

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.  
Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 14; ogłoszenia francuzkie i niemieckie po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktera. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

## Dr. Reichstein

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, leczy także **masażem** według metody d-ra Mezgera i prof. Mosengeila. Świętojerska 30. 10—7

## „ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincyi i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2,50.

Prenumerować można w Redakcyi (25 Ś-to Krzyzka), oraz we wszystkich księgarniach.

## PRZEGLĄD LEKARSKI,

organ Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa Lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1887 rok dwudziesty szósty swego istnienia i wychodzi będzie w formie in 4-to w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak najregularniej.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austrii	w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiem
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek.
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	6 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 franków.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Premeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd. Voltaire 104<sup>bis</sup> 6—3



# PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ

Działające przez wdychanie i wciąganie



Przeciwko  
**KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE,  
OCHRYPIENIU, CHOROŃOM KRTANI etc.**

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są

JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawieniem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek jak również przepis dla użycia takowych

**SPRZEDAŻ HURTOWA:**

**A. GÉRAUDEL**

4 SAINTE-MENHOULD  
wymagac Marki fabry-  
kawionej.)

Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się oddech przejmuje się wzwiewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smoła bywa zalecana. Są one niezbedne dla palących tytanis, dla osób nadciężających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurzu i wyszyciobó rozdrasniających.

Niezmiernie powódzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczy o ich wyższości niezaprzeczonej.

(Należy wymagać  
w

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

## MEDYCINA

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW,

redagowane i wydawane przez D-ra Fritsche

w Warszawie.

Wychodzi w każdą sobotę; treść jego stanowią: 1. Spostrzeżenia kliniczne i z praktyki prywatnej. 2. Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich europejskich. 3. Przegląd bibliograficzny. 4. Korrespondencje z kraju i z zagranicy. 5. Medycyna publiczna. 6. Wiadomości bieżące. 7. Wspomnienia pośmiertne.

**Przedpłata wynosi**

W Warszawie z odnośnieniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 k. 50. Na prowincji, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6 półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi: **Aleja Jerozolimska № 80.**

6—3

## Wezykatory d'Albespeyres z kan'aryd oczyszczonych,

wylącznie używane w szpitalach i ambulansach Armii francuskiej.

Wezykatory d'Albespeyres ułożona jest na płótnie ceratowem zielonem i podzielonem na zielonej stronie w kwadraty boczne o 5 centymetrach, a na każdym z nich jest wydrukowany podpis Albespeyres. Wezykatory te zawsze się przyjmują, i tworzy nader regularne spryszczenie w ciągu sześciu do dwunastu godzin najpóźniej u dorosłych, a w ciągu 4 do 6 u dzieci.

Aby mieć pewność, że chorym dostanie się prawdziwa wezykatory d'Albespeyres, właściwem będzie przepisywać: *Wezykatory d'Albespeyres z podpisem na zielonej stronie.*

Wezykatory te sprzedaje się w pochwłkach długości metra, półmetra, w cenie 5 i 3 franków we Francji. Aptekarze oddają ją w kawałkach różnej wielkości.

Skład główny: **FUMOUEZ-ALBESPEYRES, 78 Faubourg Saint-Denis PARIS.**



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. R. TRZEBICKY. Przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli. — II L. NENCKI i A. FABIAN. O przetworach fermentowanych mleka, a mianowicie o kumysie i kefirze [Dalszy ciąg]. — III. J. LYCHOWSKI. Leczenie ostrej rzeżączki cewki męskiej (*Urethritis gonorrhoeica acuta*), za pomocą rezorcyny. — *Dział sprawozdawczy.* 3. KAPPER. O cholercie pod względem przyczynowym, zapobiegawczym i leczniczym z uwzględnieniem najnowszych badań. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedzi Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. MIKULICZA W KRAKOWIE.

## I. PRZYCZYNEK DO WYCIĘCIA JELITA

w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli.

Podał

**D-r Rudolf Trzebicky,**  
asystent tejże kliniki.

Kwestyja leczenia przepuklin uległych zgorzeli przechodziła dotychczas różne fazy i należy jeszcze do nierozstrzygniętych ściśle pytań. Jakkolwiek i w czasach, kiedy nie znano przeciwności, nie brakowało głosów, które przemawiały za pierwotnem wycięciem jelita [DECHAMPS, DU VERGEN, ROYER, COOPER, DIEFFENBACH i inni], zdaje się, że dzisiaj większość chirurgów przychyła się raczej do założenia sztucznego odbytu. Kilku tylko, jak np., DITTEL, NICOLAONI, JAFFÉ, BECK i KOCHER, są jeszcze dziś stanowczymi zwolennikami pierwotnego wycięcia jelita. Niektórzy operatorowie idą i tu pośrednią drogą i zamiast operować wszystkie przypadki według jednej metody, zastosowują się do indywidualności przypadku, t. j. w stosownych przypadkach pierwotnie operują, w innych zaś zakładają *anus praeternaturalis*. I tak np., MAAß <sup>1)</sup>, przy uwięźnięciu i zgorzeli pętlicy jelita z krótkim kawałkiem krézki, radzi wykonać wycięcie jelita i założyć szew, gdyby zaś były uwięźnione większe części krézki, tak iżby granice zgorzeli nie mogły być ściśle oznaczone, w takim razie przekłada założenie sztucznego odbytu (*anus praeternaturalis*) i dopiero następcze za-

<sup>1)</sup> Über die Darmresection u. circuläre Darmaht, bei eingeklemmten brandigen Brüchen. Sitzungsbericht der physik. medizinischen Gesellschaft zu Würzburg. 1885. Ref. w Centralblatt für Chir. 1886. str. 540



mknięcie tegoż. OBALIŃSKI <sup>1)</sup> mniema, że pierwotne wycięcie wskazane jest w tych przypadkach elastycznego uwięźnięcia, gdzie przebieg zgorzeli jest bardzo ostry, a jelito nie ma czasu przez nadmierne rozdęcie, uleść głębszym patologicznym zmianom.

Statystyka wreszcie, któraby tutaj przecież stanowcze słowo wyrzec mogła, jest niestety dotychczas bardzo szczupłą, gdyż z jednej strony nie wszystkie przypadki, szczególnie niepomyślnie przebiegające, bywają ogłaszane, z drugiej zaś strony pierwotne wycięcie przy zgorzeli zawartości przepukliny nie było zbyt często dotychczas wykonywanem.

REICHEL <sup>2)</sup> w r. 1883 mógł, na podstawie statystycznych prac BECKMANN'a MADELUNG'a i RYDYGIERA, zdać sprawę z 37 wycięć jelita z powodu *anus praeternaturalis* z 20 [54,05%] niepomyślnie zakończonemi przypadkami, i z 56 pierwotnych wycięć z powodu zgorzeli, z 39 [69,64%] niepomyślnemi wynikami. Jeżeli do powyższej statystyki doliczymy później ogłoszone przypadki, jako też i nasze, to otrzymamy 92 pierwotnych wycięć z powodu przepukliny uległej zgorzeli, w 53 przypadkach z zejściem śmiertelnem, a tylko w 25 z zupełnem wyzdrowieniem bez powikłań, podczas gdy 14 razy wytworzyły się przejściowe przetoki kałowe. Jakkolwiek te liczby żadną miarą nie mogą być stanowczo rozstrzygającami dla wartości operacji, gdyż wliczono tu także i przypadki, gdzie śmierć nastąpiła niezależnie od operacji z powodu istniejącego już przed operacją zapalenia otrzewnej, lub z innych powodów, świadczą one przecież wcale niekorzystnie o pierwotnem wycięciu. A przecież trudno nam nader pogodzić się z myślą, że dzisiaj, pomimo antyseptyki i tak wysoko rozwiniętej techniki, musimy przy zgorzeli jelita zaniechać pierwotnego wycięcia, ideału w każdym razie naszych usiłowań, i chorego wystawić na liczne przykrości i cierpienia, jakie sztuczny odbyt za sobą pociąga. Pomijając, że chory z *anus praeternaturalis* na tygodnie, a nawet miesiące wykluczony zostaje prawie z każdego towarzystwa, to sztuczny odbyt już sam z siebie jest ciężkiem i niebezpiecznem cierpieniem.

Nawet REICHEL, gorliwy zwolennik operacji dwuczasewej, przyznaje, że przy zgorzeli wysoko położonej pętlicy przystąpiłoby do szwu jelitowego, z obawy przed wyniszczeniem; na podstawie własnego jednego przypadku, możemy śmiało utrzymywać, że przyczyną śmiertelnego zejścia było głównie wyniszczenie, powstałe po założeniu sztucznego odbytu w pobliżu zastawki BAUHIN'ego. Nie można też wreszcie i zaprzeczyć, że zakładając sztuczny otwór stołcowy, narażamy chorego na niebezpieczeństwo ropnego zapalenia tkanki łącznej w pobliżu wrot przepuklinowych.

Z drugiej strony przyczyny niepomyślnych wyników po pierwotnem wycięciu nie należy może tak dalece szukać w samej metodzie, ile raczej w niezupełnie poprawnem przeprowadzeniu i wykonaniu teje, na co mianowicie KOCHER <sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Szkice herniologiczne. Medycyna. 1885. Nr. 16—19.

<sup>2)</sup> Casuistische Beiträge zur circulären Darmresection und Darmaht. Deutsche Zeitschrift für Chir. XIX. Band. str. 230.

<sup>3)</sup> Zur Methode der Darmresection bei eingeklemmter gangränöser Hernie, Centralblatt für Chir. 1880 str. 465 i Resection von 1 Meter 60 cm. gangränösen Darmes mit Darmaht, Correspondenz Blatt für Schw. Aerzte. XVI.



zwrócił uwagę. Według jego zapatrywania wszystko od tego zawisło, aby szwem zespajano tylko zupełnie zdrowe i prawidłowe jelito. Doświadczenie pouczyło go, że jelito powyżej miejsca uwięźnięcia znajduje się w stanie za-wału (*infarctus*), t. j. zastoju żylnego z nadmiernem rozdęciem.

Pod wpływem zakaźnej zawartości jelita, wskutek porażenia ścian mo-że i po usunięciu przyczyny niedrożności następczo przyjść do zgorzeli jelita powyżej miejsca szwu. KOCHER oświadcza się przeto za wycięciem większego kawałka jelita, mianowicie w kierunku dośrodkowym, ażeby operować w tkan-kach zupełnie zdrowych i wszystko podejrzane usunąć. W każdym razie ulega tu zazwyczaj wycięciu większy kawał jelita, czasem nawet większy niżby tego rzeczywiście potrzebą wymagała, obawa jednak, która od czasu przypadku BAUMA<sup>3)</sup> ogarnęła umysły, że ustrój ludzki nie znosi wycięcia większego ka-wałka jelita, zapewne już została usuniętą przypadkiem KOEBERLE'go<sup>2)</sup> [wy-cięcie 2 metrów] i przypadkiem KOCHER'a [wycięcie 1 metra i 60 ctm.]. Na razie nie można jeszcze orzec, czy nie będzie można zapobiedz tej niedogodności przez następne wczesne wycięcie, proponowane przez JUILLARD'a<sup>3)</sup>, RIEDL'a<sup>4)</sup>, którzy radzą przymocować jelito uległe zgorzeli w ranie i dopiero w kilka godzin po dokładnem odgraniczeniu części obumarłych od zdrowych, przystąpić do wy-cięcia [według RIEDL'a bez uspienia], gdyż dotychczas nie wielu chorych ope-rowano według tej zasady.

Rozleglejsze wycięcie ma z drugiej strony tę wielką zaletę, że łączy ze sobą prawie równe światła jelita, przez co unika się znacznych często trudności przy szwie. Nie potrzebuję tu wreszcie dodawać, że dla osiągnięcia dodatniego wyniku, koniecznem jest dokładne, skrupulatne założenie szwu jelitowego.

Z przytoczonych dopiero co uwag wynika, że ta kwestyja, dla praktyki nadzwyczaj ważna, nie jest jeszcze stanowczo rozstrzygniętą. Ważne powody przemawiają za i przeciw obu sposobom postępowania; cała jednak sprawa znajduje się dziś w tym okresie, że dalsze teoretyczne rozumowanie jest bez-celowem, a tylko może być rozstrzygającą obszerna statystyka, która wykazuje li tylko przypadki operowane według różnych zasad.

Ogłoszenie przypadków operowanych w krakowskiej klinice chirurgicznej, niechaj się przyuczni choć w części do rozwiązania tego pytania.

I. Zgorzel przepukliny udowej, herniotomia, zało-żenie sztucznego odbytu, śmierć po 9 dniach.

J. B. Kobieta licząca lat 53, z Krakowa, od kilku lat cierpi na prze-puklinę udową wolną po stronie prawej. Paska przepuklinowego nie nosiła. Dnia 8 Stycznia 1885 r. pojawiły się nagle objawy uwięźnięcia, bóle morzy-skowe w brzuchu, zaparcie stolca, a wkrótce potem wymioty żółciowe. Przez

1) Fortschritte der Medicin. 1884. 20.

2) Résection de deux mètres d'intestin grêle, guérison, Bull. de l'acad. de méd. 1881, ref. w Centralblatt. für Chir. 1881.

3) Deux cas de résection d'intestin pour anus contre nature, guérison, Revue de la Suisse romande. 1882. Nr. 8.

4) Ueber die Behandlung gangränöser Hernien. Deutsche med. Wochenschrift. 1883. Nr. 45. Zur operativen Behandlung der Dickdarmcarcinome. Tamże. 1886. Nr. 15 i 16.



5 dni leczono chorą bez skutku środkami przeczyszczającymi i ławatywami poczem została przeniesioną do kliniki chirurgicznej. Przy przyjęciu obraz był następujący: chora lichy odżywiana, twarz zapadła. Narządy piersiowe prawidłowe, brzuch wzdęty, przy obmacywaniu wysięku wolnego wykazał w nim nie można. Po stronie prawej przepuklina udowa wielkości pięści, skóra nad nią zaczerwieniona i obrzękła. Ciepłota 38° C., tętno 100.

Wymiociny posiadają wybitnie kałowy zapach. Rozumie się samo przez się, że zaniechano wszelkiej próby odprowadzenia, a przystąpiono natychmiast do herniotomii. Po przecięciu obrzękłej skóry i otworzeniu worka przepuklinowego, wypłynęło kilka gramów cuchnącej, mętnej cieczy przepuklinowej. Zawartość przepuklinową stanowiła pętlica jelita cienkiego, długa na 10 ctm. i nieco sieci. Jelito było szare, miejscami sinawo-czarne, ume, niepolyskujące i okazywało liczne wybroczyny wśród samej ściany. Przy tych warunkach nie można było myśleć o odprowadzeniu, to też D-r SCHRAMM, który w nieobecności prof. MIKULICZA operację robił, przyszył, po należytem rozszerzeniu uciskających wrot przepuklinowych, oba końce pętlicy jelita, wyciągniętej nieco z jamy brzusznej, do skóry szwami węzłkowymi. Sieć znajdującą się w przepuklinie podwiązano i usunięto. Po założeniu opatrunku jodoformowego, chorą mocno osłabioną zaniecono do łóżka.

W ciągu dwóch pierwszych dni nie było ani stolca ani wiatrów, wymioty pojawiały się jednak rzadziej i nie posiadały zapachu kałowego. Dnia 15 Stycznia wystąpiło dobrowolne przedziurawienie zgorzeli uległej pętlicy na jej największej wypukłości, a na zewnątrz wylała się spora ilość zielonawej zawartości jelita.

Następnego dnia całe zgorzeli uległe jelito oddalono nożycami. Oba światła jelita znajdowały się w poziomie zewnętrznej rany, obwodowe ramie było już znacznie zwężone.

Od tego czasu chora nie gorączkowała, naciek zapalny zmniejszał się codziennie w okolicy rany, która poczęła się miejscami pokrywać ziarniną. Wymioty zupełnie ustały, a chora zaczęła jeść. Pomimo to na siłach się nie podnosiła, z każdym dniem chudła, a ogólne osłabienie było z końcem pierwszego tygodnia nader wybitne. Chłoniąca część jelita była oczywiście za krótką.

Próbowano zatem zawartość jelita przeprowadzić z części doprowadzającej do odprowadzającej przez dren gumowy, a następnie przez rurę szklaną w U zgiętą; to jednakże tylko się częściowo powiodło, gdyż większa część mimo to wylewała się na zewnątrz. Wlewano także za pomocą strzykawki trochę ogrzanego mleka i wina czerwonego do jelita odwodzącego, ale i to nie mogło powstrzymać szybkiego upadku sił. Wśród wzmagającego się zapadu, przy ustawicznie bezgorączkowym stanie, chora zakończyła życie dnia 22 Stycznia, w 9 dni po operacji.

Sekcja: Po prawej stronie zapalenie włóknikowe płuc i oplucnej w okresie nawału krwawego. Otrzewna prawidłowa. Żołądek i jelito powyżej sztucznego odbytu nieco rozszerzone i wypełnione zawartością płynną. Część odprowadzająca jelita cienkiego, 85 ctm. długa i jelito grube znacznie zwężone. Oba końce jelita ściśle zrosnięte ze ścianami kanału udowego; w okolicy tegoż



ropny naciek, głównie w sąsiedniej tkance podskórnej uda. Reszta narządów prawidłowa.

Z historii choroby wynika, że założenie sztucznego odbytu w tym przypadku nie mogło uratować chorej od niebezpieczeństwa grożącego w przebiegu przepukliny uległej zgorzeli. Jakkolwiek sekcja jako ostateczną przyczyną śmierci wykazała zapalenie płuc, to przecież nie może najmniejszej wątpliwości ulegać, że śmiertelne zejście nastąpiło w skutek wyniszczenia; zupełnie bezgorączkowy przebieg zapalenia płuc jest najlepszym wyrazem wysokiego stopnia upadku sił u chorej. Ta okoliczność jest tem ważniejszą, że zwolennicy operacji dwuczłowej utrzymują, że wyniszczenie grozi tylko przy wysoko założonym *anus praeternaturalis*, gdzie powierzchnia chłonna jest nadzwyczaj małą; w naszym przypadku tylko 85 ctm. jelita cienkiego usunięto po za obręb działania.

Opisany powyżej przypadek skłonił prof. MIKULICZA, że w następnych przypadkach, bez koniecznej przyczyny, nie zakładał sztucznego odbytu, lecz wprost przystępował do enterorafii.

II. Zgorzel przepukliny pachwinowej, pierwotne wycięcie jelita, wyleczenie.

M. K. 45 letnia kobieta, cierpi od kilku lat na przepuklinę pachwinową po stronie prawej, występującą tylko czasami. Paska przepuklinowego nie nosiła. Dnia 8 Lipca 1885 r. wystąpiła nagle przepuklina w czasie natężającej pracy; ani chora, ani też przywołany lekarz odprowadzić jej nie zdołali. Gdy zaś nadto silne bóle w brzuchu i nudności wystąpiły, zdecydowała się nareszcie chora po 36 godzinach szukać pomocy w klinice, gdzie następujący stan znaleziono: dobrze odżywiany, zbudowany i zresztą zdrowy osobnik; ciepłota prawidłowa, tętno wolne, pełne. Brzuch nieco wzdęty, przy ucisku niebolesny. W prawym przegubie pachwinowym owalny guz, wielkości gęsiego jaja, którego dłuższa oś przebiega równolegle z więzmem POUPART'a. Przy ucisku na guz uczuwa chora tylko mierne bóle. Skóra nad tymże prawidłowa, odgłos wypukowy stłumiony. Od 30 godzin nie było stolca. Gdy przepuklina bez użycia większej siły odprowadzić się nie dała, wykonał prof. MIKULICZ herniotomię. Po otwarciu worka przepuklinowego zobaczono, że jego zawartość stanowiła mała pętlica jelita cienkiego, na kilka centymetrów długa, która już uległa zgorzeli. Po dokładnej dezynfekcyi całego worka przepuklinowego i rozszerzeniu uciskającego pierścienia, odcięto kawałek jelita długości około 10 ctm. i założono typowy szew [według CZERNY'ego]. Przed ukończeniem jeszcze tegoż, spostrzegł prof. MIKULICZ, że jelito dowodzące na przestrzeni 6 ctm. zmieniło swą barwę; czerwonawe początkowo zabarwienie ustąpiło miejsca ciemno-błękitnemu, a jelito przy dotykaniu było zimne. Odcięto przeto i ten kawałek a następnie po raz wtóry założono szew. Po ponownej dezynfekcyi, odprowadzono jelito do jamy brzusznej, poczem wyluszczone worek przepuklinowy. Założono szew rany skórnej po wprowadzeniu dwu zupełnie krótkich sączków. Dalszy przebieg był zupełnie pomyślny, a tylko zaburzony powierzchownem ropieniem na około szwów. Chora po 14 dniach opuściła zakład z bardzo małą raną, czysto ziarninującą w miejscu jednego otworu drenowego.



III. Zgorzel przepukliny udowej, hernijotomija, pierwotne wycięcie jelita przy istniejącem już zapaleniu otrzewnej, wypłukanie jamy brzusznej kwasem salicylowym, śmierć.

F. B. Kobieta licząca lat 37, z Krakowa, ma po stronie prawej przepuklinę udową, która wprawdzie nigdy nie dawała się odprowadzić, jednakże nie sprawiała dotychczas chorej żadnych dolegliwości. Paska przepuklinowego nigdy nie nosiła. Przed 3 dniami doznała chora nagle bez wiadomego powodu silnego bólu w dolnej części brzucha, pomimo to oddawała się swym codziennym zajęciom. Od tego dnia nie było ani stolców ani wiatrów. Piątego dnia kazała sobie chora dać lawatywę, która jednakże była bezskuteczną; zawezwany wówczas lekarz przepukliny odprowadzić nie mógł. W dniu przyjęcia 23 Marca 1886 r. znaleziono stan następujący. Chora dobrze odżywiona, skarży się na bóle w całym brzuchu, mimo to jednakże przechadza się. Brzuch wzdęty jak bęben, przy dotykaniu bolesny, przez powłoki brzuszne widoczne silne ruchy robaczkowe jelit. Odgłos wypukowy nad spojeniem kości łonowej i więzmem POUPART'a po obu stronach na szerokości trzech palców stłumiony, zresztą prawidłowy. W okolicy pachwinowej lewej, na zewnątrz od *tuberculum pubicum*, znajduje się guz wielkości kurzego jaja o odgłosie wypukowym bębnowym. Skóra nad nim zaczerwieniona, mocno naciekła. Od 8 dni brak stolca, a od 3 dni wymioty kałowe. Ciepłota prawidłowa, tętno 98. Prof. MIKULICZ przedsięwziął natychmiast hernijotomiję. Po otworzeniu worka przepuklinowego i usunięciu cuchnącej cieczy przepuklinowej, spostrzeżono, że jelito uległo zgorzeli. Zasznurowujący pierścień przecięto hernijotomem, poczem nadzwyczaj ostrożnie wyciągnięto pętlicę jelita z jamy brzusznej. Okazało się przytem, że wzmiankowana pętlica pozostawała jeszcze tylko w związku z doprowadzającą częścią jelita; część odprowadzająca była zupełnie oderwaną od pętlicy leżącej w worku przepuklinowym. Z tego powodu pociągając za pętlicę uwięzniętą, wyciągnięto z jamy brzusznej tylko ramię dowodzące. Otwarte światło części odprowadzającej leżało w głębi worka przepuklinowego, bezpośrednio po za wrotami przepuklinowemi, słabo do tychże przylepione. Ażeby i tę wydobyć, przedłużono cięcie ku górze po nad więz POUPART'a i otworzono jamę otrzewnej, z której wylało się przytem parę łyżek mętnej, nieco cuchnącej cieczy. Z obu końców jelita odcięto po 12—15 ctm. i założono typowy szew jelitowy. Z powodu istniejącego już zapalenia otrzewnej, poprowadzono cięcie drugie w linii białej, poniżej pępka, na 8 ctm. długie, a przez nie jako też i przez ranę hernijotomijną wprowadzono w głąb miednicy po 2 sączki na palec grube i przepłukiwano niemi jamę brzuszną ogrzanym 3% roztworem kwasu salicylowego tak długo, aż tenże czysty wypływał. Słabe i nieregularne tętno zmuszało do szybkiego dokończenia operacji; ranę w linii środkowej zamknięto, zostawiając w ranie po hernijotomii 2 dreny prowadzące do jamy otrzewnej. Zaraz po operacji powstał upadek sił, z powodu którego wstrzyknięto pod skórę eter.

Ponieważ w ciągu pierwszych 12 godzin po operacji wymioty nie ustawały, a wiatry ani stolec nie odchodziły, wyciągnięto przeto z żołądka za pomocą sondy znaczną ilość [ $1\frac{1}{2}$ —2 litr.] cieczy mocno kałem cuchnącej. Wy-



mioty wprawdzie potem ustaly, chora uczula się znacznie swobodniejszą, jednakże śmierć nastąpiła w 24 godzin po operacyi. Przy sekcyi znaleziono rozległe ropne posokowate zapalenie otrzewnej; szew jelitowy, który leżał w połowie długości jelita cienkiego, nie trzymał dokładnie w jednym miejscu, jak się o tem można było przekonać przez przelewanie wody przez jelito; światło jelita było w tem miejscu mocno zwężone.

IV. Zgorzel przepukliny udowej, hernijotomija, pierwotne wycięcie jelita po przejściowem utworzeniu się przetoki kałowej.

S. K. lat 38 z Dąbrowy w Galicyi. Chory cierpi od lat 8 na przepuklinę udową po stronie lewej, dającą się z łatwością odprowadzić i paskiem w jamie brzusznej utrzymać. Dnia 17 Kwietnia 1886 r. przepuklina znowu wystąpiła, lecz ani chory sam, ani wezwany lekarz odprowadzić jej nie mogli. Gdy się od tej chwili nie pojawiły ani wiatry, ani stolce, wystąpiły zaś wymioty udał się chory na trzeci dzień do tutejszej kliniki.

*Status praesens.* Mężczyzna średniej wielkości, słabo zbudowany, narządy piersiowe prawidłowe, brzuch bardzo nieznacznie wzdęty, na ucisk zaledwie oddziaływający. Poniżej lewego więzła Poupard'a guz wielkości kurzego jaja; odgłos wypukowy nad nim stłumiony a skóra prawidłowa. Przez kanał pachwinowy da się po obu stronach wprowadzić palec. Wyraz twarzy swobodny, nie zdradza jakiegokolwiek cierpień. Ciepłota prawidłowa, tętno 80, od 48 godzin nie ma stolca, nudności, wymioty raz jeden.

Próbowano ostrożnie odprowadzić przepuklinę, a gdy się to nie udało, przystąpiłem, w nieobecności prof. MIKULIŻA do hernijotomii. Po otwarciu worka przepuklinowego wylało się kilka gramów mętnej nie cuchnącej cieczy przepuklinowej.

Pętlica jelita, długości około 15 ctm., znajdująca się w worku przepuklinowym, była niebieskawo zabarwioną, miejscami pokryta wypociną włóknikową. Po dokładnej dezynfekcyi sublimatem i kwasem karbolowym, przecięto najpierw pierścień przepuklinowy. Chociaż jelito, jak to wspomniałem, nie wyglądało całkiem prawidłowo, postanowiłem je przecież odprowadzić przypuszczając tylko nieznaczne zmiany. W chwili jednakże, gdy próbowałem je przepchać przez wrota przepuklinowe, przedarła się w 8 czy 9 miejscach rozmiękla i krucha błona surowicza; niektóre naddarcia przeszły przez wszystkie prawie warstwy, tak, że tylko na dnie rany pozostała cienka warstwa błony śluzowej. Zaniechałem tedy odprowadzenia, a zdecydowałem się wykonać typowe wycięcie jelita. Pętlicę jelita jeszcze nieco więcej wyciągnąłem z jamy brzusznej, przyczem przekonałem się, że ramię odprowadzające tuż za wrotami przepuklinowemi przechodziło w jelito prawidłowe, podczas gdy doprowadzające na znacznej jeszcze przestrzeni ku górze było rozszerzone, sino zabarwione a miejscami krwią podbiegłe. Ażeby szew założyć w zupełnie zdrowej tkance, musiałem około 30 ctm. jelita wyciąć, podwiązawszy krózkę za pomocą kilku podwiązek. Szew jelitowy założyłem w sposób typowy. Potem nastąpiło odprowadzenie jelita, podwiązanie i wyluszczenie worka przepuklinowego i zeszcycie zewnętrznej rany, po wprowadzeniu dwu całkiem krótkich sączków.



Przebieg w pierwszych 8 dniach nie pozostawiał nic do życzenia. Po usunięciu sączków 9-o dnia, w małej ilości wydobywała się przez dolny kąt rany płynna zawartość jelitowa. Po tygodniu zawartość ta przestała wypływać przez przetokę.

Ponieważ jednak ropienie w tejże jeszcze dłuższy czas trwało i takowa nie okazywała najmniejszej skłonności do wygojenia, rozszerzono ją i wyciągnięto z głębi jedwabną podwiązkę, po czem wkrótce się zamknęła, a chory 22 Czerwca wyleczony opuścił klinikę. [D. n.]

## II. O PRZETWORACH FERMENTOWANYCH Z MLEKA, A MIANOWICIE O KUMYSIE I KEFIRZE

przez

**Leona Nenckiego i Aleksandra Fabiana.**

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 3].

Szczegółowy opis metod oznaczania hemialbumozy i peptonu. Rozpoczynamy od oznaczania peptonu. W tym celu wspominamy przez nas kilkakrotnie BIEL w pracy swej o kumysie stosuje trzy sposoby:

1-o Oznaczenie za pomocą taniny. Odmierzoną ilość płynu [kumysu lub kefiru], np. 100 ctm. sześciennych, zmieszano z 10 ctm. sześciennymi roztworu octanu sodu nasyconego i dodano 5 ctm. sześciennych roztworu półtorachlorku żelaza (*liq. ferri sesquichlorati*), ciężaru właściwego = 1,30; płyn zobojętnia się za pomocą dodawania ługu sodowego i doprowadza na wolnym ogniu do wrzenia, w którym się utrzymuje przez 10 minut. Płyn oziębiony mierzy się, dopełnia wodą przekroploną do pewnej stałej objętości [np. 150 ctm. sześciennych] i przesącza. Ponieważ użyty odczynnik strąca wszystkie odmiany białka oprócz peptonu, płyn więc dla ścisłości próbuje się za pomocą kwasu octowego i żółtego żelazo-cyjanku potasu, celem przekonania się, czy cała ilość białka istotnie osadzona została [nie powinien powstawać w płynie ani osad ani męt], a dalej stwierdzić trzeba, że nie zawiera żelaza [pochodzącego z odczynnika], t. j., że nie daje niebieskiego lub zielonkawego zabarwienia z żelazocyjankiem żółtym.

Do tak zbadanego płynu dodaje się 20% roztworu taniny, przyczem powstaje obfity, kłaczkowaty osad, zbity, łatwo na dno opadający, jeżeli płyn był dobrze strącony. Osad zbieramy na wysuszonym i zważonym filtrze zaraz po strąceniu—inaczej filtrowanie odbywa się bardzo powoli—przemywamy 1% roztworem taniny [dla usunięcia soli kuchennej] dopóty, aż płyn odciekający nie przestanie z azotanem srebra dawać nie tylko osadu, ale nawet białawego mętu, suszymy przy ciepłocie 100° C., na tymże filtrze przemywamy wrzącym wyskokiem 95° [dla wymycia reszty taniny], próbując półtorachlorkiem żelaza aż do zniknięcia ciemnego, a nawet zielonawego zabarwienia płynu, poczem filtr z osadem ponownie suszymy i wazymy.

Ponieważ pewna ilość peptonu wchodzi w związek z taniną, rozpuszczalny w wyskoku, a i nadmiar taniny, do strącenia i przemywania osadu użyty, prze-



chodzi do wysokowego przesącza, należy zatem oznaczyć tę ilość peptonu i doliczyć do ilości otrzymanej na filtrze peptonu czystego, przyczem BIEL przyjmuje 60% osadu garbnikanu peptonowego za czysty pepton.

Przerabiając wielokrotnie powyższą metodę, przekonaliśmy się, że jest ona nie tylko zbyt powiklaną ale nadto i niezupełnie ilościowo ścisłą, gdyż: a) nie udaje się dość dokładnie usunąć z płynu ostatnich śladów peptonu, zawierającego żelaza, o czem przekonywa to, że chociaż przy próbowaniu przesącza żółtym żelazocyjankiem nie otrzymuje się wcale niebieskawego zabarwienia, jednakże przy późniejszym dodawaniu taniny powstający osad jest ciemno-granatowy, a nawet prawie czarny, co dowodzi jeszcze obecności w nim żelaza.

b) Przyjmowanie 60% z opisanego wyżej osadu garbnikanu peptonu za pepton polega na obrachunku, który BIEL przeniósł z badań nad oznaczaniem ilościowym białka za pomocą taniny przy białkomoczu [GIRGENSON]. Obliczenie to dla peptonu nie jest ścisłe. Jeżeli bowiem nawet przyjąć, że w powyższym razie dla białka istotnie z obliczeń wypadło, że 60% garbnikanu białka za białko przyjmować należy, to jednakże naszym zdaniem, obliczenia tego nie można żywcem przenosić na oznaczenie peptonu, gdyż przy białkomoczu istnieć mogła mieszanina rozmaitych odmian białka, liczb przeto tam otrzymanych nie godzi się stosować wprost do peptonu, zaczem między innymi przemawia chyba i ta okoliczność, że owa obliczona [60%] ilość peptonu, wobec wogóle małej jego ilości w badanym płynie, wynosi niekiedy więcej, niż cały osad peptonu czystego na filtrze zebrany, co jest wielce nieprawdopodobnem.

2-o Za pomocą polarystrabometru WILD'a, biorąc za podstawę do obliczenia ilości peptonu podany przez HOFMEISTER'a wzór dla czystego preparatu, mianowicie:

$$[\alpha] D = - 63,5^\circ \quad p = \frac{\alpha \cdot 100}{[\alpha] D \cdot l}$$

3-o Za pomocą kwasu fosforowolframowego, czyli tak zwanego sposobu kolorymetrycznego:

Do płynu odsączonego po osadzeniu półtorochlorkiem żelaza i octanem sodu, dodaje się powoli kwasu fosforowolframowego, zakwasza kwasem solnym, przyczem powstaje osad na sączku, przemywa się roztworem 5% kwasu siarczanego i po wymyciu rozpuszcza się w  $\frac{1}{10}$  prawidłowym (*decinormal*) ługu sodowym. Do pewnej oznaczonej ilości tego roztworu dodaje się kroplami odczynnik FEHLING'a, porównyując odcień i natężenie powstającego przy tem zabarwienia płynu [od różowego do błękitnawego lub purpurowego] z takimże zabarwieniem otrzymanem z tymże odczynnikiem w mianowanym rotworze czystego peptonu. Próba ta, jak wszystkie zresztą próby kolorymetryczne, ilościowo ścisłą nie jest, jako czysto podmiotowa, a nadto wymaga do porównań posiadania czystego peptonu, o który jest bardzo trudno, handlowe bowiem przetwory wszystkie zawierają mniej lub więcej liczne domieszki.

Sposób oddzielania peptonu dla jego ilościowego oznaczenia od ciał białkowych w ogólności, a zwłaszcza od hemialbumozy, za pomocą siarczanu amonu, jest całkiem niewłaściwy, gdyż, jak się o tem [zgodnie zresztą z większością



współczesnych badaczy] przekonałiśmy, odczynnik ten osadza nietylko wszelkie odmiany białka, ale i p e p t o n.

Gdy bowiem do płynu odsączonego po strąceniu półtorochlorkiem żelaza i octanem sodu dodawać będziemy siarczanu amonu w kryształach aż do nasycenia płynu tym odczynnikiem, to w miarę jego rozpuszczania, powstaje zrazu męt, po kilkunastu zaś godzinach osad. Po wydaleniu z takiej mieszaniny kwasu siarczanego za pomocą baryty i usunięcia amonijaku przez ogrzanie [gotowanie], filtrat od siarczanu barytu odsączony nie daje już zwykłych odczynów na pepton, mianowicie też tak zwany odczyn biuretowy nie występuje wcale.

Kwas fosforowolframowy daje wprawdzie lekki męt zamieniający się po dłuższym staniu w nieznaczny osad, ten wszakże może zależeć i zapewne zależy od śladów tak zwanych zasad mięśniowych (*Fleischbasen*) i nie dowodzi obecności peptonu.

Jako najściślejsza ilościowo metoda oznaczenia peptonu pozostaje nam więc jedynie obliczenie z ilości azotu otrzymanego z jego rozkładu; ją też stosowaliśmy głównie i liczby w poniżej podanych analizach na niej się opierają, przy czem ilość pojedynczo otrzymanych ciał białkowych sprawdzaliśmy obliczeniem i oznaczaniem całej ich ilości razem w badanym płynie.

Metodę rzezoną, znaną jako postępowanie KEYDAL'a, wykonywa się jak następuje:

25 ctm. sześciennych płynu, pozostałego po usunięciu wszelkich odmian białka [za pomocą octanu żelaza sposobem powyżej opisanym], wyparowywa się w kolbce ERLÉNMEYER'a w kąpeli wodnej do sucha, poczem dodaje się 5 ctm. sześciennych kwasu siarczanego zwykłego [66° BEAUMÉ], 5 ctm. sześciennych kwasu siarczanego dymiącego, oraz małą ilość rtęci metalicznej [0,3—0,5 grama] i ogrzewa zwolna aż do zmiany barwy płynu brunatno-czerwonej na słabo żółtą, co następuje mniej więcej po 2 godzinach. Po ostygnięciu płynu rozcieńcza się go wodą, dodaje siarku sodu dla strącenia rtęci i w stosownej kolbce odcedza, po dodaniu 25 centym. sześciennych ługu sodowego [ciężar właściwy = 1,2] aż do połowy objętości. Destylat zawierający amonijak, powstały z azotu pochodzącego z rozkładu ciała białkowego [tutaj p e p t o n u], mianuje się za pomocą  $\frac{1}{10}$  prawidłowego kwasu siarczanego. Ze znalezionej tą drogą ilości amonijaku oblicza się ilość azotu, która pomnożona przez 6,25 [a podług SCHMIDT-MUEHLHEIM'a przez 6,41] da ilość zawartego w pierwotnym płynie peptonu.

Oprócz ilościowego oznaczenia ciał białkowych, należało oznaczyć ilość innych części składowych kumysu i kefiru, przy czem stosowaliśmy następujące sposoby:

K w a s w ę g ł a n y. 50 ctm. sześciennych kumysu lub kefiru zaraz po wypuszczeniu z butelki titrujemy mianowanym roztworem wodoru barytu, przy czem 1 ctm. sześcienny odczynnik [Ba(OH)<sup>2</sup>] odpowiada 0,001 CO<sup>2</sup>.

Taką samą ilość kumysu lub kefiru ogrzewamy na kąpeli wodnej aż do całkowitego ulotnienia się kwasu węglanego, będącego w rozpuszczeniu, titrujemy tym samym roztworem Ba(OH)<sup>2</sup>, a różnica między dwoma titrami znaleziona da ilość wolnego kwasu węglanego.



Ponieważ sposób ten wykazuje istotnie tę ilość CO<sup>2</sup>, którą pijący w danym napoju rzeczywiście otrzymuje, uważamy go za najwłaściwszy, bo jest prosty, szybki i dokładny.

Ogólny stopień kwasności kumysu lub kefiru [wyrażony jako kwas mleczny]. Do 50 ctm. sześciennych płynu pozbawionego kwasu węglanego dodajemy kilka kropel fenoltaleiny jako wskaźnika i za pomocą 1/10 normalnego roztworu wodanu sodu titrujemy dopóki nie pojawi się stałe, nieznikające szybko lekkie różowe zabarwienie. Wiedząc, że 2 ctm. sześciennych 1/10 prawidłowego wodanu sodu odpowiada 0,0045 kwasu mlecznego, z ilości centymetrów sześciennych zużytego odczynnika obliczamy ilość kwasu zawartą w 50 ctm. sześciennych płynu, co pomnożone przez 2 da jego ilość procentową.

Alkohol. 100 ctm. sześciennych kumysu lub kefiru zobojętniamy sodą gryzącą i przekraplamy do połowy pierwotnej objętości, dopełniamy ilość przekroploną do 100 ctm. sześciennych wodą przekroploną i za pomocą wagi WESTFALA przy + 15,5° C. oznaczamy ciężar właściwy, z czego podług znanych tablic obliczamy ilość wysokoku.

Cukier mleczny. Po usunięciu wszystkich odmian białka, 10 ctm. sześciennych filtratu rozcieńcza się wodą przekroploną i dodaje do ogrzanych na parownicy 10 ctm. sześciennych roztworu FEHLING'a tak długo, dopóki płyn na parownicy całkiem się nie odbarwi. Ponieważ 10 ctm. sześciennych roztworu FEHLING'a odpowiada 0,067 cukru mlecznego, jeżeli więc z biurety dodaliśmy rozcieńczonego przesącza np. 11,5 ctm. sześciennych to:

$$11,5 : 0,067 = 100 : X$$

$$\text{czyli } X = \frac{6,7}{11,5} = 0,582 \text{ w } 10 \text{ ctm. sześciennych,}$$

$$\text{a w } 100 \text{ ctm. sześciennych} = 5,82\% \text{ cukru mlecznego.}$$

Popioły [części mineralne]. Oznaczamy przedewszystkiem ilość części stałych wogóle w ten sposób, że 25 ctm. sześciennych płynu [kumysu lub kefiru], po dodaniu do nich kropli kwasu octowego, celem lepszego ścięcia białka, suszymy w zważonej parownicy platynowej najprzód w kąpieli wodnej, a wreszcie w piecyku powietrznym przy 105° C. doprowadzamy do stałej wagi. Różnica ciężaru parownicy i ciężaru na ostatku otrzymanego da nam ilość części stałych w 25 ctm. sześciennych, co pomnożone przez 4 da ich ilość procentową.

Tak otrzymane części stałe w tej samej parownicy, po zważeniu, wypalamy przy słabo czerwonym żarze aż do zupełnego zniknięcia materii organicznych, ponownie po wystygnięciu zważona pozostałość da wagę popiołów.

Ogólny wynik wielokrotnie przedsięwziętych rozbiórów ilościowych, a dokonywanych przy łaskawym udziale p. PRZEMYSŁAWA RAKOWSKIEGO, wykazał co następuje:

(Patrz tablicę na następnej stronie).

Nadmieniamy, że rozbiór kefiru 1-o, 2-u i 3-dniowego dokonywanym był w przetworach przysposobianych z jednego i tego samego mleka po 1, 2 dniach fermentacji i że, jak to już powyżej mówiliśmy, ile razy ilościowe oznaczanie



	Kumys w 100 częściach <sup>1)</sup> .			Keir w 100 częściach.		
	1 dniowy	2 dniowy	3 dniowy	1 dniowy	2 dniowy	3 dn.
Ciężar właściwy . . . . .	1041	1037		1032	1026	
Ogólna ilość ciał białkow.	2,311	2,621	2,794	3,935	4,150	3,698
Kazeina . . . . .	1,450	1,465	1,390	2,755	2,985	2,740
Albumina . . . . .	0,320	0,345	0,345	0,670	0,580	0,372
Acidalbumina . . . . .	0,330	0,345	0,350	0,310	0,385	0,200
Hemialbumoza . . . . .	ślady	0,230	0,352	nie ma	0,200	0,230
Pepton . . . . .	0,221	0,236	0,357	ślady	ślady	0,156
Alkohol . . . . .	0,56%	1,42%	2,11%	0,41%	0,81%	1,20%
Kwas mleczny . . . . .	0,45%	0,56%	0,78%	0,51%	0,43	0,83
Kwas węglany . . . . .	0,10%	0,12%	0,35%	0,03%	0,03	0,16
Cukier mleczny . . . . .	4,02	2,45%	1,25	2,04	1,82	1,37
Popioły . . . . .	0,56	0,50	0,48	0,61	0,68	0,68

ciał białkowych opiera się na ilości azotu z nich otrzymanego, tam do mnożenia użyty jest jako współczynnik 6,25 dla wszystkich odmian białka, zaś dla peptonu 6,41 w myśl ostatnich poszukiwań SCHMIDT-MUELHEIM'a.

[D. n.].

### III. LECZENIE OSTREJ RZEŻĄCZKI CEWKI MĘZKIEJ

(*Urethritis gonorrhoeica acuta*),

ZA POMOCĄ REZORCYNY

przez

**D-ra Józefa Łychowskiego**

[z Chmielnika podolskiego].

Otrzymawszy bardzo dobry wynik w leczeniu 6-ciu przypadków ostrej rzeżączki za pomocą rezorcyny, spieszę zakomunikować czytelnikom GAZETY kilka słów w tym przedmiocie.

Przypadki rzeżączki, w których stosowałem rezorcynę, były następujące:

I. J. R. nabawił się choroby d. 8. IX. 1886, był u mnie d. 11 IX. Znalazłem wypływ ropy z cewki, bóle przy oddawaniu moczu, uczucie ciężenia i ból przemijający w prawem jądrze, a w nocy silne erekcyjne; poleciłem choremu stosowanie chłodnych kompresów na prącie, podwiązki na jądra (*suspensorium*) i wstrzykiwanie 2% roztworu rezorcyny, co 3 godziny pełną szprycę.

<sup>1)</sup> Z zakładu D-ra PRZYSTAŃSKIEGO.



D. 14. IX. Wyływ stracił charakter ropny, stał się śluzowym, czerwonosć naokoło otworu cewki znacznie mniejsza. Wstrzykiwania 1% roztworu rezorcyny. D. 16. IX, wyleczenie.

II. Bag. Ant. Dostał trypra nazajutrz po spółkowaniu d. 19. IX. Był u mnie d. 26. IX. Objawy cierpienia były dość łagodne, umiarkowany wyływ z cewki, niezbyt bolesne oddawanie moczu. Zastosowałem chłodną kąpiel 24° R. nasiadową i wstrzykiwania do cewki 1% roztworu rezorcyny. Ponieważ d. 28. IX. okazało się, że objawy choroby nie zmieniły się, zaleciłem 2% roztwór, a 4. X., t. j. na szósty dzień leczenia śladu przebytego cierpienia nie pozostało.

III. Piuchas M. żonaty, lat 30, przyszedł do mnie d. 20. IX. zasięgnąć rady przeciwko niezmiernie utrudnionemu oddawaniu moczu. Zmusiwszy go do rozebrania się, znalazłem wybitną rzeżączkę, przepisałem mu 3% roztwór rezorcyny, obok zimnych okładów na prącie kilka razy dziennie. Bacząc na znaczną hypochondryję, bezsenność i erekcyjną pracę, dałem *lithium bromatum* 5 gr. *pro dosi* 3 razy dziennie. Następnego dnia objawy tryprowe znacznie mniejsze, a dnia 28. IX ustąpiły zupełnie.

IV. W. K., po znacznym *abusus in Baccho* powtarzającym się przez kilka dni z rzędu, d. 7. X spółkował z kobietą chorą na wyływ maciczny. Gdy d. 9. X. chorego widziałem, wyływ u niego był nieznaczny, bólu w cewce prawie wcale nie było. Przy oddawaniu zaś moczu lekkie rżnięcie i palenie w cewce; poleciłem choremu podwiązkę na jądra i wstrzykiwania 2% roztworu rezorcyny co 3 godziny.

Widziałem chorego powtórnie d. 13. X. Wyływ prawie zupełnie ustał. Podmiotowe objawy ustąpiły na 3-ci dzień leczenia. Chory jednakże „dla zabezpieczenia się“ powtórzył kilka razy przepisane lekarstwo.

V. Chila Kesler spółkował d. 2. X, a w trzy dni potem, to jest dnia 5. X. przyszedł do mnie. Znalazłem silny obrzęk i zaczerwienienie żołędzi, obfity wyływ ropy z cewki. W lewej pachwinie bolesny, powiększony gruczoł chłonny, lewe jądro obrzękle, nieco bolesne, gruczoł krokowy powiększony, przy ucisku bolesny, w lewym kolanie prawidłowem co do kształtu, przy ucisku wywołuje się ból, przechodzący na wewnętrzną powierzchnię uda w kierunku do obrzękłego gruczołu pachwinowego. Rozpoznawszy *wrethritidem gonorrhoeicam anteriorem et posteriorem* wraz z *adenitis et gonitis blenorrhoica*, zaleciłem spokój, nasiadową kąpiel chłodną [26° R.] i wstrzykiwania 4% roztworu rezorcyny, a na obrzękle lewe jądro wcieranie *Jodoform-Collodium* 1:15, *suspensorium*. Wieczorem tegoż dnia, chory po wstrzykiwaniach doznał bardzo silnego palenia w cewce moczowej. Znalazłem również silne napięcie prącia i zwiększoną trudność oddawania moczu. Chory był niespokojny, tętno 102, ciepłota 38,5° C. Zmniejszyłem wówczas stężenie roztworu wstrzykiwanego z 4% na 2% i poleciłem *lithium bromatum* 5 gr. *pro dosi* w wodnym roztworze.

D. 6. X. Objawy chorobowe prawie też same.

D. 7. X. Wyływ stał się śluzoworopiastym. Obrzęk jądra ustąpił. Gruczoł pachwinowy i kolano stały się mniej bolesne przy nacisku.

D. 8. X. Wyływ śluzowy. Przez kilka dni chorego nie odwiedzałem. Przez ten czas zachowanie się jego i lecznicze zabiegi były też same co i przedtem.

D. 11. X. Śluzu jeszcze trochę się pokazywało przy naciśnięciu na żołędź, inne zaś objawy przedmiotowe i podmiotowe ustąpiły prawie zupełnie, ból tylko w kolanie pozostał; zaleciłem wówczas choremu przyjmowanie o ile możliwości większej ilości płynów [mleka, wody, lekkiej herbaty i t. d.], wstrzykiwanie 2—3 razy dziennie 1% roztworu rezorcyny i masaż kolana. Po tygodniu chory czuł się zupełnie dobrze.



VI. Dż. spółkował d. 15. X, był zaś u mnie d. 20. X. Znalazłem wtedy znaczny wypływ z cewki moczowej stulejkę miernego stopnia; po dosyć przykrem dla chorego odchyleniu napletka, żołądz okazała się prawie zupełnie pozbawioną naskórka, a dużo wyciekło ropy przy odchyleniu.

Z wywiadów stwierdziłem, że i w zdrowym stanie napletek był bardzo długi, jako też, że w *sulcus retroglandularis* zawsze znajdował się w obfitości lój napletkowy (*sebum praeputii*). Ból w cewce i wypływ z niej poprzedził stulejkę. Zastosowałem 2% roztwór rezorcyny dla wstrzykiwań i 3% dla obmywania żołądzi. Kąpiele chłodne i zupełny spokój.

D. 21 X. Wypływ z cewki trwał. *Balanoblenorrhoea* znacznie się zmniejszyło, napletek nie obrzękł, trochę zaczerwieniony.

D. 22. X. Wypływ więcej śluzowy niż ropny.

D. 25. X. *Balanitis* zupełnie znikło, śluzowy wypływ z cewki bardzo skąpy.

D. 27. X. Wyzdrowienie zupełne.

Z przytoczonych danych widać, że przeciętnie okres choroby równał się 11 dniom, przeciętna zaś długość leczenia wynosiła około 6 dni.

Wszystkie przypadki leczone były za świeża, w jednym tylko, mianowicie w V-ym, były objawy cięższego cierpienia, aczkolwiek okres ich trwania był niedługi. Z tego też przypadku przekonałem się, jak powikłania rzeżączki błony śluzowej cewki ustępują szybko jedna po drugiej, w miarę powrotu do zdrowia pierwotnego podścieliska choroby. Co się tyczy szczegółów metody leczniczej, to dochodzę do przekonania, że stężenie roztworu rezorcyny musi być zastosowaniem względnie do objawów choroby i usposobienia samego chorego osobnika. Najodpowiedniejszym jest, według mego zdania, roztwór średniej siły, t. j. 2%. Ponieważ wstrzykiwania wykonywanymi były co 3 godziny, po oddaniu moczu, dla zwiększenia więc ilości takowego zaleciłem w obfitości płyny [wodę, mleko, herbatę chłodną i t. d.].

Co do technicznej strony wstrzykiwań, to zastosowywałem zawsze metodę francuzką. Napelniwszy o ile można dokładnie cewkę moczową płynem leczniczym za pomocą dobrej szprycki, chory zaciskał ujście cewki dwoma palcami lewej ręki, wszystkimi zaś palcami prawej ręki nagniał na cewkę, przepędzając tym sposobem płyn w kierunku do pęcherza; płyn dostawał się po za *ballus urethrae* do części cewki otoczonej mięśniami (*pars muscularis urethrae*), dokąd wpędzić go bardzo trudno, najlepszym nawet injektorem. Wyleczenie zaś w ostrym okresie rzeżączki części mięśniowej cewki (*urethritis posterior*) jest niezmiernie ważnem ze względu na ciężki przewlekły tryper w tej części.

Wszystkie środki używane do wstrzykiwań przy leczeniu rzeżączki ostrej, a jest ich wiele, dadzą się podzielić na 2 kategorie, przeciwgnilne i ściągające. Do pierwszych należy zaliczyć nadmanganian potasu, obecnie często używany i nadużywany sublimat i kwas karbolowy, do drugiej kategorii siarczan cynku, alun, garbnik, azotan srebra. Nadmanganian potasu, a jeszcze więcej sublimat w słabych nawet roztworach drażnią niezmiernie chorą błonę śluzową cewki, powodując przekrwienie jej, zwiększenie wypływu i dlatego według mnie, na przebieg choroby wątpliwy bardzo wpływ wywierają. Nie przypuszczam też nigdy, by propozycja S. POEL'a (*Deutsch. med. Zeit.* 1886 N. 48),



aby irygować cewkę 2 kwartami 1:40,000 roztworn sublimatu i po upływie 5—6 dni przestrzykiwać takową roztworem azotanu srebra, znalazła chętnych. Rozczyn kwasu karbolowego, używany w stężeniu 1:500 lub nawet 1:300, jako środek przeciwnilny przy tryprze jest żaden; silniejsze roztwory wywołują zawsze nasilenie objawów choroby.

Co się tyczy środków ściągających, to są one daleko łagodniejszymi, lecz jakże często trzeba je zmieniać, modyfikować ich siłę, co według mnie jest dowodem ich słabej wartości leczniczej. Według mego zdania, więcej jak pewno, że przy własnościach ściągających posiadają one i niejaką przeciwnilną wartość, lecz nie dla niej wszakże je stosujemy. Jeśli przedewszystkiem postawić kwestyję, co należy nam robić wcześniej, czy usunąć zarazek zabiwszy go, czy też zmieniwszy przekrwienie błony śluzowej, pośrednio ograniczyć rozwój gonokoków, to odpowiedzieć musimy, że należy przedewszystkiem usunąć grzybki przynajmniej na powierzchni błony śluzowej tkwiące, z temi zaś, które przenikły głębiej, stoczy walkę sama tkanka. Walka ta wtedy tylko pomyślnie wypadnie dla tkanki śluzowej i podśluzowej, gdy będą one posiadać dosyć środków obrony, należyty przyływ krwi. Środki ściągające pozbawiają na czas dłuższy materjału regeneracyjnego tkankę śluzową i tem samem przeciągają tylko chorobę.

Chodzi więc według mego zdania o to, by wynaleźć środek zupełnie obojętny dla błony śluzowej, a zabójczy dla zarazka tryprowego.

Środkiem tym, według mego zdania, jest rezorcyna, a z przytoczonych w krótkości historyj chorób nabrałem przekonania, jak dzielnie i szybko działa ona w rzeżączce.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 3. Kapper. O cholery pod względem przyczynowym, zapobiegawczym i leczniczym z uwzględnieniem najnowszych badań.

Cholera w Indyjach była znaną od najdawniejszych czasów. Już CHARAKA i jego uczeń SUSRUTA, którzy żyli na kilka wieków przed Chrystusem, opisywali cholere. W Europie choroba ta pokazała się dopiero w końcu drugiego dziesiątka byłego stulecia, mianowicie przez Orenburg i Moskwę przyszła do Rosyi i Polski. Jako przyczynę rozprzestrzenienia się cholery, po za granicą zwykłej jej siedziby, należy uważać ożywienie stosunków między ludźmi, wskutek udoskonalonych komunikacyj.

Istnieją dwie teoryje objaśniające powstawanie, rozprzestrzenianie się i t. p. cholery, mianowicie: lokalisatów i kontagjonistów. D-r KAPPER najprzód zajmuje się teoryją lokalisatów. [PETTENKOFFER, BRYDEN, MOUAT, MACPHERSON, LEVIS, FAYRER, MORSTON, CUNNINGHAM i t. d.].

Wiadomo, iż są miejscowości, w których choroba nigdy nie ginie, mianowicie przy ujściu Gangesu i Bramaputry [8,259,435 hektarów], gdzie warstwa szlamu przy Kalkucie dosięga głębokości 180 metrów i corocznie przez sam Ganges powiększa się o kilka tysięcy milionów stóp kubicznych. Jest to miejsce wiecznej wilgoci, do której, obok rzek, przyczynia się i Monsun [wiatr deszczowy]. Tam cholera nigdy nie wygasa, lecz w ciągu roku regularnie po-



większa lub zmniejsza się, a zatem istnieje tam czasowe usposobienie do rozwijania się cholery. To samo ma miejsce i w okolicach, gdzie cholera bywa zawleczoną. Sposzrzegano pewne miejscowości, które, pomimo blizkiego sąsiedztwa cholery zawleczonej, pozostają od niej wolne, gdy przy innych epidemijach cholery bywa przeciwnie, na dowód czego autor przytacza liczne przykłady.

Obok czasowego istnieje również i miejscowe usposobienie; mianowicie są miejscowości, w których zarodek choleryczny nigdy się nie rozwija, pomimo zawleczenia cholery [Lyon, Sedan, Akwizgran, Baden, Stuttgart i t. d.]. Istnieją znowu miejscowości, w których cholera rozwija się gwałtownie przy każdym jej zawleczeniu, np. pewne cyrkuły Wiednia. Autor wspomina o przypadkach cholery z wojny Krymskiej, mianowicie epidemija po kilkakroć rozwijała się w wojsku zamieszkującym chaty nisko położone, ustawała zaś, skoro wojsko upuszczało je i przenosiło się do chat położonych cokolwiek wyżej. Jako uderzający dowód usposobienia miejscowego może służyć zarażenie się wojska przy przejściu jego przez zarażony pas ziemi, chociażby to przejście trwało kilka godzin. Znane są również fakty ustawiania zarazy w wojsku indyjskiem, skoro takowe przechodziło do innych, wolnych od cholery, miejscowości.

Dozorujący chorych cholerycznych i lekarze tylko wyjątkowo ulegają zarażeniu. Czasami szpital bywa siedliskiem zarazy, jak np. w 1873 r. w Berlinie na 65 dozorców zachorowało 11-stu w ciągu 24 godzin. To samo spostrzegali CUNNINGHAM w 67 indyjskich szpitalach wojskowych, z których tylko w 3-ch dozorczy chorowali. Podobne spostrzeżenia mamy ze szpitali londyńskich i to bez różnicy czy chorzy byli oddzielani lub nieoddzielani. EMMERICH podaje, iż w czasie epidemii w Neapolu [1884] w szpitalu S-ej Magdaleny, gdzie leczono się 12,000 chorych, nikt z dozorców i lekarzy nie zapadł na cholere, prócz jednej kobiety, która odwiedzała chorych na mieście. Cholera zatem nie może być wprost z człowieka na człowieka przeniesioną, jako kontagijum [szkarlatyna, ospa], lecz potrzeba miejscowego i czasowego usposobienia gruntu, aby sprawdzić trwałą zarazę. Jako następny dowód powyższego twierdzenia służy cholera na okrętach. Jeżeli cholera zostanie zawleczoną na okręty, to pomimo nagromadzenia na nim ludzi, takowa zmniejsza się lub nawet wygasa, skoro okręt dostanie się na pełne morze i dlatego jeżeli już cholera z portu dostała się na okręt, najlepszym jest śpieszny odjazd. Przykładem tutaj, między innymi, według autora epidemije na okrętach, przybywających z portów indyjskich w czasie wojny Krymskiej.

Dłuższe i gwałtowniejsze prawdziwe epidemije okrętowe wybuchają wtedy, gdy już zarażone osoby wsiadają na okręt z miejscowości cholerycznej. Na okręty więc może być cholera przeniesioną, sama zaś tam nie powstaje, gdyż tam nie ma miejscowości usposobionej do zarazy. PETERKOFFER przytacza następujące zdarzenie. Przed Madrasem nawiedzonym przez zarazę oczekiwał dłuższy czas okręt na wojsko; po odjeździe na morze na tym okręcie wybuchła cholera, lecz tylko pomiędzy załogą, która pozostawała w stosunkach z Madrasem, wojsko zaś przybyłe z miejscowości zdrowej nie uległo zarazie, pomimo, iż nawet pielęgnowało chorych cholerycznych.

Z wyjątkiem okolic endemicznych cholera nigdy nie występuje samorodnie, lecz może być zawleczoną, przeto powstawanie cholery jest zależnem od ludzkich stosunków. Przez Oceany dostaje się cholera za pomocą okrętów; i tak w 1873 r. po raz pierwszy została przywieziona do Ameryki. Wypsy posiadające jednę tylko komunikację, tą tylko drogą otrzymują cholere. Przy ścisłem badaniu udaje się zawsze wykazać przeniesienie cholery, chociażby ona przeskakiwała największe przestrzenie, jak np. w 1865 r. do Altenburga [Saksonija] cholera została przywieziona przez pewną damę przybyłą z Odesy, pomimo, iż owa dama 9 dni przebywała w drodze.



Stosunki jednakże same przez się nie wystarczają do rozwinięcia się cholery, do tego potrzeba i usposobienia miejscowego i czasowego danej okolicy. Jako przykład mogą służyć pielgrzymki Mahometan do Mekki i Medyny, lub nawet Hardwar w Indyjach. W czasie panowania cholery w Hardwar, takowa nie rozprzestrzenia się po całych Indyjach, dokąd pielgrzymi się rozchodzą, chociaż tam gromadzi się do 3-ch milionów pielgrzymów. Lewis podaje, iż na wyspach Andamańskich, pomimo wysyłania tam przestępców z Kalkuty, od 25 lat nie było cholery. Egipt został oszczędzony przy epidemijach w Europie w 1873 r. pomimo, iż w tym roku, wskutek otwarcia kanału Suezkiego, stosunki tego kraju z Indyjami powiększyły się znacznie.

Zmiana kierunku stosunków ludzkich, np. sieci dróg żelaznych, nie wpływa na rozszerzenie cholery, trzyma się ona bowiem miejscowości usposobionych. Stosunki przeto ludzkie tylko zbliżają cholere do miejscowości usposobionych. Według więc pojęć PETTENKOFFERA, zarazek cholery zostaje przeniesiony przez ludzi do pewnej miejscowości i jeżeli tam znajdzie odpowiednie dla siebie warunki, rozwija i rozmnaża się, wskutek czego w następstwie wybucha zaraza. Jakie więc są te warunki? Przedewszystkiem grunt musi być porowaty, dla wody przepuszczalny i musi posiadać niezbyt głęboko wodę zaskórną. Dowiedziono, że grunt skalisty i suchy jest dla rozwoju cholery nieodpowiedni. PETTENKOFFER znalazł, że wszystkie miasta nawiedzane przez cholere były zbudowane na gruncie przepuszczalnym, pod którym znajdowała się niezbyt głęboko woda zaskórną. Miasta zaś zbudowane na gruncie skalistym, suchym, glinie it. p. były nietykalne, to jest bardzo mało nawiedzane lub wolne od cholery, nigdy zaś nie miały epidemii cholery. Oprócz tego rozmaite grunta zachowują się inaczej w różnych czasach. Takie czasowe warunki zależą od różnego stopnia wilgotności gruntu. Zdaje się, że dla roślinnego zarodka cholery jest potrzebny średni stopień wilgotności gruntu, przy którym zarodek najlepiej się rozwija. Taki stopień wilgotności w pewnych miejscach stale istnieje.

Co się tyczy miejscowości endemicznego panowania cholery, to najprzód Kalkuta, jak wiadomo, ma bardzo wyraźną suchą i deszczową porę roku. W porze suchej, cholera się wzmaga i osiąga *maximum* przed nadejściem deszczów, w porze deszczowej stopniowo się zmniejsza aż do *minimum*. Cholera więc tutaj zachowuje się odwrotnie do opadów deszczowych. W Kalkucie leżącej 6 metrów nad poziom morza, stan wody gruntowej jest zwykle bardzo wysoki, tylko w czasie suszy opada i grunt wtedy staje się wilgotnym w takim stopniu, jaki usposabia do rozwoju epidemii cholery. Tym sposobem w czasie suszy cholera osiąga do *maximum*, podczas deszczów zaś wielka obfitość wody zapełnia pory ziemi, wskutek czego cholera szybko się zmniejsza. Podobnie zachowuje się Bombay, który posiada te same klimatyczne warunki co i Kalkuta [nawet jest cokolwiek gorętszy], chociaż nie znajduje się w okręgu endemicznym cholery. Tam jeszcze wyraźniej występuje *maximum* cholery w porze suszy, z początkiem zaś deszczów nagle zmniejsza się, a później zupełnie wygasa, wraca zaś z ustaniem deszczów. Zupełnie inaczej zachowuje się Lahora, która leży w okręgu epidemicznym na 223 metry nad poziomem morza, posiada bardzo mało deszczów i głęboko wodę zaskórną. Tutaj cholera wygasa zupełnie w czasie suszy i dopiero wybucha przy najobfitszych deszczach. [Deszcze tam zaczynają się w końcu Czerwca, lecz dopiero w Sierpniu wybucha zaraza, gdyż wtedy tylko są odpowiednie warunki do rozwoju zarazy, w Październiku zaś, po ustaniu deszczów, wygasa zupełnie]. W Madrasie mamy podwójną epidemiję cholery. Madras leży więcej na południe i nad morzem, posiada mniej deszczów, aniżeli Kalkuta, cholera tam zjawia się na początku pory deszczowej, przy dłuższem jednak trwaniu deszczów gaśnie,



[grunt dla niej staje się już za wilgotny] i dopiero pokazuje się znowu przy ustaniu deszczów, to jest przy średniej wilgotności gruntu, w czasie zaś suszy wygasa zupełnie.

Z powyższego okazuje się, że Kalkuta i Bombay mają przy niskiem położeniu, wysokiej wodzie zaskórnej i obfitych deszczach epidemije cholery w najgorętszym czasie. Lahora przy wysokiem położeniu, głębokiej wodzie zaskórnej i małych deszczach, ma epidemije cholery w czasie deszczów. Madras zaś przy niskiem położeniu, przy wysokiej wodzie zaskórnej, lecz umiarkowanych deszczach i wielkiem gorącu, posiadając powikłanie warunków poprzednich miast, ma 2 peryjody cholery.

Podobnie zachował się Augsburg w 1873 r., który wskutek obfitości opadów był wolnym od epidemii.

Pewniejszą miarę dla oceniania wilgotności gruntu, aniżeli ilość opadów, daje woda gruntowa. W miejscowościach endemicznych najgłębsze stanie wody gruntowej odpowiada *maximum*, najwyższe zaś *minimum* natężenia cholery.

W Monachium przed wybuchnięciem epidemii w 1873 r. zauważono znaczne opadnięcie wody gruntowej, które utrzymywało się do Sierpnia, nagle przysły silne deszcze i podniesienie wody gruntowej, wskutek czego zmniejszenie epidemii cholery do Września; później zaś skoro znowu przysła susza spowodowała ona silną zimową epidemije, utrzymującą się do Kwietnia roku następnego.

Z powodu porowatości i wilgotności gruntu cholera ma własność rozszerzania się wzdłuż rzek i dolin rzecznych, częstość zaś jej zmniejsza się z oddaleniem od tych dolin. Właściwość tę posiadają nawet małe rzeczki i strumyki, gdzie nie ma mowy o ożywionej komunikacji. Zarodek choleryczny nie jest tutaj zawieszony w wodzie, lecz w gruncie usposobionym do jego rozwoju i dlatego cholera tam rozszerza się niekoniecznie w kierunku biegu wody. Dowiedziono, że w ogóle cholera najchętniej rozwija się w dolinach i miejscach najniżej położonych. Miasta położone w dolinach najprzód ulegają zarazie. Przeciwnie zachowują się wysoko położone, wzniesione miejscowości, jak Styryja, Karyntyja, Tyrol, Szwajcaryja i t. p.. Koszary górskie w Indyjach uważane są zwykle za wolne od zarazy. Nietykliwość tych miejscowości tłumaczy małym stopniem wilgotności gruntu i łatwym odpływem wody.

BICKENS, a także i INON utrzymują, że zarodek cholery rośnie i szerzy się w wodzie, dostaje się zaś tam z ludzkich ekskrementów. W wodzie stojącej rozwija się on łatwiej, gdyż nie jest poruszany.

FÖRSTER przyjmuje, że zarodek choleryczny z wychodków dostaje się do wody gruntowej, z nią zaś do studzien i tym sposobem zaraża wodę do picia. Słuszności powyższej teoryi FÖRSTER stara się dowieść tem, że przy ścisłem badaniu pierwszych przypadków cholery, można wykazać zarażoną studnię i że prawie wszystkie studnie znajdują się w bliskiem sąsiedztwie wychodków. Pojedyncze miejsca Niemiec, znane z nietykliwości przez cholere, według badań FÖRSTER'a, posiadały dobrą wodę źródlaną, lub też wodociągową, sprowadzoną z miejscowości oddalonych. Przy badaniu czystości wody wodociągowej należy zwracać uwagę nietylko na miejsce, z którego ona pochodzi, lecz czy nie zostaje zanieczyszczoną w samych wodociągach. Ludzie używający dobrej wody wodociągowej, nie mogą być jeszcze pewni uchronienia się od zarazy, jeżeli pozostają w stosunkach z ludźmi używającymi wody studziennej; tak np. zarodek choleryczny może być przeniesiony w mleku, które zostało zafałszowane wodą studzienną,



w maśle obmytem podobną wodą, w piwie, wodach gazowych, na owocach i t. p. Pomimo to, od czasu zaprowadzenia wodociągów, w bardzo wielu miastach epidemie cholery zlagodniały lub zupełnie nie występują. PETTENKOFFER znalazł w studni, oddalonej o 700 stóp od wychodka, sole amonijakalne, organiczne materje i t. p.; można więc przyjąć, że wszystkie studnie oddalone o 200 stóp od wychodków pozostają pod ich wpływem. Według FÖRSTER'a, miasta powinny posiadać przedewszystkiem dobrą wodę źródlaną i grunta nie zanieczyszczone przez ekskrementa. [Najlepiej jest te ostatnie wprost wywozić]. PETTENKOFFER dla pokazania, jak trudno czasami oznaczyć ściśle, czy używamy czystej wody do picia, opisuje przykład z epidemii londyńskiej z 1854 r.: istniały tam 2 towarzystwa, dostarczające mieszkańcom wody wodociągowej, jedno z nich miało wodę czystą, drugie zanieczyszczoną. Używający pierwszej mało zapadali na cholere, gdy tymczasem używający drugiej daleko częściej. Okazało się później, przy ścisłem zbadaniu, że rury obu towarzystw łączyły się ze sobą i tym sposobem ci, którzy płacili za dobrą wodę, mogli pić zanieczyszczoną, lub przeciwnie. PETTENKOFFER niezupełnie zgadza się ze zdaniem FOERSTER'a co do przenoszenia zarazka cholery przez wodę. Jako główny motyw przeciw teorii wody do picia uważa on: czasowe występowanie cholery tak w Indyjach, jak i w Europie, i że dobra woda do picia nie ochrania od cholery. W tym celu przytacza przypadki, w których stanowczo można było wykluczyć wodę jako przyczynę zarazy, np. wybuchnięcie epidemii na Malcie w roku 1863 przypisać należy krótkiemu przebywaniu wojska w dolinie skalistej, w której poprzednio panowała cholera. HARDY mówi, że pierwszy przypadek cholery w Paryżu w 1884 r. był u osoby, która używała wyłącznie do picia wody mineralnej. EMMERICH z epidemii w Neapolu w 1884 r. utrzymuje, że woda nie miała żadnego wpływu na rozszerzenie cholery.

Według PETTENKOFFER'a, świeże ekskrementa ludzkie same przez się nie mogą sprowadzić cholery, lecz potrzebują one przejść pewną zmianę w rodzaju fermentacji, do czego potrzeba odpowiedniego gruntu, najodpowiedniejszym zaś jest ten, w którym woda gruntowa zmienia swoje położenie, mianowicie przechodzi z wysokiego do niskiego. PETTENKOFFER przeczy, ażeby bielizna z cholerycznych mogła wogóle sprowadzić zarazę, chociaż sam przytacza przypadek przeciwny temu twierdzeniu.

Dla rozszerzenia cholery, obok usposobienia miejscowego i czasowego, potrzebni są jeszcze i ludzie usposobieni do cholery, którzyby zarazę przenieśli, istnieje więc i usposobienie indywidualne. Statystyka z 20 ostatnich lat pokazuje, że w Indyjach wojsko europejskie ma 53,68%, a wojsko tuziemne 4,11% śmiertelności. W pewnym stopniu do takiej różnicy przyczynia się może i to, że Hindusi nie jedzą mięsa, żyją oddzielnie, nie posługują się wspólnymi wychodkami i t. p. Pomiedzy samymi krajowcami zachodzą także znaczne różnice, np. ludność gór Himalajskich [Ghorkas] ma to samo usposobienie co i europejczycy, zupełnie odwrotnie do mieszkańców środkowych Indyj i dolin Gangesu [Sipachis]. Ci, którzy przetrzymali epidemiję cholery, nabywają pewnej nietykalności. Wojsko w czasie marszów więcej zapada na cholere, co dotyczy w równej mierze tak krajowców, jak i europejczyków. W ogóle możemy powiedzieć, że do cholery usposabia wszystko to, co wpływa osłabiająco na zdrowie, a zatem: złe powietrze, zła woda, złe napoje, pokarmy, niedostateczne odżywianie, złe ubranie i wszystkie nadużycia, a także psychiczne przygniatające wrażenia, jak również i wszystko to, co usposabia do rozwolnień. PETTENKOFFER wspomina także o osobnikowej nietykalności, a JAMSEN utrzymuje, że kto raz przeszedł cholere, nie jest usposobionym do zapadnięcia na tę chorobę po raz drugi.



Z wielu powodów można przyjąć, że zarodek choleryczny jest czemś żyjącym, uorganizowanym, organizmem roślinnym, na który działa ciepło. W strefach umiarkowanych cholera rozwija się w porze najcieplejszej, a przy niskiej temperaturze ginie: znane są jednakże wypadki silnej zimowej epidemii [Orenburg 1829, Wiedeń, Berlin 1832/3 r.]. To ostatnie zjawisko można w ten sposób wytłumaczyć, że zarodek choleryczny rozwija się głęboko w ziemi i że ziemia pod domami zachowuje wyższą ciepłotę. Zimno nie niszczy zarazka cholerycznego, lecz tylko wstrzymuje jego rozwój, stąd to pochodzą wiosenne epidemie [Monachium 1873, Paryż 1884 r. i t. p.]. Dalej, cholera rozwija się łatwiej w miejscach zanieczyszczonych przez organiczne materyje. Spostrzegano, że zaraza rozwija się silniej na wązkich, brudnych uliczkach. COLDING i THOMSEN wykazali, że podczas epidemii cholery w Kopenhadze w 1853 najsilniej były nawiedzone ulice i nawet domy zbudowane na zanieczyszczonym gruncie, tam gdzie dawniej wywożono rozmaite nieczystości, mianowicie w nowej części miasta [8,3%], gdy tymczasem w starej dzielnicy miasta zapadali o wiele rzadziej na cholere [1,7%]. LÉVIN to samo spostrzegał w Gdańsku.

Co się tyczy zapobiegania rozszerzaniu się cholery, to pomimo podwójnych granicznych kordonów, jakie dawniej przedsiębrano [Petersburg 1831, Prusy 1831 i t. p.], nie osiągnięto celu. O wiele łatwiej przeprowadzić jest zupełne kordony morskie, lecz i tam względy pieniężne i handlowe nie pozwalają ich ściśle zachowywać, zadawaliśmy się przeto tylko tak nazwanymi kwarantanami. Polegają one na: badaniu okrętów przychodzących z miejsc cholerycznych, obserwowaniu załogi i podróżnych w oznaczonym miejscu w ciągu kilku dni, wreszcie na dezynfekcyi rzeczy. Według PETTENKOFFER'a, kwarantany zwykle robią zapóźno, zarazek już dawno mógł być zawleczony, a nawet przeził przed wybuchnięciem epidemii. Zarazek również może być przeniesiony przez zdrowych, a i z choremi w kwarantanie muszą być utrzymywane stosunki dla dostarczenia im pokarmów i t. p..

Niewiadomo jeszcze, czy zarodek cholery bez udziału ludzi może być przeniesiony [według Koch'a nie]. Czasami bowiem pierwsze przypadki w dziwny sposób występują w najodleglejszych dzielnicach; również zarodek cholery może być przeniesiony przez rzeczy, bieliznę i t. p., gdyż zupełna dezynfekcyja takowych jest niemożliwą; okręty również niemające ludzi na pokładzie mogą przynieść zarodki cholery, które przy sprzyjających warunkach szybko się mnożą. Aby kwarantany osiągnęły swój cel, powinny istnieć w czasie trwania całej epidemii, niekiedy 10 lat, co jest bardzo trudnem do przeprowadzenia. PETTENKOFFER wogóle mało ma zaufania do kwarantan, radzi zaś jako środek zapobiegawczy zmniejszyć czasowe i miejscowe usposobienie, do czego dochodzi się przez asenizacyję miast [kanalizacyja, dostarczenie dobrej wody, oczyszczanie ulic, wydalanie nieczystości], staranie się o dobre pożywienie, powietrze, mieszkanie i przez odpowiednie drenowanie, zapobieganie wielkiemu wahaniu się wody zaskórnej, ponieważ grunt jest najważniejszą podstawą dla rozwoju zarodków cholerycznych. [D. n.]

Bronisław Chrostowski.

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* W r. b. liczbę spółwłaścicieli i stałych współpracowników „Gazety Lekarskiej” zwiększyli koledzy: KJEWSKI FRANCISZEK, PUŁAWSKI ARKADYJUSZ, RUPPERT HENRYK i ZWIGBAUM MAKSYMILIJAN.

*Moskwa.* Odbywa się tu obecnie zjazd psychiatrów rosyjskich, którego prezesem wybrany został prof. MIERZEJEWSKI z Petersburga.



*Paryż.* Wskutek nawoływania prasy, aby i we Francyi zastosowano prawo obowiązujące w Austrii, iżby profesorowie uniwersytetów po ukończeniu 70 lat życia przenoszni byli w stan spoczynku i zastępowani młodszymi siłami, otrzymali emeryturę: profesor fizyki lekarskiej GAVARET, profesor anatomii opisowej SAPPEY i profesor kliniki terapeutycznej HARDY. Zamianowani zostali na miejsce pierwszego GABRIEL, na miejsce drugiego FARABEUF. Klinikę objął PEFER, dotychczasowy profesor patologii teoretycznej, a na jego miejsce wybrano DIEULAFOY. Nadto usunął się dobrowolnie profesor akuszerji PAJOT.

#### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

*Przegląd lekarski Nr. 3.* KORCZYŃSKI. Zator tętnicy wieńcowej serca za życia rozpoznany. — ZALESKI. Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego — TALKO. Jaglicza w wojsku i środki zaradcze.

*Medycyna Nr. 3.* FŁORKIEWICZ. Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etjologii ropnego zapalenia wątroby (*hepatitis suppurativa*). — STANKIEWICZ. Przyczynek do nauki o leczeniu złamań rzepki i t. d. — PACANOWSKI. Obecny stan kwestyi o nadmiernem wydzielaniu i nadmiernej kwasności soku żołądkowego.

### ODPOWIEDŹ REDAKCYI.

*W-mu D-rowsi J. W. w S.* Przy rozpoczynającem się ograniczonem zapaleniu otrzewnej uważamy, oprócz miejscowego upustu krwi, za postępowanie lecznicze najstosowniejsze i najracjonalniejsze: spokojne, prawie nieruchome leżenie w łóżku, ciągły okład lodowy, oraz makowiec, a przy czkawce i wymiotach — łykanie lodu, podskórne wstrzykiwanie morfiny. Co się tyczy silnej derywacyi, za którą Szan. Kolega tak przemawia, to jakkolwiek w zasadzie nie przeciwko niej powiedzić nie możemy, nie mamy wszakże żadnego dowodu przekonywającego, aby taka derywacyja napewno zapobiegała szerzeniu się sprawy zapalnej, a ta jedna okoliczność, zdaje się, już wystarcza do tego, żeby nie być zbyt gorliwym jej zwolennikiem.

*W-nemu D-rowsi A. Ch. w W.* Co do „sposobu działania baniek suchych i ciętych, stosowanych na klatkę piersiową w chorobach opłucnej, płuc i oskrzeli“ — znamy prac nie wiele. W każdym razie możemy Szan. Koledze polecić następujące:

1) Wykład terapii fizjologicznej, przez prof. RICHTER'a [po niemiecku w oryginalu] przekład prof. SKOBLA, Kraków tomów 2. 1885—1886, w tomie drugim rozdział 32, str. 223 i następne. O utoczeniu krwi, oraz rozdział 32, str. 264 i następne: Lekowanie zaogniające skórę.

2) JÜRGENSEN. Antiphlogistische Heilmethoden. Blutentziehungen etc. w dziele: Ziemssen's Handbuch der Allgemeinen Therapie. Erster Band. 2 u. 4 Theil.

3) DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clinique thérapeutique. Odpowiednie wskazówki, acz bardzo skąpe, znajdzie Szan. Kolega w tomie drugim przy terapii chorób płuc i opłucnej — o wiele więcej w tomie trzecim, w którym cały jeden odczyt poświęcony jest upustowi krwi ogólnemu i miejscowemu.

4) Realencyclopedie EULENBURG'a — wydanie 1 sze pod wyrazem *epispastica* opracowany przez prof. BERNATZIK'a, oraz pod wyrazem *Schröpfköpfe*.

5) BINZ'a Vorlesungen über Pharmacologie 1886 w rozdziale: Revulsiva.

6) Terapija ogólna przez prof. HOFFMANN'a — przekład polski wkrótce opuści prasę.

7) Oprócz tego po części kwalifikuje się tu praca następująca. Ob otwlekajuszczem djeŃstwie miastnych koźnych rozdraźytelej. Dissertacyja na stopień doktora. Pjetra NOWICKAWO. Petersburg. 1880.



# „WIADOMOŚCI LEKARSKIE“

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej  
redagowane i wydawane

przez

**Dra J. K. Wiktora**

we Lwowie.

Wychodzić będzie i w r. 1887 w zeszytach miesięcznych i zawierać będzie:  
a) Rozprawy oryginalne z zakresu wszystkich gałęzi medycyny. b) Sprawozdania z prac lekarzy polskich, czeskich, rossyjskich, francuzkich, angielskich, niemieckich etc. jakoteż kazuistykę lekarską. c) Krytykę i biblijografię lekarzy polskich. d) Kronikę wiadomości i spraw lekarskich. e) Ogłoszenia z wyjątkiem reklam i ogłoszeń o środkach uniwersalnych.

Prenumerować można rocznie lub półrocznie. Przedpłata wynosi w ces. rossyjskiem rocznie 4 Rbl., półrocznie 2 Rbl. Ogłoszenia po 10 kop. za 1 wiersz nonpareille przyjmuje.

Redakcyja i Administracyja „Wiadomości lekarskich“ we Lwowie, przy ulicy Akademickiej Nr. 16. 2—2

**D-r W. MAYZEL** wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—2

## ROZNIK MEDYCYN Y KRAJOWEJ

wydawany staraniem i nakładem

**D-ra J. Rogowicza**

Vice-prezesa Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Rok IX—1887, w dwóch częściach, z których

I. zawiera Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za II-ie półrocze 1885 r.  
II. (oprawna) **Rocznik lekarski**, którego treść stanowią: Przegląd ważniejszych i najnowszych leków: ich działanie, dawka i sposób użycia. Odtrutki. Tabela porównawcza skali 3-eh cieplomierzów. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Leki podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Mieszanki zniżające ciepłotę. Sposób pisania wagi dziesiętnej i porównanie jej z apteczną. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, cechujące ich skład chemiczny, wskazania do ich użycia z podaniem ostatniej stacyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze i stacje klimatyczne w Cesarstwie Rossyjskiem. Przystępny dla każdego lekarza sposób ocenienia czy woda studzienna może być używana za napój bez szkody dla zdrowia. Opatrunek przeciwnigilny dla lekarza praktykującego na prowincyi. Wzory opisu badania zwłok pod względem sądowo-lekarskim, a mianowicie: I. Wzór obdukcji dorosłego człowieka. II. Wzór obdukcji przy otruciu i III. Wzór obdukcji noworodka. Dokładne adresy lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. Dziennik z kalendarzem na r. 1887. Alfabet do zapisywania adresów. Tabela do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części I rs. 20 kop. w miejscu, z przesyłaniem pocztą I rs. 35 kop. Skład główny u **D-ra J. Rogowicza**, Nowogrodzka 26. Nabyć również można w Redakcyjach wszystkich czasopism lekarskich i w znaczniejszych księgarniach w Warszawie 0—3