat 25, począwszy od Dickinsona, Lawson Taita. Broadbeuta, Ogle'a, Roger'a, Kretschmer'a i pierwszych prac Meynerta w tym przedmiocie (1868 r.) do ostatnich prac Kroemera i Gowers'a (1892 r.).

Otóż z tego zestawienia wypada, że jedni autorowie znajdowali tylko zmiany w ukrwieniu, rozlane przekrwienie ośrodków z jego następstwami (Dickinson, Meynert, Lawson Tait, Handford, Golgi, Powell, Broadbeut, Hebold, Lehmann, Hutchinson, Kaulich, Kroemer), inni zgrubienie ścian naczyń, interstycyjalne nacieczenie komórkowe (Meynert, Golgi, Rokitansky, Elischer (chr. proces zapalny), Garrod), degeneracyją samych komórek nerwowych (Harbinson, Elischer, Golgi, Meynert); inni zapalenie opon, drobne w nich nowotwory i ucisk na okolicę ruchową kory z dalszemi w niej zmianami (Frerichs, Macleod, Golgi, Hoffmann, Huber, Farlane); Conty eksperymentalnie u małp przez uszkodzenie kory miał wywołać płasawicę.

Niezależnie od różnorodności rozlanych procesów, autorowie starają się lokalizować zmiany anatomiczne w płasawicy. Gmatwanina pod tym względem jeszcze większa. Siedliska w korze szukają: Huet, Fischer, Yarrod, prócz wyżej wymienionych; to znów w thalamus opticus i corpus striatum (Dickinson, Meynert, Dana), w jądrze soczewicowatym i tylnym

<sup>1)</sup> Z tego też powodu pozwoliliśmy sobie w polskim referacie zmienić nieco tytuł. (przyj. refer.)

odcinku capsulae internae (Nothnagel); w pulvinar i tylnym odcinku caps. int. (Stephan); w caps. interna i przyległych częściach (Lépine); w thalamus opticus przy hemichorea post-hemiplegica (Wernicke, Raymond); w naruszeniu pęczka włókien, który z przodu i nazewnątrz od pęczka czuciowego, między nim a piramidalnym przebiega (Charcot); Henoch utrzymuje, że symptomatyczne ruchy pływawicze (jak athetosis, tremor etc.) są ogniskowego pochodzenia i ognisko leży w thalamus opticus, przy pływawicy rzeczywistej niema ogniska. Hebold i Edinger znaleźli ogniska w putamen bez pływawicy; Jackson lokalizuje w corpus striatum. Jakowenko utrzymuje, że charakterystycznymi dla pływawicy są ciała hyalinowe w globus pallidus jądra soczewicowatego, w thalam. opt. in-nucleus caudatus. Zbija to Wollenberg, gdyż ciała te mogą być u zdrowego, a w pływawicy może ich nie być (jak w przypadku autorów); Bechterew lokalizuje w thalam. optic.; Kroe-mer znajduje ogniska w corpus striat., caps. int., thalam. optic. i zanik dróg piramidalnych i całej połowy rdzenia. Kahler i Pick lokalizują w pęczku piramidalnym lub sąsiednich częściach, w mózgu w wielkich zawojach, rdzeniu przedłużonym i kręgowym. Zmiany w sąsiednich częściach działać muszą na pęczek piramidalny à distance. Zmiany mogą być albo tylko co w ukrwieniu lub stalsze (zatory, wylewy, ciała hyalinowe, mikroorganizmy etc.).

Niektórzy pomijając mózgowie, szukają umiejscowienia dla pływawicy w pons, medulla oblongata i rdzeniu (Cook, Hutchinson, Lockhardt Clarke, Handford, Steiner, Money, Legros i Onimus); inni zmiany znajduwane w rdzeniu uważają za wtórne (Gowers, Horsley).

Inni wreszcie cały proces sprowadzają do zatoru art. basilaris, vertebralis, cerebr. med., jako skutku chorób serca (Tuckwell, Saundby, Starges, Roger, Chapin, Kretschmer, Mackenzie, Elischer, Long, Fox, w części Bastian i Ross).

Co do związku pływawicy z chorobami serca i reumatyzmem, to Joffroy (1885) uważa zmiany w stawach za rdzeniową artropatię, a zaburzenia serca za trophoneurosis. Pływawica podług niego jest mózgo-rdzeniową rozwojową nerwicą i przypada w okresie wzrostu osi mózgo-rdzeniowej.

Wreszcie Straton, Laufenauer i Fry idą jeszcze dalej. Podług nich pływawica jest chorobą zakaźną, wywołaną przez mikroby. One to sprowadzają polyarthritę i endocarditis; też mikroby, wkraczając do mózgu, albo wywołują tylko przechodnie zaburzenia w odżywianiu, albo w cięższych przypadkach procesy encephalityczne. W związku z tem znajduje się hipoteza Leubego, podług której pewien toksyczny stan krwi wywiera specyficzne działanie na pewną określoną część ośrodków nerwowych.

Rozbierając powyższe dane, autorowie kładą nacisk szczególnie na zmiany rozlane degeneracyjne, w całym układzie nerwowym, spotykane przy płasawicy. Ich przypadek badany bardzo starannie mikroskopowo, wykazuje także przeważnie rozlane zmiany.

Co do zmian ogniskowych zlokalizowanych, podawanych przez wielu autorów za charakterystyczne dla płasawicy, to autorowie radzą przede wszystkim wyłączać t. zw. płasawiczne objawowe ruchy (b. zmienne: tremor, athetosis, chorea spastica, hemichorea etc.) w przebiegu swoim odmienne od właściwej płasawicy i przy ogniskach jedno- lub obustronnych spotykane. Ogniska wtedy mogą być umiejscowione nie tylko w centralnych ganglijach, lecz w korze, odnogach mózgowych etc. Znajdowano przecież ogniska w centralnych ganglijach bez ruchów płasawicznych (Hebold, Edinger). Przy płasawicy prawdziwej, zarówno ostrej ogólnej jak chronicznej postępującej, z jej charakterystycznym obrazem i przebiegiem, raczej zmiany anatomiczne rozlane powinny zwracać na siebie uwagę, określone zaś ogniska, umiejscowione ośrodki w takich razach trzeba przyjmować bardzo ostrożnie, tembardziej, że w płasawicy ostrej, przy funkcjonalnym, dającym się usunąć procesie, widzimy podobny obraz choroby, jak w płasawicy przewlekłej dziedzicznej. Umiejscowienia z pominięciem zmian rozlanych, a specjalnie zmian korowych, nie mogą wyjaśnić zaburzeń psychicznych przechodnich w ostrej, a trwałych w przewlekłej płasawicy, jak również stosunku dziedziczności.

Nasuwa się pytanie, które ze znajdujących zmian wywołują płasawicę, które z nich są pierwotne, a które poboczne i następne. Gowers jest zdania, że pierwotne zaburzenia w płasawicy są funkcjonalnej natury i że zmiany utkania wytwarzają się następnie w skutku przewrotnej i nadmiernej funkcji elem. nerwowych. Jeśli taki pogląd przyjąć można dla płasawicy ostrej przechodniej, to zdaniem autorów dla grubszych zmian przy dziedzicznie przenoszonych chorobie, jak w danym przypadku, trudno przypuścić, aby punktem wyjścia było li pierwotne funkcjonalne zaburzenie.

Raczej dla chronicznej płasawicy musimy przypuścić już zmiany poprzednie rozlane w układzie naczyniowym, podścielisku i parenchymie nerwowej, pierwotnie może dla badania zarówno makroskopowego jak mikroskopowego niedostępne, a stanowiące t. zw. usposobienie dziedziczne. Pozostaje do rozstrzygnięcia, czy punktem wyjścia jest tkanka łączna, parenchyma nerwowa, lub układ naczyniowy?

W przypadku, zbadanym przez autorów, stwierdzono z jednej strony zmiany w oponach, w naczyniach neuroglii, przy mało naruszonej tkance nerwowej przyległej, z drugiej zaś strony pierwotną degenerację komórek zwojowych i dróg nerwowych, bez szczególnych zmian przyległych naczyń i pod-



scieliska. Co do stosunku, jaki mogły mieć wydatniejsze zmiany zlokalizowane, jak np. w jądrze soczewicowatym w przypadku niniejszym, to autorowie robią bardzo słuszną uwagę, że może w budowie właściwej pewnych części mózgu, oraz w układzie naczyń, przy współistnieniu zmian rozlanych szukać należy przyczyny tu lub owdzie intensywniejszych zmian lokalnych (jak przekrwienie, rozszerzenie przestrzeni limfatycznych okołonacyniowych, małe wynaczynienia, tworzenie zakrzepów i zatorów, rozmiękczenie i t. p.). Gdyby mogła być mowa o umiejscowieniu pierwotnego zaburzenia, to przede wszystkim, jak twierdzi słusnie Gowers, należałoby zwrócić uwagę na korę mózgową, bo z niej innerwacja ruchowa, mogąca objaśnić objawy płasawicy, bierze początek. Że zmiany w drogach piramidalnych (Kahler i Pick) na całym ich przebiegu od kory począwszy, lub w przyległych im częściach, mogą dać objawy podrażnienia ruchowego różnego gatunku a specjalnie i płasawiczne ruchy — nie ulega wątpliwości, lecz pozostanie więcej niż wątpliwem, aby zmiany ograniczone do tych dróg mogły dać obraz płasawicy wogóle a specjalnie przewlekłej postępowej. Autorowie odrzucają wreszcie znaczenie zmian znalezionych w ich przypadku w komisurze części grzbietowej rdzenia, w jądrze czerwonym, w kolumnach Clarke'a i w tuber cinereum dla objaśnienia płasawicy i chociaż wogóle nie czują się upoważnionemi zmian w całym układzie nerwowym znalezionych w ich przypadku uznać za przyczynę przewlekłej płasawicy, przy podanej jednak metodzie badania i wnioskowania spodziewają się z badania następnych przypadków dojść do wniosku, czy wogóle i jakie zmiany są dla omawianej choroby typowe.

*Rzeczniowski.*

120. BOUVERET i CHAPOTOT. **Widzenie podwójne jednego oka przy gruźli nówek mózgowych.** (Diplopie monoculaire dans un cas de tubercule de peduncules cérébraux).

(*Revue de Médecine*, nr. 9, 1892 r.).

Dotąd poliopia monocularis, opisana przez Parinaud'a, uważaną była za objaw właściwy jedynie hysterii i zależny od spazmu mięśni akkomodacyi.

Autorowie spostrzegli u 22-letniej niehysteryczki z objawami guza w mózgu, w ciągu 3-ch tygodni wielokrotnie sprawdzone podwójne widzenie lewym okiem, na co chora sama zwróciła uwagę. Na odległość 30 ctm. od oka lewego przedmiot widziany był jako 2 obrazy obok siebie. W miarę oddalania przedmiotu, obraz od strony skroni oddalał się i niknął.

Przy autopsyi znaleziono guz tuberkuliczny, który zniszczył całkowicie odnogę mózgową prawą a częściowo lewą. Guz ten z prawej strony sięgał pod wodociąg Sylwiusza, gdzie zniszczył jądro n. oculomotorii communis. Diplopie monocularis mogła zależeć pierwotnie od spazmu m. Brückeego, jak

w hysteryi, następnie zaś od porażenia akkomodacyi (jak niekiedy po atropinie) wskutku zniszczenia jądra n. oculomot. com.  
*Rzeczniowski.*

121. Dr. C. C. DELPRAT. **O wartości leczenia elektrycznego w porażeniach obwodowych.** (*Deut. Med. Woch. nr. 3, 1893 r.*).

Od r. 1887 broni Möbius zdania, że niczem nie dowiedziono, żeby elektryczność leczyla porażenia organiczne przy zniszczeniu ośrodkowych elementów nerwowych; porażenia wskutek zniszczenia obwodowych nerwów lub włókien mięsnych ustępują, o ile same przez się są uleczalne; przyspieszenia odradzania pod wpływem elektryczności dowieść nie można. Tam, gdzie elektryczność niewątpliwie wpływ leczniczy wywiera, jako to przy różnych bólach, parestezyjach, podrażnieniach ruchowych, działa, według Möbius'a, sugestyja. Myśl ta, nie poparta przez pozytywne dowody, mały znalazła posłuch wśród elektroterapeutów. Delprat chce ją uzasadnić w stosunku do t. z. schlaf lähmungen; ten rodzaj porażenia leczy się sam przez się, i jest możność określenia za pomocą cyfr stopnia porażenia i polepszenia w ciągu leczenia. Metoda badania była następująca: Badano siłę zdrowej i chorej ręki każdego chorego za pomocą siłomierza Matuhie w możliwie jednakowych warunkach. Jedną część chorych leczono prądem przerywanym, drugą stałym, trzecią—fikcyjnie, t. j. wykonywano nadzwyczaj lekką „effleurage“ przy przerywanym w jakimkolwiek miejscu prądzie. Cyfry, otrzymane tym sposobem w ciągu leczenia, przedstawiano graficznie za pomocą kryzywizn.

Elektryzowano co drugi dzień po 1—2 minut. Przy faryadzacyi działano na porażone mięśnie i na odpowiednie nerwy aż do wywołania widocznego skurczu. Przy galwanizacyi użyto metody Erb'a, nieco zmienionej; stosowano za pomocą elektrody 10 ctm.<sup>2</sup> prąd stały siły 3—4 M.A.; miejsca urazu nie nerwu szukano, ponieważ nawet w jednym i tym samym przypadku nie jest to zawsze możliwe. Oprócz elektryzacyi nie innego, naturalnie, nie stosowano. Ze 133 w ciągu 10 lat leczonych przypadków, tylko 87 było dokładnie badanych; z tych 33 leczono prądem przerywanym, 28—stałym, 26—pseudoelektryzacyją, t. j. udawano leczenie.

Na zasadzie otrzymanych cyfr przychodzi się do wniosków: 1) stosowane w omawianych przypadkach porażenia obwodowego metody elektroterapeutyczne ze względu na wpływ leczniczy mało się między sobą różnią; 2) wpływ ten jest co najmniej nie jest większy od niby leczenia, t. j. od sugestyi; 3) sugestyi nie wpływa wprost, jak to przypuszcza Moebius, bowiem w tym razie, gdy prąd jest odczuwany, wpływ byłby większy.

W 33 przypadkach mierzono siłę obu rąk przed leczeniem chorej ręki i bezpośrednio po tem; tyczyło się to 18-tu przypadków faradycznego leczenia (51 razy), 10-ciu—galwanicznego (56) i 5-ciu—pseudoelektryzacyi (11 razy). Z otrzymanych cyfr wypływa, że w przypadkach leczonych tyleż razy znajdowano powiększenie siły, ile i zmniejszenie po leczeniu, tak samo jednak rzecz się ma w przypadkach leczonych sugestyją.

E. Remak utrzymuje, jakoby elektroterapija przyspieszała wyzdrowienie, wszakże nie podaje, na jakiej zasadzie doszedł do tego przekonania. Kwestyję tę trudno jest rozwiązać, ponieważ większość chorych sama przerywa leczenie, jedni—że już mogą pracować, inni—że zbyt długo czekają na poprawę i t. d. Otóż z niewielkiej liczby leczonych do samego końca pozostało: 1) 2 leczonych faradycznie—zupełne wyzdrowienie 25-go i 30-go dnia leczenia; 2) 28 leczonych galwanicznie—zupełne wyzdrowienie między 13-ym i 57-ym dniem leczenia; 3) 4 niby leczonych—zup. wyzdr. między 8-ym i 38-ym dniem leczenia. I te cyfry nie przemawiają na korzyść jednej wyłącznie metody.

*J. Luxenburg.*

### III. Choroby oczne.

122. Prof. SCHEELER (Berlin). **Przypadek zmętnienia błony Descemeta z częściowym jej rozpadem, jako następstwo zwyrodnienia starczego.** (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk. Październik, 1892.*)

3 Marca 1891 zjawił się u Sch. p. M. mężczyzna lat 73, uskarżając się, że od kilku tygodni coraz gorzej widzi prawem, jedynem swoim okiem. V—ca.  $\frac{1}{14}$ , Sn. I  $\frac{1}{11}$  przez okulary +14. Tn. Naczynia siatkówkowe rażąco wąskie i słabo napelnione, w wielu miejscach ostrokańczasto załamane. Dopiero przy bocznem oświetleniu, widać przez lupę + 3 zmiany w rogówce: od dołu ku górze rozciąga się w błonie Descemeta jednostajne, rozlane zmętnienie, które się poziomą linią u dolnego brzegu źrenicy odgranicza; żadnego podrażnienia oka. W okolicy przed źrenicą położonej, pomimo skarg chorego na zły wzrok, żadnych zmian nie widać. Przed 6 laty V. równał się 1, przy Hd.  $\frac{1}{13}$  ohpth. nie wykazywał nic nieprawidłowego, a zatem teraz, wobec upadku ostrości wzroku, przypuścić można, że sprawa chorobowa przeszła już na okolicę rogówki źrenicznej, tylko że nie mogła tu być jeszcze wykryta za pomocą zastosowanej w tym przypadku metody badania. Przed 8 laty z powodu glaucoma fere absolutum haemorrhagicum w lewem oku dokonana została przez Sch. irydektomia, 16 zaś Lutego 1886 lewe oko zostało wyjęte. Abusus in Baccho, arterioscle-

rosis. Napady podagry. Badanie serca i nerek dało wyniki ujemne. Zmętnienie rogówki prawego oka posuwa się zwolna ku górze, tak że w połowie Maja dochodzi już do połowy źrenicy. Oko bez podrażnienia. 2 Czerwca zjawiał się chory z okiem w stanie jaskry ostrej. 8 t. m. irydektomia, poczem wzrok podniósł się z liczenia palców na 12' do wysokości Sn CC na 14' i Sn II przez +7 na 8". Zmętnienie jednak błony Descemeteta posuwa się coraz dalej ku górze; w ciągu następnego roku dochodzi ono aż ku górnej  $\frac{1}{3}$  części rogówki, tak że V. spada do liczenia palców na 6—10' i że chory czytać zupełnie już nie może. Sprawa ogranicza się jedynie do błony Descemeteta; zmętnienie staje się coraz widoczniejsze. Od Listopada 1891 nastąpiła osobliwa zmiana, a mianowicie, skutkiem rozpadu utworzyła się w rogówce paracentralna luka wielkości lepka od szpilki, której strzępiaste brzegi wystają do przedniej komórki; w Lutym zjawiała się obok podobna luka. W miejscach tych zmętniała, szara warstwa błony Descemeteta jest przzerwana tak, że widać przez nią źrenicę. Sch. uważa całą chorobę p. M. wraz z podniesieniem ciśnienia za wyraz zwyrodnienia starczego, mianowicie arteriosklerozy naczyń wewnętrzno-gałkowych.

Za tym poglądem przemawiają: arthritis, arteriosclerosis aa. temporalis i radialis, glaucoma haemorrhagicum w lewym oku, przedewszystkiem zaś nieprawidłowa wężkość naczyń siatkówkowych wraz z ich ostrokańczastymi załamaniem, jak to się przy dalej posunięciu miażdżycowym zwyrodnieniu ścianek naczyń spotyka.

Z. Holc.

123. Dr. van MOLL (Rotterdam). **O miejscowym leczeniu głębszych cierpień oka.** (*Klin Monatsbl. für Augenheilk. Październik, 1892.*)

Kilkominutowe zlewanie oka 5% roztworem salicylanu sodu przy episcleritis daje dobre wyniki, przy kerato-scleritis i keratitis diffusa mało skutkuje. Podłącznicowe zaś wstrzykiwania sublimatu działają znakomicie w większości najrozmaitszych przypadków iritis i iridocyclitis, a także przy keratitis diffusa. Metoda: po dwukrotnym wkropleniu 10% cocain. muriat., asystent rozchyła powieki, operator zaś chwyta pincetą fałdę łącznicy i wstrzykuje  $\frac{3}{20}$  milligramma sublimatu +5 miligr. cocain. muriat. Nie należy jednak przytem zaniedbywać stosowania środków rozszerzających źrenicę (mydriatica, przy kile zaś, reumatyzmie i t. p. — leczenia ogólnego. Wstrzykiwania salicylanu sodu (Natr. salic. 0,025 + Cocain. muriat 0,005 pro dosi) wywierają bezwątpienia wpływ zbauwieny przy scleritis i lżejszych przypadkach keratitis diffusa.

Z. Holz.

124. Dr. G. COHN. **Przypadek Enophthalmus traumaticus.** (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk. Październik, 1892.*)

Dorosłego mężczyznę ubodł w prawe oko jelen, przyczem

odnoga rogu, rozdarłszy powiekę górną i łącznicę gałki, poniżej rogówki i złamawszy brzeg podczołowy, przeniknęła do jamy Highmora. W 10 miesięcy po tym wypadku C. znalazł stan następujący: prawa gałka oczna opuszczona ku dołowi o 9—10 mm., podobnie jak po rezekcyi górnej szczęki, i wgłębiona w oczodół o jakie 8—9 mm., w porównaniu z lewą. Ruchy gałki znacznie ograniczonej zwłaszcza ku górze i ku dołowi; podwójne widzenie. Badanie wziernikowe nie wykazuje nic nieprawidłowego. Napięcie obu gałek jednakowe, V. przenosi  $\frac{1}{2}$  czyli że nerw wzrokowy nie ucierpiał. Opuszczenie się prawej gałki tłoczy C. następczem bliznowatym przytwierdzeniem gałki w miejscu złamania dolnej ścianki oczodołu; wgłębienie zaś gałki w oczodół—zbliznowaceniem tkanki tłuszczowej pozagałkowej w następstwie jej zapalenia. Dotychczas opisanych jest 14 przypadków Enophthalmus, z których jedno urazowego, inne zaś nieurazowego pochodzenia.

*Z. Hole.*

125. VALUDE. **Przyczynę do nauki o jaskrze krwotocznej.** (Contribution à l'étude du glaucome hémorrhagique). *Z 22 zebrania Towarzystwa oftalmologów w Heidelbergu r. 1892, podał L. Feinstein.*

W jednej z ostatnich prac Deutschmann'a, zatytułowanej „Glaucoma haemorrhagicum“, znajduje się opis jaskry ostrej, połączonej z krwotokami na siatkówce. Deutschmann, opisując różne objawy tej postaci jaskry, nie wspomina wcale o zmianach, które podług Valude'a charakteryzują prawdziwą jaskrę krwotoczną; korzystając ze swego zbioru anatomo-patologicznego, podaje Valude zmiany, jakie znalazł w gałkach przy jaskrze krwotocznej.

Stałe zmiany znajdują się tylko w siatkówce, zmiany w tractus uvealis i nerwie wzrokowym bywają nieraz bardzo nieznaczne. Na pierwszym planie stoi zwyrodnienie szkliste albo włóknikowe, ale przede wszystkim szkliste, naczyń siatkówki. Zmianom tym towarzyszą zawsze wakuole, wypełnione wysiękiem włóknikowym, albo też próżne. Wakuole są analogiczne z pęcherzykami, które znaleźć można w mózgach starych ludzi ze zwyrodnieniem miążdżycowem. Podobne są one do tych rozszerzeń, jakie Iwanoff widział na częściach obwodowych siatkówki również u ludzi starych. Krwotoki na siatkówce znajdujemy mniej często od zmian poprzednich, które wywołują właściwą chorobę. Nieobecność krwotoków dowodzi tylko, że sprawa chorobowa trwała długo i krew uległa już wessaniu. Czasem we krwi wylanej rozwija się zwyrodnienie tłuszczowe, albo na miejscu krwotoków tworzą się torbiele. Nie znalazł Valude ani razu w swoich preparatach tętniaków miliarnych, o których wspominają Lionville i de Hache.

Naczyniówka nieraz zupełnie jest zdrowa, częściej znaj-

duje się nacieczenie drobnokonórkowe, przyczem naczynia naczyniówki są rozszerzone i wypełnione krwią. W naczyniach tęczówki częściej już zmiany znaleźć można. Zamknięcie przestrzeni Fontana bywa rzadko i zwykle jako skutek, a nie jako przyczyna jaskry krwotocznej. Zmian w nerwie wzrokowym często niema wcale.

Na zasadzie tych poszukiwań autor jaskrę krwotoczną uważa za chorobę samodzielną. Jaskra taka, podług Valude'a, zaczyna się zawsze od krwotoków siatkówkowych, mniej lub więcej licznych. Po pewnym czasie gałka stopniowo twardnieje, albo też występują od czasu do czasu napady jaskrowe. Zdarza się, że do jaskry prostej przyłączają się krwotoki na siatkówce, spowodowane przez zmiany jaskrowe w oku, albo że w oku jaskrowem przypadkowo czy to wskutek urażenia, czy innych przyczyn, pojawiają się na siatkówce krwotoki. Tego rodzaju sprawom chorobowym Valude stanowczo odmawia nazwy „glaucoma haemorrhagicum“. W prawdziwej jaskrze krwotocznej, krwotoki przedstawiają zawsze pierwszy okres choroby. Jaskra krwotoczna i absolutna mają tyle tylko wspólnego, że w jednym i drugim przypadku stopniowo podnoszące się ciśnienie gałki powoduje zanik różnych tkanek oka. Zresztą są to dwie różne choroby. I jaskra ostra różni się pod wielu względami od jaskry krwotocznej. Pierwsza jest chorobą miejscową, głównem jej siedliskiem — tractus uvealis, płyny odżywcze odgrywają w tym procesie główną rolę, ostatnia jest wyrazem ogólnych zaburzeń w układzie krążenia (głównie sklerozy tętnic), siedliskiem jej — siatkówka, zmiany w naczyniach siatkówki i całego organizmu stoją tu na pierwszym planie. Trzeba jak najściślej odróżniać jaskrę krwotoczną, bo ona i rokowanie i leczenie ma odmiennie. Rokowanie w tej chorobie zależy od ogólnego stanu chorego, leczenie również ogólnem być powinno.

Całą sprawę chorobową, rozwijającą się przy jaskrze krwotocznej, objaśnia Valude w następujący sposób: Podniesienie ciśnienia jest najprawdopodobniej skutkiem przyczyn natury mechanicznej i stanu naczyń w oku. Zmiany w tętnicach wywołują przeszkody w krążeniu. Pod wpływem tych przeszkód rozszerzają się żyły, tworzą się zakrzepy, głównie w ciele rzęskowem i tęczy. Zmiany te z jednej strony powodują krwotoki per diapedesin, albo wskutek pęknięcia ścianek w tętniakach miliarnych, z drugiej strony wywołują wysięk surowicy, który stopniowo powiększa ciśnienie. Podług dawnej hipotezy Webera, rozszerzenie żył ciała rzęskowego, zależnie od stanu ogólnego systemu cyrkulacyjnego, powoduje zamknięcie kąta tęczówkowego przez wzdęcie tegoż ciała, wzdęcie to jest tym sposobem bezpośrednią przyczyną napadów jaskrowych. Objasnienie to w zupełności się zgadza ze zmianami, jakie zwykle znajdujemy przy jaskrze krwotocznej.

126. SAMELSOHN. **Amblyopia peripherica.**

Amblyopia centralis należy teraz do dobrze znanych chorób w okulistyce. Anatomija patologiczna uczy, że przy tej chorobie rozwija się zwykle zapalenie nerwu śródmiaższowe, które obejmuje ściśle określone włókna nerwu wzrokowego. Można tę chorobę pod tym względem porównać z pewnemi chorobami rdzenia (Systemerkrankungen). Autor często zadawał sobie pytanie, czy też analogiczny proces nie może wywołać braków w obwodowej części pola widzenia. Jak wiadomo, skotomat centralny przy amblyopia centralis powoli się rozwija, czem się różni od braków w polu widzenia, zależnych od zmian centralnych, przy których skotomat jest ściśle ograniczony i nagle występuje. Faktem tym kierował się autor przy badaniu braków w polu widzenia.

Ogólna symptomatologija amblyopii centralnej i obwodowej jest prawie jednakowa. Chory przybywa ze skargami nie na zmniejszenie siły widzenia, lecz na podrażnienie pewne oka. Ani obraz wzernikowy, ani badanie powierzchowne pola widzenia nie objaśniają skarg chorego. Dopiero przy dokładnem badaniu znaleźć można bardzo charakterystyczne formy pola widzenia. Autor podaje rysunki. Obwodowa część pola widzenia przedstawia absolutny skotomat, następnie idąc ku środkowi, znajdujemy strefę skotomatu względnego, która stopniowo przechodzi w część normalną pola widzenia. W strefie względnego skotomatu chory biały kolor nazywa szarym. W lżejszych przypadkach brak strefy absolutnej względnie do koloru białego. Dopiero przy kolorze szarym pojawia się wązka strefa absolutna, podczas gdy względna prawie bez zmiany pozostaje. W cięższych przypadkach obie strefy powiększają się stopniowo. Im dłużej trwa proces chorobowy, tem więcej powiększa się strefa absolutna kosztem względnej. Centralna siła widzenia jest bardzo mało zmieniona. Chorych można by podejrzewać o symulację, gdyby nie powoli występujący zanik tarczy.

Rozpoznać chorobę przy dokładnem badaniu bardzo łatwo. Wywołują je tą same przyczyny, jakie przyjmujemy dla amblyopia centralis. Zatrucie ołowiem gra, zdaje się, główną rolę. Rokowanie i leczenie również takie same. Trwa choroba przecięciowo krócej, mniej też jest nieuleczalnych przypadków. W dwóch tylko autor widział dotąd zupełny zanik nerwu.

Zmian anatomicznych dotychczas, pomimo starań w tym kierunku, podać jeszcze autor nie może.

127. O. HAAB. **Użycie bardzo silnych magnesów do usuwania żelaznych okruchów z oka.** (Die Verwendung sehr starker Magnete zur Entfernung von Eisensplintern aus dem Auge).

Na oddział Haaba zapisała się 32-letnia kobieta, której podczas roboty wpadł do oka odłamek żelaza. Jeden koniec

odłamek leżał w soczewce, drugi w ciele szklistym. Początkowe podrażnienie prędko minęło, i na soczewce powoli bardzo tworzył się męt na tylnym biegunie. Tak przeszły 3 tygodnie. Dłużej pozostawić odłamek w oku Haab uważał za niebezpieczne, bo przypuszcza, że tego rodzaju ciała obce mogą po jakimś czasie wywołać zapalenie i spowodować utratę oka. Zresztą zachodziła obawa, aby cały odłamek nie przeniknął do ciała szklistego. To też Haab, nie wierząc zresztą w dobry rezultat, spróbował za pomocą dużego elektro-magnesu wyciągnąć ciało obce. W okamgnieniu po przyłożeniu magnesu odłamek już był w komórce przedniej, z kąd później łatwo już można było go usunąć. Po operacji zaćma zaczęła bardzo szybko się rozwijać. Długość odłamka 3 milim., szerokość 1,5 m.

W następnym przypadku, w którym odłamek nieco mniejszy od poprzedniego w całości znajdował się w ciele szklistem, operacja również się powiodła. Zdziwiony i ucieszony tym rezultatem, postanowił autor spróbować tego sposobu na chorym, u którego po wpadnięciu kawałka żelaza, utworzył się ropień w ciele szklistem i któremu wskutek tego miano gałkę wyluszczyć. Tym razem udało się przesunąć odłamek, pokryty wysiękiem białawym, do przedniego otworu rany soczewkowej, z kąd jak poprzednio wydostano go z łatwością. Pomimo że w wysięku nie znaleziono pod mikroskopem żadnych drobnoustrojów, zapalenie się wzmagало, i trzeba było przystąpić do wyluszczenia gałki.

W czwartym przypadku próba się nie powiodła. Odłamek leżał już w oku blisko 1½ miesiąca.

Wnioski wyprowadza Haab z powyższego następujące. Operację wykonywać należy jak najwcześniej. Wyjmować można ciała obce, nie tylko w soczewce, ale głęboko w ciele szklistem tkwiące. Odłamki wychodzą przez ciało szkliste tą drogą, samą którą do oka się dostały. Używać należy silnych magnesów.

Operację tę wykonywali już i inni lekarze z dobrym rezultatem. Hardy w ten sposób usunął odłamki z soczewki, Knils odłamki leżące za tęczą. Usuwanie odłamków żelaza z ciała szklistego przez soczewkę nie było dotąd robione.

128. E. MEYER. **Przyczynek do nauki o zakażeniu z wewnątrz zabiżnionych uwieżgnięć tęczy. Zabezpieczenie przeciw zakażeniu z zewnątrz.** (Klinischer und experimenteller Beitrag zur Infection vernarbter Irisvorfalle auf endogenem Wege. Schutz derselben gegen ectogene Infection).

O kwestyi tej przed dwoma laty pisał Wagenmann, a przed laty Leber. Obadwaj przyjmowali w tych razach infekcyję zewnętrzną, przyczem opierali się na następujących danych: na powierzchni wypadniętej tęczy zwykle znajdowało się owrzodzenie i nagromadzenie drobnoustrojów, następnie we



krwi tych ostatnich nie było. Podług Mayera, dane te nie są wystarczające.

Chory, u którego już od dawna na oku lewem znajdowała się blizna po wypadnięciu tęczy, dostał na początku roku zeszłego gorączki tyfoidalnej. Podczas choroby, z powodu herpes cornealis w oku prawem, wezwany był Mayer. Po kilku dniach chory zaczął narzekać i na oko lewe. W ciele szklistem autor znalazł męty. Po dwóch dniach ukazało się przy zupełnie zdrowej łącznicy powiekowej i przy braku jakiegokolwiek wydzieliny patologicznej przekrwienie w bliskości blizny. Nabłonek w tem miejscu był jakby nakłóty, wkrótce też spostrzedz można było powierzchowne owrzodzenie i jednocześnie hypopyon. Dokładne codzienne badanie wyklucza—podług autora—możliwość infekcyi zewnętrznej. Zresztą infekcyja wewnętrzna oka, oczodołów i innych organów przy tyfusie, grypie, zapaleniu płuc nie jest rzadkością. Również znanem jest, że zmiany wewnętrzne oka wywołać mogą owrzodzenia na rogówce, przyczem na owrzodzeniu znajdujemy te same drobnostrójce, które we wnętrzu oka zmiany wywołały. Zostaje jeszcze jeden dowód, przytoczony przez Wagenmanna i Lebera. Autor w tej kwestyi zapytywał bakterjologów, między innymi Chauveau'a i Vidal'a. Obadwaj są zdania, że gdy po zastrzyknięciu podskórnem jakichś zarazków, wywołujemy ropienie w oddalonym organie, obecność w takich razach drobnostrójców we krwi nie jest koniecznością. Doświadczalnie otrzymał Meyer ten sam rezultat. U królików po zastrzyknięciu pod skórę słabej hodowli streptococcus puerperalis (? red.) znalazł Meyer kokki w oku zdrowem i w oku, gdzie sztucznie wypadnięcie tęczy było wywołane, we krwi mikrobów nie było.

Pomimo to wszystko autor nie zaprzecza możliwości zarażenia zewnętrznego. Uniknąć tego za pomocą środków antyseptycznych i utrzymywania w czystości worka łącznicowego, jest nadzwyczaj w praktyce rzeczą trudną, radzi przeto przeszczepiać na bliznę kawałek łącznicy. Kuhut używał przeszczepiań takich w innym celu. Meyer odseparowuje łącznicę od góry i od dołu, albo z prawej i lewej strony blizny i po poprzednim wyrównaniu blizny za pomocą galwanokauteru zeszywa łącznicę po nad rogówką. Po niejakiś czasie łącznica, przeszczepiona do normalnej powierzchni rogówki, oddziela się i na miejscu blizny pozostaje.

Chorego takiego demonstrował autor na zebraniu okulistów w Paryżu.

129. C. HESS. **O przyczynach prążkowych zmętnień rogówki po wyluszczeniach zaćmy.** (Ueber die Ursache der streifenförmigen Hornhauttrübung nach Staarextraction).

Dotychczas dwie tylko rogówki ze zmętnieniem smugowatym badano pod mikroskopem. Jedną badał Becher przed 14 laty, drugą przed 4 Layneur i Recklinghausen. Za przy-

czynę tych zmetnień podawali oni rozszerzenie kanalików sokowych. Podług Hessa, to ostatnie nie ma nic wspólnego ze zmetnieniem smugowem rogówki po wyjęciu zaćmy.

U chorego 68-letniego wkrótce po operacyi wystąpiły na rogówce męty. 7 dnia chory umarł na zapalenie płuc. Po wyluszczeniu oka, które natychmiast po śmierci nastąpiło, gałkę włożono do sublimatu, a następnie do alkoholu. Cięcie przez gałkę było zrobione od przodu ku tyłowi i prostopadle do kierunku smug. Na tylnej powierzchni rogówki ciągnęło się 6—7 wzniesień, w tym samym porządku, jaki zauważono za życia. Na powierzchni cięcia widać, że wszystkim tym wzniesieniom odpowiadają wycięcia tylnych warstw rogówki ku tyłowi. Pod mikroskopem autor znalazł nieznaczne, jednostajne rozszerzenie kanalików sokowych jedynie w warstwach powierzchniowych. Błona Descemeta i nabłonek wszędzie normalny, i pokrywa zupełnie te wzniesienia. Na całość nabłonka zwraca Hess szczególną uwagę, bo niektórzy w zranieniu nabłonka chcą widzieć przyczynę tych smug. Nie widział też Hess zwyrodnienia szkliste, na które Layneur wskazywał.

Doświadczenia na królikach potwierdziły pogląd Hessa.

Powstawanie wzniesień na tylnej powierzchni rogówki objaśnia się w następujący sposób: Po przecięciu rogówki krzywizna tej ostatniej zmniejsza się w południku pionowym, w poziomym zaś zostaje bez zmiany albo się trochę powiększa. Ta nierówność w naprężeniu rogówki w obu południkach tak działa, jak gdyby rogówkę uciskano z boków. Uciskowi najwięcej ulegają tylne warstwy, i dla tego te ostatnie układają się w fałdy. Przeciwnie warstwy powierzchniowe najwięcej są naprężone i zostają gładkimi. Na powstawanie zmetnień smugowatych wpływa oczywiście elastyczność i odporność rogówki. Na czas powstania i trwania tych zmetnień wpływa stan brzegów rany rogówkowej.

#### IV. Choroby dziecięce.

130. L. HIRT. **Epidemija drgawek historycznych w szkole wiejskiej.** (Eine Epidemie von hysterischen Krämpfen in einer Dorfschule). (*Berlin, Klinische Wochenschrift, nr. 50, 1892.*)

We Wrześniu r. z. dr. Lindner przysłał prof. Hirt'owi trzy dziewczynki ze szkoły wiejskiej w Gross-Tinz pod Lignicą, które prawie jednocześnie zachorowały przy następujących objawach: niedowład obu nóg z bezwzględną niemożnością chodzenia, peryjodyczne drżenie i drgawki całego ciała, jeden lub kilka napadów hystero-epileptycznych w ciągu doby. Zwłaszcza charakterystycznym był pierwszy przypadek. Pacyjcentkę

przyniesiono z dworca do mieszkania Hirta i ułożono na sofie, gdyż zupełnie nie mogła chodzić. W parę chwil potem zjawilo się drżenie całego ciała, zeszytwnienie mięśni, przyśpieszenie oddechu, ślinienie, drgawki kloniczne i toniczne, utrata przytomności. Potem „arc de cercle“, halucynacje, obłęd (widzenie czarnych ludzi)—słowem klasyczny napad histero-epilepsyi, który trwał  $\frac{1}{2}$  godziny. Objawy chorobowe u dwóch innych dziewcząt były prawie identyczne, tylko ostatnia nie traciła nigdy przytomności i nie miała histero-epileptycznych napadów. Wszystkie trzy dziewczyny były dobrze zbudowane i odżywiane, inteligentne i nieobciążone dziedzinie. Jak się Hirt dowiedział od krewnych tych dziewcząt, przypadków podobnych w szkole w Tinz było mnóstwo. Udał się on więc tam i znalazł stan następujący: Pierwszy przypadek zachorowania w szkole miał miejsce 28 Czerwca r. z. 10-letnia dziewczynka, bez powodu, dostała drżenia najprzód w prawej ręce, a potem i we wszystkich mięśniach ciała. Stan ten trwał  $\frac{1}{2}$  godziny i przeszedł, nie pociągając za sobą następstw. Następnego dnia drżenie występuje już u kilku dziewcząt w zupełnie podobny sposób; przytem zachorowały nie sąsiadki, a dziewczęta siedzące o kilka ławek dalej. Te napady drżenia powtarzały się regularnie codzień i trwały coraz dłużej, tak że zajęcia szkolne na tem cierpieć zaczęły. W początkach Lipca jedna z dziewcząt dostała drgawek, upadła z ławki na ziemię, a choć ją natychmiast wyniesiono z klasy, zaraza rozprzestrzeniła się dalej i już 19 Lipca ilość chorych wynosiła 20. Od 14 do 20 Lipca oczom lekarza przedstawił się następujący widok w klasie: Prawie na każdej ławce występowały napady drgawek, rozprzestrzeniających się na całą muskulaturę, dziewczęta padały pod ławki i koledzy chłopcy musieli je wynosić z klasy do domu, gdzie napady ustępowały po  $\frac{1}{2}$  do 1 godziny. Z tych dwudziestu dziewcząt osiem podczas napadu traciły zupełnie przytomność. 20 Lipca dziewczęta zostały rozpuszczone na wakacje, po powrocie z których 19 Sierpnia do klasy, napady i drgawki nie powtarzały się wcale. Niektóre tylko z dziewcząt cierpiały na mocne bóle głowy, tak, że musiano wyprawiać je z klasy do domu; po wakacjach jesiennych i te bóle głowy zupełnie ustąpiły.

Nie ulega wątpliwości, że mamy tu do czynienia z napadami histerycznymi, choć drżenie nie należy do częstych objawów histeryi. U dwóch dziewczyn, co się zgłosiły do Hirta, przyczyną drgawek histerycznych był przestrah: u jednej na skutek pożaru, u drugiej—napadu psa wściekłego. To, że z 38 dziewcząt, będących w szkole, tylko 20 zachorowało, objaśnić można usposobieniem indywidualnem; dziwnem natomiast jest to, że ani jeden z 32 chłopców nie zachorował, choć, jak wiadomo, histeryja u chłopców występuje dość często.

Ztąd wnosi Hirt, że wogóle chłopcy są mniej uspojeni do histeryi niż dziewczęta.

Jako przyczyny choroby nie można uważać siedzenia w szkole, gdyż z jednej strony zdarzają się w Tinz przypadki zasłabnięcia po za szkołą, a powtóre pomieszczenie szkolne było wogóle bardzo odpowiednie, służyło do nauki już od kilku dziesiątków lat, a nigdy nie zdarzyły się przypadki podobnych masowych zasłabnięć. Natomiast, zwłaszcza na powstanie pierwszego przypadku, miał bezwarunkowo wpływ silny upał, jaki panował około końca Czerwca.

Co się tyczy leczenia, to Hirt głównie używał poddawania na jawie, albo przy lekkim uspieniu. Dwom najpierw uspionym dziewczętom, wniósł Hirt, że potrafią chodzić i nie będą miały napadów. Poddawanie tak dalece poskutkowało, że dziewczyny, które musiano wnieść do pokoju, o własnych siłach poszły na spacer i przez 40 dni nie miały wcale napadów, oprócz dwóch bardzo lekkich u drugiej dziewczynki. Hirt twierdzi, że wyzdrowienie uważać można za zupełne, co jednak z wielu względów podać można w wątpliwość, gdyż wiadomo jak trudno uleczalnemi są zaburzenia histeryczne i jak łatwo, przy lada sposobności, histeryja w tej lub innej formie na nowo wybuchnąć może.

*Stanisław Kamiński.*

131. M. A. PHILIPPOFF. **O przebiegu szkarlatyny, powikłanej grypą.** (*Arch. f. Kinderheilk. T. XIV, Z. 6, 1892.*)

Autor na 45 przypadków szkarlatyny spostrzegł 16 z jednocześnie przebiegającą grypą, z tych ostatnich w trzech influenza miała przebieg ciężki (z zapaleniem płuc), w pozostałych lekki. Zwykle w lżejszych przypadkach choroba rozpoczynała się gorączką od 38—39°, suchym kaszlem, kichaniem i strzykaniem w uchu, poczem występowały objawy ze strony przewodu pokarmowego i utrata łaknienia, pragnienie, język obłożony i t. p., wreszcie ze strony systemu nerwowego zauważono niepokój, ból głowy i ogólne osłabienie. Przy obiektywnem badaniu spostrzegano zwykle objawy influenzy, mianowicie: nastrzyknięcie spojówek, przekrwienie błony śluzowej nosa i gardzieli, rzężenia w płucach etc. Stan taki trwał 2—3 dni, poczem ciepłota podniosła się odrazu do 40°, a wkrótce też wystąpiły zwykle objawy typowej lekkiej postaci szkarlatyny. Charakterystyczną była atoli ta okoliczność, iż po wystąpieniu rzeczonych objawów, ustąpiły niejako na drugi plan objawy influenzy. W żadnym z powyższych przypadków nie było powikłań ze strony stawów i nerek.

Co się tyczy trzech cięższych przypadków, to przebieg ich był mniej więcej jednakowy; rozpoczęły się one gorączką około 39° i zwykłemi objawami silnej grypy, powikłanej zapaleniem płuc, poczem wystąpiła dość ciężka szkarlatyna, trwająca około trzech tygodni z równocześnie przebiegającym za-

paleniem płuc, jako następstwem albo raczej dalszym ciągiem pierwotnej grypy oraz ciężkim zapaleniem ucha. Zejście i tu było w rezultacie pomyślne.

W końcu autor, wychodząc z założenia, że wszystkie prawie spostrzegane przezeń przypadki szkarlatyny, powikłane grypą, miały lekki przebieg i wszystkie bez wyjątku zakończyły się pomyślnie, dochodzi do wniosku, iż zarazki obu chorób, działając bezpośrednio na siebie, modyfikują w ten sposób niejako swą siłę chorobotwórczą.

*Koral.*

132. O. HEUBNER. **O podobnem do gnilca cierpieniu ssawców rachitycznych.** (*Jahrb. f. Kinderheilk. T. XXXIV, Z. 4, 1892 r.*).

Mało znane po dziś dzień cierpienie powyższe (ogółem 50 przypadków, zanotowanych w literaturze) dotyka przeważnie dzieci w wieku od 10—14 miesięcy. Dotychczas w zupełnym zdrowiu, poczynają się dzieci uskarżać na niezwykłą bolesność kończyn, przeważnie dolnych; ból ten powiększa się stopniowo, zwłaszcza przy każdym poruszeniu, równocześnie zaś kończyny obrzmiewają, dziecię traci sen i łaknienie, gorączkuje, a niekiedy występują u niego obfite poty, przeważnie na głowie. Wezwany lekarz na pierwszy rzut oka sądzi, iż ma do czynienia z ostrym goścem stawowym, bliższe jednak badanie wykazuje, że stawy są zupełnie niezajęte i bezbolesne, ból zaś występuje dopiero przy obmacywaniu miejsc, odpowiadających trzonom kości.

Do powyższych objawów przyłącza się wkrótce jeszcze jeden nader ważny, mianowicie krwawienie dziąseł, zwłaszcza naokoło wyrzynających się ząbków. Dziąsła same silnie obrzmiewają, nabierają sinawej barwy i krwawią przy najmniejszym dotknięciu, a nawet otwarciu ust. Równocześnie na rozmaitych miejscach skóry pokazują się blado-sine plamy, powieki zaś (jedna lub obie) obrzmiewają i sinieją. Badanie innych narządów nie wykazuje nic anormalnego, w niektórych jedynie przypadkach spostrzegano nieznaczny białkomocz.

Jakkolwiek wielu już autorów (od r. 1859) opisywało cierpienia z objawami, podobnemi do powyżej przytoczonych, pierwszy jednak dopiero Barlow <sup>1)</sup> zajął się szczegółowem ich zbadaniem i doszedł do przekonania, iż mamy do czynienia ze sprawą krwotoczną w systemie kostnym, mianowicie pomiędzy okostną i kością, następstwem czego z jednej strony jest oddzielanie się okostnej od kości, dalej zaburzenia w odżywianiu tej ostatniej, martwica, łamliwość i niekiedy złamania, z drugiej zaś silne bóle, obrzmienia kończyn i zaburzenia w ogólnym stanie. Są to jednym słowem objawy, opisywane przez innych autorów, jako ostry przebieg angielskiej choroby, lub skorbut.

<sup>1)</sup> *Medico-Chirurgical Transactions, London, 1883 r.*

Etyjologia powyższego cierpienia nie jest dokładnie znana; jako przyczynę usposabiającą podają, zarówno jak i przy gnilec, brak jakościowo dobrego pożywienia.

Rokowanie jest nie zawsze pomyślnem, opisują bowiem pewną ilość przypadków z zejściem śmiertelnem. W każdym razie nawet i przy odpowiednim leczeniu, cierpienie trwać może kilka miesięcy, powodując znaczne wycieńczenie dziecka.

Leczenie polegać powinno przeważnie na odpowiedniej dyjecie: świeże mleko pasteryzowane, kilka łyżeczek świeżo wyciśniętego soku mięsnego, z domieszką malagi lub wina węgierskiego, sok pomarańczowy (2—3 łyżeczek dziennie), niektóre jarzynki. Przy silnych bólach kończyn dobrze działają przysznicowskie zawijania, a w celu niedopuszczenia do złamań kości, należy nałożyć mocny opatrunek. *Koral.*

133. CASSEL. **Przyczynę do nauki o ostrem zapaleniu otrzewny u noworodków.** (*Berl. Klin. Woch. nr. 42, 1892 r.*).

Autor spostrzegł trzy przypadki tego stosunkowo rzadkiego cierpienia u noworodków w wieku od 12—21 dni. Wszystkie trzy zakończyły się śmiercią po kilku dniach choroby, a przy sekcyi znaleziono w dwu przypadkach włóknikowe ograniczone zapalenie otrzewny, otaczającej kiszki grubą, oraz nieżyt błony śluzowej tejże kiszki, w trzecim zaś, zupełnie niemal analogicznym, sekcyja nie była dokonana. Objawy spostrzegane za życia były następujące: silny ból brzucha, zwłaszcza przy dotknięciu, na które dziecko reagowało głośnym krzykiem, skóra na brzuchu silnie naprężona, żyły brzucha przepełnione, stolec nieregularny i wymioty (w jednym tylko przypadku), ciepota nieco podniesiona i skłonność do zapaści.

Co się tyczy etyologii powyższego cierpienia, to autor przypuszcza możliwość związku z poprzednio przebytym nieżytem kiszek.

Leczenie, jakkolwiek bezskuteczne, polegać powinno na odpowiednim odżywianiu dziecka; przy zagrażającej zapaści stosować można środki pobudzające w odpowiednich dawkach.

*Koral.*

134. F. KRÜGER (Dorpat). **O karmieniu niemowląt mlekiem krowiem.** (Ueber die Ernährung des Säuglings mit Kuhmilch. Odczyt na Zjeździe lekarzy infanckich w Wenden). (*St. Petersburg, Med. Woch. 24 grudnia 1892 r.*).

Autor omawia w krótkości sposoby rozcieńczania mleka krowiego, przytaczając tablice z odsetkami głównych składników mleka krowiego i matczyngo. Z tablic tych widać, iż mleko krowie nie jest tak niestrawne dla niemowlęcia, ażeby trzeba je było poddawać w znacznem rozcieńczeniu. Przy rozcieńczeniu wodą w stosunku 1:1 mleko krowie ze względu na ilość sernika (kazeiny) najbardziej zbliża się do kobiecego, posiada tylko mniejszą ilość cukru, który dodać należy. Roz-

cieńczenie większą ilością wody uważa autor za nieracyjny, ponieważ takie pożywienie wtedy tylko dostarczy ssawcowi niezbędnej mu ilości białka, jeżeli będzie przyjęte w znacznej ilości, co prowadzi do nadmiernego rozszerzenia żołądka i zaburzeń w trawieniu. Nadto częste przyjmowanie płynu w obfitej ilości pociąga za sobą częste oddawanie moczu i wynikające ztąd niedogodności. Również za niewłaściwe uważa autor podawanie ssawcowi samego mleka, które zawierając więcej białka, niż matczyne, wywołuje przeładowanie żołądka z wszelkimi tegoż konsekwencyjami. Oprócz stopnia rozcieńczenia mleka, K. radzi też uwzględniać dawkowanie każdorazowej porcyi. Autor podawał 9-gu dzieciom 6—7 razy w ciągu doby mleko z wodą (wyjałowione), zwiększając stopniowo koncentrację w następnym stosunku i ilości: począwszy od urodzenia do końca I-go miesiąca (1:1) 90 ctm. sz.; w II-gim mies. (5:3) 120 ctm. sz.; w III-cim (6:3) 135 ctm. sz.; w IV-tym (7—3) 135 ctm. sz.; w V-tym (7:2) 135 ctm. sz.; w pierwszej połowie VI-go (8:1); później zaś czyste mleko. Przy takim odżywianiu, dzieci doskonale się rozwijały, przybierając normalnie na wadze, o czem przekonał się w 2-ch przypadkach, ważąc dzieci co tydzień aż do VII-go miesiąca. Wnioski autora: 1) Mleko krowie powinno być podawane w takim rozcieńczeniu, w jakim najbardziej jest zbliżone do składu mleka matczyne. 2) Powinno posiadać odpowiadającą zawartę w matczynem mleku ilość cukru. 3) Należy uwzględniać naturalną ilość przyjmowanego każdym razem pokarmu. 4) Pokarm powinien być sterylizowany. *B. Polikier.*

135. BARBILLON (Paryż). **Kilka uwag ogólnych o t. zw. gorączce rozwojowej.** (Quelques considérations générales sur la fièvre dite de croissance). (*Rev. mens. des mal. de l'enf.* 1892 r., nr. 1).<sup>1</sup>

Autor opisuje i poddaje krytyce hipotezę o istnieniu odrębnej postaci gorączki, występującej w okresie, kiedy dziecko rośnie i opisanej przez niektórych autorów francuskich pod nazwą „fièvre de croissance“. Zdaniem zwolenników tej hipotezy (Bouilly i inni), gorączka ta pojawia się przeważnie u dzieci od lat 11 do 13-tu, również w okresie dorastania do 18-go roku życia, częściej u chłopców, niż u dziewcząt. Według tychże autorów, jest ona odczynem ze strony organizmu na podrażnienie, umiejscowione w chrząstce diafizo-epifizarnej. Jest to więc wzmoczenie czynności osteogenicznej. Za główne objawy powyższego cierpienia uważają rzeczeni autorzy: podniesienie ciepłoty, ból w epifizach i zwiększenie wzrostu. Ma ono przedstawiać 3 odmienne typy, występując jużto w postaci ostrej, szybko przebiegającej (nagły początek, trwanie 1—2 dni), jużto ostrej przeciągającej się, jużto przepuszczającej (Bouilly). Omawiając powyższe fakty, autor dowodzi, że obecność trzech wzmiankowanych objawów nie wystarcza by-

najmniej do uznania gorączki w czasie fizjologicznego rośnięcia za odrębną postać chorobową (entité morbide). Zarówno gorączka, jak ból w epifizach i powiększenie wzrostu dają się spostrzegać w bardzo wielu chorobach wieku dziecięcego i młodzieńczego. Napotykają się one w gorączkach wysypkowych, przy ostrem zapaleniu migdałków, zapaleniu płuc i t. p., słowem przy wszelkich chorobach ostrych, przebiegających w fazie rozwijania się organizmu. Nadto zdarzają się one przy cierpieniach kości, spowodowanych zapaleniem szpiku kostnego (osteomyelitis). Prócz tego autor zwraca uwagę na pewien stan gorączkowy, występujący u dzieci po wysiłkach i przypominają poniekąd objawy gorączkowe, spostrzegane nieraz u żołnierzy po długich marszach. Gorączka taka niema nic wspólnego z wzrastaniem dziecka. *B. Polikier.*

136. V. GALTIER (Lyon). **Przyczyny krztuśca.** (Etiologie de la coqueluche). *Lyon Médical*, 11, XIII, 1892 r.).

W Grudniu r. 1886 i w pierwszych miesiącach r. 1887 autor miał sposobność zbadać płwocinę 11-tu osób jednej rodziny, dotkniętej krztuścem. Z płwociny tej autor otrzymał kilkakrotnie hodowle mikrokoka, którego zdołał izolować, a następnie wykonał cały szereg prób z czystymi tegoż hodowlami na cielęciu, owcach, kozach, psach, kotach, zającach i świnkach morskich. Doświadczenia były robione w ten sposób, że zwierzęciu wdmuchiowano w stanie rozpylonym mieszaninę wody z hodowlą lub z płwociną, czasami zaś mieszaninę płwociny z wodą wstrzykiwano w błonę śluzową nosa lub podniebienia.

Wynik doświadczeń na cielęciu, baranie i kozie był ujemny; z wielu zajęcy i świnek morskich tylko w 2-ch dodatni, lepsze wyniki dały psy a zwłaszcza kury. Cò się tyczy chorych, których płwocinę wzięto do doświadczeń, to najprędzej wyzdrowiały te osoby, które używały do wziewań terpentyny, a do płukania emulsyi z esencji terpentynowej.

Wnioski autora: 1) Koklusz jest chorobą wywołaną przez mikroby; 2) wytwarza go mikrob rosnący w obecności tlenu (aërobie), łatwo hodujący się i znajdujący się w znacznej ilości na najstalszych częściach płwociny; 3) płukania i wziewania z terpentyny mogą być bardzo pożyteczne; 4) krztusiec może być udzielony niektórym zwierzętom, najłatwiej psu i kurze, które najbardziej nadają się do badań doświadczalnych. *B. Polikier.*

137. J. Bokai. (Buda-Peszt). **Niezwykłe krótki okres wylegania płonicy.** (Ueber abnorm kurze Incubationszeit des Scharlachs. Rzecz czytana na zebraniu lekarzy i przyrodników węgierskich). (*Archiv. f. Kinderheilkunde*, T. XIV, z. I i II).

Kwestyja długości okresu wylegania płonicy, pomimo iż oddawna stanowi przedmiot badań, nie została dotychczas



wyjaśniona tak dokładnie, jak trwanie okresu wylegania w innych wysypkach ostrych (ospy, odry, ospy wiecznej). Nawet w najnowszych podręcznikach pedyjatrii nie znajdujemy stanowczej odpowiedzi na pytanie, jak długo trwa okres wylegania płonicy. Dawniejsi autorowie przypuszczali 8—14 dni, nowsi zaś, zwłaszcza Johansen dowodzą, że najczęściej nie wynosi więcej nad 4 doby. Trousseau, Murchison, Sörensen <sup>1)</sup> i inni opisywali przypadki płonicy z jeszcze krótszym okresem inkubacji. Do tych ostatnich autor dodaje 2 własne przypadki spostrzegane na oddziale błonicowym szpitala „Stepfani” w Peszcie. W obu przypadkach stadium incubationis trwało nie dłużej nad jedną dobę; dotyczyły one dzieci (1. 4<sup>1/2</sup> i 2), poddanych tracheotomii wkrótce po przybyciu do szpitala z powodu dławca błonicowego. Tak u jednego jak i u drugiego wystąpiła się nazajutrz wysypka płonicowa przy tem. 40—41° stopni (w odbytnicy), podczas gdy dnia poprzedniego jedno miało 37,1°, drugie 37°. Za zarażeniem się w szpitalu przemawiało jednoczesne wystąpienie objawów płonicy u obojga, oraz ta okoliczność, że w tym czasie szkarlatyna grasowała na oddziale błonicowym. Nie była to również błonica szkarlatynowa, gdyż w tego rodzaju przypadkach niezmiernie rzadko błonica przechodzi na tchawicę. Przypadki autora stwierdzają fakt znany z doświadczenia, że osobniki operowane odznaczają się wielką skłonnością do zakażenia płonicą.

B. Polikier.

## WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

138. Okres wylegania płonicy. Soerensen zauważył niejednokrotnie, że położnice oraz chorzy po tracheotomii posiadają szczególną skłonność do zarażania się płonicą. W tego rodzaju przypadkach pierwsze objawy choroby występowały prawie zawsze w 3 dni po traumatyzmie, a w niewielu (7 na 38) tegoż samego dnia. Zdaniem autora długość okresu inhalacyjnego w płonicy waha się między 1 a 4 dniami, najczęściej wynosi 2 do 3 dni i tylko wyjątkowo przechodzi 4 doby. U osób, posiadających jakąkolwiek ranę, okres ten bywa zawsze krótszy. (*Revue Mens. des maladies de l'enfance.*)

B. P.

139. Le Dentu opisuje nerkę, która w świeżym zupełnie stanie zawierała w sobie kamienie i gazy. Te ostatnie składały się z azotu, tlenu i 8% kwasu węglowego, co już samo usuwa podejrzenie, że przenikły one tam z powietrza. Nie były też one produktami gnilnemi, gdyż nie zawierały ani wodoru, ani siarkowodoru. Autor sądzi, że gazy te pochodziły ze krwi i że przedo-

<sup>1)</sup> Por. ref. z pracy Soerensena poniżej.—*Spraw.*

stały się do nerki wskutek pewnego rodzaju eksosmozy. Podobny przypadek w literaturze znany jest tylko jeden (Lannelongue).

W. J.

140. Trambusti z Florencyi starał się wywołać u psów i królików **sztuczne zwyrodnienie glikogenowe i szkliste** rozmaitych narządów przez przecięcie im plexus coeliacus, trucie ich acetonem lub wreszcie wyniszczenie głodem. Tylko pierwsza droga prowadziła do celu. Rozwijało się zwyrodnienie szkliste i glikogenowe tylko w wątrobie i nerkach odpowiednich zwierząt; w innych organach wykryć go nie można było. T. uważa fakty te za dowód, że niektóre przynajmniej zwyrodnienia powstają pod wpływem zaburzeń w układzie nerwowym.

W. J.

141. Prof. Cervello z Palermo bardzo zachwala **działanie fenokolu przy malarii**. Z pomiędzy 18 przypadków tej choroby w 15 nastąpiło wyleczenie nadzwyczaj szybkie przy stosowaniu 1,0 lub 1,5 grm. fenokolu, w dwóch lub trzech dawkach co 2 godziny przed mającym nastąpić napadem. W trzech tylko przypadkach środek ten zawiódł, lecz było to w początku badań autora, gdy stosował go w zbyt małej dawce, przytem w przypadkach, które poddawały się z trudnością leczeniu chininą. C. uważa, że fenokol jest jedynym środkiem zdolnym w zupełności zastąpić chininę w przypadkach, w których środek ten jest przeciwwskazany lub nie działa.

W. J.

142. Eichler z San-Francisko radzi opatrywać wszelkiego rodzaju rany **balsamem peruwijańskim**, twierdząc, że gojenie się ich następuje przytem bardzo szybko.

W. J.

143. Huchard przytoczył w Towarzystwie lekarskiem w Paryżu **przypadek zapalenia ropnego ucha średniego**, z następującą trombozą venae jugularis, zapaleniem wsierdzia przyściennego, nie na zastawkach, i ropnym zapaleniem mięśnia sercowego. Rzecz ta nie była za życia rozpoznana i dopiero autopsyja wykazała, że tak groźna choroba u chorego się rozwinęła.

W. J.

144. Chcąc wyjaśnić **istotę zmian anatomicznych przy niestających wymiotach u ciężarnych**, Lindemann zbadał dokładnie wszystkie narządy kobiety zmarłej na tę chorobę i jej płodu. Okazało się przytem, że zmian nie było w sercu, mięśniach, poprzecznie prążkowanych, nadnerczu, gruczole tarczowym i w organach rodnych, łącznie z łożyskiem. W innych, a mianowicie w wątrobie, nerkach, śledzionie i w wielu zbadanych nerwach znalazł L. zwyrodnienie tłuszczowe lub ziarnisto-białkowane, a więc zmiany właściwe chronicznemu zatruciu. Autor skłonny jest na zasadzie tego uważać całą chorobę właśnie jako samozatrucie. Prowadzi ono do śmierci matki, płód zaś — w którego narządach L. stwierdził zmiany analogiczne — czyni niezdolnym do życia.

W. J.

145. Labbé opisuje przypadek **dwustronnego przerostu sutki**. U pewnej 14-letniej dziewczyny sutki zaczęły nagle tak rosnać, że po 8 miesiącach trzeba je było amputować. Okazało się przytem, że prawa ważyła 3,900 gramów, a lewa 3,500 grm. Badanie anatomiczne wykazało przerost włóknisty zrazików gruczołu.

W. J.

146. Bollinger opisuje przypadek **wypchania żołądka i dwunastnicy masą włosów** u pewnej dziewczyny, która miała zwyczaj łykać je już od dzieciństwa. Wytworzyły one rodzaj guza, wypełniającego całkowicie światło tych narządów i wywierającego na nie taki ucisk, że ścianki ich były zupełnie ściśnięte. Waga włosów zbitych w bardzo gęsty zwój wynosiła 900 grm. *W. J.*

147. **Leczenie alopeciae.** Chatelain poleca następujący sposób, który działał nieraz tam nawet, gdzie inne wypróbowano bez skutku. Włosy należy obciąć zupełnie krótko, a miejsca dotknięte cierpieniem, natarłszy poprzednio liq. Van Swieteni, posmarować collodio jodato w ten wszakże sposób, żeby warstwa collodionis pokrywała większą nieco przestrzeń, niż zajmuje chora skóra. Po kilku dniach pozostała skorupa zaczyna pękać i odpadać; wtedy znowu powtarzać należy nacierania liquore dwa razy dziennie, dopóki skorupa nie odpadnie zupełnie, poczem jeszcze raz posmarować collodione i t. d. Niekiedy po trzykrotnym już takim zabiegu zaczyna pokazywać się włosy, a po 2 miesięcznym leczeniu następuje często zupełne wyzdrowienie. (Bull. medic. 1892, nr. 92).

*Fr. G—yć.*

148. **Atropina przy hypersekrecyi żołądka.** Forlanini badał u chorych wpływ atropiny na wydzielanie soku żołądkowego, jego ilość i skład chemiczny. U 4 chorych z nadmiernem wydzielaniem soku, jednocześnie z próbnem śniadaniem lub na 10—15 minut przedtem podawał 0,5—2 mlgrm. atropiny do wewnątrz lub podskórnie. W ciągu dni kilku T. mógł stwierdzić zmniejszanie się ilości soku żołądkowego i chlorków, wkrótce jednak działanie ustało, a nawet wystąpiło pogorszenie w stanie ogólnym i w chemizmie trawienia, leczenia wskutek tego należało zaprzestać. Autor wnosi ztąd, iż przy przewlekłej hypersekrecyi środek to szkodliwy, natomiast w ostrej oddać może pewne usługi. Do tych samych wniosków doszli dawniej Bouveret i Devie. (Gazz. med. di Torino 10/XI 1892 r., Wien. Med. Woch., nr. 11, 1893). *J. Zaw.*

149. P. Palma stosował na klinice prof. Jakscha w Pradze czeskiej **kalomel przy chorobach wątroby** 3 razy dziennie po 0,2. W 4 przypadkach marskości wątroby z obrzękami i ascites ilość moczu zwiększyła się i wszelkie objawy podmiotowe znikły. W 2 podobnych przypadkach, w których zmiany w wątrobie były bardzo posunięte, kalomel nie miał wpływu na ilość moczu. Również nieznaczne było działanie moczopędne kalomelu w przypadkach, w których marskość wątroby nie była połączona z obrzękami. Objawy podmiotowe jednak (ból w żołądku, brak apetytu) zniknęły, a w jednym przypadku zmniejszyła się żółtaczka. W jednym przypadku wtórnego raka wątroby ze znacznym ascites pod wpływem kalomelu diureza wzmożła się, kaszel się zmniejszył i podmiotowy stan chorej się polepszył. (Th. M. nr. 3, 1893). *E. Br.*

150. Prof. Mendel zaleca **duboizinę** jako hypnoticum w chorobach umysłowych, w których bezsenność spowodowana jest głównie przez niepokój ruchowy. 0,0005—0,0008 grm., wstrzyknięte pod skórę, sprowadza uspokojenie układu mięśniowego, a w następstwie sen. Na tem samym polega dobre działanie tego środka

w drżączce porażennej (0,0002 grm. 3 razy dziennie): drżenie ustaje, sztywność mięśni zmniejsza się, sen polepsza się. Przy zalecanych małych dawkach autor żadnych objawów zatrucia nie spostrzegął, natomiast ostrzega przed większemi dawkami, które mogą być szkodliwe. (Neur. Centr. nr. 3, 1893 r.) *E. Br.*

151. **Piperazyna**, środek zalecany przez prof. Ebsteina w Getyndze przeciw diathesis urica—może powodować białkomocz. (Ther. Med. nr. 3, 1893 r.) *E. Br.*

152. **Salol** (2 grm. 3 razy dziennie) **sprowadza zniknięcie cukru z moczu** i polepszenie innych objawów cukrzycy, nawet przy zachowaniu diety mieszanej, nie ściśle anti-diabetycznej. W ustroju, jak wiadomo, rozkłada się salol na kwas karbolowy i salicylowy, które pojedynczo działają podobnie jak salol, ale słabiej. Chorzy znoszą salol dobrze. W razie pojawienia się objawów otrucia—brak apetytu, wymioty, szum w uszach, białkomocz—trzeba zaprzestać podawania tego środka. Przeciwwskazanie stanowi zapalenie nerek. (Ther. Mon. nr. 3, 1893 r.) *E. Br.*

153. Wbrew doświadczeniom, zrobionym przed niedawnym czasem w laboratorium Edisona przez Petersona i Kennelly'ego. Prof. Benedikt utrzymuje, że **magnes jest wywrzeć w stanie na ustrój wpływ specjalny**, wywołując uspokojenie układu nerwowego, zniknięcie bólów, pogrążając człowieka w stan podobny do hipnozy. Działanie to nie polega na sugestyi, gdyż następuje nawet wtedy, kiedy osobnik poddany doświadczeniu o bliskości magnesu nic nie wie. Magnes, którego kotwica jest przyłożona zachowuje jeszcze część swej siły magnetycznej i działa jeszcze na ustrój. Niektóre osobniki odznaczają się szczególną wrażliwością względem magnesu i u nich magnetoterapia może być stosowana z powodzeniem. (Neur. Centr. nr. 6, 1893 r.) *E. Br.*

154. **Egzalgina** (Methylacetanilid) niejednokrotnie była stosowaną **przeciwko płasawicy** z bardzo dobrym skutkiem. Środek ten znośną dzieci bardzo dobrze; nawet przy stosowaniu większych dawek nie spostrzegano żadnego ubocznego działania. Za zwykłą dawkę u dzieci przyjęto 0,15 trzy razy na dzień, śmiało można jednak i większe dawki stosować. Egzalgina działa przedewszystkiem na ruchy płasawiczne, które pod jej wpływem stopniowo słabną, nakoniec zupełnie ustępują; nie pozostaje ona jednakże bez wpływu i na inne objawy płasawicy, zaburzenia w trawieniu, ogólne osłabienie, bezsenność, zaburzenia psychiczne, które również znikają. (W. Med. Pr. 44, 1892.) *H. K.*

155. Dr. Eklund ze Sztokholmu gani zwyczaj stosowania podczas **krwotoków u suchotników zimnych napojów**, oraz kawałków lodu. Podług niego zimne napoje mogą tylko powiększyć krwotok. Mianowicie, drażniąc gałązki żołądkowe nerwu błędnego, wywołują napady kaszlu, oprócz tego, powodując skurcz naczyń żołądkowych, sprzyjają napływowi krwi do płuc. Sami nawet choroby, którzy często krwotokom podlegają, unikają zimnych napoi, wiedząc dobrze z doświadczenia, że wprowadzenie do żołądka zimnego płynu wywołuje bezwzględnie napad kaszlu w połączeniu z krwio-

pluciem. Dr. Eklund radzi w takich razach zamiast napoi zimnych letnie i kleiste. (La Sem. Méd.). H. K.

156. Dr. P. Caseiani z Montecatino zaleca chininę, jako środek przeciwko napadom hystero-epileptycznym. Ze spostrzeżeń swych wyprowadza wniosek, że preparaty chininy mają własność wstrzymywania powrotów napadów hystero-epileptycznych, jeżeli takowe pewną peryjodyczność zdradzają. Dla wywołania niezawodnego skutku trzeba chininę w większych dawkach po 0,8—1,0 na godzinę podawać przed napadem. Z pomiędzy wszystkich preparatów chininy autor dwusiarczanowi (chininum bisulfuricum) pierwszeństwo oddaje. (Sém. med. nr. 22). H. K.

157. Dr. H. Lohnstein ogłasza dalsze spostrzeżenia nad zastosowaniem antroforów przy zapaleniach zakaźnych cewki. Autor stosował antrofony w 247 przypadkach rzerzączki ostrej, podostrej, przewlekłego zapalenia przedniej części i tylnej części cewki. Przy tryprze ostrym stosuje autor po dokładnem przemyciu cewki codziennie jeden antrofor (zawierający 2—5% talliny), przy podostrej i przewlekłej rzerzączce codziennie lub też co 2—3 dzień antrofony zawierające adstringentia lub też caustica. Użycie antroforów jest wskazane: 1) przy ostrej rzerzączce, jeżeli nie ma zbyt silnych objawów zapalnych, 2) przy podostrym i chronicznym tryprze w połączeniu z obszernem powierzchownym zajęciem błony śluzowej, 3) przy urethritis posterior, jeżeli mięsz gruczołu krokowego nie jest zajęty i jeżeli objawy neurasteniczne nie występują. (Allg. Méd. Central. Zeitg., nr. 29). H. K.

158. Burlureaux przedstawia swe spostrzeżenia nad leceniem przymiotu podskórnymi wstrzykiwaniami oleju sublimatowego. Używał on roztworu 0,4 sublimatu na 1000, t. j. 25 grm. przefiltrowanego, wyjałowionego, pozbawionego kwasów oleju zawiera 0,01 sublimatu. Wstrzyknięta dawka wahała się pomiędzy 20—80 grm. oleju. Wstrzykiwać trzeba bardzo powoli. Autor uważa olej za znakomite vehiculum dla wszystkich tych środków, które rozpuszcza, ponieważ łatwo ulega wchłonięciu i należy do pierwszorzędných środków odżywczych. Z 216 wstrzykiwań, w żadnem nie spostrzegł autor jakichkolwiek niepożądanych zjawisk. Z powodu bolesności tych wstrzykiwań zaleca je autor wtedy, gdy potrzebne jest leczenie energiczne i gdy żołądek rteci znieść nie może. (W. M. P. 21). H. K.

159. „La Semaine Médicale” podaje następujący przepis płynu zapobiegającego tworzeniu się blizn po ospie:

Rp. Hydr. sublimat  
 Extr. thebaic aa. 1,0.  
 Alcoholi 5,0.  
 Glycer. 60,0.  
 M. D. S. Usui externo.

Płynem tym smarować trzeba twarz i szyję kilka razy na dzień. H. K.

160. Dr. Nann z Bukaresztu opisuje z 25 przypadków nowotworów złośliwych, leczonych pioktanią. Do wstrzykiwań używano 1% roztworu metylvioletu; z czego dziennie od 2,5—12

gram. wstrzykiwano w chorą tkankę; żadnego ubocznego działania przy tem nie zauważono. W 10 przypadkach nastąpiło wyleczenie, w pozostałych znakomite polepszenie. W wielu przypadkach można było dowieść, że wstrzykiwania wywołują nekrobiozę najmocniej zabarwionych elementów, któremi są jądra. Pioktanina niszczy jedynie tkanki chore, nieetykając zdrowych, czem się odróżnia od innych środków żrących. (W. M. P. 20). H. K.

161. **Wpływ nadmiernej pracy fizycznej na serce i aortę** był przedmiotem dyskusji w Towarzystwie Lekarskiem w Londynie stwierdzono przerost z rozszerzeniem serca, palpitację i t. d. u wielu studentów oksfordzkich, nadużywających jazdy na bicyklach. Od czasu, gdy na okrętach zaprowadzono motory parowe, co uwolniło marynarzy od ciężkiej pracy, procent chorych na serce i większe naczynia w marynarce angielskiej wojennej spadł z 7,94 do 5,3. W Indjach od czasu zaprowadzenia szybkich i długich marszów, liczba omawianych chorych kilkakroć się zwiększyła. To samo obserwowano u koni wyścigowych i psów gończych. J. L.

162. **Rzadki przypadek podwójnego porodu.** W Grecyi, kobieta zdrowa, matka 3 dzieci, urodziła w początku Grudnia r. z. żywą i dobrze zbudowaną dziewczynkę, Położnica utrzymywała, że ma jeszcze raz rodzić, macica nie zmniejszała się. Rzeczywiście, w 22 dni później urodziła zdrowego chłopca; w kilka dni potem dziewczynka zmarła. Donosi o tem dr. Efthimiades. (S. M. nr. 14). J. L.

163. **Kreozot w zołzach** stosował z nader pomyslnym skutkiem Sommerbrodt, ze względu na blizki związek, zachodzący pomiędzy suchotami a zołzami. Srodek rzeczony stosował on nawet u dzieci, poczynając od lat 7 w dawce od 1 kropli 3 razy dziennie (na winie lub mleku), zwiększając ją stopniowo aż do  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  grm. a nawet do 1 grm. pro die, również w postaci kapsułek po 0,1 z tranem. Powyższe leczenie kombinować można równocześnie z innymi zabiegami przeciwzołowatemi, jak: kąpiele solankowe, jod etc. \* Dodać należy jeszcze, iż leczenie kreozotem daje najlepsze wyniki, jeżeli chory przebywa na świeżem powietrzu. (Berlin. Klin. Woch., nr. 26, 1892). A. K.

## KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Cholera według ostatnich wiadomości ustaje już na Podolu, niewielka ilość przypadków notowana jest we wschodnich gubernijach Cesarstwa.

— W radzie Państwa ma być wkrótce roztrzygnięta sprawa honoraryjów lekarskich.

— Gubernija lubelska otrzymała od Zarządu wojskowo-lekarskiego 4,000 rurek detrytu dla bezpłatnego szczepienia ludności ospy ochronnej. Jednocześnie gminy pow. Hrubieszowskiego uchwały wynagrodzenie rs. 500 dla dwóch lekarzy, którzy zechcą zająć

pię szczepieniem ospy w powiecie. Warto, aby za przykładem gmin sow. Hrubieszowskiego i inne gminy zajęły się gorliwie tą sprawą.

— Książka prof. Billrotha „O pielęgnowaniu chorych w domu i w szpitalu” doczekała się już czwartego niemieckiego wydania. Z racji tej przypominamy, że w swoim czasie wyszła ta książka w polskim przekładzie nakładem „Kroniki Lekarskiej”. Pozostało nam jeszcze kilkadziesiąt egzemplarzy, które służyły Sz. prenumeratorem „Kroniki” po cenie niższej (60 kop. za egzemplarz).

— W n-rze 11 „Medycyna” podnosi na nowo myśl (poruszoną już uprzednio w prasie politycznej) wzniesienia pomnika ks. Baudouin'owi na placu Wareckim, aby przekazać potomności pamięć zasług tego wielkiego filantropa, kiedy dzieło jego, Szpital Dzieciątka Jezus, przestanie już istnieć. Słusznie poleca „Medycyna” urzeczywistnienie tej myśli staraniom lekarzy, nie jest to jeszcze jednak rękojmnią, aby i tym razem rzecz nie poszła w zapomnienie. Należałoby utworzyć Komitet, któryby się tą kwestyją zajął i nie pozwolił na dłuższe odwiekanie w spełnieniu tego obywatelskiego obowiązku.

— Artykuł kol. J. Pruszyńskiego pod tytułem „Cholera”, drukowany pod koniec roku zeszłego w „Gazecie Lekarskiej” wyszedł obecnie jako osobna odbitka. Obszerna ta praca (74 str. druku), napisana źródłowo, obejmuje etylogię, profilaktykę i terapię cholery i ze względu na pilnie zebraną literaturę przedmiotu, aż do ostatniego czasu, stać się może bardzo pożyteczną dla każdego zajmującego się tą kwestyją.

#### — Pracownie na prowincyi.

W zeszycie styczniowym „Kroniki“ z r. z. kol. Biegański z Częstochowy ogłosił odczyt ze zjazdu krakowskiego, w którym nawoływał do otwierania pracowni klinicznych przy szpitalach prowincjonalnych. Poparty własnym doświadczeniem, koszt pracowni obliczał na rs. 500, a dając wskazówki poszczególne, naszkicował obraz pracowni, która odpowiadałaby wymaganiom nowoczesnej wiedzy. Od tego czasu minęło już rok z okładem, a o tem, aby projekt znalazł grunt odpowiedni i wywołał choćby słaby ruch w tym kierunku, niestety, nie słyhać. Z dotychczasowej opieszałości, mając na względzie trudności otrzymania kredytów odpowiednich, wniosków żadnych wysnuwać nie chcemy, sądzymy jednak, że sposób, jaki się nam nastrecza, usunie najgłówniejszą zaporę i pozwoli na urzeczywistnienie pragnień wielu lekarzy, którzyby radzi iść za postępem wiedzy.

Jak wiadomo sz. czytelnikom, ku końcowi epidemii w Lublinie, otwarto w tem mieście pracownię miejską chemiczno-bakteryologiczną, która od 5 miesięcy pozostaje pod kierunkiem kol. Z. Mierzyńskiego z Warszawy. Potrzeby takiej pracowni dowodzić nie trzeba. Badanie wody, powietrza, pokarmów, gruntu—oto zadanie, które w każdym mieście zagranicznem oddawna już rozwiązane zostało przez otwarcie odpowiednich pracowni. U nas dopiero Warszawa i Lublin posiadają swe pracownie, a i z nich pierwsza powstała dopiero od lat 3, a ostatnia kilka miesięcy temu. Mimo to trzeba było aż grozy epidemii cholery, aby uznano, iż pracownie są konieczne.

Bądź co bądź zapałowi zarówno władz miejskich jak i ludności do zarządzeń sanitarnych nie należy pozwalać wystygnać, ale na gorąco zakrzętać się około utworzenia pracowni, których pożytek, zachęceni przykładem, oceniają niewątpliwie.

Już dziś dochodzą nas wiadomości prywatne, iż jedno z miast powiatowych (Tomaszów), pragnie na cel ten poświęcić pewną kwotę i zażądało od lekarzy budżetu prowizorycznej pracowni. Należy przykłady te przedstawić władzom innych miast, a obawa przed epidemiją niewątpliwie skłoni je do ofiar, zresztą niewielkich.

Jeszcze w r. b. dla skonstatowania pierwszych przypadków cholery, kał chorych podejrzanych dostarczano z różnych gubernij do Warszawy, wskutek tego traciło się wiele drogiego czasu, a nadto niejednokrotnie przy wysokiej ciepłocie latem, kał przychodził do pracowni w takim czasie, że o badaniu na przecinki choleryczne nie mogło być mowy, ten wzgląd należy mieć na uwadze, częstokroć bowiem szybkie wykrycie pierwszych przypadków, pozwoli nam w zarodzie stłumić epidemiję.

Naturalnie, skoro pracownia będzie otwarta, łatwiej już będzie zachować ją na przyszłość. Chodzi o to, aby starać się o otwarcie jej przy szpitalu i żeby lekarz szpitalny zobowiązał się do kierownictwa. W gmachu szpitala prawie zawsze znaleźć można kąciak niewielki, gdzie można by małą pracownię pomieścić. Tym sposobem połączy się pracownię miejską ze szpitalną i obie strony zyskają na tem wiele. Nie wątpimy, iż wielu lekarzy jest dostatecznie przygotowanych do prowadzenia najprostszych badań chemicznych, jak oznaczenie czystości wody, mleka i t. p., zresztą dla tych, którzy chcą się obznajmić, pracownie warszawskie zawsze stoją otworem. Odpowiednie wskazówki, co do urządzenia, znajdują czytelnicy w podręcznikach, zresztą w każdym pojedynczym przypadku służymy wskazówkami.

Mamy nadzieję, że sz. koledzy skorzystają z podanego powyżej sposobu zdobywania potrzebnych na pracownię funduszków z pieniędzy, przeznaczonych na walkę z cholera i że tym sposobem epidemija cholery pozostawi po sobie w kraju naszym pamiątkę stałą, w postaci pracowni miejsko-szpitalnych. Że projekt jest możliwy, przykład Lublina i Tomaszowa dowodzi niezbicie. *J. Zaw.*

— We francuzkiej izbie deputowanych podniesiono projekt nowego podwyższenia podatku, opłacanego przez lekarzy. Projekt ten wywołał protest ze strony francuzkiej prasy lekarskiej. Został on wprawdzie odrzucony przez Senat, ostatnią jednak instancyją, rozstrzygającą w tej materji, jest znowu Izba. Potępiając to dążenie do zrównania profesji liberalnych z przemysłowemi, redakcyja „Union Médicale” przypomina ciału prawodawczemu ogromny ciężar, jaki dźwiga na sobie ciało lekarskie przez leczenie darmo, że ostatecznie podatek ten zapłacą wszakże chorzy i wreszcie na zmniejszanie się ciągle we Francyi, zwłaszcza na prowincyi liczby lekarzy, warunkowane coraz cięższemi stosunkami życiowemi.

Powyższy projekt wyprowadził znów na scenę kwestyję wykonywania praktyki przez lekarzy armii i marynarki. Niedawno syndykat lekarzy francuzkich zwrócił się do ministrów wojny i ma-



rynarki o uregulowanie tej trudnej kwestyi, w której zresztą i sami petenci nie podają żadnych możliwych projektów.

— W r. b. mają się odbyć następujące Zjazdy lekarskie.

- 1) 4—9 Kwietnia w Paryżu Zjazd chirurgów francuzkich.
- 2) 5—7 Kwietnia w Paryżu Zjazd ginekologów i akuszerów francuzkich.
- 3) 29 Maja w Chicago Zjazd chirurgów i terapeutów.
- 4) 1—6 Sierpnia. Zjazd psychiatrów w la Rochelle.
- 5) 1 Sierpnia. Zjazd członków Medical British Association w Newcastle.
- 6) 3—6 Września. Zebranie ogólne członków szwajcarskiego Towarzystwa nauk przyrodniczych.
- 7) 5—8 Września. Zjazd lekarzy amerykańskich w Waszyngtonie.
- 8) 24 — 30 Września. Kongres lekarski międzynarodowy w Rzymie.
- 9) w Październiku. Zjazd higieniczny w Chicago.
- 10) Kongres wychowania fizycznego w Bordeaux.

— Zarząd miasta Hawru organizuje wystawę higieniczną międzynarodową, mającą na celu przedstawienie środków do walki z epidemijami w wielkich miastach.

— W Toledo (Stany Zjednoczone) powstało pismo p. t. „The Woman's medical Journal”, redagowane przez kobietę d-ra E. M. Roys Gawitt, mające na celu wyłącznie popieranie spraw kobiet-lekarzy. Czyżby rzeczywiście kobiety-lekarze miały tak różne od nas sprawy, że aż zachodzi potrzeba nowych pism dla nich?

— Na konferencji międzynarodowej w Dreźnie co do zarządzeń ochronnych przeciw cholercie, otwartej 11 z. m., poszczególne państwa pod względem naukowym reprezentują: dr. Kusy (Austria), dr. R. Koch (Niemcy), van Ermengen (Belgija), San Martin (Hiszpanija), Proust i Broudel (Francyja), Thorne (Anglija), Vaffiadis (Grecyja), Pagliano (Włochy), Felix (Rumunija), Schmilt (Szwajcaryja), Vitali i Nury-Bey (Turcyja), pozostali członkowie konferencji są dyplomatami.

Przypominamy, iż jest to już szóstą konferencyją międzynarodową. Pierwsza odbyła się w Paryżu (1852 r.), druga w Konstantynopolu (1866), trzecia w Wiedniu (1873), czwarta w Rzymie (1884), piąta w Wenecyi (1886). Uchwały poprzednich konferencyj są wiadome naszym czytelnikom, godzi się tylko przypomnieć, iż wiele z nich, wskutek oporu głównie Anglii i Turcyi, nie weszło w wykonanie. Pożądaną byłoby rzeczą, aby obecna konferencyja wydała lepsze owoce i doprowadziła do ostatecznych uchwał międzynarodowych co do kwarantany i rewizyj nadgranicznych. Inaczej powtórzy się to, co było w r. z., iż jedni i ciż sami pasażerowie w ciągu kilku godzin podlegali kilkakrotnym uciążliwym oględzinom i nieraz zbyt ciężkiej dezynfekcyi. Porozumienie wzajemne usunie wiele z tych niewłaściwości, a natomiast ustawi szemat postępowania. O ile nam wiadomo, konferencyja obecna ma również na pierwszym planie kwestyję statystyki i ujednostajnienie szematów ogłaszanej liczby chorych i zmarłych.

— W n-rze 29 „Gazette des Hopiteaux” znajdujemy wiersz humorystyczny p. t. „L'aceoucheurper sécuté, poème tragicomique en IV Chants”, podpisana przez d-ra Petrus Beyor. Praca ta „naukowa” zajmuje  $\frac{3}{4}$  numeru.

— „Le Progrès Med.” podaje na wiare niejakiego d-ra Selous, iż słonie mogą za pomocą trąby opróżnić żołądek. Obserwowano mianowicie, iż w miejscowościach pozbawionych wody, słonie zapuszczały trąbę do żołądka i, wyciągając ztamtąd płyn, zraszają nim ciało dla ochłody.

— Pewien lekarz z Ohio proponuje prawo, mocą którego pocałunków należy zabronić, jako szkodliwych dla zdrowia. Do zdania jego przyłącza się „Revue scientifique”, uważając pocałunki za częste przyczyny rozpowszechniania się chorób zakaźnych. Z tego powodu półżartem „Progrès Med.” radzi utworzyć ligę przeciw pocałunkową.

— Prof. Fournier zwraca słuszną uwagę na brak racjonalnej opieki lekarskiej nad chorymi lekarzami. Z jednej strony indyferentyzm i sceptycyzm chorego stoi na przeszkodzie wykonaniu jakiegokolwiek planu leczenia—z drugiej zbyt obfita ilość rad różnorodnych, gdyż każdy z odwiedzających kolegów wypowiada swe zdanie i bezwiednie przynosi tem szkodę choremu, który w końcu nie wie czego się ostatecznie ma trzymać. Zwyczaj ten jest nader dla chorych zgubny. Lecząc kolegę należy zapomnieć o jego zajęciu i traktować go jak każdego innego pacyenta, żądając bezwarunkowego poddania się kuracji; ścisła nawet kontrola nad wypełnianiem zleceń jest w interesie chorego konieczną. Z własnego doświadczenia każdy z nas niejednokrotnie mógł się przekonać, iż chory lekarz jest stokroć bardziej kłopotliwym i nieposłusznym pacjentem, niż każdy inny.

---

## NEKROLOGIJA.

---

Dr. J. Krypiakiewicz w Wiedniu.

Fr. Werenko, lekarz, zmarł w Mińsku przeżywszy lat 31. Zmarły, będąc studentem, napisał rozprawę „O mięśniach serca”, odznaczoną medalem złotym przez Uniwersytet tutejszy, a nadto kilka prac archeologicznych, które będą wydane nakładem Akademii Umiejętności w Krakowie. Jako zacny człowiek i sumienny lekarz zostawia po sobie żal prawdziwy w sercach tych, co go znali.

Dr. Wójcikiewicz, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, zmarł w Warszawie po długiej chorobie. Zmarły odznaczał się nieposzlakowaną prawością i szlachetnością, oraz sumiennem wypełnianiem obowiązków, to też zarówno wśród kolegów jak i pacjentów zostawia po sobie żal szczerzy.

---

## PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Marcu 1893 r.

- 1) *R. Jasiński*. Europhen. (Gaz. Lek. 9).
- 2) *Cz. Bitner*. O najnowszych środkach zalecanych do leczenia spraw zapalnych narządów płciowych kobiety, (Gaz. Lek. 9).
- 3) *W. Wróblewski*. O zastosowaniu nalewki jodowej w chorobach gardzieli i nosa. (Gaz. Lek. 10).
- 4) *Dr. med. Fr. Neugebauer*. Kilka słów o odczycie Porak'a.
- 5) *Dr. med. H. Higier*. Przyczynek do klinicznej oceny t. zw. nerwicy urazowej, oraz jej symulacji. (Gaz. Lek. 11, 12) (niedok.).
- 6) *K Chetchowski*. Z kazuistyki t. zw. hemisyistolii. (Gaz. Lek. 11).
- 7) *A. Sokółowski*. Przyczynek do dyjagnostyki nowotworów śródpiersiowych. (Gaz. Lek. 12).
- 8) *Chetchowski*. Hydrothorax, punctio thoracis — kilkadziesiąt razy powtórzone. (Gaz. Lek. 12).
- 9) *Chetchowski*. Przerost bolesny gruczołów piersiowych po kastracji. (Gaz. Lek. 12).
- 10) *W. Mizerski*. O nowym sposobie oznaczania kwasu moczowego. (N. Lek.).
- 11) *Fr. Chtapowski*. O różnolitem znaczeniu znaku Romberga. (Now. Lek.) (niedok.).
- 12) *Ożegowski*. Ac. salicylicum jako środek przeciw tasiemcowi. (Now. Lek.).
- 13) *L. Szuman*. Z lecznicy chirurgicznej w Toruniu. (N. L.).
- 14) *A. Rosner*. Z kazuistyki cięcia cesarskiego. (Przeg. Lekar. 9 i 10).
- 15) *Prof. Pieniążek*. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych. (Prz. Lek. 8, 9, 10, 12). (niedok.).
- 16) *J. Bogdanik*. O rezekcji nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej. (Prz. Lek. 7).
- 17) *Prof. A. Mars*. Przypadek porodu i osoby cierpiącej na wadę serca. (Przeg. Lek. 11).
- 18) *B. Ziemiński*. Zniekształcenie źrenicy przy nierównomiernem jej oddziaływaniu (Prz. Lek. 12)
- 19) *T. Borysowicz*. Stałe rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy za pomocą przewiązania bocznych ścian dolnego odcinka części pochwowej. (Medycyna 9).
- 20) *Ehrlich*. Ropień wątroby z następczym ropniem podprzeponowym. (Med. 9).
- 21) *W. Ottuszewski*. Fyzjologija dźwięków alfabetu polskiego. (Med. 10).
- 22) *Zapolski Downar*. Znamię macierzyste jednostronne. (Medycyna 10).

23) *Uhma*. Doświadczenia nad szczepieniem ropy z wrzodów miękkich. (Med. 11).

24) *O. Bujwid i W. Orłowski*. O dwóch nowych gatunkach laseczników yrzecinkowatych w wodzie. (Med. 12).

25) *M. Świątkiewicz*. Doświadczenia nad zapobiegawczem działaniem wody utlenionej przy szczepieniu wydzielin wrzodów miękkich. (Med. 12).

1) *R. Jasiński*. **Eurofen**.

Autor opisuje własności chemiczne i fizyczne tego nowego środka antyseptycznego, potem podaje cztery przypadki, w których lek ten wypróbował. Wyniki otrzymał bardzo dobre, które do dalszych prób zachęcają.

*H. K.*

3) *Wróblewski*. O zastosowaniu nalewki jodowej (**Tra Iodi**) w chorobach gardzieli i nosa. Autor środek powyższy stosował z powodzeniem w suchych katarach gardła i nosa, jako też w ozenie. Zaleca go również przy krwawieniach, mających swe źródła w rozpułchnieniu błony śluzowej stropu gardzieli. Sądzi, że i przy błonicy gardła nalewka jodowa może dawać dobre rezultaty. Wreszcie przy grzybicy gardzieli włoskowcowej i uporeczywych ropotokach zatoki Highmora, środek ten był przez autora z korzyścią stosowanym.

Zaleca go „wcierać”. U osób wrażliwych uprzednio stosuje 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> kokainę. Żadnych ubocznych następstw, przy stosowaniu tego środka nie widział.

*J. Sęd.*

6) *K. Chełchowski*. **Z kazuistyki t. zw. hemisystolii**.

Omówiwszy istotę objawu (na każde dwa wyczuwalne uderzenia serca i odpowiadające im 4 tony lub szmery—przypada jeden tylko puls w tętnicach, dwa zaś w żyłach) i podawane dlań objaśnienia autor opisuje trzy przypadki hemisystolii obserwowane przez siebie. W jednym objaw wystąpił po chorobie Weila, w drugim—w ciężkim tyfusie brzuszny, w trzecim przy myocarditis fibrosa.

*H.*

7) *A. Sokołowski*. **Przyczynek do dyjagnostyki nowotworów śródpiersia**. U 52-letniego chorego znaleziono: 1) rozległe stępienie na mostku, oraz z prawej strony klatki piersiowej, 2) mocno powiększone gruczoły przeważnie nad prawym obojczykiem, 3) zwężenie prawej żrenicy, 4) obrzęki przeważnie po prawej stronie ciała, 5) rozszerzenie znaczne żył klatki piersiowej i brzucha. Objawy te obok duszności, utrudnionego polykania i stopniowego charłactwa posłużyły do rozpoznania nowotworu śródpiersia, co potwierdziła sekcyja; badanie drobnowidzowe określiło nowotwór jako złośliwy mięsak gruczołów limfatycznych. Przy próbnem przekłóciu w III międzyżebżu prawem otrzymano za życia ropę, której pochodzenie nie mogło być dostatecznie wyjaśnionem, i dopiero na sekcyi przekonano się, że pochodziła ona z jednej z licznych bronchektazyi, jakie znajdowały się w prawem płucu, a których wartość nie mogła być odpluwana z powodu ucisku, wywieranego

na wyprowadzające oskrzela przez wtórne guzy nowotworu, rozsia-  
nie w płucu. H.

8) K. Chełchowski. **Hydrothorax i punctio thoracis kilkadziesiąt razy powtórzone.** U chorego z wadą zastawek aorty od czasu do czasu występowały napady duszności i obrzęki, przytem płyn zbierał się obficie w prawej jamie opłucnej—tak że wypuszczanie było niejako indicatio vitalis. W ciągu półtora roku punctio powtórzono 53 razy; ten sam chory przebył kurację kalomelową z większym lub mniejszym skutkiem 11 razy.

9) K. Chełchowski. **Przerost bolesny gruczołów piersiowych po kastracyi.** 23-letniemu choremu wyłuszczone jądro zatrzymane w kanale pachwinowym — jako prawdopodobne źródło bólów silnych w pachwinie. W kilka miesięcy później chory zaczął doznawać bólów w gruczołach piersiowych, które obrzmiały dość znacznie; przytem było i znaczne obrzmienie gruczołów pod lewą pachą. Pod wpływem jodku potasu w 3 tygodnie gruczoły się zmniejszyły, bóle jednak nie ustały. H.

10) W. Mizerski. **O nowym sposobie oznaczania kwasu moczowego.** Opierając się na zauważonej przez siebie własności strącania srebra z roztworu amonijakalnego azotanu srebra przez kwas moczowy, który przy tym odczynnie rozkłada się zupełnie, autor proponuje następujący sposób oznaczania kwasu moczowego w moczu: 50 ctm. sz. moczu paruje się w miseczce porcelanowej na kąpieli wodnej prawie do suchości, pozostałość zadaje się 8—10 ctm. sz. kwasu solnego, z dodaniem 1—2 ctm. sz. wysokoju. Osad wydzielany tą drogą przemyna się 90% wyskokiem aż do zniknięcia odczynu na chlor, poczem rozpuszcza się w 5—10 ctm. sz. 1% roztworu węglanu litynu i otrzymany ztąd roztwór po przesączeniu przez watę szklaną, dodaje się do 10—15 ctm. sz. mianowanego roztworu azotanu srebra, zadanego amonijakiem (miano azotanu srebra 1 ctm. sz. roztworu=0,01 Ag.).

Po strąceniu czarnego osadu, płyn odfiltrowuje się po zagotowaniu i za pomocą rodanku potasu (metoda Volharda) oznacza się pozostałą nierozłożoną część azotanu srebra. J. Zaw.

12) Ożegowski. **Acidum salicylium przeciw tasiemcowi.**

Autor zachwala kwas salicylowy jako środek przeciw tasiemcowi. Kuracja odbywa się w sposób następujący: po obiedzie dnia poprzedniego zupełne wstrzymanie się od pokarmów, a wieczorem 30,0 ol. rącznikowego, następnego dnia 15,0 grm. ol. rącznikowego i w godzinę rozpoczyna podawać kwas salicylowy po 1,0 co godzina w ilości 5,0 grm. Jeżeli w ciągu 5 godzin tasiemiec nie wyszedł, podaje 15,0 ol. rącznikowego, poczem skutek występuje na pewno. Tą metodą autor leczył pomyślnie 20 przypadków, nie podaje jednak z jakim tasiemcem miał do czynienia. J. Z.

16) J. Bogdanik. **O rezekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samostnej.** Pomyślnie wyniki, otrzymywane u epileptyków wskutek podwiązania tętnicy kręgowej, zdaniem niektórych badaczy, zależą od nieuniknionego przy podobnym reko-  
czynnie uszkodzenia nerwu współczulnego. Autor opisuje przypadek, w którym dla czystości obserwacyi nie podwazywał zupełnie tę-

nicy kręgowej a ograniczył się jedynie wycięciem zwoju szyjowego średniego—nerwu współczulnego (ganglion med. stellatum sympathici. Rezultat był bardzo zachęcający. Chory, cierpiący od lat kilku na ciężką formę padaczki, opierającej się wszelkim zabiegom leczniczym, obecnie wolny jest od napadów w zupełności. Nie przesądzając, czy poprawa będzie trwałą (z powodu zaledwie kilkumiesięcznej obserwacji), autor wobec niebezpieczeństw, jakie przedstawiają trepanacja i podwiązanie tętnicy kręgowej, gorąco poleca proponowany przez siebie zabieg przy leczeniu padaczki samoistnej. *K. W.*

18) Ziemiński B. **Zniekształcenie źrenicy przy nierównomiernem jej oddziaływaniu.** W ciągu ostatnich 9 lat autor spostrzegł 207 przypadków objawu chorobowego, polegającego na zбочeniu źrenicy od prawidłowej postaci i przybieraniu postaci kątownatej wskutek nierównomiernego oddziaływania różnych wycinków tęczówki.

Z pośród badanych 207 pacjentów u 168 stwierdzono niewątpliwe objawy bezwładu postępującego, 15 cierpiało na groźne skutki przewlekłego zatrucia ustroju wysokiem z objawami t. zw. bezwładu alkoholowego, 2 dotkniętych było bezwładem postępującym, sprowadzanym przez zatrucie ołowiem, 1 miał epilepsyję, 5 ciężką postać neurastenii, 3 ciężkie postaci histeryi. W pozostałych 13 przypadkach, po dłużej obserwacji udało się wykazać bezwład postępujący, powikłany 7 razy wiałem rdzenia, 2 razy paralysis spinalis spastica i 4 razy—sclérose en plaques.

Ogółem, na 207 chorych przedstawiających wspomniany objaw zniekształcenia źrenicy 198 cierpiało na bezwład postępujący.

*J. St.*

20) M. Ehrlich. **Ropień wątroby z następczym ropniem podprzeponowym.** Przedmiot niniejszego artykułu stanowi opis przypadku, w którym autor na podstawie objawów klinicznych i przekłęcia próbnego rozpoznawał ropień wątroby podprzeponowy, tłómacząc sobie powstanie jego zatkaniem ductus choledoch, lub hepatici przez kamień żółciowy z następczem zapaleniem dróg żółciowych w miększu wątroby i przeniesieniem się zapalenia za pośrednictwem rozgałęzień Caps-Glissoni na powierzchnię wątroby, wskutek czego otrzewna wątroby zrosła się z otrzewną ścian brzusznych. Ropień wątroby przerwał następnie powłokę otrzewnową i rozszerzył się pomiędzy wątrobą a przeponą, wywierając ucisk na żyły jamy brzusznej i powodując przez to znaczne obrzęki.

Przy operacji przez ranę wątroby wypłynęła najprzód ropa szafranowo-żółta z przykrym zapachem i domieszką galaretowatych kłaczków, następnie po wprowadzeniu rurki  $\frac{3}{4}$  łokcia długości trysnęła ropa wodnista, biaława, kłaczkowata bez zapachu. Po wydaleniu w ten sposób ogółem 8 kwart ropy, założono nową rurkę, którą otoczono gazą jodoformową, a całą ranę, nie zaszywając jej, wypchano również gazą. Przez jakiś czas jeszcze ropa się wydzielala, następna jednak rana się zagoiła i chory wyzdrowiał.

*W. Dąbr.*

22) H. Zapolski Downar. **Znamię macierzyste jednostronne.** Autor spostrzegł u włościanina z gub. Lubelskiej znamię

macierzyste, które zajmowało całą lewą górną kończynę; górna jego część przedstawia obraz znamienia zwanego naevus spilus, gdy tymczasem dolna przypomina znamię opisywane pod nazwą naevus verrucosus. H. K.

## Nadesłano do Redakcyi.

*Dr. med. A. Rothe.* Rys dziejów psychiatrii w Polsce. Odb. z Pam. Tow. Lek. Warsz.

*Dr. W. Wierzbowski.* Poradnik lekarski w chorobach wene-rycznych. Warszawa 1893. Nakład autora.

*Dr. J. Pruszyński.* Cholera. Odb. z Gaz. Lek.

*S. Mintz.* Ein Seltener Fall von a. Divertikel d. Spaiseröhre. Odb. z Deut. Med. Woch. 1893.

— **Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu dra Jana Bęciewicza udzielone być mają w dniu 24-tym Czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacyje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała nr. 7); na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernijalnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia  
*Dr. J. Rogowicz.*

— **Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu dra Leona Lande udzielone ma być w dniu 18-tym Lutego 1894 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie lub sierotom mojżeszowego wyznania, albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim, albo też w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania próśb pod adresem Komitetu (ulica Niecała nr. 7) oznacza się do dnia 15-go Grudnia 1893 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3 lekarzy, Członków Kasy Wsparcia, ze szczegółowemi wia-

domościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot. Osoby na prowincyi zamieszkałe (w guberniach Królestwa Polskiego), przesaść winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

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

## ❖ Ogłoszenia. ❖

*Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn.  
dokonywa wszelkich rozbiórów mikrosko-  
powych, głównie bakteryjologicznych.  
Ulica Wspólna Nr. 42.*

<b>FABRYKA</b>	
dawniej <b>Fryderyka Bayer i Sp. w Elberfeldzie</b>	
<i>Europen</i> (ochroniony patentami)	nowe znakomite antilueticum, środek zabliźniający i antisepticum
<i>Aristol</i> (ochroniony patentami)	zalecany przy ranach oparzelinowych, lupus, psoriasis, ulcus crur., późnych postaciach syfilisu, owrzodzeniach gruzliczych i wielu chorob. skór.
<i>Phenacetinum-Bayer</i> (uprzywilejowana marka)	<b>Antipyreticum, Analgeticum, Antineuralgicum.</b> Szczególne wskazania: bóle głowy, gościec (w du- żych dawkach) influenza, bóle strzykające u tabet.
<i>Sulfonal-Bayer</i> (uprzywilejowana marka)	zastosowany jako delikatny proszek, jest znakomitym środkiem nasennym.
<i>Trional i Tetronal</i> (ochronione patentami)	} nowe środki nasenne.
<i>Salophen</i> (patentowany)	wypróbowany w miejskim szpitalu w Moabicie i zalecany przy ostrym gościecu stawowym.
<i>Kwas salicylowy-Bayer</i>	osadzony i krystaliczny.
Ręczymy za czystość naszych produktów, które podlegają stałej kontroli. Wszystkie produkty, z wyjątkiem kwasu salicylowego, są patentowane w Stan. Zjednocz. północ. Ameryki i ich wprowadzenie tamże zakazane.	
<b>REPREZENTANCI:</b>	
<b>WENDA i WIOROGÓRSKI 45 Krakow.-Przedm. w Warszawie.</b>	

WYDAWCA: Numer wyszedł d. 15 Kwietnia. REDAKTOR:

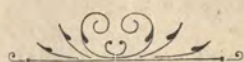
*Dr. K. Sierpiński.*

*Dr. med. O. Hewelke.*

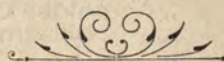


# Pod „Bachusem”

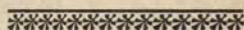
(Warszawa, Telefonu Nr. 100)



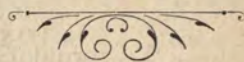
WINA WYBOROWE,  
DELIKATESY,  
ŚNIADANIA, KOLACYJE,  
Gabinety familijne  
róg Widok i Marszałkowsk.  
Telefonu Nr. 100



Winiarnia



Ostrygi



## Wina Zagraniczne,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

*Towary Kolonialne i Delikatesy.*



**GŁÓWNY SKŁAD**

**WIN GRUZIŃSKICH**

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą  
profesora Struve.

*Ermitage*

*w Warszawie.*

Dragées kreosoti Fagi	0,03 c. acid. arsenicos	0,001.
"	"	0,05.
"	"	0,05 c. acid. arsenicos
"	"	0,10.
"	"	0,10 c. acid. arsenicos
"	"	0,15.
"	"	c. balsam. tolutan aa
"	acid. arsenicos	0,001.
"	aloes	0,10.
"	balsam. peruviani	0,05.
"	"	0,05 c. acid. arsen.
"	chinini ferro-citrici	0,05.
"	" muriatici	0,05.
"	" sulfurici	0,05.
"	extr. Cascar. sagrad. fluid.	0,5.
"	" hydrast. Cenadens. fluid.	0,5.
"	" rhei comp.	0,05.
"	" simpl.	0,05.
"	" Valerianae spir.	0,10.
"	ferri carbonici-Blaudii minor aa	10,00=100.
"	" major aa	15,00=100.
"	"	-Valleti.
"	" dialisati peptonati	0,05.
"	" lactici	0,05.
"	" oxydulati Kirchmani (Eis. magn. pill.).	
"	guajacoli	0,05.
"	"	0,05 c. acid. arsenicos
"	ichtyoli	0,05.
"	jodoformii	0,05.
"	"	0,05 c. morph. muriat.
"	pepsini	0,05 (c. acid. muriat.).
"	piscis	0,05.
"	pulv. rad. rhei	0,10.

Zarobione środkami zupełnie obojętnymi, jak: *korzeniem słazowym i ekstraktem lukrecyi*, wszystkie własnego wyrobu

POLECA APTEKA

**E. GESSNERA**

Aleja Jerozolimska nr. 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE.

P. S. Dostać można we wszystkich aptekach.

(2) 0—2

ROK XXVIII.

**GAZETA LEKARSKA**

PISMO TYGODNIOWE,

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

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

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rs. 8, półrocznie rs. 4.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. WŁ. GAJKIEWICZ  
(Marszałkowska 115)

Wydawca: Dr. ST. KONDRATOWICZ  
(Marszałkowska 119)

# Chloroformum purissimum

OCZYSZCZONY WEDŁUG SPOSOBU PROF. N. MENTHIANA

w laboratorjum apteki

**H. BIERTÜMPFLA**

Marszałkowska róg Śto-Krzyskiej w Warszawie.

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

## PAMIĘTNIK

### TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa

pod redakcją

*Maryjana Jakowskiego,*

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

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

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

# APTEKA

## i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

# M. BARCZA

## W WARSZAWIE

94. ul. Marszałkowska 94.

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

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

Dla kaszlących i osłabionych

## SŁODOWY EKSTRAKT I KARMELKI

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych.



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

FABRYKI

# „LELIWA“

w Warszawie, ulica Zgoda 6.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.

Strzedz się podrabianych i naśladowanych.

Zwracać uwagę na firmę na opakowaniach.

APTEKA  
i Skład Wód Mineralnych

**NATURALNYCH**

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

**Dr. T. Heinrich**

W WARSZAWIE

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

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

---

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

*Juljan Dreher*

SZPITALNA Nr. 6.

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

12-11

---

NOWO OTWORZONY  
Skład Naczyń Aptecznych, Chemicznych i Doktorskich  
*Józefa Chwastkiewicza*

Warszawa, Bielańska 3.

Poleca swój towar po cenach możliwie umiarkowanych.

12-7

PATENTOWANY INSTYTUT  
**WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH**

przy ogrodzie Krasińskich

PRZESZEDŁ NA WYŁĄCZNĄ WŁASNOŚĆ

**Towarzystwa Aptekarzy Warszawskich**

*ul. Długa Nr 30/38. Telefonu Nr. 491.*



Wszystkie wody mineralne sztuczne, napoje gazowe, wody: sodową i selcerską, oraz limonady Instytut wyrabia li tylko na

**Wodzie destylowanej.**

Z dniem 1 Stycznia 1888 r. wyroby Instytutu sprzedają następujące apteki:  
1) H. Biertimpfel, 2) W. Borzęcki, 3) A. W. Filonewicz, 4) E. Gessner, 5) E. Jarnuszkiewicz, 6) H. Klawe, 7) W. Klicki, 8) S. Kosiński i S. Dzierbicki, 9) H. Kucharzewski, 10) S-rów K. Lilpop i E. Treutler, 11) J. Mrozowski, 12) B. Popiel i E. Lipski, 13) J. Rutkowski, 14) W. Różycki, 15) J. Różycki, 16) K. Wenda i W. Wiorogórski.

3-4



**Fabryki „IMPERIAL“**

W WARSZAWIE

Odnaczony medalami na Wystawie w Warszawie i Brukselli 1891 roku,

+⊕+ za czystość produktu. ⊕+

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

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znacniejszych handlach win i towarów kolonijalnych w Warszawie i Królestwie.

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.

12-6